

14 | 2012

6. desember 2012
100. årgang



Sykepleien

Barth Tholens om Sykepleiens jubileum

Stilling: Ansvarlig redaktør i Sykepleien
E-post: barth.tholens@sykepleien.no

Takk for tilliten!

For Sykepleien er leserne helt konge.

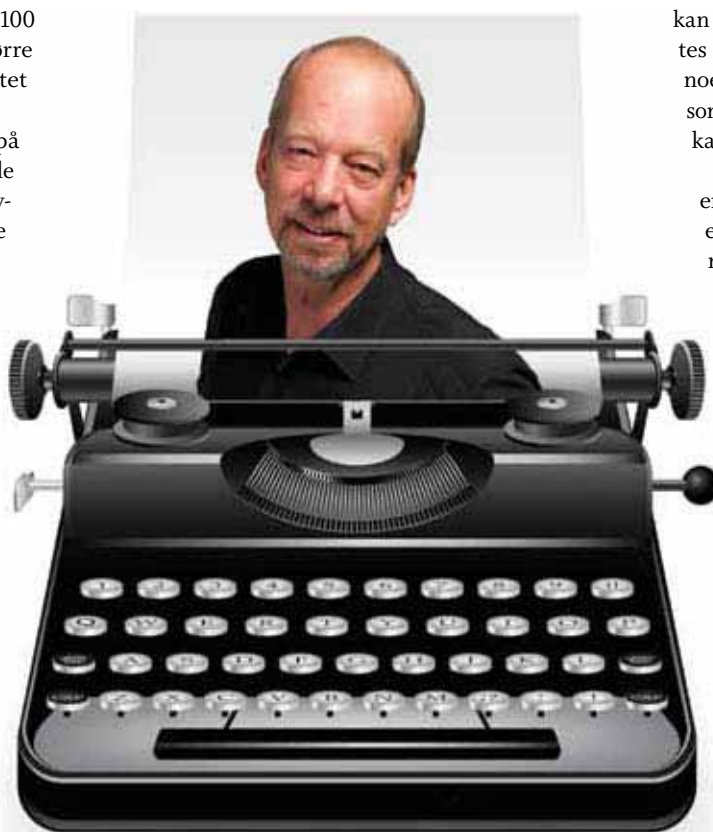
Denne måneden fyller Sykepleien 100 år. En super anledning til å spørre våre lesere om å lage tidsskriftet selv en gang, tenkte vi.

Ikke slik å forstå at vi skulle dra på ferie mens leserne værsågod måtte stille opp som liksom-journalister og hobby-bladmakere. Det skulle tvert imot være et overskuddsprosjekt. Vi inviterte leserne inn i prosessen med å utforme nyhetssaker, reportasjer, dokumentarer og fagartikler. De som ville, kunne skrive, fotografere og bruke sine kreative evner, mens redaksjonen skulle bistå med faglig ekspertise og gode råd for å få det hele i havn.

Responsen uteble ikke. Etter at vi hadde lansert ideen før sommeren, kom det først noen forsiktig spørrende e-poster. Etter hvert kom forslagene i større skala. Med forbløffende entusiasme tilbød sykepleiere fra hele landet sine tjenester som skribenter, fotografer, kommentatorer og kreative sjeler. Så skred de til verket, coachet av en stab i Sykepleien som ble mer og mer begeistret for det vi hadde satt i gang.

Resultatet sitter du nå med i hendene. 116 sider med «leser-styrte» artikler. Helt vilt, spør du oss.

Forhåpentligvis er det ikke noen overraskelse at vi som tidsskrift ønsker å være på parti med leserne. For oss betyr leserne alt – og kanskje mer enn mange sykepleiere selv er klar over. Lojaliteten til leserne er det bærende prinsippet i all journalistikk og forskningsformidling. Det er lenge siden tidsskriftet var å betrakte som en megafon for eiernes meninger. Når vi i dag skriver våre artikler, eller publiserer andres, er det først og fremst lesernes – medlemmenes – interesser vi er opptatt av. De skal ikke bare kunne bruke Sykepleien for å holde seg faglig oppdatert, men også finne fakta i tidsskriftet som vil gjøre det mulig å danne egne meninger om det som rører seg i sykepleiernes verden.



«Et medium med tillit kan lettere stråle.»

Når vi nå jubilerer og runder 100 år er det med en følelse av takknemlighet til medlemmene i Sykepleierforbundet som har vist oss stadig større tillit i årene som har gått. Det takker vi for.

I trekanten bestående av eierne av tidsskriftet (NSF), medlemmene i forbundet og tidsskriftet selv, vil tilliten til redaksjonen alltid være gjenstand for skiftende påvirkninger. Slik har det vært historisk, og slik vil det være i framtiden. Et truet forbund vil lettere framstå mer kontrollsykt med budskapet som sendes ut, mens et mer selvbevisst, høytflyvende NSF

kan være rausere. Et tidsskrift som utsettes for eiernes engstelige blikk, får lett noe nervøst over seg. Mens et medium som har eiernes og lesernes tillit, lettere kan stråle.

Dertil kommer at hele mediaverden er i ferd med å endre seg. Sykepleiere er som lesere flest: De vil ta i bruk de nyeste digitale plattformer og sosiale medier for å holde seg oppdatert. Ikke bare for å bestille reiser og holde kontakt med venner, men også faglig. I bussen, på vei til jobben, midt mellom to møter eller mens man kanskje ser på tv og chatter med barnebarna samtidig.

Dette vil stille nye krav, både til Sykepleiens nærvær på digitale plattformer og til innholdet i papirproduktet som trykkes i tonnevis på et trykkeri Danmark og distribueres av postbud til 100 000 postkasser i hele Norge.

Fagtidsskrifter som Sykepleien er ikke like utsatt for opplagsfall som avisene nå opplever. Men det betyr ikke at Sykepleien kan sitte rolig på gjerdet og fryde seg over de gode lesertallene og den

årlige medlemsveksten i NSF. Heller ikke NSF kan hvile på sine laurbær og tro at medlemsveksten bare vil fortsette å øke i det uendelige.

Samfunnet endrer seg. Heldigvis. Det er ikke sikkert at etablerte organisasjoner i framtiden vil ha like stor makt til å sette agendaen som ad hoc-bevegelser på sosiale medier. Og det er ikke gitt – men heller ikke utelukket – at medlemmene i denne nye hverdagen vil prioritere å betale inn kontingent og springe til postkassa hver tredje uke. Det kommer helt an på.

Personlig er jeg optimist. Mye vil endre seg. Men når det gjelder innhold, vil kvalitet alltid lønne seg. Det gjør også tillit hos leserne. ■

Barth Tholens



Sykepleien og NSF har stort sett gått side om side. Men vi har ikke alltid vært bestevenner.

På godt og

Det er med stor glede og stolthet jeg fra disse sidene får mulighet til å gratulere tidsskriftet Sykepleien med sitt 100-årsjubileum. Norsk Sykepleierforbund (NSF) og tidsskriftet har gjennom et århundre fulgt hverandre, gjennom to verdenskriger, tre konger, fra stor fattigdom til oljealderen, og fra vel 2,4 millioner innbyggere, til dagens over 5 millioner. I 1912 var forventet levealder 56 år for menn og 60 år for kvinner. Nå kan ei jente regne med å kunne leve til hun er 83 år, en gutt til han er 79 år.

Nylig feiret forbundet sitt 100-årsjubileum, og nå skal jeg også få ta del i jubilanten Sykepleiens 100-årsfeiring. Vi har stort sett gått side om side, Sykepleien og NSF. Men vi har ikke alltid vært bestevenner. Det har vært tider da forbundsledelsen hoderistende har gått gjennom et ferskt nummer av bladet, og det har sikkert vært tider der redaktøren og journalistene i Sykepleien har foretatt den samme hoderistingen over tilbakemeldinger fra NSF.

La det være sagt med en gang: Jeg er veldig glad for de endringene som skjedde i 1964, da forbundet gikk til det skrittet å ansette Sykepleiens første redaktør og dermed sørget for at Redaktørplakaten ble gjeldende for tidsskriftet. Og det er jo fra dette stadiet at NSF og Sykepleien ikke alltid har vandret like lykkelige side om side. For Sykepleien ble journalistisk uavhengig, men var samtidig et organ for Norsk Sykepleierforbund. For NSF har ikke dette bare vært uproblematisk. Vi er ikke bestandig enig i den vinklingen og de sakene som tidsskriftet løfter frem, og saker som Sykepleien lar være å skrive om. Men disse avgjørelsene har faktisk vært redaktørens både rett og plikt til å ta.

Jeg for min del ble kjent med Sykepleien som ivrig student for 27 år siden. At vi fikk bladet var et viktig argument for å melde seg inn i NSF. Jeg samlet dem i store bunker og brukte bladene som oppslagsverk i forbindelse med studier og jobb. Jeg husker godt min første oppgave på sykepleierskolen i Gjøvik i 1986. Jeg skulle skrive om en brystkreftpasient-case, og fant viktig støtte til oppgaven i Sykepleien. Ved kursing av tillitsvalgte om argumentasjon for innmeldelse i forbundet, er Sykepleien alltid med, og i møte med medlemmer, refereres det ofte til artikler som har stått i Sykepleien. Når NSF Student er på utdanningsstedene og rekrutterer nye medlemmer, er ett av de store argumentene at alle medlemmer får Sykepleien – som i 2009 ble kåret til landets beste fagblad. Tidsskriftet har i tillegg fått en rekke andre priser og utmerkelser.

I 2010 var vi og besøkte vårt eldste medlem,

Eieren:



Eli Gunhild By

■ Eli Gunhild By er utdannet sykepleier fra 1988. Jobbet med kreftpasienter inntil hun ble fylkesleder i NSF Oslo i 2004. I fjor ble hun valgt til forbundsleder fram til 2015.

– Det var gøy å skrive denne kommentaren. Måtte sette meg ned og mimre tilbake i tid om hvilken betydning Sykepleien har hatt for meg, både som sykepleier og tillitsvalgt.

vondt

Hilda Tonstad. Hun er nå 101 år, og fortsatt medlem av NSF. En av grunnene er at hun ønsker å følge med på hva som skjer i faget. Og dette gjør hun ved å lese Sykepleien. Hun startet på sykepleieutdanningen i 1930 og kunne forarget melde om at hun synes dagens sykepleiere tjener for dårlig. I forkant av forbundets egen 100-årsmarkering i september i år deltok jeg på feiringen av Marta Larsens 100-årsdag på Nordseterhjemmet i Oslo. Larsen har vært medlem av NSF i 67 år. Da hun havnet på hjemmet, mente de pårørende at

egen redaktør. Her får mye av dagens sykepleieforskning spalteplass. For å gjøre medlemsbladene til faggruppene bedre, ble flere av disse innlemmet i Sykepleiens redaksjon og produksjon. Resultatet er både et sprekere look og innhold. På den måten håper

«Sykepleien har vært en viktig arena for medlemmene å ytre seg.»

det nå var på tide at hun meldte seg ut av NSF. Men det ville ikke godeste Marta høre snakk om. Hun ønsket fortsatt å lese Sykepleien, sa hun.

For sykepleiere har Sykepleien alltid vært viktig og en inspirasjonskilde for å holde seg faglig oppdatert. Men bladet har også bidratt til at vi stadig kan lese om hvor mange flotte og modige medlemmer vi har rundt om i landet, og som driver på med masse spennende fagutvikling. Blant annet Sykepleien og KS sin Smart-pris, som hedrer gode ideer sykepleiere har vært med på å utvikle. Vi skal heller ikke glemme at Sykepleien gjennom tiden har vært en viktig arena for medlemmene å ytre seg.

Etter hvert som sykepleiere begynte å forske mer, ble Sykepleien Forskning etablert med

vi å kunne gi våre faggruppemedlemmer oppdaterte medlemsblad med proft innhold og utseende. Det som har skjedd opp gjennom årene viser at Sykepleien evner å fornye seg og være det supplementet våre medlemmer ønsker seg, også i dagens elektroniske hverdag. Sykepleien.no, Sykepleien på Facebook og Twitter vitner om dette.

Gratulerer med dagen og lykke til i spennende år som kommer! ■



14 • 2012
6. desember 2012 • 100. årgang

Innhold

JUBILEUMSUTGAVE – SYKEPLEIEN 100 ÅR

Disse 36 sykepleierne tok utfordringen da Sykepleien ba sine lesere om «å lage bladet selv». De brettet opp ermene og fylte denne jubileumsutgaven av Sykepleien med feststemt innhold.



12 Svein Roald Schømer-Olsen: Navlestrengen



14 Valborg Sweeney: – Vi trenger noen spark for å vekkes



18 Guro Nørstebøen Blikset: Trygghet er avgjørende



20 Åshild Skulstad-Hansen: Både gym og ny familiemeny



24 Kate Brox: Øreakupunktur til alle i Loppa



26 Kirsti Aune: Torsdag er barnegruppedagen



54 Hildegunn Sofie Malmadal: Uten titler



56 Christine Rødal: Intervju med Heikki Holmås



62 Harald Støvind, Ellen Marie Hanneborg, Torleif Ruud: Bedre tid med brukerstyrte innleggelser



65 Stine Hauvik: Om å forske på demens



74 Elin Sivertsen: Samarbeide på tvers av profesjonene



76 Karl-Henrik Nygaard: Forfatter Eivind Meland



78 Kjetil Skotte, Thore Aalberg, Kari Lislerud Smebye, Ingrid Jahren Scudder: Bokanmeldelser



Sykepleien

Organ for Norsk Sykepleierforbund
Tollbugata 22, 5. etg.
PB 456 Sentrum, 0104 Oslo
Tlf.: 22 04 32 00.
Faks: 22 04 33 75
ISSN 0806 – 7511

E-post:

redaksjonen@sykepleien.no
interaktivt@sykepleien.no

Ansvarlig redaktør

Barth Tholens
tlf. 22 04 33 50 / 40 85 21 79
barth.tholens@sykepleien.no

Medarbeidere:

Redaksjonssjef Bjørn Arild Østby
tlf. 22 04 33 59/93 03 09 05
bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

Reportasjeansvarlig
Ann-Kristin Bloch Helmers
tlf. 22 04 33 73/aknbh@sykepleien.no

Journalist Kari Anne Dolonen
tlf. 22 04 33 69/94 37 36 11
kari.anne.dolonen@sykepleien.no

Journalist Marit Fonn
tlf. 22 04 33 68/99 23 65 90
marit.fonn@sykepleien.no

Journalist Nina Hernæs
tlf. 22 04 33 67/90 69 14 11
nina.hernes@sykepleien.no

Journalist Eivor Hofstad
tlf. 22 04 33 71/91 75 39 03
eivor.hofstad@sykepleien.no

Fagredaktør Torhild Apall Dybvik
tlf. 22 04 33 76/99 41 46 77
torhild.apall@sykepleien.no

Forskningsredaktør Anners Lerdal
tlf. 22 04 33 63/95 03 31 44
anners.lerdal@ldh.no

Snapshot og de lange linjene

Sykepleien feirer 100 år.
I siste del av denne utgaven finner du mer om
tidsskriftet historie, nåtid og mulig framtid.

88 En kritisk hundreåring

96 Snapshot Sykepleien

102 Høy puls



28 Karl-Henrik Nygaard: Ønsker mer undring om helse



29 Lilly Anne Rødal: Innringeren er våre øyne, ører og hender



34 Toril Parelius: Fikk Florence Nightingale-medaljen



48 Eli Madeleine Bjerkan: Pauserommet



36 Hanne Modahl Bjertnes, Ingebjørg Kvangarsnes, Heidi Poleszynski Hoel, Tone Karine Vidnes, Kjersti Lønning og Marit Helen Andersen
TEMA:
Å gi bort en nyre



68 Guri R. Rummelhoff, Sigurd Roger Nilsen, Siri Brynhildsen: Dagsenter gir økt livskvalitet



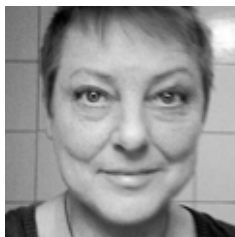
72 Ida Marie Bregård: Fremtidens Norge, fremtidens sykepleie



80 Anne Clancy: Møte med Joan McCarthy



82 Borghild Løyland: Overvåket av PDA?



84 Randi Strøm Nilsen: Randis Hypokonderkryssord



102 Kjetil Skotte: Tett på Barth Tholens



Deskansvarlig Ellen Morland
tlf. 22 04 33 60 / 41 02 56 22
ellen.morland@sykepleien.no

Deskjournalist Johan Alvik
tlf. 92 60 87 06
johan.alvik@sykepleien.no

Deskjournalist Susanne Dietrichson
tlf. 22 04 33 53/45 42 96 41
susanne.dietrichson@sykepleien.no

Grafisk formgiver Hilde R. Evensen
tlf. 22 04 33 58/hilde.rebaard.
evensen@sykepleien.no

Grafisk formgiver Nina Hauge
tlf. 22 04 33 56
nina.hauge@sykepleien.no

Grafisk formgiver Sissel H. Vetter
tlf. 22 04 33 61
sissel.vetter@sykepleien.no

Markedssjef Ingunn Roald
tlf. 22 04 33 70 / 91 60 38 12
ingunn.roald@sykepleien.no

Produktannonser/bilag: Lise Dyrkoren/tlf. 22 04 33 72 / 99 50 40 05
lise.dyrkoren@sykepleien.no

Produktannonser: Maud P. Kaino
tlf. 97 74 21 20
maud.kaino@sykepleien.no

Stilling/kunngjøring:
Silje Marie Torper/tlf. 97 09 33 54
silje.marie.torper@sykepleien.no

Repro og trykk:
Color Print A/S

– Jeg tror Sykepleien reddet min mor, skriver Svein Roald Schømer-Olsen.

Navlestrengen

Stuntskribenten:

Svein Roald Schømer-Olsen



Svein Roald Schømer-Olsen er sykepleier og jobber som rådgiver i Norsk Sykepleierforbund, spesielt med feltet rus og psykiatri.

■ Svein Roald Schømer-Olsen er sykepleier og jobber som rådgiver i Norsk Sykepleierforbund, spesielt med feltet rus og psykiatri.

Under hele oppveksten var jeg omgitt av et tidsskrift med rødt, blått og grønt omslag. Det var fete bokstaver utenpå og magre inni, rent unntaksvis var det en illustrasjon eller et foto i svart-hvitt som brakte liv til innholdet. For meg var tidsskriftene i konkurranse med Donald, Fantomet og Tex Willer, så det var nesten som et uhell å betrakte når de kom i mine hender. Dessuten virket de gjerr kjedelige. Min mors hang til dette bladet var et ikke så lite mysterium for meg sent på 1960-tallet og tidlig på 70-tallet. Nå, 40 år senere, er min mor på 86 år fremdeles en aktiv leser av Sykepleien, og dessuten fan av redaktøren. Hvorfor det?

For det første har hun stor fornøyelse av å se redaktøren inntra de ulike rollene for å illustrere lederens meninger. Jeg mistenker henne for å ha en form for avstandsførelse til redaktøren. Ikke rart, han har meningers mot og er breddfull av sjarm. Likeså er bladet spekket med fargerike bilder, livlige reportasjer og aktuelt stoff fra fjern og nær. Bladet har sågar vunnet gjeve priser. Men, det må være mer enn det. Hennes forkjærlighet for bladet går lenger tilbake enn både en sjarmende redaktør, fine bilder og god journalistikk.

Små og store 60-tallsbegivenheter

Armstrong har nettopp landet på månen, og vi får hele måneferden direkte inn i stua på et svart-

hvitt-fjernsyn med skyvedører som jeg elsket å trekke frem og tilbake. Dørene hadde en liten lås som smatt på plass hver gang de ble lukket, og en liten nøkkel som forløste skyvedørene og åpnet dem opp igjen. Hvis jeg bare kunne få tatt ut figurene fra skjermen og lekt med dem, tenkte jeg ofte, og kikket stadig etter dem bak fjernsynsapparatet. Det var ren magi, ikke bare for meg, men for hele familien. Vi var en av de første i gata som fikk TV. Det var ikke uvanlig at vi fikk besøk for å beskue dette mirakelet.

Hva har dette med min mors kjærlighet for Sykepleien å gjøre? Muligens ingenting, muligens alt. Som leseren for lengst har forstått, min mor var sykepleier. Det måtte hun være, for i hele tatt å ha utviklet et kjærlighetsforhold til, for en guttunge, et nitrist tidsskrift. Ikke bare var hun sykepleier, hun hadde vært det lenge. Hun som ikke hadde tenkt å gifte seg, etablere familie eller få barn. Hun var søster av den gamle skolen. Sykepleien var et kall, og søster Marie var gudfryktig. Hun skulle nesten bli 40 år før hun traff min far, den gang enkemann med to små barn.

Hun hadde reiste land og strand rundt, bodd på små hybler i kjeller og på loft, alltid klar til å gi en hjelpende hånd. Det være seg i møte med tuberkulosepasienter, innen somatikk, psykiatrien eller i hjemmesykepleien. Alltid i klinikken, alltid i turnus, alltid i hvitt. Hva skulle hun med mann og barn? Hun hadde jo pasientene og sine medsøstre. Skulle mann og barn true denne bastionen, fundamentet i tilværelsen som søstergjerningen utgjorde? Skulle hun gi avkall på sitt virke og de som trengte hennes kyndige hender, bankende hjerte og solidariske sinnelag?

Navlestreng til faget

Jeg tror Sykepleien var det som reddet henne, det kan ikke være noen annen forklaring. I en tid uten PC, nett og sosiale medier, knapt nok telefon, den fikk vi først på begynnelsen av 70-tallet. Hvordan skulle hun beholde sin yrkesstolthet og identitet uten en «navlestreng» til faget, en budbringer som brakte nyheter om seire og nederlag,



MANN OG BARN: Svein og familien ble heldagsjobben til Hilda Marie.

om lønn og arbeidsliv? For min mor valgte jo min far, mine søsken og meg. Hun måtte fratre tjenesten i sin søstergjerning i noen, jeg tror for min mor, lange år.

Nei til barnehagen

Et av mine første minner fra barndommen i Fredrikstad er fra jeg var fire år gammel. Jeg ble spurt av min mor om jeg ikke ville gå i barnehagen? Det var fremdeles tre år til skolestart. Omtanken og dragning for pasientenes ve og vel var nok større enn bekymringer for sine lille 4-årige sønns utvikling.

Selvfølgelig ville jeg ikke gå i barnehagen. Det var i gata det skjedde. Det yret av liv og krydde av unger. Jeg hadde bokstavelig talt stått i løpestreng siden jeg hadde lært å gå. Når jeg endelige skulle ta selvstendige steg ut til de andre barna, så skulle jeg avspises med noen kvadratmeter med gjerde rundt? Jeg er fremdeles den dag i dag både imponert og en stor takk skyldig for at jeg fikk valget den gangen. Lite ante jeg da at det gikk en kvinne som lengtet etter faget og arbeidslivet. Dessuten var alle de andre

«Tidsskriftet er en del av faget, en del av det å være sykepleier.»



STOLT: Hilda Marie Garseg viet sitt liv til sykepleierjobben fram til hun møtte sin mann, 40 år gammel. Her bærer hun Nasjonalforeningen for folkehelsen sin uniform med Lothringerkorset, det doble røde korset, foreningens emblemm. Alle foto: Privat



AKTIV: Svein på fisketur ved Fredrikstad på 60-tallet.

mammaene i gata hjemme. Jeg kjente ingen, som ikke hadde mamma hjemme. Pappaene våre arbeidet på vær'ste, og vi var vær'steunger. Sånn var det.

Tett på faget i 100 år

At min mor var sykepleier og hjemmeværende var det ingen i nabolaget som reflekterte noe over, aller minst en liten guttepike. Uniformen var lagt bort for lengst, og streng søsterstruktur var erstattet av omsorg og tilstedeværelse for mann og barn. Lange arbeidsdager og uforutsigbare vakter var avløst av behovet for å stelle i

huset, skaffe mat på bordet og holde tøyet i orden. Ikke rart min mor, alltid proppfull av energi og virketvang, ble litt rastløs. Det eneste som nå vitnet om en annen tilværelse var nettopp tidsskriftet Sykepleien.

Dette tror jeg langt på vei forklarer min mors kjærlighetsforhold til Sykepleien. Bladet var navlestrengen og livlinen. Det fikk min mor til å holde ut, det gav håp og lindret. Så er det likevel ikke redaktørens sjarm alene, det er noe mer, noe grunnleggende. Det er noe med formålet og mandatet til et fagtidsskrift. Vi må helt til kjernen. Tidsskriftet Sykepleien har ligget så tett inn på faget sykepleie gjennom 100 år at det er en del av faget, en del av det å være sykepleier, en del av det å bygge identitet. Det er med på å forvalte sykepleien tradisjoner, stolthet og innovasjon. Sykepleien spiller nåtiden, med et gløtt inn i fremtiden.

En selvstendig stemme

Det ble ikke så lite sjokkartet for min mor å se sin sønn «pryde» forsiden av Sykepleien i 2009. Budskapet om behov for sprøyterom kom i andre rekke. Stolt var hun selvfølgelig, men øringen, da. Kunne ikke ringen pusses bort, da? En øring, nok til å starte en debatt på mange arbeidsplasser. Og debatt har det blitt gjennom årene. Sykepleien har gått fra å være et haleheng til forbundsledelsen til å være en selvstendig stemme. Fra å være en betrakter til å være en aktør. Bladet har hatt en rivende utvikling og fremstår som et moderne prisbelønnet blad. Det er derfor ikke til å undres over at min mors kjærlighet til bladet har vedvart opp gjennom årene. Hun vil lese Sykepleien så lenge hun kan, og hun vil være sykepleier til siste åndedrag. For min mor har dette vært to sider av samme sak. ■

Valborg Sweeney (80) har fulgt Sykepleien gjennom et langt yrkesliv. Hennes dom er at bladet har gått fra å være tamt til tøft.

– Vi trenger noen spark for å vekkes

Leseren:



Valborg Sweeney



■ Fra Skånevik i Sunnhordaland, bosatt i Bergen. Pensjonert psykiatrisk sykepleier. Jobber som coach og foredragsholder og er politisk aktiv.

– Det har vært en utfordring og en krevende oppgave å skrive i Sykepleien. Også givende og interessant, men mine egne synspunkter kan selvsagt være ulik andres.

Jeg åpner postkassen og finner siste utgave av Sykepleien. Nå blir jeg ekstra ivrig: Hva skrives det om denne gangen? Jeg saumfarer sidene. Alt er like spennende og interessant. Skulle jeg ønsket meg noe, måtte det være mer stoff om barn og unge, og om rus og psykiatri. Dette er de mest sårbare menneskene i dagens samfunn som vi ikke må glemme.

Sykepleiernes samfunnsansvar

Ansvarlig redaktør Barth Tholens og hans team utfører et fabelaktig arbeid i utgivelsen av tidsskriftet. De våger å sette ting på spissen, og ønsker en aktiv debatt. Vi sykepleiere trenger noen spark for å vekkes opp. Vi trenger nytenkning. Der er så mange ugjorte oppgaver, og demokratiet må enda bedre på plass.

Men et godt blad kan ikke lages av jour-

nalistene i Oslo alene. De trenger talevillige sykepleiere fra hele landet, og min utfordring til leserne er at her må dere sannelig ta i et tak. Sykepleierne har et ansvar for at det blir mer engasjement. Vi må legge vekk den lave selvtiliten og tørre å snakke høyt om det vi er misfornøyde med eller uenige i. Vi må få et bedre selvilde slik at vi også tåler ris, ikke bare ros. På den måten øker engasjementet og vi får oppegående holdninger som samfunnet krever av oss.

Tamt og ulest

I 15 år, da jeg bodde i USA, mottok jeg «Journal of nursing». Innholdet i bladet var svært variert med nye behandlingsmetoder, utdanning, teknologi og ikke minst ny forskning. Det ble en stor overgang å komme tilbake til Norge og bli kjent med NSF's blad Sykepleien.

Da var det et blad med mange stillingsan-

fagutvikling gjennom de aktuelle innslagene.

Vi trenger alle å gå i tenkeboksen. Det kan bli tøft, men det må til. Ole Bergs artikkel i Sykepleiens jubileumsutgave nummer 10, «På leting etter identitet», er et eksempel på en utfordrende kronikk som burde ha ført til en vid debatt. Men hvor ble den av? Berg frykter at både legene og sykepleiernes yrkesidentitet vil komme ut av drift når de gamle, brede fagene blir stykket opp, blir mer oppdragsbasert og taper helhetlig preg.

Humor

Den direkte åpne og tøffe, samt humoristiske formen skaper større motivasjon og interesse for hva som skjer i vårt samfunn, og i den vide verden. «Regn med meg», sa Støre til sykepleierne på kongressen i september. Det vil jeg også si om tidsskriftet. Jeg og mange med meg, stortrives med fordypning i bladet!

«Bladet beriker, inspirerer og er utviklende.»

nonser, og en del kurs. Bladet var helst tamt, det manglet nytenkning og bredde. Bladet ble hos mange liggende en tid før det ble lest, i motsetning til dagens tidsskrift som har høyere kvalitet.

Redaktørplakat

I dag redigeres bladet Sykepleien etter redaktørplakaten. Det vil si at det er fristilt i forhold til NSF. Bladet beriker, inspirerer og er utviklende. Det tar opp aktuelle problemstillinger og belyser dem på en konstruktiv måte. Jeg får

En sykepleier sa til meg her om dagen «Hvis jeg ikke fikk Sykepleien, ville det være vanskelig å takle mange hverdagssituasjoner jeg møter. Jeg er så takknemlig.»

Det er bare å gratulere Sykepleiens redaksjon for godt gjennomført arbeid, og håpe at mange medlemmer av NSF vil gi av sin kunnskap til et spennende tidsskrift.

Nå venter jeg med store forhåpninger til neste gang jeg mottar Sykepleien i postkassen. Og får jeg ikke tid til å lese det på dagtid, er det en spennende sengelesning! ■



LIKER SPISSFORMULERINGER: Valborg Sweeney fra Bergen er glad NSF prioriterer et medlemsblad som er fristilt, slik at debatten kan blomstre i spaltene i Sykepleien. Foto: Bjørn-Erik Larsen

Å møte mennesker med utviklingshemming i livets siste fase byr på utfordringer.

Trygghet er avgjørende

Lokalreporteren:

Guro Nørstebøen
Blikset



■ Guro Nørstebøen Blikset er hjemmesykepleier i Søndre Land kommune.

– Å jobbe med denne artikkelen har gitt meg en glimrende mulighet til å fokusere på et tema jeg brenner for: Lindrende behandling til mennesker med utviklingshemming.



Holmetunet Bofellesskap ligger vakkert til med utsikt over Randsfjorden. Her bor 15 personer i alderen 35–75 år. Rosebuskene ved inngangspartiet, lukten av kaffe og stemmene fra stua møter meg idet jeg går inn.

På stua er det dekket til sen frokost, noen har sovet lenge i dag, og da smaker det ekstra godt med en kaffekopp og brødsiver med rørt multesyltetøy. Tente stearinlys på bordet lyser opp på en ellers litt grå høstdag, og stemningen rundt frokostbordet er god. I dag skal jeg innom for å skifte et smerteplaster og for å snakke litt med dem som bor her.

Lærer mer

Søndre Land kommune har siden institusjonen Grimebakkens tid hatt omsorgen for et stort antall beboere med spesielle behov. Kommunens helstetjeneste har i årenes løp bygget opp bred kompetanse innen feltet

omsorg til mennesker med utviklingshemming, men står nå ovenfor nye utfordringer da disse beboerne er i aldring. Hverdagen er annerledes, og beboerne har et økende behov for medisinsk oppfølging. Med kompetansehevingsprosjektet «Borte bra – hjemme best. Kompetanse, trygghet og verdighet» skal det i løpet av de neste månedene legges vekt på internundervisning der stell og pleie av alvorlig syke og døende vil være et viktig tema. Etisk refleksjon og tverrfaglig samarbeid skal også gis ekstra oppmerksomhet.

Å møte mennesker med utviklingshemming i livets siste fase byr på mange og store utfordringer. Kartlegging av smerter og smerteproblematikk kan virke mer komplisert. Smerter hos en person med utviklingshemming kan utarte seg som økende uro, forandringer i ansiktsuttrykk eller spesielle endringer i atferden. Det er da viktig med god kjennskap til pasienten og å kunne tolke symptomer og iverksette tiltak ut fra de observasjoner som blir gjort.

denne dagen var et tydelig symptom på sterke smerter.

Noen vil hjem

For alle alvorlig syke og døende vil en grunnleggende følelse av trygghet være avgjørende for at livets slutfase oppleves som verdig. For mennesker med utviklingshemming er det viktig å huske at å oppholde seg i kjente omgivelser med kjent personale rundt seg ofte er enkleste vei til trygghet. Hjemmets lune arne har historisk sett vært arena for såvel fødsel som død. Familien sto som nærmeste omsorgsyrer, og det var livets gang å skulle ta seg av sine syke og døende. Standard for palliasjon (2004) påpeker at «man bør tilstrebe at pasienten kan få dø der han/hun ønsker det, og legge forholdene til rette for en verdig død». For enkelte pasienter og pårørende vil det være avgjørende for opplevelsen av en verdig livsavslutning at livets siste fase tilbringes i hjemmet.

Gjennom mange års erfaring og møter med

«Han kjente meg ikke, og så heller ingen grunn til å snakke med meg om sine plager.»

Kommunikasjon med disse pasientene krever også at de føler seg trygge på oss som skal hjelpe. Jeg har selv oversatt viktige symptomer hos en bruker jeg ikke hadde kjennskap til. Han kjente meg ikke fra tidligere, og følte seg ikke trygg i situasjonen. Da så han heller ingen grunn til å snakke med meg om sine plager. I ettertid vet jeg at atferdsendringene han hadde

mennesker med utviklingshemming har jeg sett hvor viktig det er at disse menneskene får tilbringe livets siste fase med trygghet og ro i eget hjem. De trenger en helt spesiell form for omsorg, som best kan gis av kjent personale. Fornøyde beboerne rundt frokostbordet på Holmetunet er heller ikke i tvil. Borte bra – hjemme best! ■



RUNDT FROKOSTBORDET: Unn og Aasa Askvig i samtale om dagens gjøremål. Foto: Bjørn H. Stuedal

Joakim var overvektig. Et godt helsesøstertilbud forandret livet hans.

Både gym og ny familiemeny

Lokalreporteren:

Åshild Skulstad-Hansen



■ Helsesøster ved Senter for sykkelig overvekt i Helse Sør-Øst-seksjon for barn og unge, Sykehuset i Vestfold.

– Det har vært både morsomt og utfordrende å skrive innlegget. Fint å kunne få gode og konstruktive tilbakemeldinger fra journalist Ellen.

Jeg er utdannet helsesøster og har jobbet ved Senter for sykkelig overvekt siden høsten 2009. Jeg vil fortelle en pasienthistorie hvor familien virkelig har fått til masse bra.

Jeg har snakket med Heidi Ottersen som er mamma til Joakim på 14 år. Han ble henvist til oss i 2011. De har vært til samtaler ved vår poliklinikk tre ganger det siste året, første gang med pappa og de neste to gangene kom Joakim og mor alene.

Joakim er yngste sønn i familien og har to eldre søsken. Utfordringen rundt Joakim sin overvekt ble satt ord på da han var cirka 10–11 år. Da var han til en rutineundersøkelse hos helsesøster. Dette ble starten på familiens endringer av levevaner, selv om det tok litt tid før de hadde overskudd til å ta tak i problemstillingen.

Ikke god nok mor?

Den første kontakten med helsesøsteren som poengterte at Joakim var overvektig og trengte oppfølging, opplevde ikke Heidi spesielt hyggelig.

– Jeg hadde tenkt tanken selv, men min umiddelbare reaksjon var at det bare ble nok en negativ karakteristikk av Joakim, forteller hun.

– Jeg opplevde ikke selve telefonsamtalen som hyggelig heller og tenkte at jeg jo ikke kunne være en god nok mor som hadde tillatt dette.

Familien Ottersen bestemte seg for å flytte da Joakim var 12 år. Det viste seg at den nye kommunen hadde et veletablert tilbud til barn med overvekt og deres familie. Her fikk Joakim tilbud om trening i gruppe med andre barn og samtale med helsesøster, samtidig som foreldrene også fikk oppfølging fra helsesøster. I tillegg begynte han å delta i alle gymtimer, noe han ikke hadde gjort på den forrige skolen på grunn av mobbing. Det hendte også at han ble igjen på skolen for å være med å spille ball med de andre barna.

Helsesøster anbefalte henvisning til SSO-SBU basert på de nasjonale retningslinjene for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge. Heidi forteller at de gruet seg. De var redde for å få kritikk.

– Vi var også redd han var blitt syk siden vi måtte til sykehuset, sier Heidi.

En annen handleliste

Lettelsen var stor da konsultasjonen ble en positiv opplevelse. Familien var allerede godt i gang med kostholdsendringer ved å redusere på godterimengden, men de syntes også det var vanskelig å vite nøyaktig hvor mye mat som var passe for

ble en god investering hvor verken margarin eller olje var nødvendig.

Endringer for hele familien

Etter hvert fikk foreldrene tilbud om foreldrekurs i gruppe i regi av kommunehelsetjenesten som både var praktisk og teoretisk. Dette deltok Heidi på og forteller:

– Da fikk jeg god inspirasjon til både å handle og spise sunt. Det mest lærerike syntes jeg var hvordan vi skulle håndtere konkrete situasjoner som for eksempel ferier og andre spesielle utfordringer.

Selv om familien allerede hadde startet på sin prosess da de kom til senteret vårt første gangen, var foreldrene svært interessert i konkret veiledning om hva de kunne gjøre hjemme og tok til seg alle råd og tips. Heidi ser at Joakim spiser mindre porsjoner i dag enn for ett år siden og i større grad regulerer dette selv.

Endringene i kostholdet har vært for alle i familien. De har holdt fokuset på magre og sunne produkter, men tillater seg også å skeie ut, blant annet i ferier. Forskjellen er at de nå er svært bevisst på hvor ofte og hvor mye.

«Lettelsen var stor da konsultasjonen ble en positiv opplevelse.»

Joakim. Derfor fikk de med seg et kostholdsfor-slag som var beregnet ut ifra Joakim sitt daglige behov, i tillegg til en bytteliste med forslag til lure matvarebytter.

Heidi brukte byttelisten og sin nye kunnskap aktivt når hun handlet. Nå byttet de ut sukkerholdig brus med sukkerfri, kjøpte sukkerfri saft, magre påleggprodukter, lettere yoghurt, ekstra lettmeik og grovere brød. En annen vesentlig endring mener hun var at de sluttet å steke mat i margarin, som var en etablert vane. Ny stekepanne

– Vi har gjort mange lure valg når det gjelder kostholdet. Både i forhold til sunnere matvarer og ikke minst redusert porsjonsstørrelsen til Joakim.

Hun presiserer at oppfølging sammen med god veiledning har vært avgjørende for å komme i gang og holde på de nye vanene. Hvis ikke hadde det nok tatt enda lengre tid å gjennomføre endringene som har gitt Joakim det gode resultatet med betydelig redusert grad av overvekt. Dette til tross for at de var klar over hans overvektsproblem. ■



NYE VANER: Heidi Ottersen og sønnen Joakim har sammen med resten av familien innarbeidet nye kostholdsvaner. Foto: Erik M. Sundt

I media kan vi nærmest ukentlig lese og høre synspunkter om pasientgruppen som helhet. Fordommene florerer, mener Åshild Skulstad-Hansen.

Tekst Åshild Skulstad-Hansen Foto Erik M. Sundt

Hvordan jobbe mot overvekt?

Senter for sykkelig overvekt – seksjon for barn og unge (SSO-SBU) er et regionalt tilbud til de lokale helseforetakene om utredning, behandling og rehabilitering av barn og unge med alvorlig fedme. SSO-SBU tar imot pasienter fra hele Helse Sør-Øst. Vårt team er tverrfaglig og består av sykepleier, helsesøster, klinisk ernæringsfysiolog og lege.

I disse dager er det mange helsesøstre som gjør høyde/vekt-målinger av 3.-klassinger som del av Barnevektstudien. Hvor mange de finner gir oss en indikasjon om forekomsten.

Barnet eller ungdommen defineres som overvektig når deres aktuelle KMI er over iso-KMI 25, fedme når KMI er over iso-KMI 30 og alvorlig fedme når KMI er over iso-KMI 35. KMI regnes ut på samme måte som hos voksne, men hos barn er KMI-grensen lavere, og den er også kjønns- og aldersjustert. Det betyr at alle som jobber med barn må kjenne til iso-KMI-tabellen for å gjøre denne vurderingen. En medisinsk vurdering er selvfølgelig også viktig med tanke på følgesykdommer, og her kan man følge de nasjonale retningslinjene for forebygging og behandling av overvekt for fedme hos barn og unge.

Må styre selv

En henvisning til oss innebærer en grundig medisinsk utredning med blodprøver, legeundersøkelse, måling av blodtrykk, vekt, høyde og midje. Deretter bruker vi god tid på å bli kjent med familien. Vårt utgangspunkt er at vi møter en hel familie, ikke bare en pasient. Dette er spesielt viktig når vi har mindre barn. Hensikten med samtalen er at foreldrene og ungdommen skal få fortelle sin historie om hvilke utfordringer de har og hva som har vært prøvd tidligere. For å få til dette er relasjonen med familien svært viktig. Mange vet faktisk hva som er årsaken til overvekten, men

fysisk aktivitet, motivasjon til endring av levevaner, medisinske forhold ved overvekt og fedme og foreldrerollen.

Etter dette kommer familiene til individuelle samtaler. Da skal vi hjelpe dem med å finne mål for endringer som de mener er mulig å gjennomføre. Det er familien selv som kjenner hverdagen sin og som kan beskrive hva som er mulig å få til.

Handler om helse

Hvor fort familier kommer i gang med endringer av kosthold og aktivitetsvaner er svært ulikt. Til syvende og sist handler det om å få hjelp til

«Hvor fort familier kommer i gang med endringer av kosthold og aktivitetsvaner er svært ulikt.»

trenger hjelp til å komme i gang med endringsarbeidet. Andre må bevisstgjøres.

Den andre konsultasjonen hos oss innebærer en hel dag med undervisning. Dette for å gi familiene og oss en felles kunnskapsplattform for den videre oppfølgingen. Tema for dagen er kosthold,

å finne en riktig (u) balanse i energiregnskapet. Antall kilokalorier inntatt i form av mat og drikke må enten være likt det som kroppen bruker, eller mindre. For mindre barn holder det ofte å stå stille i vekt og ved hjelp av høydevekst og alder redusere sin grad av overvekt. De aller fleste ungdommer trenger en vektreduksjon for å redusere risikoen for utvikling av følgesykdommer. Det er nemlig dette det handler om: Overvekt og fedme kan føre til sykdommer. Vi som jobber med temaet gjør det fordi det handler om mennesker som står i fare for å bli syke, enten så tidlig som i barne- og ungdomsårene eller senere i voksen alder. For oss helsepersonell handler ikke dette om utseende eller at alle skal passe inn i den samme formen. Det er vel dokumentert at risikoen for å bli syk øker med grad av overvekt.

Selv om familier blir fulgt opp ved senteret vårt, legger vi vekt på at de også får oppfølging lokalt i egen kommune. Etter vår støtte til å definere mål for endring og å sette tiltakene i system, starter jobben for foreldrene hjemme med å endre levevaner for hele familien. Oppfølgingen lokalt er i stor grad å motivere og støtte familien til å gjennomføre dem. Det er samtidig viktig å huske at alle familier er forskjellige. De har ulike behov for veiledning fra oss og oppfølging lokalt. Mange foreldre forteller at støtte- og motivasjonssamtalene hos helsesøster eller fastlege har vært avgjørende for å klare å oppnå endringer over tid. ■



GOD PLAN: Barn og unge med høy vekt får målt KMI og blir undersøkt medisinsk. Forebygging av sykdom er målet med arbeidet, ikke å oppfylle kroppsidealene, understreker helsesøster Åshild Skulstad-Hansen.

I jobben min som psykiatrisk sykepleier gir jeg NADA øreakupunktur som et supplement.

Øreakupunktur til alle i Loppa

Lokalreporteren:

Kate Brox



■ Psykiatrisk sykepleier og hovedtillitsvalgt i Loppa kommune.

– Å skrive for Sykepleien var gøy. Jeg måtte tenke høyt for å sette det ned på papiret. Til det fikk jeg god hjelp fra min mann, Hallgeir Pedersen. Han var en god diskusjonspartner.



Gruppebehandling

På kurset studerte vi akupunkturpunktene – fem i hvert øre – deres forbindelser og den effekt de har. NADA øreakupunktur gis som gruppebehandling hvor man sitter i et felles rom på en stol eller i en sofa. Man trenger ikke fortelle hvorfor man ønsker behandlingen. Man har nålene i ørene i 45 minutter. Behandlingstiden er non verbal, man skal sitte i ro, ikke snakke eller lese.

Vi lærte å sette akupunktur på hverandre, og i denne sammenheng fikk jeg igjen en personlig positiv opplevelse: Jeg sov veldig godt natta etter og følte meg avslappet og fokusert hele neste dag. Etter kurset tok jeg eksamen, fikk sertifikat og dermed godkjenning for å praktisere NADA akupunkturprogram.

Positive tilbakemeldinger

Jeg tok kurset for å kunne gi et bredere tilbud i tjenesten. Personer som har fått øreakupunktur har gitt meg tilbakemeldinger på at metoden virker avslappende. Viktigheten ved å bli stelt med iblant, må ikke undervurderes. Fysisk velvære

skje kunne det også være med på å redusere sykefraværet. Vi ble enige om at tilbudet skulle være gratis for ansatte i pleie- og omsorg samt brukere av tjenesten. Tilbudet har vært siden mars i år, og siste gjennomgang av sykefraværstallene hos pleie- og omsorg viser en markant nedgang, uten at vi kan si sikkert hva det skyldes.

Befolkningen ellers betaler en egenandel. Leder for teknisk avdeling ønsket også å gi sine ansatte dette tilbudet gratis som et tiltak for å redusere sykefraværet.

Ingen menn fra teknisk ennå

Den vanlige skepsisen til alternative behandlingsmetoder manifesterte seg på humoristisk vis ved et par typiske sarkastiske sleivkommentarer om «trollkjerring-emne» og «hekseri» fra gutta på teknisk avdeling. Jeg kommer jo selv fra Loppa kommunen som ligger i Finnmark, så jeg er vant til språket og humoren. Derfor parerte jeg fort ved å ufarliggjøre det hele. Jeg inviterte rett og slett «guttan» inn til en gratis behandlingstime, der de skulle få avslapping fra hverdagsstresset med

Øreakupunktur eller aurikkelteterapi har en historie som går nesten 2 500 år tilbake til det gamle Kina. På samme måte som den kanskje mer allment kjente fotsoneterapien, er øreakupunktur en behandling der øret gjenspeiler kroppens nervesystem, anatomi og organer.

Fylkessatsing mot angst og depresjon

For snart et år siden deltok jeg på kurs om NADA øreakupunktur (NADA står for National Acupuncture Detoxification Association). Denne metoden skal blant annet være bra for personer som sliter med søvnløshet, irritasjon, uro, hodepine, konsentrasjonsproblemer, russug og depresjon.

Jeg hadde tre lærerike dager med kursholder Rita Nilsen fra Stiftelsen Retretten i Oslo. Fylkesmannen i Finnmark ønsket å øke kunnskapen og tilbudet til grupper som sliter med angst/depresjon, og støttet kurset økonomisk.

«Man trenger ikke fortelle hvorfor man ønsker behandlingen.»

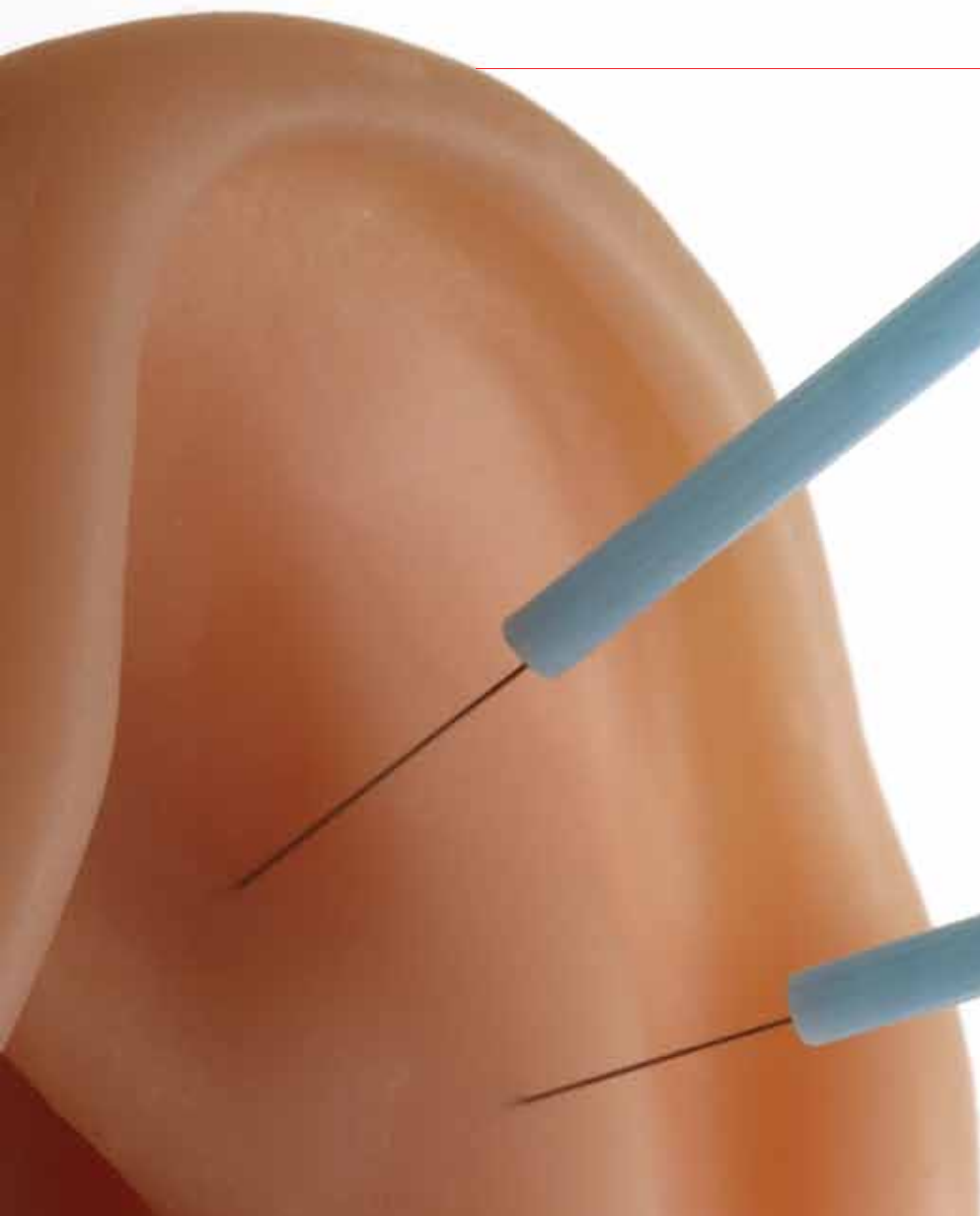
gir god psykisk helse. Etter mange positive tilbakemeldinger fra personer som har benyttet seg av tilbudet, ser jeg det som et godt forebyggende tiltak fordi det kan hjelpe mot så mange «hverdagslige» plager.

Jeg tenkte at det var synd om ikke flere kunne dra nytte av det gode tilbudet, og tok det opp med lederen min. Hun syntes dette var en god idé, kan-

tett kloakk, spadestøtting og kaffekoking. De ble litt forlegne og svartet:

«Ja, ja, når nålan står i øran kan man jo uansett ikke bevege sæ rundt. Man kan jo ikke ta skade av å late sæ i fæmogførti minutta – ryggen våres har no sikkert ikke hadd ondt av å bli stokke god.»

Foreløpig er det bare damene på teknisk som har møtt opp, men tilbudet står fortsatt ved lag. ■



BEDRE I SKULDER OG NAKKE: Jorunn Irene Johansen har prøvd det meste av behandling mot skulder- og nakkesmerter. Etter at hun begynte med øre-akupunktur har hun merket en klar forbedring og sover også bedre om natta. Kate Brox-Pedersen til høyre. Foto: Hallgeir Pedersen og NTB Scanpix.

Barna reagerer forskjellig når vi tar opp temaet «depresjon og angst», men alle vet hva det er.

Torsdag er barnegruppedagen

Lokalreporteren:



Kirsti Aune



■ Oppsøkende helsesøster (med verdens beste jobb) i Trondheim kommune.

– Det var utfordrende å finne frem hovedlinjene i arbeidet med aktivitetsgruppetilbudet jeg brenner for, og formidle dette på en enkel måte.

Det er en fin morgen. Jeg har akkurat kjørt hjemmefra på tur til jobb. Jeg må nesten le av meg selv. Denne morgenen starter slik de aller fleste torsdagsmorgener har startet i snart 10 år. Hva skjer på barngruppa i dag? Er det spesielle ting som må forberedes før dagens aktivitet?

I dag kommer det fotograf for å ta bilde til artikkelen i Sykepleien. I tillegg kommer den nye frivillige fra Røde Kors, som skal være med i denne gruppa helt til avslutningen i juni. Det er rart å tenke på at vi har hatt 127 barn i alderen 6–12 år på gruppene i vår bydel siden vi startet. Og på hver gruppe er det nye barn, med sine unike historier og opplevelser, sine interesser og personligheter.

Arbeidsdagen går fort frem til gruppelederne samles klokken 12. Jeg handler ferdig på tur til huset som vi låner av Kulturenheten. Det blir pølse med brød i dag. Har allerede planlagt et litt mer avansert fiskemåltid til neste gruppesamling. Jeg vet at det er flere av barna som for tiden opplever at mamma er inne i en syk periode, og at det derfor blir lite struktur rundt måltidene hjemme.

Hyggelig å hente på SFO

I dag bruker vi planleggingstiden til å snakke om ferieturen vi håper å få til med alle barna og minst

en av foreldrene i mai. Mange av barna lever i økonomisk og kulturell fattigdom, så turen skal være gratis.

Vi planlegger også tema for samlingsstunden. I dag skal vi snakke om depresjon og angst. Geir og Jan, som til vanlig jobber med de voksne i bydelens rus- og psykiatritjeneste, forbereder innledning til tema. Siri og jeg, som er helsesøstre, skal fokusere på barns normale reaksjoner på dette. Tiden går fort til klokken 14. Da kommer taxien som hjelper oss å hente åtte av barna.

Jeg kjører samtidig for å hente tre barn på to ulike barneskoler. Dette er alltid hyggelig. Barna kommer springende når jeg dukker opp på skolens SFO, og jeg får dagens bamseklem. Vi har barn i gruppa på sju av barneskolene i bydelen dette året. Jeg kjører derfor alltid privatbil for å unngå at vi bruker for lang tid til henting.

Hurra for svømmeknappen!

Når klokken blir 15 er alle samlet på huset, pølsene er varme og vi er klare til å spise. Barna

Kjedelig angst

Vi voksne gjør klart til samlingsstund. I dag setter vi sofaene i en halvsirkel, slik at barna kan se tegnearket vi har hengt på veggen. Det bruker vi når vi illustrerer depressiv tankegang. Flere av barna rekker hånden i været og bekrefter kjennskap til og noe kunnskap om depresjon og angst. «Kjedelig» sier ett av barna. To av barna trekker seg unna og to andre har krøpet opp i hvert sitt voksenfang. Erfaringen vår er at uansett om barna er urolige, stille eller aktivt deltagende, får alle med seg alt som sies. «Kjedelig» er ofte et uttrykk for ubehag når vi snakker om vanskelige ting. De fleste barna deltar når vi avslutter samlingsstunden som vanlig med å nevne tre positive ting som har skjedd hittil i dag. På et blunk er barna på full fart inn i andre aktiviteter.

Noen tegner, andre spiller spill, to av barna spiller biljard, andre driver med sisten. Vi voksne er med i leken. En av guttene har trent på å gratulere vinneren hvis han taper i biljard. De

«Mange av barna lever i økonomisk og kulturell fattigdom.» Kirsti Aune, helsesøster

blir presentert for de to nye ansiktene som er på gruppa i dag, selv om fotografen kun er på besøk en time. Forutsigbarhet og trygghet er viktig, og da må barna vite hvem som er rundt dem på gruppa. Måltidet er en hyggelig sosial setting. Vi snakker om hva barna har gjort på skolen, og hva som har skjedd siden sist vi var sammen. En av guttene er veldig stolt av å ha greid svømmeknappen tidligere i dag. Flere har hatt det morsomt i snøen ute i skolegården. Pølsene går unna, og barna har siden oppstart i september kommet inn i rutinen med å bære eget fat og glass ut på kjøkkenet når måltidet er ferdig.

første gangene ble han bare sint. I dag tapte han med glans, men gratulerer vinneren. Han får masse skryt og blir glad for det.

Jeg rekker å skrive informasjonslapper om neste gruppesamling til alle barna. Da skal vi overnatte på en gård nær Trondheim sentrum.

Tiden går fort til klokken 17. Jeg har fast avtale om å kjøre to av barna rett til annen aktivitet. Vi rekker det denne gangen også. Til slutt svipper jeg Jan hjem. Vi bruker den siste kjøretappen til å vurdere at ingen av barna trenger ekstra oppfølging før neste gruppesamling. Denne gangen. ■



MAT OG PRAT: Når alle barna er kommet, er det tid for mat. Måltidet er en hyggelig sosial setting. Foto: Mari Vold

Leger, sykepleiere og andre som er opptatt av å sette helse og medisin i et større perspektiv møtes jevnlig i Bergen.



KLINIKKSJEFENE: Yngvild S Hannestad, Eivind Meland, Esperanza Diaz og lege og foredragsholder Åsa Kadowaki fra den svenske legeorganisasjonen «Läkare med Grenser». Foto: Karl-Henrik Nygaard

Ønsker mer undring om helse

Lokalreporteren:

Karl-Henrik Nygaard



■ Karl-Henrik Nygaard er sykepleier og jobber som rådgiver i NSF Hordaland.

Nygaard har også skrevet forfatterintervjuet på side 76, om en av de omtalte arrangørene av Filosofisk poliklinikk.

På Filosofisk poliklinikk i Bergen har det gjennom flere år blitt drevet medisinsk fagkritikk. Navnet er genialt, men dette er ikke en poliklinikk i ordinær forstand. Det er en møtearena. Dyktige forelesere snakker om medisinsens virkelighetsforståelse, dens menneskesyn og selvforståelse. De møtes fire-fem ganger i semesteret.

Intellektuell dugnad

For deltakerne har det blitt et viktig verksted i en

dannelsesprosess der det å gå kritisk til kjernen av forholdet mellom medisin, helse og samfunn står sentralt. De ansvarlige er for tiden allmennpraktikerne Edvin Schei, Eivind Meland, Stefan Hjørleifsson og Esperanza Diaz, gynekologen Yngvild S Hannestad og vitenskapsfilosofen Roger Strand.

De seks kaller samlingene for intellektuell dugnad. Her er det fokus på høyttenkning om dilemma helsepersonell står overfor, religionens betydning for vår helse, politikk og selve legegjerningen.

Vil påvirke

Initiativtakerne ønsker seg større takhøyde og mer undring i medisinsk og helsefaglig virksomhet. De vil at forumet skal kunne bidra til å påvirke medisin og samfunn gjennom samarbeid, debatt og dialog. Blant spennende tema som er tatt opp denne høsten er møtet og kommunikasjon mellom lege og pasient, biologi og medisin, det helliges betydning for helse, grenser for medisinen og den terapeutiske kulturen. Det har vært tema som den første onsdagen i hver måned har fylt auditoriet i Bergen offentlige bibliotek.

Åpenheten hos arrangørene har fått mange til å ta ordet i diskusjonene. Også mange sykepleiere har her funnet en viktig arena for å lytte og å diskutere. Om vi skal vurdere møtene ut fra et «habermansk» diskursperspektiv der kravet er

«Åpenheten har fått mange til å ta ordet i diskusjonene.»

en fordomsfri diskurs, skårer poliklinikken høyt.

Mange ser derfor med store forventninger frem til programmet for vårsemesteret neste år. Her kommer både helseminister Jonas Gahr Støre og sosiologen Rune Slagstad for å diskutere kjernesporsmål knyttet både til helse og politikk. Vanstyre, byråkratmakt, ansvaret for papirløse flyktninger og reservasjonsrett for leger er tema som bør få mange til å ta turen innom Filosofisk poliklinikk de første onsdagene i neste års fire første måneder.

Programmet for samlingene finnes på www.uib.no/isf/filpol ■

AMK er en spennende og utfordrende del av sykepleien som jeg gjerne anbefaler andre å jobbe med, skriver Lilly Anne Blindheim Rødal.

– Innringeren er våre øyne, ører og hender

Lokalreporteren:

Lilly Anne
Blindheim Rødal



■ Er utdannet sykepleier i 1981, senere intensivsykepleier. Bor i Molde. Har jobbet på akuttmottak siden 1995.

– Det har vært mange kritiske oppslag om akuttmottak. Det var på tide at leserne fikk et inntrykk av utfordringene i AMK. Vi har mye fin, verbal pasientkontakt!



Det er vaktskifte. Hun kommer inn i AMK og sender fort stemningen.

Noe foregår. Det er mange lyder. Alle tre er i aktivitet. Radiosambandet og aksjons-sambandet piper, og alle sitter engasjert i samtaler med headsettet på. Hun sier ingenting, ikke hei engang. Vil ikke forstyrre. Setter seg ned på reserveplassen og ser på AMIS, dokumentasjonsprogrammet og leser siste hendelse under pågående aksjoner.

Trafikkulykke. To biler har nettopp kollidert i 80-sone. Flere personer er involvert. Det lukter bensin. Passerende bilist har ringt 113 og får akkurat veiledning av en sykepleier, mens brann og politi varsles umiddelbart av

ambulansekoordinator og en annen sykepleier. Trippelvarsling av nødetater er første skritt. Ambulanseressurser, anestesi, lege, helikopter, brannvesen og politi sendes ut. Korte, raske, informative beskjeder svirrer i luften. Traumevarsel sendes. AMK-lege og kirurg kommer fort til AMK.

Hun lytter og er klar til å hjelpe til dersom det er behov for det, men forstyrrer ikke dem som er i aktivitet.

Så er vekten i gang. Hun vet at det blir en intens periode og går i gang med forberedelser til å overta. Imens leser hun fellesbeskjeder, oppdaterer seg på ny informasjon, går i gang med å besvare legevaktshenvendelser fra de 10 kommunene AMK har ansvar for, og lar kollegaene styre aksjonen inntil de har tid å gi henne en mer utfyllende rapport.

Rett bak henne kommer sykepleier nummer

Utviklingen av AMK-systemet

Jeg har vært en del av AMK-systemet i Møre og Romsdal siden den spede begynnelse i 1992, den gang ved Ålesund sykehus. Det startet med ett prioritert akutt nødtelefonnummer ved sykehuset, deretter ble 113 opprettet, og AMK ble etablert som egen sentral tilknyttet akuttmottaket.

Operatørene i AMK ble rekruttert fra akuttmottak og ambulansetjeneste, slik at en skulle ha oppdatert akuttmedisinsk fagkunnskap, og man arbeidet i vekselvis AMK eller akuttmottak i turnus.

God praksiskunnskap er viktig når en skal forstå nødssituasjoner og veilede innringere samt sende ut tilpassete ressurser. Forskning viser at akuttsykepleiere har god trening i å oppfatte og prioritere når sekundene teller. De er tilvent å jobbe under tidspress og ta raske og

«Vi må kunne stå for de prioriteringene vi gjør»

to på vakt, og hun blir stående litt avventende før hun setter fra seg vesken med matpakken og gjør seg klar til innsats. Heldigvis er det overlapping i vaktskiftet. Det er tid til å få en skikkelig gjennomgang når ting har roet seg litt. Alle er varslet, og en venter på tilbakemelding fra utrykkende enheter. Koordinatorvaktskiftet foregår en halv time senere.

Slik kan vekten starte for en AMK-sykepleier.

kompetente beslutninger, noe som er vesentlig i denne jobben.

Møre og Romsdal er et stort fylke med spesiell geografi, og det er to AMK-sentraler som deler fylket mellom seg, en ved Ålesund sjukehus og en ved Molde sjukehus. Vår regionsentral ligger ved St. Olav Hospital i Trondheim.

I dag jobber jeg ved AMK Nordmøre og Romsdal i Molde, en mellomstor



sentral som dekker 113 for omtrent 115 900 innbyggere. Sentralen har også telefonansvar for 10 legevaks- kommuner utenom ordinær kontortid med rundt 68 000 innbyggere. Sentralen er også tillagt sentralbordfunksjon for Molde og Kristiansund sjukehus om natta samt andre sjukehusinterne oppgaver. Det er høy aktivitet i sentralen.

To sykepleiere og en ambulansekoordinator jobber fra kl. 08 – 22, og to personer dekker nattskiftet. AMK-lege er vakthavende anestesilege og er tilgjengelig når vi trenger hjelp i medisinskfaglige spørsmål eller annet. Vi forholder oss til Medisinsk Indeks som faglig rettesnor i våre vurderinger.

Må ha akutterfaring

De som skal jobbe i sentralen må gjennomgå et eget AMK-opplæringsprogram teoretisk, både regionalt og lokalt, samt følges med praktisk veiledning før de blir sertifisert som AMK-operatør. Det er et krav å ha arbeidserfaring fra lokalt akuttmottak eller ambulansetjeneste før man starter AMK-opplæringen.

«Varsleren blir livredder gjennom oss.»

Det er fantastisk at Norge har greid å utarbeide en så god medisinsk nødmeldetjeneste som også inkluderer medisinsk nødtelefonnummer 113, noe som gir innringer direkte kontakt når sekundene teller. Jeg mener vi må slåss for å opprettholde et eget medisinsk nødnummer, og at et felles nødnummer med andre nødnetter ikke vil gi samme gode helsetilbud. En hjertestans kan snus til liv igjen når riktig veiledning gis umiddelbart.

Det er ikke så mange år siden vi i akuttmottaket fikk pasienter uanmeldt eller brakt til sykehus i enmannsbetjente ambulanser med «load and go»-prinsipp. Nå er prehospitalløp en viktig startfaktor for pasientbehandling. Kommunikasjon mellom prehospitale ressurser, AMK og akuttmottaket har gitt raskere initial behandling og bedre forberedte sykehusinnleggelser.

Men i tillegg kommer fortsatt mange pasienter uanmeldt, direkte til sykehus, ikke minst siden vi er et stort turistfylke.

113

Befolkningen kan i dag velge ulike nødnummer; 113-helse- 112-politi og 110 brann og komme direkte til den hjelpen en behøver. Er

det behov for alle nødnettene, trenger innringer å bruke bare ett nummer som AMK igjen kan konferanse-kople på telefon, og innringer får hjelp med det mest presserende problemet.

Hvis innringer bruker feil nødnummer, kan man kople til rett etat og være med og lytte for å avklare om det også skal være behov for å få ut ambulanse, for eksempel ved en husbrann som beredskap. Når sekunder eller minutter teller i helsesammenheng, ser vi at AMK ved raskest mulig innvirkning kan påvirke situasjoner positivt inntil hjelpen kommer frem. Varsleren blir livredder gjennom vår assistanse mange ganger.

Sykepleiefunksjonen

Denne måten å utøve sykepleie på er spesiell. Vi ser og opplever pasientene gjennom innringer sine øyne og stemmen som formidler til oss, enten det er pasienten selv, pårørende, publikum eller andre nødnetter som ringer inn. Innringer er våre øyne, ører og hender og utfører de tiltak vi vil iverksette på stedet. Nonverbal kommunikasjon har sin betydning også her, selv om vi ikke ser pasienten.

Vi lytter til en stemme som kan være fulle av uttrykk. Vi hører lyder fra omgivelsene, og vi tolker budskapet ut fra vår sykepleiefaglige kompetanse og vår erfaringskompetanse fra tidligere hendelser. Tilbakemelding og tolkning foregår i forbindelse med spørsmålene vi stiller. Andre ganger formidles situasjonen raskt i starten. Oftest stemmer inntrykket godt med hendelsen når vi får tilbakemelding fra ambulansepersonell, og vi opplever en god kommunikasjon. Andre ganger er det hindringer i kommunikasjonen, det være seg dårlig lyd på mobiltelefoner med dårlig dekning, panikk hos innringer der man sier noen ord og så slenger på røret, eller språklige utfordringer. Umiddelbar tolketilgang vil være en viktig forbedring i AMK-sentraler.

Utfordringen vår er å få tak i essensen i starten eller så snart som mulig i samtalen, og avklare hvor pasienten befinner seg og hva som skjer. Hvor, hva og hvem er viktige spørsmål.

Noen ganger er ikke innringer i nærheten av pasienten, men har kun fått beskjed om å ringe etter ambulanse. Vi prøver å skaffe oss telefonnummer dit pasienten oppholder seg, for å få utfyllende opplysninger, men må noen ganger

bare iverksette utrykning uten å få vite mer.

Selv om vi har indeks som har gode spørsmålsstillinger, er det ikke alltid mulig for oss å få god nok informasjon til å vurdere situasjonen slik vi ønsker. Er vi usikre, må oppdraget oppgraderes, kanskje til akutt. En utrykning er alltid trafikkmessig risikabel, så det er ingen god løsning å oppgradere for ofte. Dessuten kan det være at et nytt ambulansebehov dukker opp i neste omgang og det kun er en ambulanse tilgjengelig i nærheten.

Å prioritere riktig bruk av ressurser kan være et dilemma, og det finnes ingen fasit. Men vi er utdannet for å gjøre slike vurderinger og gjøre så godt vi kan.

Ikke alltid lett å finne veien

I vårt område er det mange helt like stedsnavn både i sør, nord og midt i fylket. Mer enn 50 prosent av innbyggerne har ikke gateadresser, kanskje kun et postnummer som dekker for eksempel hele kommunen eller flere øyer forbundet med broer. Lokalkunnskap hos operatør betyr derfor ganske mye.

Noen innringere opplever det masete å måtte oppgi kommunenavn, mens de bare er opptatt av å få hjelp. Jeg anbefaler alle uten gateadresse å pugge gårds- og bruksnummer og formidle dette når de trenger hjelp. Da er det lett for oss å finne stedet på kartet. Det er ikke alltid lokalkjente ambulansepersonell på vakt.

I gamle dager, i enkelte bygder, satte man kanskje ei rød bølge på melkerampen der ambulansen skulle svinge inn, eller man satte på nødblink på bilen sin utenfor huset, eller slo på fullt lys i huset om natta. Triks før kartmarkering som også er aktuelle om kartsystemet skulle falle ut.

Informasjon og prioritering

Vi trenger informasjon for å kunne klassifisere hastegrad på hendelsen og gi god veiledning. Noen ganger er det bare å trykke på akuttlarm med en gang for situasjonen er så tydelig. Andre ganger må vi spørre mer for å avklare, og det er greit for de fleste. Men noen vil eller kan ikke si så mye, og det blir vanskeligere. AMK har veldig mange henvendelser og må prioritere bruken av de ambulansene en har. Dette kan være vanskelig å forstå for noen, men slik er det.

Vi må også kunne stå for de prioriteringene vi gjør i ettertid og kunne begrunne våre beslutninger faglig. Det blir ikke riktig å mangle ambulanse i en akuttsituas-





UTEN BLIKKONTAKT:
Å oppfatte situasjonen
gjennom en telefonlinje
krever erfaring. Foto:
Ann Kristin Skurtveit.



TRIVES: Ann Kristin Skurtveit har mye verbal pasientkontakt. Foto: Lilly Anne Blindheim Rødal.

sjon bare for at det skal være mer bekvemt å bruke ambulanse enn taxi. Vi bruker medisinsk Indeks under hastegradsvurdering og instruksjon under røde oppdrag. Jeg opplever instruksjonsskapittelet i indeks som spesielt nyttig ved hjertestans, respirasjonsproblemer og fremmedlegemer. Indeks er også en god rettesnor når

«Empati for innringer skal ikke hemme, men fremme situasjonen.»

det gjelder farlige oppdrag, kriser, samarbeid med andre nødetater og direkte symptomguide.

Nyttig med historikk

I AMK må vi skaffe oss oversikt over situasjonen, få startet veiledning samt sende ut ressurser. Sykepleier og ambulansekoordinator sitter begge på linjen og jobber tett sammen. Et slikt samarbeid er helt nødvendig for at vi skal kunne gjøre en god jobb. Av og til er et blikk eller et tegn med hånden nok til at den andre forstår.

Hvis mulig prøver vi å skaffe identitet på pasienten, slik at vi ser om vi har tidligere AMIS-historikk som er nyttig, eller tidligere registrert gårds- og bruksnummer, og for at mottakende sykehus kan sjekke i sine journaler for tilleggsinformasjon og forberede seg til mottak. Men det er ikke alltid mulig. Vi må prøve å beholde innringer der det er nødvendig, for å stabilisere situasjonen. Vi kan foreslå for innringer å legge på røret og heller ringe tilbake når situasjonen er mer avklart. Vi sikrer oss alltid i begynnelsen av samtalen et telefonnummer som vi kan ringe tilbake på.

Rådgivning

Hvordan vi takler tidspress, kommunikasjonsutfordringer, ressursbruk og telefonsamtaler har betydning for hvordan vi lykkes i vårt møte med pasienten. Hvilken kompetanse vi har og hvordan vi utnytter våre sterke sider er viktig. At vi kan samarbeide med hverandre i AMK og med innringer, er helt nødvendig. Også her som i andre sykepleieområder, er det viktig å være høflig, skape tillit og trygghet samt beholde roen. Å nedtone stress hos innringer, gir oss bedre forutsetninger for at han/hun faktisk skal greie å benytte våre råd. Å gi tydelig beskjed om at hjelpen kommer og hva hjelpen består i, er nødvendig.

Men det er også en fordel at publikum har kunnskap om AMK-tjenesten og hva de kan forvente når de ringer 113. Jeg skulle nok ønske at myndighetene var flinkere til å fortelle folket noe om hva de skal gjøre i nødssituasjoner og hva de kan forvente seg av hjelp.

Noen trenger kun gode råd om barnesykdommer og flåttbitt. Vi ser ofte at avisoppslag

og får muligheten til umiddelbart å iverksette et akuttoppdrag.

Stolte av jobben

Vi må være stolte av jobben vår og vite at vår innsats betyr noe for innringer. Vi vet ofte at vi lykkes når vi hører – tusen takk for hjelpen – i telefonen, og vi er proaktive for å få til beste mulige løsninger i de utfordringer vi har. Men vi vet også at det ikke alltid er mulig å gjøre noe ugjort. Dødsfall og alvorlige hendelser skjer uten at vi kan påvirke det, men da betyr det mye for pårørende i ettertid hvordan vi har vært der for dem i øyeblikket.

Vi vet også at det kan skje at vi ikke kan oppfange alt, og at uheldige hendelser skjer i en tidspresset arbeidsdag der det ikke eksisterer noen fasit. Og mennesker kan gjøre feilvurderinger.

Du må like utfordringer i denne jobben. Og det uforutsigbare. Vi vet ikke hva dagen bringer, og må kunne ta på sparket det som skjer, og sette inn de kvaliteter og ressurser vi har. Det vil si at vi ikke kan ha beslutningsvegring, og må kunne stå for det vi gjør.

Du må noen ganger like puslespill for å sette sammen brokker og biter til en hel fortelling for å avklare helt diffuse hendelser. Er vi usikre, må vi oppgradere hastegraden, få ut ressurser og avklare situasjonen.

Gode og onde dager

Noen dager er gode, mens andre dager er helt forferdelige når en tragedie skjer. Hvordan gå videre? Debrief er viktig, og det kunne sikkert ha blitt brukt i større grad. Det kan være både lærerikt og rensende. Konklusjonen kan være at vi gjorde det vi skulle, eller at vi kunne ha prioritert litt annerledes. Men det er alltid lettest å være etterpåklok når tidspresset ikke gjelder og en har god tid til å tenke. Vi har ulikt behov for å snakke gjennom hendelser, men alle har behov for å snakke med hverandre og ha kontroll over sine følelser. En bremsekloss kan utvikle seg hvis en ikke får hjelp etter tragiske hendelser.

Lydlogg – venn eller fiende?

Vi sitter i glasshus 24 timer i døgnet. Vi har som arbeidstakere lite personvern, siden media gjerne har sin oppfatning om vår rolle ut fra et annet perspektiv og en annen informasjon enn det vi sitter med. Taushetsplikten vi har vil kunne begrense vår reaksjon på det som presenteres.

Det er fint å kunne gå inn på lydlogg og sjekke hva som er sagt hvis samtalen blir brutt og en for eksempel prøver å nøste opp en uklar adresse. Lydloggen kan også benyttes i læresituasjoner med gjennomgang av utfordrende kasus vi har opplevd.

Pårørende kan også ha behov for gjennomgang av en hendelse og kan oppleve det som positivt å snakke sammen med helsepersonell med bruk av lydloggen i ettertid. Involverte parter bør derfor få mulighet til journalgjennomgang/lydlogg gjennomgang sammen med helsepersonell hvis behov etter en hendelse.

Jeg opplever først og fremst en trygghet i å ha lydlogg. Da er det tydelig hvilken informasjon innringer gir oss og hvordan vi prioriterer og vurderer, spesielt i vanskelige situasjoner. En slipper ord mot ord-diskusjoner i etterkant og spørsmål om hva som egentlig ble sagt.

Jeg misliker derimot at media får tilgang til logger og kryssklipper samtaler tatt ut av sin sammenheng. Lydloggen går på lufta uten stemmeforvrenger i beste sendetid. Mange vil derfor kjenne igjen hvem som er involvert i hendelsen. Flere i AMK-systemet i Norge har etter vanskelige hendelser sagt at de oppgraderer situasjoner i større grad for å sikre seg. Men det blir også feil, siden vi disponerer relativt få ressurser og må prioritere.

Trygghet

Det er veldig viktig å få støtte fra ledelsen i hendelser som publikum påklager. Det er nok det viktigste for å unngå jobbflukt når situasjoner har vært vanskelige å håndtere. En må føle seg trygg selv for å kunne formidle trygghet til innringer.

Å ha empati og forståelse for innringer synes for meg å være helt nødvendig for å kunne ha en slik jobb i mange år. Empati skal ikke hemme, men fremme situasjonen. Når en i tillegg har faglig trygghet, et godt samarbeid mellom sykepleier, ambulansekoordinator, ambulansepersonell og prehospitaletjeneste i det daglige, samt en involverende AMK-lege og ledelse, vil en ha en god forutsetning for å gjøre en god jobb. Samarbeidet med andre nødetater er det også viktig å prioritere. Øvelser med alle nødetatene, der AMK er involvert, er en god måte å videreutvikle samarbeidet på.

AMK er en viktig del av nødmeldetjenesten og i stadig utvikling.

AMK er en spennende og utfordrende del av sykepleien som jeg gjerne anbefaler andre å jobbe med! ■

Trett av å være trett?



Over 300 000 kvinner har lave jernnivåer – et vanlig symptom på tretthet. Floradix Formula fyller i denne forbindelse effektivt opp dine jernnivåer og gir deg energien tilbake. Hver fjerde kvinne i alderen 20 – 55 år får for lite jern, jern som blant annet er med på å frakte oksygen i blodet.

Jernmangel er vanligere enn man tror

Jernmangel er den vanligste mangelen i Norge i dag, til tross for rikt innhold i deler av kostholdet vårt – kjøtt og korn.

gaven, å bindes til et proteinkompleks som heter hemoglobin og som tar opp oksygen i lungene, transporterer det rundt i blodet og leverer til celler som trenger oksygen.

Mangel på jern kan gjøre at man føler seg trett, slapp og ukonsentrert samt lett irritabel i dagligdagse situasjoner. Faktum at over 300 tusen kvinner har lave jernnivåer av varierende styrke – selv uten å vite om det. Selv eldre mennesker, idrettsutøvere, gravide og ammende kan ha behov for jern.

Jern er livsnødvendig

Siden kroppen ikke selv produserer jern må det daglig tilføres. Den største delen av jernet bidrar til produksjonen av hemoglobin – de røde blodlegemenes fargestoff. Jern er nødvendig for transport av oksygen i kroppen. 60% av jernet som tas opp har denne opp-

Norges mest solgte flytende jerntilskudd

Formula er et flytende vegetabilsk jerntilskudd med 2 verdig lettopptagelig jern i en unik sammensetning av urter, juicer og vitaminer. Siden den er flytende og lettopptagelig effektiviserer den jernbalansen og gir energi. Formula er i dag ofte et supplement innen helsesektoren på grunn av dens milde virkning på fordøyelsen og hurtige påvirkning av jernbalansen. Formula er Norges mest solgte flytende jerntilskudd som er god på smak.

Floradix Formula
kjøpes hos apotek,
dagligvare og helse-
kostforretninger.

**Slapp og trett?
Prøv 20 ml
Floradix Formula
daglig**



OBS! Uten konserveringsmidler!

ditt naturlige valg
NATUR
import



Se våre tilbud på våre nettsider!

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

21 norske sykepleiere har mottatt det høyeste æresbeviset en sykepleier kan få.

Fikk Florence Nightingale-medaljen

Æresreporteren:



Toril Parelus



■ Pensjonert sykepleier. Født i Narvik, gått på sykepleierskole

i Trondheim og jobbet på Sentralsykehuset i Akershus og i Røde Kors

– Hadde egentlig ikke tenkt å skrive, men ble utfordret av lederen i Seniorsykepleierne. Det har vært greit å samarbeide med journalist.

stort mot og hengivenhet i omsorgen for ofre i væpnede konflikter eller katastrofer, eller eksemplarisk og kreativ utøvelse av yrket i en pionerånd innen offentlig helsevesen eller i utdanning av sykepleiere, ifølge statuttene.

Døde i tjeneste

I 1997 fikk Ingebjørg Foss og Gunhild Myklebust medaljen post mortem. De døde i tjeneste for ICRC i Novi Atagi i desember 1996. Jeg var den som sendte dem i felt, og jeg var den som stod en iskald desember natt og tok imot trekistene – iført Røde Kors-uniform. Det var siste gangen jeg hadde uniform på meg.

Spesialsykepleier Per Emil Ørmen har arbeidet internasjonalt for Røde Kors-bevegelsen fra 1983 og fram til 2005. Han har gjort en fantastisk jobb for de mest sårbare rundt om i verden. Lengst har han tjenestegjort i Afghanistan.

På initiativ fra meg ble han fremmet for medaljen, og han mottok den sommeren 2001. Han er den første mannlige, norske sykepleieren som har mottatt medaljen. I 2005 mottok Per Emil Ørmen også St.Olavs medalje for sitt utmerkede humanitære arbeid i internasjonal tjeneste for Røde Kors-bevegelsen. Han ble pensjonert i 2007.

En overraskelse

I 2009 jobbet jeg fortsatt med HR i Norges Røde Kors. Jeg fant to gode kandidater som jeg bad lederen om å fremme, men fikk beskjed om at man ikke ville fremme kandidat denne gangen. Så jeg ble utrolig overrasket da det viste seg at jeg var

fremmet som kandidat uten at jeg viste det og ble tildelt medaljen. Jeg ble etter hvert utrolig stolt og glad. Jeg hadde da bestemt meg for å bli pensjonist i 2010, så dette var jo en utrolig anerkjennelse av den jobben jeg hadde gjort. Den ble overrakt i juni 2009. NSF ble invitert, men hadde ikke anledning til å komme. Jeg mottok et hyggelig kort og blomster fra forbundsleder. ■

Mere stoff om medaljen fins på www.icrc.org



Florence Nightingale-medaljen blir utdelt av Den Internasjonale Røde Kors-komiteen (ICRC) hvert annet år. Det er nasjonale Røde Kors-foreninger – som Norges Røde Kors – som fremmer sin kandidat, men det er ICRC som utnevner dem som får medaljen.

Høyeste utmerkelse

Så langt har 21 norske sykepleiere mottatt medaljen siden 1931. Fra listen kan nevnes at Bergljot Larsson fikk den i 1949, Ingrid Wyller i 1955 og Helga Dagsland i 1971.

Medaljen er den høyeste internasjonale utmerkelsen som deles ut til sykepleiere som har vist

MOT: Røde Kors i Norge foreslår kandidater som har utvist mot. Foto: Røde Kors.



ETTER OPERASJONEN: Ekteparet får noen minutter sammen inne på overvåkningsstuen. Datteren Aina spør moren om hun har vært spent på operasjonen. – Ja, innrømmer Guri Britt Orø.

Å gi bort

Ny nyre bedrer livet til nyresyke mennesker. En av tre får nyre fra levende givere. Kravet til kompetent sykepleie er stort når et friskt menneske utsetter seg for et større kirurgisk inngrep for å hjelpe en annen.



en nyre »

Tekst Hanne Modahl Bjertnes, Ingebjørg Kvangarsnes, Heidi Poleszynski Hoel, Tone Karine Vidnes, Kjersti Lønning og Marit Helen Andersen/Rikshospitalet og Nina Hernæs, Sykepleien.
Foto: Erik M. Sundt.

«Jeg kan gi, sa Guri Britt da det ble snakk om nyretransplantasjon.»

Hundre mennesker gir hvert år bort en av nyrene sine. Guri Britt Orø ga til mannen sin.

God morgen, nå er det snart dags. Det er mandag 1. oktober. På Rikshospitalet i Oslo skal en nyre snart skifte eier. Guri Britt Orø skal gi sin høyre nyre til ektemannen Åsmund Graven. De har ventet på denne dagen siden mai.

Sykepleier Tone Vidnes sjekker at alt er klart.
– Du har ikke smykker på deg eller noe sånt, spør hun.

Guri Britt Orø rister på hodet. Hun ligger rolig i sengen. Med beroligende og smertestilende i kroppen. Klar for operasjon.

Påføres skade

Hvert år får i underkant av 100 pasienter på Rikshospitalet nyre fra en levende giver. Fordele med nyre fra levende giver er at nyrefunksjonen kommer raskere i gang etter transplantasjonen, og at nyren har gjennomgående lengre levetid. I tillegg gir nyredonasjon fra levende giver mulighet til å synkronisere operasjonene og korte ventetiden. Ulempen er at giver, som må være frisk, påføres skade. Et friskt menneske gjennomgår et større kirurgisk inngrep i den hensikt å hjelpe en annen. Det stiller spesielle krav til sykepleien.

Ta vare på

Guri Britt Orø har allerede vært på sykehuset noen dager. Det vanlige er at levende givere legges inn to dager før operasjonen. For Rikshospitalet er

det svært viktig å ta godt vare på givere som henne og tilrettelegge oppholdet på best mulig måte. Det var sykepleier som tok imot, koordinerte blod- og urinprøver, røntgen, samtale med lege og fysioterapeut, målte blodtrykk, oksygenmetning, puls og temperatur. Guri Britt var også gjennom legesjekk for å bekrefte at hun er frisk.

Informasjon

En sykepleier hadde innkomstsamtale, der Guri Britt fikk informasjon om forventet forløp i tiden før og rett etter operasjonen. Denne informasjonen må tilpasses hver enkelt pasient. Noen ønsker å vite mest mulig, andre minst mulig. Mange givere har aldri ligget på sykehus før, og det kan virke overveldende å komme hit. Sykepleierne pleier å gjenta og presisere at det er helt greit at de spør igjen og når som helst, om det er noe de lurer på.

De som skal gi nyre er avhengig av god informasjon om hva inngrepet innebærer, mulig risiko og eventuelle konsekvenser for helse og livskvalitet. Valget baseres på informert samtykke og det krever tilstrekkelig med tid til selve beslutningsprosessen.

At noen frivillig utsetter seg for et for dem unødvendig inngrep, er et tankekors. Det utfordrer sykepleiens etikk, som er basert på ikke å skade. Derfor er det viktig å finne ut om pasienten er godt nok informert til å ta avgjørelsen.

Utredet

Guri Britt Orø var aldri i tvil. Da mannen Åsmund i 2006 fikk påvist cystenyre var det starten på et

stadig mindre aktivt liv. Cystenyre er en arvelig sykdom der det oppstår små væskefylte cyster i nyrene, som med tiden fortrenger det normale nyrevevet og gir nyresvikt. Det siste året har den tidligere idrettsmannen koplet seg til dialysen hver kveld.

– Jeg kan gi, sa Guri Britt da det ble snakk om nyretransplantasjon.

Det ville også fire av Åsmunds søsken. Broren ble utredet, men var ikke aktuell.

Guri Britt ble utredet på hjemsykehuset. I slutten av mai var utredningen klar. Nå var det opp til nyremøtet på Rikshospitalet å godkjenne henne som giver. Deres tilfelle skulle tas opp en tirsdag i midten av juni.

Ekteparet satt hjemme på Tingvoll og ventet på telefon. Hun på kjøkkenet, han i stua.

Guri Britt fikk telefon først. Koordinerende sykepleier Kjersti Lønning hadde beskjedent de håpet på: Guri Britt var godkjent som giver.

Ventet

For ekteparet kunne transplantasjonen ikke komme fort nok. De ville ha livet de kjente tilbake, med ferier, turer og spontane aktiviteter. De fikk operasjonsdato i oktober.

– Unødvendig tregt, mente Åsmund.

Men ventetiden har en funksjon. Det er viktig med tid til beslutningsprosessen. Også etter at nyremøtet har sagt sitt. De som skal gi må være helt sikre på at de gjør det rette. Og de står fritt til å trekke seg helt fram til operasjon.

Eiga lov

Transplantasjonslova kom i 1973. Det er ei lov som har gitt gode retningslinjer for donasjon- og transplantasjonsarbeidet heilt fram til i dag. Men før ein kom så langt at transplantasjon vart eit reelt tilbod var dei nyresjuka avhengig av dialyse. På slutten av 1950-talet fekk pasientar med akutt nyresvikt dialyse inntil nyrene tok seg opp igjen, men dette var inga varig løysing. Pasientar som fekk kronisk nyresvikt døyde.



FØR OPERASJONEN: Guri Britt Orø og Åsmund Graven ved Sognsvann i Oslo. Han skal snart få hennes ene nyre. Hjemme på Tingvoll kaller folk det en skikkelig kjærlighetshistorie.

Sammensatt

Langtidsoppfølging viser at levende givere rapporterer om god helse og livskvalitet etter operasjonen. Samtidig viser studier at for enkelte kan det å gi en nyre være en sammensatt opplevelse. De fleste føler stor glede ved å gi en nyre, men samtidig er det ikke uvanlig å oppleve nedstemthet. Ofte gir tiden på sykehuset en pekepinn på hvordan tiden etterpå vil bli. Det gir sykepleierne en unik mulighet til å sette inn forebyggende tiltak.

Særlig hvis det har oppstått komplikasjoner under uttak av nyren eller hvis transplantasjonen er mislykket, kan givere få reaksjoner i etterkant. Derfor er det viktig å ha kunnskap om den spesielle situasjonen til de som skal gi. Å skape rom for å uttrykke den individuelle opplevelsen er utgangspunktet for behandlingen og sykepleien.

Tilrettelegger

Mens Guri Britt og Åsmund gikk på Tingvoll og ventet, satt Kjersti Lønning i Oslo og kartla. Som koordinerende sykepleier er oppgaven hennes å tilrettelegge så oppholdet på Rikshospitalet og tiden etterpå blir best mulig. Mye av jobben gjøres på lokalsykehuset, og Lønning samarbeider derfor

«Når de kommer inn døren her, går realiteten opp for mange.» Kjersti Lønning, koordinerende sykepleier

tett med sykepleiere og nyreleger rundt i landet. Det er de som utreder givernes og følger dem opp når de skrives ut fra Rikshospitalet.

– Jeg ser etter behovene givernes ikke ser selv, sier hun.

Sammen med assisterende enhetsleder Heidi

Poleszynski Hoel prøver hun å forutse utfordringer. De tar seg av alt det som kan virke som detaljer i den store handlingen det er å gi bort en nyre. Som hvem som skal passe eventuelle barn mens foreldrene er på sykehus, hvem som skal bære varer eller måke snø i de seks ukene etter operasjonen da givere ikke skal løfte tungt. Hvor

regninger for utgifter til reise skal sendes og hva de skal gjøre når de får smerter.

En ting er å ta avgjørelsen om å gi bort en nyre når man sitter hjemme og er frisk og alt er på stell.

– Når de kommer inn døren her, går realiteten opp for mange, sier Kjersti Lønning.



Dialyse

For å kunne stå på venteliste til transplantasjon måtte pasientene ha tilbud om dialyse. Difor var dialyse også nødvendig for å kunne opprette eit transplantasjonstilbud. Rikshospitalet starta dialyseverksemda i 1967 og frå 1969 vart dialysetilbodet landsomfattande.

Ein teknisk alt-mulig-mann begynte ved dialysen i 1967. Eit symptom på at ein var i ein oppstartfase og ikkje eit etablert fagfelt var at han dei første åra vart lønna av ein pasient. Han laga slangesetta til dialyse sjølv. Han kjøpte inn alt utstyret og sto heime på kjøkenet ilag med kona og monterte setta.



PÅ VEI TIL OPERASJON: Klokken åtte skal Guri Britt Orøs nyre tas ut. Klokken tolv skal den opereres inn i mannen Åsmund Graven. Sykepleier Kathinka Bøllmo kjører henne til operasjon.

– Da er det stor hjelp i å vite at alt det praktiske er ordnet.

Kunnskapsbasert

For å ivareta en bestemt pasientgruppes behov er det ikke alltid nok med generell sykepleie. Det må også være sykepleie basert på kunnskap som gjelder den spesifikke gruppen pasienter, som levende givere. For at sykepleien skal være av beste kvalitet, må det brukes kunnskap og forskning

pleier med mastergrad. I tillegg er en sykepleier med doktorgrad tilknyttet posten. Kompetansen er bygget opp gjennom mange år. Likevel er det en konstant utfordring å sikre at kunnskapen forblir i miljøet og videreutvikles i en tid med trange budsjetter og utvidet drift.

Oppdatert

Erfaring viser at bred kompetanse blant sykepleiere er til stor hjelp i pleien til pasienter generelt,

oppdatert på kunnskap som finnes. Alt for å se om den pleien som utføres ved sengeposten er «best mulig» basert på nyeste kunnskap.

Nytt regime

Et eksempel er et kvalitetssikringsprosjekt som nylig er startet. Hensikten er å evaluere et nytt regime med smertestillende og kvalmestillende medikamenter for levende givere. Kvalme er dessverre noe flere av dem opplever, og for noen er dette det mest plagsomme med oppholdet. Kanskje kan et nytt regime gjøre sykehusoppholdet til disse pasientene bedre. Målet er at Guri Britt Orø skal ha minst mulig smerter og ubehag.

Varhet

Levende givere er et godt eksempel på hvordan sykepleiere med videreutdanning reviderer og ut-

«Der kommer det en grei dame.» Åsmund Graven, nyretransplantert

som er tilgjengelig om pasientgruppen for å kvalitetssikre den.

På Transplantasjonskirurgisk sengepost på Rikshospitalet jobber det sykepleiere med ulik kompetanse, som kliniske spesialister og syke-

også til levende givere. Videreutdanning gir automatisk flere redskap til å finne ny kunnskap. Man lærer å søke opp artikler i tidsskrifter, lete i bøker eller starte forskningsprosjekter for å evaluere behandlingstilbudet. Det gjør det lettere å holde seg

Dårlege

Pasientane som kom inn til transplantasjon var dårleg dialysert og hadde lav blodprosent. Nokre kunne knapt gå og enkelte måtte bærast inn i dusjen før operasjon. Likevel kom dei rett tilbake på post fordi intensiv ikkje hadde plass. Posten hadde respiratorpasientar fram til begynninga av 1990-tallet. Trass i at ein hadde såpass dårlege pasientar var det ikke sjeldan at det berre var ein sjukepleier på nattevakt med ein lærer, ei husmor eller andre ufaglærte som assistentar.



PASSES PÅ: Sykepleier Hanne Modahl Bjertnes sjekker vitale verdier. En viktig del av sykepleien er å se levende givere sine behov, løstrevet fra mottakeren.

vikler prosedyrer for å kvalitetssikre sykepleien. På grunn av doktorgradsarbeidet til Marit Helen Andersen framkom viktigheten av å skjerme disse pasientene fordi de er i en ekstra sårbar posisjon. Varhet fra sykepleierne om pasientens behov er essensielt for at oppholdet skal bli best mulig.

Selv om disse pasientene har fått mye informasjon om hva det vil si å gi bort en nyre, kommer det ofte opp forhold i løpet av oppholdet som det må tas hensyn til. Det kan være noe med situasjonen hjemme eller på arbeidsplassen.

En måte å skjerme pasientene på er å unngå at mottaker og giver deler rom på sykehuset. Erfaringen viser at det å ligge på samme rom ofte stiller giver i en vanskelig situasjon: De blir både pasienter og omsorgsgivere. Begge skal få lov til å være pasienter, de skal slippe å ta hensyn til

hverandre, for eksempel ved ikke å vise smerter for å skåne den andre.

To operasjoner

Rundt klokken tolv denne mandagen har Guri Britt Orø en nyre mindre. Når hun kjøres til postoperativ, er det Åsmund Graven sin tur på operasjonsbordet. For datteren deres er det en lettelse at de ikke blir operert samtidig.

Mens Guri Britt ligger på postoperativ hele dagen, blir Åsmund kjørt rett tilbake på post. Her er det et eget overvåkningsrom for de som er blitt transplantert. At de ikke får ligge ved siden av hverandre som nyopererte, synes de er greit. Sykepleierne har forklart at de vil ha nok med seg selv.

Kort møte

Men når Guri Britt trilles fra postoperativ tilbake

til rommet sitt på sengeposten, får hun et stopp inne hos mannen. Åsmund føler seg ikke helt på topp der han ligger, men lysner opp når kona blir kjørt inn.

– Der kommer det en grei dame, sier han.

De strekker hendene mot hverandre. Tørker en tåre.

– Går det bra, spør hun lavt.

– Takk skal du ha, sier han og smiler.

– Du har en snill kone, sier sykepleier Anne Marie Neskvern Gjerde.

– Ja, sier Åsmund.

– Kjerringa mi blir jeg bare mer og mer glad i.

Passes på

I en uke etter operasjonen blir Guri Britt på Rikshospitalet. Allerede dagen etter skal hun opp og gå og spise. Nå er hun pasient på ordentlig og har



Kom seg

Pasientane kom seg dramatisk raskt etter transplantasjonen. Gjennomgongstonen var at dei vart «født på ny». Sjukepleiarane gleda seg til å gå på jobb for å sjå kva endring som hadde skjedd i løpet av få dagar. Men trass i at pasientane hadde ei positiv oppleving av å bli transplantert, var det mange kirurgiske komplikasjonar. Sjukepleiarane kunne bruke fleire timar kvar dag på å skylle infiserte sår. Dei stod og mang ei natt og skylte pasientane sin magesekk med isvatn i håp om å stoppe blødande magesår.



NYOPERERTE: Åsmund Graven strekker hånden ut mot kona Guri Britt Orø.

behov for sykepleie. Sykepleierne overvåker vitale tegn, som blodtrykk og temperatur. Lindrer smerter og holder regnskap med væskebalansen. Sørger for at hun får nok ro og hvile. Er det noe som ikke utvikler seg helt som forventet, er sykepleierne snare med å ta det opp under dagens midtrapport og vurdere tiltak. De tar raskt kontakt med lege for å være føre var.

Kvalm

To dager etter operasjonen sier Guri Britt at hun føler seg i god form. Men hun ser litt blek ut. Seinare på dagen blir hun kvalm og er plaget med det i tre dager. Hun får også vondt i magen og dårlig matlyst.

– Nå er det gjort, sier hun.

– Jeg kan kjenne at noe er borte.

Hun har dusjet, fått byttet bandasje og tatt seg

flere turer inn til ektemannen. Sykepleierne har også lært henne hvordan hun skal rulle seg ut av sengen for ikke å belaste bukmuskulaturen. Hun skal bruke teknikken de neste seks ukene.

Hun har også vært på vekten. Den viste flere kilo mer enn vanlig.

– Men det var jeg forberedt på, sier hun.

– De ga meg mye væske under operasjonen, og kroppen bruker noen dager på å skille den ut. Det er greit å vite at det er normalt å gå opp, hvis ikke ville jeg begynt å lure på om det var noe galt med nyren som er igjen.

Etterpåk

Givere skal ivaretas på beste måte mens de er på Rikshospitalet. Men det er ikke nok. Det er også viktig å være sikker på at de klarer seg godt når de blir utskrevet.

Her kommer transplantasjonskoordinator Ingebjørg Kvangarsnes inn. Hun har ansvar for å følge opp levende givere og videreformidle informasjon til lokalsykehuset. Dette starter med at hun har en samtale med giverne før de reiser hjem. En av hensiktene med denne samtalen er at giveren inviteres av en person utenfor sengeposten til å fortelle om opplevelsen av å ha gi bort en nyre.

Samler data

Pasienten informeres om at medisinske opplysninger skal registreres i en fellesnordisk database. Der blir både medisinske fakta som blodprøver og operasjonsteknikk og egenopplevelser i forbindelse med å gi nyre registrert. Dette er et ledd i kvalitetssikringsarbeidet, der disse dataene og langtidsdata etter ett, fem og

Levende givar

I **Noreg** begynte ein tidleg å transplantere nyre frå levande givar. Fram til 1969 vart 25 pasientar nyretransplanterte: 20 med avdød givar og 5 med levande givar.

Givar fekk eit flanksnitt og det vart fjerna ein del av eit ribbein. Sidan operasjonen den gong var eit mykje større ingrep fekk dessverre ein del pasientar kroniske smerter i etterkant.

Eit eksempel på eit heilt anna type problem i forbindelse med transplantasjonen var sjølve innkallingsprosessen i forkant. I ei tid utan mobiltelefon og med generelt dårleg kommunikasjon var det ei utfordring å få kalla inn pasientar til nyretransplantasjon. Alle hadde ikkje ein gong hustelefon. Lensmannen hjalp til dersom ein ikkje fekk tak i pasienten.



TIDEN ETTERPÅ: Ingebjørg Kvangarsnes informerer alltid lokalsykehuset om hvordan det går med levende givere. Den største delen av utredning og oppfølging gjøres der.

ti år registreres. Dette er viktige opplysninger for å muliggjøre forskning som sikrer at det å gi nyre er så trygt og sikkert som overhodet mulig.

Psyke

Så blir giver bedt om å fortelle hvordan han eller hun ble nyregiver. Ble hun spurt, og av hvem? Tilbød hun seg spontant? Giver får så fortelle fritt, noe de fleste veldig gjerne gjør. Andre trenger tilleggsspørsmål for å komme i gang.

Etterpå går Kvangarsnes inn i «informasjonsdelen» der hun særlig vektlegger det psykiske aspektet ved å være giver. Hun snakker om det spesielle ved det å være giver for å gi en bakgrunn for hvorfor forskjellige reaksjoner kan komme.

Mulige reaksjoner

Det er som oftest en nær relasjon til den som har fått nyre, og det vil naturlig medføre bekymring for den syke. Sammen med beslutningen om å gi nyre antas det å ha vært en psykisk belastning over tid.

Sykehusoppholdet er også en stor påkjenning. Det kan være sårsmarter, kvalme og obstipa-

er forberedt og skjønner hvorfor dette skjer.

Trenger tid

Kvangarsnes forbereder giverne på at restitusjonsfasen antakelig vil bli lengre og gå saktere enn de var forberedt på. Det spesielle med disse pasientene er at de er friske i utgangspunktet og klarer derfor ikke gå inn i pasientrollen. Ønsket

«Vi tenker på hele pasienten.» Heidi Poleszynski Hoel

sjon. I tillegg til fortsatt bekymring for mottakeren. Hele oppholdet blir brukt på tilfriskning.

Også hjemreisen kan være slitsom. Den som får nyre må bli lenger på sykehuset, og mange kommer langveisfra. Reaksjoner kan komme hjemme etter noen dager. Derfor er det veldig viktig å informere giverne om dette, slik at de

om og troen på at de raskt er tilbake til det normale gjør at de ikke klarer å se for seg at det vil ta tid. Erfaring tilsier og forskning viser at veldig mange nyregivere angir at det tok lengre tid enn forventet å bli som før de ga nyre.

Dette er definitivt ikke tiden for å være «flink pike», men å være tålmodig og ikke stresse med

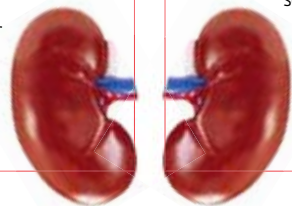


Lærte av legane

På 1970-talet fantes ikkje system for sjukepleiefagleg utvikling eller prosedyrearbeid. Kunnskapen kom frå legene. Ein hadde heller ikkje skrivne målsettingar, visjonar eller verdigrunnlag, men det var ei allmenn oppslutning om det uskrivne: Alle trår til!

Nyretransplantasjon i Norge

- Det utføres årlig nærmere 300 nyretransplantasjoner i Norge, og alle transplantasjoner skjer ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.
- Om lag 30 prosent av transplantasjonene skjer med nær beslektet familie som giver.
- Selve inngrepet skjer ved at nyren tas ut via kikkhullsoperasjon.
- Risikoen ved inngrepet er liten, og i Norge har det ikke vært dødsfall i forbindelse med uttak av nyre hos levende giver.
- Kort tid etter inngrepet vil nyrefunksjonen i den gjenværende nyren øke til omlag 75 prosent av opprinnelig nyrefunksjon, noe som innebærer at giver kan leve et normalt liv på alle måter.



Nyresykdom

Ulike sykdommer gjør at pasienter får nyresvikt og blir satt på venteliste for transplantasjon. De vanligste sykdommene er:

- Nefrosklerose: En nyrekomplikasjon ved høyt blodtrykk som skyldes forkalkinger i større og mindre nyreblodårer og etter hvert bindevevsinnvekst.
- Glomerulonefritt: En tilstand med en betennelsesreaksjon i glomeruli i større eller mindre grad.
- Diabetesnefropati: En nyreskade grunnet seinkomplikasjoner av diabetes. Dette gjelder både type 1 og type 2 diabetes.
- Det er flere menn enn kvinner som får nyresvikt. Det kan være en årsak til at de fleste levende givere i Norge er kvinner.

å komme tilbake på jobb. Kvangarsnes minner givere på at alle – deres nærmeste, arbeidsgiver og samfunnet – er tjent med at de er de samme friske menneskene som før de ble givere.

Mindre stress

- Vi tenker på hele pasienten, sier assisterende enhetsleder Heidi Poleszynski Hoel.
- Det handler om grunnleggende behov, nikker Kjersti Lønning.
- Vi tror arbeidet vi gjør reduserer risikoen ved inngrepet. Pasienten blir mindre stresset og er bedre forberedt på det som kommer.
- Det er Kjersti Lønning som ringer og forteller givere om de er godkjent eller ikke. Før kom svaret i brev. Operasjonsdato var satt. Lønning er opptatt av at giver skal være med å bestemme.

hva de skal gjennom, sier Lønning.

Noen er så motiverte at de vil gi selv om de ikke har helse til det. Det hender levende givere kommer til sengeposten og nye undersøkelser viser at de ikke kan gi likevel. Da må helsepersonell sette ned foten.

- Det er tøft å si nei, men vi har et ansvar for ikke å skade, sier Hoel.

Etikk

De har mange etiske diskusjoner på posten. Det kan for eksempel være hva frivillighet er.

- Hvis du har en nyresyk mann, og du kan gi ham nyre. Hva gjør du, spør Hoel.
- Det er en form for frivillig tvang.
- Men de ser ikke etiske betenkeligheter ved å ta nyrer fra friske mennesker, så lenge det gjøres

«De må vite hva de skal gjennom.» *Kjersti Lønning, koordinerende sykepleier*

- Jeg innleder med at jeg har et forslag til dato, forklarer hun.
- Så ber jeg dem tenke litt og ringe tilbake.
- Mottaker får først beskjed når giver har bestemt seg.
- Etterpå rapporterer hun til Heidi Poleszynski Hoel.
- Det kan for eksempel være at de ikke er helt på plass.
- Deres oppgave er å gi dem et realistisk bilde av hva som skal skje.
- Vi skal jo ikke skremme dem, men de må vite

som i dag.

- Nyretransplantasjon er den beste behandlingen for nyresvikt, sier Hoel.
- De som får nyre blir stort sett helt friske. Når giver blir ivaretatt og de er helt sikre på at de vil gi og hva det innebærer, ser jeg ikke at det er et problem.
- Ingen levende givere har mistet livet som følge av at de har gitt nyre på Rikshospitalet. Men noen har fått kroniske smerter, og noen har fått komplikasjoner som har gitt uførhet. Noen få har hatt store økonomiske utgifter, til tross for intensjonen



om at levende givere ikke skal ha noen form for økonomisk tap.

- Dette viser hvor viktig det er at beslutninger blir tatt på et informert grunnlag, påpeker Lønning.
- Og hvor viktig informasjon er som en del av utredningen.
- Vi ser jo også mottakeren, sier Hoel
- Og det er helt fantastisk. Vi ser at de blir friskere fra den ene dagen til den andre. De blir helt nye mennesker. Det gjør det verdt det.

Ut på tur

- Vi er noen minutter for sene, unnskylder Guri Britt Orø.
- Vi måtte få med oss hvem som fikk fredsprisen.
- Det er knappe to uker etter operasjonene. Inn i resepsjonen på pasienthotellet på Rikshospitalet kommer ekteparet i joggedresser. Dagen før gikk de halvannen times tur på Sognsvann.

Ikkje i slekt

På 1980-talet begynte ein å gjere nyretransplantasjonar med givarar som ikkje var i slekt med mottakar, som vener og ektefeller.

I 2006 gjorde man den første transplantasjonen i Norge der giver og mottakar ikkje hadde samme blodtype. Seinere er det gjort flere slike transplantasjoner med godt resultat.



UNDERVISER LEGER: Marit Helen Andersen har tatt doktorgrad på hvordan det oppleves å ha gitt bort en nyre. Her foreleser hun for leger og annet helsepersonell på Oslo universitetssykehus. Hennes forskning har bidratt til at kirurgene har gått over fra åpen kirurgi til kikkhullsteknikk. Funnene viste klart at det er bedre for pasientene.

– Så fort har jeg ikke gått på lenge, sier Åsmund Graven.

– Jeg henger ikke på slep lenger.

Hun er skrevet ut for flere dager siden, men blir i Oslo en uke ekstra med ektemannen. Da får hun også lagt inn en tur med danske båten før hun drar hjem til Tingvoll. Han venter på permisjon.

– Da drar jeg hjem ved første mulighet.

Inntil videre kontrolleres han nøye. Spørsmålet nå er om kroppen godtar den nye nyren. Håpet er å komme tilbake i arbeid på Hydro Aluminium på Sunndalsøra. Guri Britt skal tilbake til turnus som sykepleier.

Følte seg sett

Om hun hadde fått velge, hadde hun gjort det samme om igjen.

– Jeg følte meg sett, sier hun om oppholdet på Rikshospitalet.

Hun opplever at hun ble godt informert, både

på forhånd og underveis.

– Jeg leste mye da jeg kom dit. Det var enda mer interessant å lese om det som skulle skje da jeg sto midt oppe i det.

Hun har nesten ikke tatt smertestillende, men var plaget med kvalme.

– Men nå føler jeg meg i så god form.

Til helgen venter konsert med Sølvguttene. Det er ikke Åsmunds favorittsyssel, men han skal være med.

– Det var betingelsen for at jeg skulle få konas nyre, sier han og smiler skjelt. ■

Guri Britt Orø skal nå begynne å jobbe igjen, etter åtte ukers sykmelding. Planen var å begynne etter seks uker, men legen rådet henne til å vente. Hun føler seg i god form og er stadig på tur.

Åsmund Graven har vært hjemme på permisjon fire helger på rad. Den nye nyren fungerer som den skal, og han er stadig i trimrommet og på tur. Han håper å bli utskrevet fra Rikshospitalet før jul.

Meir skånsomt

Etter kvart har ein prøvd å gjere inngrepet på givar meir skånsomt ved å lage eit mindre snitt og slutte å fjerne ein del av eit ribbein. Frå 2003 og utover gjorde ein også ein studie for å vurdere handassistert laparoskopisk teknikk versus open operasjon. Sidan 2009 har det ikkje blitt gjort ein einaste open operasjon på levande givar på Rikshospitalet.

Tekst **Sissel Paulsen** og **Marte Lønne Ulvedal**

Fagfolkene:



Hvordan har det vært å skrive for Sykepleien?



■ Hanne Modahl Bjertnes, Transplantasjonskirurgisk sengepost, Rikshospitalet
■ Jobber med pasientene mens de er på Rikshospitalet

– Det har vært spennende, det var vanskelig å se for seg resultatet da vi begynte.



■ Ingebjørg Kvangarsnes, Kreft, kirurgi og transplantasjonsklinikken, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet
■ Transplantasjonskoordinator

– Det har vært fint å skrive for Sykepleien, virket veldig vanskelig til å begynne med. Jeg kunne virkelig reflektere og få ned på papir hva jeg konkret gjør i arbeidet med levende givere. Spennende å reflektere over hvor mye kompetanse vi har og for et godt opplegg vi har for nyregiverne!



■ Heidi Poleszynski Hoel, assisterende enhetsleder på Transplantasjonskirurgisk sengepost, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet
■ Har det daglige driftsansvaret i sengeposten.

– Jeg har ikke skrevet selv, men vært intervjuet sammen med Kjersti Lønning og deltatt i noen av møtene underveis. Interessant å følge prosessen fra lansering av idé til artikkelen gradvis har tatt form.



■ Tone Karine Vidnes, sykepleier med master i sykepleievitenskap, jobber på sengepost for transplantasjonskirurgi, Rikshospitalet
■ Fagutviklingssykepleier

– En morsom og annerledes oppgave. Veldig interessant å få reflektere over hva vi gjør som sykepleiere rundt en bestemt pasientgruppe.



■ Kjersti Lønning, Avdeling for transplantasjonsmedisin, seksjon for nyremedisin, Rikshospitalet
■ Koordinerer utredning til levande givardonasjon og nyretransplantasjon, samt oppfølging i ventetida. Kontaktperson for pasienter og helsepersonell rundt i Norge i høve til arbeidsfeltet

– Lærerik og morsom prosess fra ein usikker frustrerende start til veldig konkret jobbing etterkvart. Kan anbefalast.



■ Marit Helen Andersen, Kreft, kirurgi og transplantasjonsklinikken, Oslo universitetssykehus
■ Arbeider med forskning, fagutvikling og kompetanse innen sykepleie.

– Inspirerende å skrive for Sykepleien!

PUST I BAKKEN

Eli Madeleine Bjerkan lot seg fascinere av hvilende sykepleiere. Hun brukte kamera for å dokumentere det.



EN HVIL: Da de våknet, hadde de drømt at de lå langstrakt på jobbens sofaer, da måtte de le. Gynekologisk avdeling St. Olavs Hospital.



Pauserommet

Gjennom denne utforskningsprosessen har jeg funnet ut at norske pauserom stort sett er ensformige og like.

Mange institusjoner har ikke pauserom i det hele tatt og bruker kjøkkenet, vaktrommet eller et annet rom de har okkupert. Folk flest sitter spredt eller i klynger og spiser sin mat. De fleste sitter i ro, men mange blir avbrutt avhengig av om de sitter lett tilgjengelig eller går til kantina og spiser. Folk ler, snakker, diskuterer, er stille eller krangler.

Pausen tas når vi kan, eller vi stikker av. Vi er kreative, mat må vi ha.

Jeg har jobbet med denne fotoserien i et halvt år, brukt både pausene mine og stukket av iblant.

Jeg har forsøkt å fokusere på den enkeltes særpreg i den uniformerte virkeligheten. Har forsøkt å få fram en estetikk som det er lite av på norske institusjoner.

Søstrene stilte villig opp, og jeg har forsøkt å illustrere både de ekte situasjonene og det de kunne ha gjort.

Hva skjer når vi legger oss rett ned, det gjør vi ikke om vi har aldri så mye lyst.

Jeg ville helst ha illustrert avslørende bilder som viser galskapen. På min avdeling var det ikke lett. Istedet så jeg unike mennesker og et fellesskap.

Der vi ikke kan legge oss langflate, kan vi i hvert fall le og drømme oss bort litt, og det er kanskje det som gir oss det lille pusterommet vi sårt trenger. ■



Utløseren:

Eli Madeleine Bjerkan



■ Eli Madeleine Bjerkan, født i Belgia og oppvokst i Trondheim, er sykepleier og jobber på gynekologisk avdeling ved St. Olavs Hospital i Trondheim. Hun har også hatt flere fotoutstillinger.

Se www.madeleinebjerkan.com

– Jeg har forsøkt å fokusere på den enkeltes særpreg i den uniformerte virkeligheten.





DISKUSJON: Ut på taket for å lufte tankene og snakke. Fritt, uhemmet og usensurert. Kvinne barn-senteret, St. Olavs Hospital.

ALLE HAR VÆRT GRØNNE EN GANG: Av hygieniske og praktiske årsaker sitter operasjon – og anestesipersonalet på eget pauserom. Lunsjen er ikke til et fastsatt tidspunkt, men mellom operasjonene, og av og til har alle pause samtidig. Da er rommet fullt av grønnkledte. Hovedoperasjon gastro-senteret, St. Olavs Hospital.



VERONICA ER GRAVID: Veronica er gravid og hun gleder seg. Hun har planlagt hver helg frem til 5. februar 2013, da skal hun føde. Gynekologisk avd. St. Olavs Hospital.

TRE VED VINDU: Pausen er hellig, men ikke alle sykepleiere får betalt for lunsjpause. De holder seg allikevel på avdelingen av praktiske årsaker, av lojalitet og av hensyn til sine kolleger og pasienter. Gynekologisk avd. St. Olavs Hospital.

AMATHEA: En ensom debrifing før neste samtale.



DRØM: Fra balkongen på bevegelsessenter ved St. Olavs Hospital kan du se ned på et spisested. Der serverer de økologisk mat. Utekafeen er der for at forfrosne trøndere kan drømme seg vekk til Paris.





MIN JOBB

Ragnhild Anne Caroline Storstein Spilker

Alder: 44

Jobber: Prosjektkoordinator ved Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI).

Yrke: Sykepleier og master i helseøkonomi, -politikk og -ledelse

Ikke veldig sexy?

– Jeg jobber for at innvandrere skal få realisert sitt helsepotensiale.

En professor i medisin sa en gang at «Ragnhild, du må huske at det du jobber med ikke er særlig sexy!». Mange ser verken nødvendigheten eller det interessante ved å jobbe med migrasjonshelse.

NAKMI jobber for at innvandrere skal få realisert sitt helsepotensiale. Vi har ikke klinisk virksomhet, men vi jobber med forskning, utvikling og formidling. Nå jobber jeg primært med eldre innvandrere med demens. På bildet holder jeg et foredrag for innvandrerkvinner på Furuset om helse, demens og aldring.

Eldredebølgen vil gjøre seg gjeldende, også i innvandrerbefolkningen, og vi ønsker derfor å fremskaffe kunnskap om innvandrere og demens. Jeg er med på å utvikle nasjonal strategi for innvandrerhelse, i tillegg sitter jeg i flere nettverk som omhandler helsetjenester til innvandrere. Jeg liker å se på det overordnede nivået og å tenke strategisk, og det var også det masteroppgaven min handlet om.

Jeg får anledning til å reise i forbindelse med jobben, og det siste året har jeg vært i Italia flere ganger i forbindelse med et prosjekt om likeverdige helsetjenester. I juni deltok jeg på en konferanse i Milano hvor jeg presenterte funn fra masteroppgaven min.

Vi har et veldig hyggelig og tverrfaglig arbeidsmiljø på jobben. Det er både sykepleiere, leger, psykologer og annet helsepersonell ansatt, i tillegg til andre fagpersoner med bred kunnskap og erfaring fra feltet. Vi har et tett samarbeid om ulike prosjekter, og jeg tror at det er den brede sammensetningen av personalet som gjør at vi kan jobbe med så mange forskjellige fagområder innenfor migrasjonshelse. Det er mange ulike problemstillinger å jobbe med.

For oss på NAKMI er det både ulike innvandrergrupper og helsepersonell som er brukere, og begge grupper er like viktige. Det er viktig å vite hva de ulike innvandrergruppene mener vi bør jobbe med. Samtidig må vi vite hva helsepersonell ser på som utfordringer når det gjelder migrasjonshelse, det er jo de som yter helsetjenestene!

Det er viktig at vi er flere sykepleiere som jobber på NAKMI. Sykepleiere utgjør jo den største gruppen helsepersonell og er ofte de som jobber mest pasientnært. Det er derfor veldig spennende å være med og utforme fagfeltet videre.

Om fagfeltet kan sies å være sexy, vet jeg ikke. Men spennende, givende og ganske kult, det må jeg si at det er. ■

Fortalt til:



Ida Marie Bregård



■ Sykepleier og vitenskapelig assistent ved NAKMI

– Ragnhild har så mange varierte arbeidsoppgaver, så da jeg intervjuet henne, var det vanskelig å prioritere hva som skulle være med.

«Ved å være kreativ, får jeg påfyll til å jobbe som sykepleier.»

Jeg er nattsykepleier i Bergen kommune. Der jobber jeg 66,6 prosent som hjemmesykepleier. Mange av bildene jeg lager er inspirert av jobben min.

Når jeg maler, husker jeg tanker jeg har hatt på jobben om natten. Så får jeg bilder i hodet. Bildene mine har som regel ingen tittel.

Disse to bildene er akvareller og er malt spesielt for Sykepleien. Det ene viser kolleger som samarbeider ved sengen hjemme hos en pasient. Det er natt og stemningen er dempet. Det andre bildet er av en jordmor med et nyfødt barn. Hun er omsorgsfull og har stetoskopet rundt halsen.

Inspirasjonen går begge veier: Ved å være kreativ, får jeg også påfyll til å jobbe som sykepleier. Jeg har ingen utdanning innen kunst.

Bildene jeg laget i fjor vinter er preget av at det var en tung tid, de er litt dystre. I sommer har jeg laget bilder som er lettere og lysere.

Jeg kunne godt tenke meg å dekorere for eksempel et sykehjem. Jeg synes omgivelsene på en institusjon skal være mer vektlagt enn de ofte er. Det må være sånn at beboerne og besøkende kan få en opplevelse – en gnist. Det skal ikke kun være et sted å oppholde seg. Man skal kunne tenke tilbake på oppholdet som noe fint.

Slike bilder må være mer til glede. Jeg har faktisk solgt en del bilder til Slettebakken menighetseldresenter, der jeg jobbet før. ■

Fortalt til Marit Fonn



Kunstneren:

Hildegunn Sofie Malmedal



- Oppvokst i Molde, bor i Bergen
- Er nattsykepleier og hjemmesykepleier i Bergen kommune.

– Det er flott å få vite at sykepleierne har andre sider enn den profesjonelle, noe mer personlig. Vi ønsker ofte å gi pasientene en spesiell opplevelse.





Utviklingsminister Heikki Holmås (SV)
har ett råd til norske sykepleiere:

– Kom dere ut!

Revolverreporteren!



Christine Rødal



■ Christine Rødal fra Oslo er nyutdannet sykepleier med feltarbeid fra i Sør-Afrika, Namibia, Uganda og Kenya og driver eget idealistisk helseprosjekt i Sør-Afrika.

- Veldig fint med et avbrekk fra barselpermisjon-bobla. Dessuten var møtet med Heikki veldig artig og vi lo godt sammen!

Vi møter en kvikk og opplagt utviklingsminister på hans kontor øverst i Utenriksdepartementet. Han er blid og hilser på klingende bergensdialekt. Tonen er lett og uformell, og før ett minutt har passert er vi i ivrig dialog om apartheid-regimets konsekvenser for helsevesenet i Sør-Afrika.

Heikki Holmås har kun sju måneders fartstid i bistandsverden. Politikeren Holmås er opptatt av systemer og samfunnsstrukturer i utvikling. Mens jeg prøver å trekke ham tilbake til møter med mennesker. Det er jo ved pasientens side sykepleiere står.

Eventyr versus alvor

– Kom dere ut! Det er utviklingsministerens kontante oppfordring til norske sykepleiere som ønsker å reise ut med internasjonale helseorganisasjoner. Han modererer seg likevel noe.

– Vi må huske at det som er et eventyr for deg er blodig alvor i andre menneskers liv. Det er ekstremt viktig at du viser respekt for andre mennesker og deres velbehag, sier han og legger til:

– Våre opphold er korte og tidsbegrensete, mens lokalbefolkningen sitter igjen når vi setter oss på flyet tilbake til Norge.

Respekt

Vi prater om besøkene hans til Niger og Tanzania. Han har allerede lært seg flere ulike måter å hilse på, og demonstrer villig for Sykepleiens utsendte.

– Men kanskje de tenker; For en fjoddell! Han har jo ikke peiling!

Ministeren vender tilbake til det å vise respekt for menneskene du møter.

– Som ungdomspolitiker syntes jeg ikke det var så viktig å kle seg i dress. Men når det kom delegasjoner fra kommuner på besøk i sine fineste klær, så forstod jeg at jeg måtte vise respekt ved å gjøre det samme. Den respekten som ligger i møtet med folk er avgjørende for å få til et godt samarbeid. Dette gjelder også for sykepleiere, så vel hjemme som ute i verden. »





SÅNN? Utviklingsminister Heikki Holmås hilser på samme måte, om det er ung eller gammel, mann eller kvinne. Her fra et besøk i Tanzania i mai. Foto: Trond Viken/Utenriksdepartementet

Styrke eksisterende strukturer

Holmås har som utviklingsminister sett kummerlige forhold i helsevesenet i mange land. Men heller enn å fortelle om triste enkeltskjebner, vil han snakke om politikk og samfunnsstrukturer.

– I utviklingsland er veldig mange bistandsorganisasjoner involvert. Det som er viktig da er at det bygges opp under de offentlige strukturene. Som at matutdeling til barn i en sultsituasjon skjer på helsestasjonen, og at organisasjonene bidrar til å øke bemanningen.

«Jeg trenger ikke å legge igjen en eneste del av min bergensersjell!»

– I Niger var jeg på en helsestasjon. De ville gjerne ha fødselsklinikken ut av sykehuset og over til helsestasjonen og lurte på om vi kunne bidra til dette. «Vet du, i Norge går debatten om det motsatte», sa jeg.

– Jeg er jo litt uformell

Holmås sier at hans styrke i rollen som utviklingsminister er at han liker folk, er nysgjerrig og synes det er utrolig spennende å lære om ting

han ikke kan. På spørsmål om hvilke «bergen-ske takter» han må legge igjen på Gardermoen før utreise – svarer han kontant:

– Ingenting! Jeg trenger ikke å legge igjen en eneste del av min bergensersjell!

Når han så får spørsmål om han har opplevd å «trække i salaten» i møte med andre kulturer, blir han likevel usikker.

– Jeg er jo litt uformell, og synes det er en viktig icebreaker.

– Jeg hilser like hjertelig på en hushjelp og et barn, som på en statsmann eller kvinne.

– Har du tenkt på at det kan virke uhøflig eller støtende på menneskene du møter? Og at det kan påvirke utfallet av besøket?

Ministeren blir stille.

– Hm. Jeg kan ikke komme på noe. Men det betyr helt sikkert ikke at jeg ikke har gjort det.

Kanskje er det nettopp med sin folkelige framtoning vår utviklingsminister vil møte seg selv i døra?

Helsevesenets apartheid

Heikki Holmås' neste reisemål er Sør-Afrika. Der går det offentlige helsevesenet på sparebluss med både helsepersonell og utstyr. Og det er det eneste tilbudet til den fattige, og oftest svarte, delen av befolkningen. I sterk kontrast til dette står de mye bedre private sykehuse-

ne, som kan brukes av den mer pengesterke middelklassen – som oftest den hvite mindretallsbefolkningen. Holmås mener denne privatiseringen, sammen med mangelen på gode velferdsordninger, bidrar til økte forskjeller.

Intervjuet nærmer seg slutten, men utviklingsministeren har snakket seg varm, og har et par ting han synes er viktig å få med:

– Det er veldig interessant for oss i Norge å vite hva som er alternativet til den offentlige helsemodellen. Vi har tross alt et sterkt offentlig helsevesen som er veldig bra.

Det er ikke vanskelig å se SV-politikerens fellesskapsideologi under ministerens halvstrøkne dress.

Ut og redde verden

Heikki Holmås må haste videre. Han skal i møte med Kongen og burde egentlig ha skiftet til hvit skjorte, men det har han glemt i dag. Spøkefullt sier han at da blir det nok kjeft fra partileder Kristin, men vi tviler ikke på at han får være med likevel. Vi er jo tross alt i Norge, langt unna formelle afrikanske statsmenn. Heldigvis er vår joviale utviklingsminister lærevillig. Forhåpentligvis er eventyrlystne norske sykepleiere like lærevillige. Det skal faktisk mer til enn en bachelorgrad i sykepleie for å redde verden. ■



Side
76



Side
82



Side
72



Side
62

Fag

bøker
& kultur



VIKTIG TILBUD: En kartleggingsundersøkelse viser at dagtilbud for eldre øker livskvaliteten både hos brukerne og pårørende. Arkivfoto: Stig Weston.



Side

68

DR. JOAN MCCARTHY:

«Sykepleieetikk forsøker på en måte å gå opp en sti gjennom sykepleiefaglige utfordringer.»

Side

80

Fagartikkelforfatterne:



Harald Støvind

seniorrådgiver, divisjon psykisk helsevern, Ahus



Ellen Marie Hanneborg

koordinator psykisk helsevern, divisjon psykisk helse, Ahus



Torleif Ruud

avdelingssjef, FOU-avdeling psykisk helsevern, Ahus og professor Universitetet i Oslo



Bedre tid med brukerstyrte innleggelser?

Brakerstyrte innleggelser ga færre oppholdsdøgn og fornøyde pasienter i spesialisthelsetjenesten ved Akershus universitetssykehus.

Pilotprosjekt

Artikkelen bygger på:
Teori: 30% Praksis: 70%

DOI-nummer:
10.4220/sykepleiens.2012.0151

Ordningen med brukerstyrte innleggelser er av nyere dato i Norge. Brukerstyrte innleggelser betegner pasienter som har avtale om å bestemme selv når de ønsker innleggelse i åpen avdeling i et distriktpsykiatriske senter (DPS). Sengeposten Skytta 3 ved DPS Grorud hadde i 2010 et samarbeidsprosjekt med bydelene Grorud og Stovner og Nittedal kommune om brukerstyrte innleggelser. I tillegg til erfaringene fra Jæren DPS (1,2) og våre erfaringer fra DPS Grorud (3), har vi funnet en

rapport fra Døgnerheten Tromsø ved UNN (4). I denne artikkelen presenterer vi hovedfunn fra vårt prosjekt, og sammenlikner disse med resultatene fra Jæren DPS og Døgnerheten Tromsø. I prosjektet ved Grorud DPS var rammene for brukerstyrte innleggelser følgende:

- ▶ Pasienten skulle være godt kjent på avdelingen
- ▶ Pasienten skulle være vurdert av psykolog eller psykiater som egnet for brukerstyrte innleggelser
- ▶ Innleggelser kunne skje alle dager mellom kl. 9.00–20.00
- ▶ Oppholdene kunne vare maksimum fem dager
- ▶ Det måtte gå 14 dager mellom hver brukerstyrte innleggelse

Metode

I samarbeid med bydelene og kommunen ble det valgt ut 24 pasienter som hadde kontakt med DPS Grorud og som hadde hatt flere innleggelser i psykisk helsevern. Det ble inngått en skriftlig avtale med disse pasientene om brukerstyrte innleggelser. Hovedregelen var at de kunne velge innleggelse i tråd med de rammene som er nevnt ovenfor, så sant én av de to øremerkete plassene var ledig.

Når pasienten inngikk avtale ble det registrert noen få data om hans eller hennes psykiske problemer. De ble spurt om å fylle ut et kort spørreskjema ved starten og slutten av

hver brukerstyrte innleggelse og ved avslutningen av perioden for pilotprosjektet. En prosjektmedarbeider registrerte ut fra pasientenes journaler de innleggelsene pasientene hadde i spesialisthelsetjenesten i prosjektperioden, samt i tilsvarende periode for den enkelte pasient før avtale om brukerstyrte innleggelser ble inngått.

Pilotprosjektet ble godkjent av personvernombudet ved Akershus universitetssykehus. Anonymiserte data ble registrert og oppbevart i henhold til denne godkjenningen.

Godt voksne pasienter

16 kvinner og åtte menn deltok i prosjektet. Over halvparten var mellom 40 og 50 år, 17 av dem bodde alene. Pasientene hadde følgende hoveddiagnoser: Schizofreni (åtte), affektiv lidelse (sju), angstlidelse (fire), personlighetsforstyrrelse (tre), ruslidelse (en) og uten hoveddiagnose (en).

Flere innleggelser

Ti måneder før prosjektet startet hadde de 24 pasientene til sammen 46 innleggelser, både i DPS og akuttavdeling. Av disse innleggelsene var 38 frivillige og åtte med tvang. 16 av innleggelsene var i akuttavdeling og 30 i DPS døgnerheten. Til sammen utgjorde dette 1560 oppholdsdøgn i spesialisthelsetjenesten.

Under prosjektperioden økte antall innleggelser fra 46 til 70. Antallet innleggelser på

Hovedbudskap

Pasientene var godt fornøyd med brukerstyrte innleggelser. Det ser ut til at bedret tilgjengelighet i form av brukerstyrte innleggelser reduserer antall liggedøgn i sykehus.

Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

▶ Psykisk helse ▶ Psykisk lidelse ▶ Brukermidvirkning



BEDRE OG BILLIGERE? Brukerstyrte innleggelser kan bidra til at det psykiske helsetilbudet blir mer tilgjengelig uten å øke kostnadene. Illustrasjonsfoto: Colourbox

akuttavdelingen ble betydelig reduserte, fra 16 til ni, mens innleggelser på DPS økte betraktelig fra 30 til 61. Andelen tvangsinnleggelser på akuttavdelingen ble redusert fra åtte til fire.

Det store utslaget i vårt funn ble det totale antallet oppholdsdøgn. Under prosjektperioden hadde de 24 pasientene 684 oppholdsdøgn i spesialisthelsetjenesten, mens de som nevnt hadde hatt 1560 oppholdsdøgn for tilsvarende tidsrom før prosjektet startet. Oppholdsdøgn for tvangsinnleggelser ved akuttavdelingen ble redusert til 47 døgn under prosjektperioden mot 122 døgn i tilsvarende periode før. Pasientene var innlagt i spesialisthelsetjenesten gjennomsnitt 12 prosent av tiden under prosjektperioden, mot 23 prosent av tiden før prosjektstart. Totalt hadde de til sammen 49 brukerstyrte innleggelser.

I dette prosjektet fant vi at pasientene med schizofreni hadde like mange oppholdsdøgn i prosjektperioden som før. De var innlagt cirka 10 prosent av tiden både under prosjektperioden og tilsvarende tidsrom før. For pasientene med de øvrige diagnosene ble tiden de var innlagt redusert fra 37 prosent til 13 prosent.

På slutten av prosjektet innhentet vi pasientenes synspunkter på brukerstyrte innleggelser. Et av spørsmålene var: Hvor fornøyd har du vært med å ha et slikt tilbud? 20 av 24 pasienter ga tilbakemeldinger: Ni var svært fornøyde, åtte var ganske fornøyde, to var litt fornøyde og en var ikke fornøyd.

Fornøyde pasienter

Få pasienter, i en relativt kort tidsperiode, deltok i undersøkelsen. Hovedinntrykket er

allikevel entydig. Pasientene hadde en vesentlig reduksjon av antall oppholdsdøgn selv om antall innleggelser økte. Pasientene svarte at de var godt fornøyd med brukerstyrte innleggelser.

Mange pasienter opplever det som svært vanskelig å få tilbud om innleggelse i psykisk helsevern. Pasientene i vår undersøkelse har psykisk lidelser som de i perioder syntes det er vanskelig å takle i hverdagen. I disse periodene kan både pasient og pårørende erfare at muligheten for innleggelse er begrenset. Ofte opplever de og legen eller psykologen som ber om innleggelse, at den aktuelle døgnavdelingen ikke oppfatter dem som syke nok til å bli lagt inn. Resultatet kan bli at pasienten, pårørende og innleggende lege eller psykolog fremstiller situasjonen verre enn den faktisk er.



Pasientenes svar ved avslutning av en brukerstyrt innleggelse på hva som gjorde at de hadde behov for innleggelse (N=16)				
Behov for innleggelse	Ikke behov	Litt behov	God del behov	Stort behov
Komme litt bort fra en vanskelig situasjon	1	1	5	6
Være et sted jeg kunne føle meg mer trygg	1	2	2	11
Være et sted jeg kunne falle mer til ro	0	3	4	9
Få redusert de psykiske plagene jeg har	0	6	7	3
Behov for å være sammen med andre	2	5	2	7
Behov for å være med på noe å gjøre	6	6	3	1
Behov for mer struktur på dagen eller døgnet	4	5	1	6

Hvis pasienten ikke får innleggelse, kan det hende at situasjonen forverres slik at det blir nødvendig med akuttinnleggelse. Begge disse situasjonene viser at rutine ved innleggelse i psykisk helsevern også kan ha negative sider.

Brakerstyrte innleggelser kan forebygge forverring av pasientens helse fordi pasienten blir innlagt på et tidligere tidspunkt. Noen av pasientene i undersøkelsen uttalte at bedre tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten var med på å trygge hverdagen og redusere symptomer. Dermed var tilbudet om brukerstyrte innleggelser med på å forebygge lidelse, selv om pasienten ikke var innlagt.

enheten Tromsø på 22 prosent (4) og Ahus på 56 prosent (3).

Det ble også målt reduksjoner i antall tvangsinnleggelser unntatt ved Døgnheten Tromsø, hvor dette ikke er beskrevet i slutt-rapporten. Ved Jæren DPS er antall oppholdsdøgn på grunnlag av tvang om lag halvert, og for DPS Grorud er reduksjonen på 68 prosent. Antall tvangsinnleggelser på Jæren DPS var mye høyere enn for DPS Grorud både før og etter brukerstyrte innleggelser (37 før og 23 under brukerstyrte innleggelser for Jæren DPS, og fra åtte til fire tvangsinnleggelser for Grorud DPS). Måleperiodene for denne sam-

«Bedre tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten var med på å trygge hverdagen og redusere symptomer.»

Med avtale om brukerstyrte innleggelser fikk pasientene i tillegg større medbestemmelse over sitt eget behandlingsopplegg. De opplevde livssituasjonen sin som mer forutsigbar og hadde større valgfrihet i hva slags hjelp de fikk til å takle sine helseutfordringer. Pasienten selv var ansvarlig for å avgjøre om innleggelse var nødvendig, og dette kan i seg selv ha positiv innvirkning på pasientens psykiske helse.

Jæren DPS og Døgnheten Tromsø

Resultatene ved Jæren DPS og Døgnheten Tromsø viser også en betydelig reduksjon i antall oppholdsdøgn for pasienter som har tilbud om brukerstyrte innleggelser. Jæren DPS har en reduksjon på 33 prosent (1), Døgn-

menlikningen er også forskjellig. For Jæren var perioden for brukerstyrte innleggelser i gjennomsnitt 19 måneder mens det for Ahus var åtte måneder.

Et annet interessant funn er at antall oppholdsdøgn for pasienter med hoveddiagnosen schizofreni ikke er redusert i vårt prosjekt. Jæren DPS og døgnheten Tromsø har ikke beskrevet reduksjon av oppholdsdøgn på diagnosenivå. Jæren DPS beskriver at en stor andel av deres pasienter med hoveddiagnose schizofreni også har en klar reduksjon av oppholdsdøgn (33 prosent). Hva skyldes disse ulike funnene? Mange av pasientene med avtale om brukerstyrte innleggelser ved Jæren DPS hadde flere tvangsinnleggelser ved den samme posten de hadde inngått slik avtale.

Det kan være naturlig at de velger å være innlagt i færre døgn når de kan bestemme selv og ikke er underlagt tvang. Ved DPS Grorud har pasientene kun hatt frivillige innleggelser da institusjonen ikke er godkjent for tvang. Vår erfaring er at pasienter med schizofreni-diagnose i liten grad ønsker å være innlagt. Mange av disse pasientene har etter hvert fått tilfredsstillende botilbud i kommunene.

Når vi måler innleggelser og oppholdsdøgn i forhold til diagnoser, er materialet fra Jæren og DPS Grorud for lite til å si noe om mulig årsak, men det er et interessant spørsmål om brukerstyrte innleggelser er en ordning som enkelte pasientgrupper vil profitte mer på enn andre. Vi tror at en viktig forutsetning for å redusere antall oppholdsdøgn er at pasientene er godt kjent med sengeposten og det miljøet pasienten har avtale med. Mange ulike sengeposter i psykisk helsevern erfarer at de har pasienter som får betegnelsen «svingdørspasient». Man bør derfor vurdere om pasienter ved flere sengeposter er tjent med brukerstyrte innleggelser.

Mobiliserer egne krefter

Avtalen om brukerstyrte innleggelser mellom pasient, primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste innebærer en maktforskyvning fra helsetjenesten til pasientene. Har dette positiv effekt på pasientenes psykiske helse? «I et salutogenetisk perspektiv er det helt avgjørende at pasienten oppfatter seg selv som aktør, og ikke offer, og får hjelp til å mobilisere egne krefter. Slikt skaper større opplevelse av mening og mestring og motvirker passivitet og oppgittethet» (5-128)

Ahus har som mål å være «menneskelig nær – faglig sterk». Ordningen med brukerstyrte innleggelser viser så langt at tilgjengeligheten til våre tjenester kan bli bedre, uten å øke kostnadene. Å være menneskelig nær bør innebære tilgjengelighet, i særdeleshet hvis det også styrker det faglige tilbudet. ■

LITTERATUR

1. Hestekstad S, Tytlandsvik M (2008). Brukerstyrte kriseinnleggelser ved alvorlig psykisk lidelse. Tidsskrift for Den Norske Legerforening 128:32-5
2. Tytlandsvik, M. og Hestekstad, S. Erfaringar med brukarstyrt innlegging ved psykoosepost – ein kvalitativ evalueringssstudie. Vård i Norden 1-09.
3. Brukerstyrte innleggelser i åpen DPS døgn. Et samarbeidsprosjekt mellom Grorud DPS, bydelene Grorud og Stovner samt Nittedal kommune. 2011 http://www.ahus.no/stream_file.asp?iEntityId=24873
4. Døgnheten Tromsø, Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn. Brukerstyrt seng - makten skifter eier? Veien til mestring i eget liv! Delprosjekt av Norsk sykepleierforbunds nasjonale kvalitetsprosjekt «Med pasientens øyne» 2008.
5. Aarø Trond F. Manifest for psykisk helsevern. Universitetsforlaget 2010.

Fagartikkelforfatteren:



Stine Hauvik

■ Masterstudent i helsevitenskap,
NTNU



Etisk utfordrende å forske på demens

Vi trenger å vite mer om demens, men forskning på området støter på mange etiske problemstillinger.

Mastergradsoppgave

Artikkelen bygger på:

Teori: 100% Praksis: 0%

DOI-nummer:
10.4220/sykeplei-
ens.2012.0150

Det er stadig flere mennesker som får diagnosen demens, både i Norge og på verdensbasis (1,2). Behovet for forskning på disse sykdommene er derfor stor, både når det gjelder eventuell forebygging, behandling, og ikke minst pasientenes subjektive opplevelser av sykdommen. Selv om man er enig om at det er nødvendig å lære mer om diagnosen, støter man på flere etiske problemstillinger både før, under og etter gjennomføring av et forskningsprosjekt. I denne artikkelen vil jeg gjøre rede for hvilke forskningsetiske utfordringer man må ta høyde for når man ønsker å gjennomføre forskning som omfatter personer med demensdiagnose.

Sårbare

Personer med en demensdiagnose betraktes som en sårbar gruppe i forskningsetisk sammenheng. Demente personer har i stor grad tidligere blitt neglisjert som forskningsdeltakere, grunnet den kognitive svikten som følger med sykdommen (3). Å anta at personer med demens ikke kan delta i forskning bidrar til negative holdninger til dementes samtykkekompetanse. Samtidig kan dette ekskludere at de involverte får muligheten til å delta i viktig forskning de selv kan dra nytte av (4). Forskning som omfatter personer med en demensdiagnose er derfor veldig viktig, slik at deres stemmer kan bli hørt (5). Men samtidig vil det sette dem og deres familie i en sårbar situasjon

fordi sykdommen i så stor grad påvirker deres liv, samt truer deres identitet, autonomi og uavhengighet (3,5,6,7).

Grunnet stor økning av personer med demens, har søkelyset i forskningsmiljøene skiftet. Spørsmålet er ikke lenger om vi skal inkludere personer med demens, men hvordan vi best mulig kan utvikle kunnskap om sykdommen (3,4,5). Noen forskere går så langt at de mener det er uetisk å ikke inkludere personer med demens i forskning. De som lever med diagnosen, kan bidra med ny innsikt gjennom sine erfaringer med sykdommen (4,8). Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) understreker at et forbud mot å inkludere personer med demens i forskning vil bidra til å gjøre dem mer sårbare (9). Å utelukke personer med demens fra å delta i forskning vil svekke deres egenverd. Men hvis forskningen blir utført på en etisk og hensiktsmessig måte vil dette bidra til å øke følelsen av egen verdi hos personer diagnostisert med demens (3,10).

Norske forskere må rette seg etter «Helseforskningslovens § 18» og NEM's forskningsetiske retningslinjer (9), som poengterer at forskning på ikke-samtykkekompetente voksne kun kan gjennomføres hvis eventuell risiko og ulempe for forskningsdeltakeren er ubetydelig. Risiko er regnet som minimal når nivået kan sammenliknes med det personen vil møte i sitt daglige liv, som regnes å være vanlig for den gruppen personene hører innunder (4). Forskning som omfatter mennesker kan oppfattes som en trussel mot integriteten, og velværet til forsøkspersonene, selv om den blir utført i henhold til forskningsetiske prinsipper (5). Helsinkideklarasjonen uttrykker at når det gjelder forskning som omfatter mennesker, skal hensynet

til forskningsdeltakernes velferd gå foran vitenskaps og samfunnets interesser (11).

Frivillig, informert samtykke

Informert samtykke har de siste årene vært sentralt når man vil inkludere personer med demens i forskning (5). Hellström et al. (3) anser selvbestemt samtykke som den største utfordringen innen forskning på personer med demens. Selv om en person har fått diagnosen demens vil det ikke automatisk føre til at personen ikke er kompetent til å samtykke. Kompetansen må vurderes ut ifra hvilke utfordringer man står ovenfor og hvilke samtykker som eventuelt er nødvendig (12). Tanken om informert samtykke ble spesielt viktig når det på 1990-tallet ble satt søkelys på demente personers subjektive opplevelse av sykdommen og livet sitt (5). Frivillig, informert samtykke er basert på det forskningsetiske idealet om å verne



Hovedbudskap

Artikkelen gjør rede for de forskningsetiske utfordringene man må ta høyde for når man ønsker å gjennomføre forskning som omfatter personer med en demensdiagnose. Man må forsøke fokusere på mulighetene og viktigheten av å gjennomføre forskning på denne gruppen mennesker som er sårbare i forskningssammenheng.

Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

» Forskning » Etik » Demens





BESKYTTES: Hensynet til personer med demens som deltar i forskningprosjekter er viktigere enn vitenskapelige interesser. Foto: Colourbox

om individets autonomi. Slik får forskningsdeltakeren makt over en situasjon hvor vedkommende kanskje føler seg som den svakeste parten (13). Gjennom informert samtykke verner man om, og viser at man respekterer, en persons autonomi, samt sikrer seg at deltakere er både frivillig og informert. Forskningsdeltakerne er derfor avhengig av «dekkende» informasjon om prosjektet, for å være i stand til å gi et fullstendig frivillig og informert samtykke (4,5), som er et av grunnprinsippene i de forskningsetiske retningslinjene (9). «Dekkende informasjon» skal inneholde detaljert informasjon om hvordan studien skal gjennomføres, de fordeler forskningen kan gi som direkte kan berøre personen, og eventuell risiko dette kan medføre for forsøksdeltakerne (4,13,14). I NEM's retningslinjer (9) står det at forskere bør bruke mer tid på å informere og sørge for at informasjonen blir forstått, når det gjelder forskning som omfatter sårbare grupper, som for eksempel personer med diagnosen demens.

Informert samtykke er ofte gjenstand for bekymring blant forskere innenfor dette forskningsfeltet (3). Selv om forskeren tar alle forskningsetiske forholdsregler med hensyn til «dekkende» informasjon, vil det være vanskelig for forskeren å vite om deltakerne fullt ut har forstått all informasjonen som er gitt. Dette er en problemstilling som omfatter samtykkekompetente voksne, så vel som deltakere som deltar ved hjelp av formynder (15). Informasjon til personer med demens eller formyndere bør derfor gis både skriftlig og muntlig, med rom for å stille spørsmål til forskeren, før samtykke blir gitt (3,5,15). Hvis forskningsprosjektet strekker seg over tid, bør man informere om muligheten til å trekke seg før hvert enkelt møte (3). Hvis man gir skriftlig informasjon, er det viktig at man bruker et språk man kan anta at leseren forstår (15). Demens er ikke en spesifikk sykdom, men en samlet betegnelse for en gruppe hjerne sykdommer som oftest oppstår ved høy alder. Felles for alle disse sykdommene er symptomer

som for eksempel svikt i mentale funksjoner og forandringer i følelsesmessige reaksjoner og atferd. Dette medfører blant annet hukommelsessvikt, problemer med konsentrasjon, oppmerksomhet og problemløsning (7). «Mini Mental State Examination» (MMSE) er et eksempel på et offentlig anerkjent verktøy for å vurdere samtykkekompetanse og mental kapasitet (5,15). MMSE brukes blant annet for å avdekke demens hos en person (16). Testen inneholder enkle spørsmål som for eksempel årstid, måned og år. Samtidig skal personen blant annet huske tre lette ord og lese og forstå en kort setning (17).

Resultatene fra studien til Warner et al. (15) viste at selv om disse målingene av mental kapasitet var et kriterium for å kunne bestemme samtykkekapasiteten til en deltaker, viste de også begrensninger. MMSE som verktøy gir ingen mulighet for personene med demens til å fortelle om sine liv, erfaringer og ønsker (3). Det foreslås derfor at det utvikles mer pålitelig forskning ved bruk av MMSE. Måleverktøy for grader av kognitiv svikt bør tilpasses hver enkelt undersøkelse, for om best mulig få et bilde av hver enkelt deltaker og hvilken kapasitet de innehar, og for å unngå skjevheter i utvalget som kan gi resultater som ikke samsvarer med virkeligheten (3,15). Når det gjelder å utvikle mer omfattende tester er det også, ifølge Karoliussen (16), ønskelig blant mange eldre med en mer omfattende test for å kartlegge deres kognitive funksjon. I tillegg er det hevdet at disse målingene i seg selv oppleves som truede for personen som undersøkes og kan derfor påvirke resultatet. Prinsippet bør være at man er kompetent til det motsatte er bevist, og at man kan være kompetent på noen områder, selv om man ikke er det på alle (3). I tillegg er det dokumentert at personer med demens selv med en høy grad av mental svikt kan oppleve øyeblikk av klarhet som kan påvirke resultatene i forskning (3,12,18). Å ha samtykkekompetanse krever mer enn å være kognitivt i stand til å ta en beslutning. Man må

i tillegg forstå og være klar over konteksten i beslutningen. Forskerens ansvar ligger i å tilpasse informasjonen til situasjonen, slik at deltakeren forstår konteksten (4,15). Samtykkekompetansen kan falle helt eller delvis bort dersom personen grunnet psykiske eller fysiske problemer, demens eller psykisk utviklingshemming ikke er i stand til å forstå hva samtykket innebærer (15,19).

Formynderskap

Et familiemedlem er ofte ansett som det naturlige valget i rollen som formynder eller medsamtykketaker i forskningsetiske problemstillinger (4,8,12). Samtidig kan det være utfordrende hvis pårørende har forutinntatte meninger, eller urealistiske forventninger til formynderrollen. Noen vil rett og slett slippe byrden av å ha ansvaret for å ta beslutninger på vegne av andre (8). 91 prosent av spurte medlemmer (n=117) i svenske forskningsetiske komiteer anså et familiemedlem for å være den beste formynderen, mens kun 1 prosent mente at kvalifisert helsepersonell kunne ta på seg oppgaven. En lege som er involvert i pasientens behandling kan aldri opptre som formynder (19,22). Dette støttes av Slaughter et. al. (4), som sier at man ikke kan være formynder hvis man står i en forskningsmessig interessekonflikt. En formynder må kjenne pasienten så godt at han eller hun uten tvil kan vite hva pasienten selv ville valgt i en lignende situasjon (8).

Pierce (6) mener at formynderskap er med på å undergrave autonomien til personen med demens, fordi formynderen tar avgjørelser på vegne av en annen person, med sin egen mening av hva som er i personens beste interesse som eneste rettesnor. Det kan være en stor utfordring å ta avgjørelser på vegne av en annen person, basert på hva man tror personen ville ha gjort selv, før vedkommende fikk diagnosen. Her må man utelukkende prøve å tenke på hva personen selv ville ha valgt (4). Det kan hende at personer med demens som har et ønske om å delta i forskning kan bli nektet denne

retten, spesielt hvis det eksisterer konflikter mellom personens ønsker og formynderens meninger (6). Selv om formynderen gjør et valg på bakgrunn av hva den ikke-samtykkekompetente ville ha gjort før han fikk diagnosen, er det likevel ikke sikkert dette er det valget personen med demens ville tatt i dag, om han hadde hatt samtykkekompetanse (4).

Dagens eksisterende formynderrolle kan regnes som paternalistisk (3,13,20). Det kan virke som om de forskningsetiske komiteene ser på maktforholdet mellom forskeren og informanten som mer potensielt skadelig enn maktforholdet mellom informanten og formynderen (13). Spesielt med tanke på at forskeren ikke har noen mulighet til å vite hva som er til personens beste utover hva formynderen bestemmer (3). Juritzen et al. (13) spør hvem som skal bestemme over dem som bestemmer og er ikke overbeviste om at forskningskomiteene løser problemet med asymmetri i maktbalansen. Helseforskningsloven (14) er derimot meget klar på dette punktet. Den krever at når det gjelder personer uten samtykkekompetanse skal det ikke være mulighet for at vedkommende vil motsette seg deltakelse, hvis vedkommende fortsatt hadde hatt samtykkekompetanse. Loven krever også at forskningen ikke kan utføres på andre enn ikke-samtykkekompetente deltakere for å finne svar på de problemstillingene studien har som hensikt. «Stemmen» til personen med demens må inkluderes i bestemmelsene om deltakelse i en forskningsstudie. Det betyr at selv om formynderen tar den endelige avgjørelsen om deltakelse, er det viktig at personen med demens konsulteres før avgjørelsen tas (4).

I vårt samfunn der stadig flere bor alene, vil spørsmålet om formynderskap måtte gjennomgå et moralsk skifte. Et mulig alternativ til å løse formynderproblematikken kan være «Advance Research Directive (ARD)». ARD gjør det mulig å ivareta en persons selvbestemmelsesrett ved deltakelse i forskning, selv etter at personen blir regnet som ikke-samtykkekompetent (6,12). ARD er kort beskrevet et samtykke som er forfattet og underskrevet mens en person fortsatt kan regnes som samtykkekompetent. Hvis det er fare for at en person kan miste sin samtykkerett, kan man gjennom ARD samtykke til framtidig forskning, eller utvide sitt samtykke til allerede pågående forskning, som vil gjelde etter at personen er regnet for å være ikke-samtykkekompetent (6). Et problem som kan oppstå er hvis personen ikke husker å ha gitt sitt samtykke og kanskje ikke godtar sitt eget samtykke (12).

Som erklært ikke-samtykkekompetent er det kun mulig å delta i lavrisikoforsøk, og bare hvis for-

mynderen også samtykker (4,6). ARD kan være et alternativ for samtykkekompetente personer med demens, som forventer kognitiv svekkelse og vil ta beslutninger om framtidig deltakelse i forskning, før bestemmelser om lavrisikoforsøk og formynderskap inntreffer. Man kan også bestemme sine formyndere og beskrive sine personlige synspunkter til hjelp for formynderen i framtiden. ARD vil da regnes som samtykke fra en kompetent person, selv etter at personen opplever kognitiv svekkelse.

Forskningsmetode

Hos personer med en demensdiagnose er intervju den mest utbredte forskningsmetoden (5). Det kvalitative forskningsintervjuet søker kunnskap om verden sett igjennom informantens øyne, og målet er å finne betydningen av folks erfaringer og subjektive opplevelser (21,22). Det er viktig at forskeren greier å skape en ramme rundt intervjuet hvor dette blir naturlig for informanten å fortelle om, for eksempel ved at forskeren kan garantere fullstendig anonymitet (22). Intervju som utføres i hjemmet til informanten vil gi informanten trygghet og en følelse av autonomi. Forskeren vil være en gjest i informantens hjem og må opptre deretter. Småprat og bruk av humor kan bidra til at atmosfæren blir mer avslappet (3,5). Det er dokumentert at personer med langt framskreden demens kan oppleve øyeblikk med klarhet i kjente og kjære omgivelser (18). Selv om intervju er en form for samtale mellom personer, må det ha struktur og det må være en klar hensikt med intervjuet. Dette kan man oppnå ved hjelp av en intervjuguide (21). En intervjuguide bør inneholde detaljerte stikkord om tema, men ikke være for fastlåst slik at informanten selv kan fortelle fritt. Det er informantens egne ord som skal skape bildene (22).

Intervjuren befinner seg i en maktposisjon. Det er forskeren som bestemmer tema for samtalen og som kan styre samtalen ved hjelp av intervjuguiden (21). Hver forsker har, i samsvar med de forskningsetiske retningslinjene, ansvar for å ta hensyn til informantens egeninteresse. Forskeren må respektere signaler som stress og uvilje mot fortsatt å delta i forskningen (2,8), og det er viktig at forskeren har utviklet en sensitivitet som intervjuer (5, 21,22). Samtykke om deltakelse må derfor pågå gjennom hele intervjuprosessen (3). For å kunne kjenne personens stresstegn er det viktig å ha kunnskap om individet og sykdommen og om hvordan symptomene påvirker hver enkelt person (5,7). Dette kan løses ved å involvere pårørende i intervjuprosessen, eller ved hjelp av helsepersonell som kjenner pasienten godt. Felles intervju med

personen med demens og hans pårørende kan føles tryggere, selv om det også kan virke hemmende. Det kan være vanskelig for en person med en demensdiagnose å formidle tanker om for eksempel sorg og savn i et fellesintervju med pårørende. Det kan også være vanskeligere for den demente personen å gi uttrykk for sine egentlige meninger i et fellesintervju. Han eller hun kan velge å fortelle hva de tror pårørende vil høre, i stedet for å gi uttrykk for hva de virkelig mener eller føler om sin situasjon (5). Hvis forskeren ønsker å foreta en observasjonsstudie, er det fortsatt avgjørende å innhente et frivillig, informert samtykke av informanten selv eller formynderen hvis personen er erklært ikke-samtykkekompetent. Det kan være fristende å tenke at forskningsmaterialet vil bli mer spennende hvis observasjonen foregår i skjul, men dette strider imot de forskningsetiske retningslinjene (9,14,21). ■

LITTERATUR

1. Nasjonalt folkehelseinstitutt (2009). Fakta om demens. <http://www.fhi.no/artikler?id=72828> (08.11.11)
2. Alzheimer's Disease International (2011). Statistics. <http://www.alz.co.uk/research/statistics> (09.11.11)
3. Hellström I, Nolan M, Nordenfelt L, Lundh U. Ethical and Methodological Issues in Interviewing Persons with Dementia. *Nursing Ethics* 2007;14(5): 608–619.
4. Slaughter S, Cole D, Jennings E, Reimer MA. Consent and Assent to Participate in Research from People with Dementia. *Nursing Ethics* 2007;14(1): 27–40.
5. Pesonen H, Remes AM, Isola A. Ethical Aspects of Researching Subjective Experiences in Early-Stage Dementia. *Nursing Ethics* 2011;18(5): 651–661.
6. Pierce R. A changing landscape for advance directives in dementia research. *Social Science & Medicine* 2010;70:623–630.
7. Rokstad AMM. Mental aktivitet. I: Eldre, aldring og sykepleie. 2. utg. Karoliussen M, Smeby KL, red. Oslo: Gyldendal Akademiske, 1997: 527–622.
8. Peterson G, Wallin A. Delade meninger i forskningsetiske spørsmål om rørligheter med demens – Enkeltstudie blant medlemmer i forskningsetiske komiteer. *Läkartidningen* 2004;101 (20): 1810–1812.
9. Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM). (2005). Retningslinjer for inklusjon av voksne personer med manglende eller redusert samtykkekompetanse i helsefaglig forskning. <http://www.etikk.no/no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Redusert-samtykkekompetanse/> (10.11.11)
10. Higgins PA, Daly BJ. Knowledge and Beliefs of Nurse Researchers About Informed Consent Principles and Regulations. *Nursing Ethics* 2002;9(6): 663–671.
11. Verdens legeforening (2008). Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects (Helsinkideklarasjonen). <http://www.etikk.no/no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinkideklarasjonen/> (10.11.11)
12. Gove D. Ethical and legal approaches to Alzheimer's disease. I: *Alzheimer's disease: policy and practice across Europe*, red. Warner M, Longley M, Furnish S, Lawlor B. 2002;27–60. United Kingdom: Radcliffe Medical Press Ltd.
13. Juritzen TI, Grimen H, Heggen K. Protecting vulnerable research participants: A Foucault-inspired analysis of ethics committees. *Nursing Ethics* 2011;18(5): 640–650.
14. Helseforskningsloven §18. <http://www.lovdata.no/all/hl-20080620-044.html#18> (03.11.11)
15. Warner J, McCarney R, Griffin M, Hill K, Fisher P. Participation in dementia research: Rates and correlates of capacity to give informed consent. *J Med Ethics* 2008;34:167–170.
16. Karoliussen M. Aktivitet og hvile. I: Eldre, aldring og sykepleie. 2. utg. Karoliussen M, Smeby KL, red. Oslo: Gyldendal Akademiske, 1997: 437–526.
17. Strobel C, Engedal K. Norsk-Revidert Mini Mental Status Evaluering (MMSE-NR). Demensutredning i kommunehelsetjenesten. Aldring og helse – Nasjonalt kompetansesenter. Helsedirektoratet, 2009.
18. Normann H, Asplund K, Karlsson S, Sandman P, Norberg A. People with severe dementia exhibit episodes of lucidity. A population-based study. *Journal of Clinical Nursing* 2006;15:1413–1417.
19. Pasientrettighetsloven §4–3. <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html#4-3> (03.11.11)
20. Tschudin V. Experiences of Ethics Committees. *Nursing Ethics* 2001;8(2): 142–151.
21. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademiske, 2009.
22. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.

Fagartikkelforfatterne:



Guri R. Rummelhoff

■ Førstelektor, Høgskolen i Østfold



Sigurd Roger Nilsen

■ Førstelektor, Høgskolen i Østfold



Siri Brynhildsen

■ Høgskolelektor, Høgskolen i Østfold



Dagsenter gir økt livskvalitet

Dagsenter for eldre gir bedre livskvalitet til bruker og pårørende.

Kartleggingsundersøkelse

Artikkelen bygger på:



DOI-nummer:
10.4220/sykeplei-
ens.2012.0152

Denne artikkelen er basert på en kartleggingsundersøkelse av dagtilbudene for eldre (1). I vår undersøkelse fra 2007 intervjuet vi brukere av dagsentertjenesten, ansatte ved dagsentrene og avdelingsledere i åpen omsorg. I denne artikkelen har vi vektlagt brukernes meninger om dagsentertilbudet.

Tilrettelagte dagtilbud for hjemmeboende er viktig for å utsette en institusjonsinnleggelse, og er samtidig en nødvendig avlastning for pårørende. En nasjonal kartleggingsundersøkelse

fra 2004–2005 (2,3) viser at bare 4 prosent av hjemmeboende med demenslidelse mottar et tilrettelagt dagtilbud. Helsetjenestens formål er ifølge lov om helsetjenesten i kommunene § 1–2: «Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte». Det er ingenting i loven som direkte pålegger kommunene å opprette og drive dagsenter for eldre. Det betyr at dagsentertilbud for eldre ikke er en lovpålagt tjeneste. Kommunenes økonomi avgjør hvordan tjenesten er utbygd i de ulike kommunene. Hvis opphold i dagsenter forhindrer eller utsetter sykehjemsopphold, vil det være god økonomi for kommunene å drive dagsenter.

Dagtilbudet mangler

Hensikten med undersøkelsen var å samle data for bedre å kunne planlegge et kvalitativt godt dagtilbud for eldre i framtiden (1). Undersøkelsen hadde følgende hovedproblemstilling: «Hvordan skal et kvalitativt godt dagsentertilbud for eldre se ut i framtiden?», og underspørsmål: 1) Hva kjennetegner hjelpebehovet til brukerne?, 2) Hva mener brukerne om dagens tilbud, både med hensyn til innhold og omfang, 3) Hva mener de ansatte om dagens tilbud, både med hensyn til innhold og omfang? og 4) Har de ansatte den rette kompetansen til å ivareta brukernes behov?

Brukere av dagsentertilbudet kan deles inn i tre grupper:

- ▶ Brukere innskrevet i hjemmetjenesten.
- ▶ Brukere som trenger opptrening og rehabilitering.
- ▶ Brukere med diagnosen aldersdemens.

«Målet er å gi trygghet og innhold i hverdagen slik at brukerne kan bo hjemme lengst mulig og pårørende får mulighet til avlastning» (5). I rundskriv I-5/2007 «Aktiv omsorg» presiseres det kommunale ansvaret for dagtilbud i tråd med sosialtjenestelovens formål om: «... bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre» (3). Demensplan 2015 beskriver dagtilbudet som det manglende mellomleddet i omsorgstjenesten. Dagtilbudet skal aktivisere og stimulere, gi gode opplevelser og meningsfulle hverdager. Det kan også avlaste de nærmeste for omsorgsoppgaver på dagtid, og slik bidra til at familie og ektefelle klarer å stå i en krevende omsorgssituasjon (ibid.). At dagsenter virker avlastende for pårørende støttes av en tysk studie av Schacke og Zank (16) som viser at dagsenter reduserer omsorgsgiverens stress. Ifølge en canadisk studie (4) er hovedmålet med dagsenter å redusere psykososiale problemer som angst, depresjon og ensomhet, og sørge for å opprettholde eller forbedre klientens evne til å utføre dagliglivets aktiviteter. Dagsenteret skal også sørge for at klienten lærer og opprettholder et tilfredsstillende nivå av helsefremmende atferd, slik som ernæring og trening.



Hovedbudskap

Dagsenter for eldre gir bedre livskvalitet til bruker og pårørende. Det forlenger tiden brukeren kan bo hjemme, pårørende holder ut lenger og sykehjemsopphold kan forhindres eller utsettes. Derfor er det god økonomi for kommunene å drive dagsenter.



Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

▶ Eldre ▶ Livskvalitet ▶ Dagbehandling



HØYDEPUNKT: For mange brukere av dagsentre er måltidene høydepunktet. Det kan være godt å få maten servert og hyggelig å spise sammen med andre. Arkivfoto: Erik M. Sundt

Lot brukerne fortelle

Vi gjennomførte intervjuer av 31 brukere av dagsentertjenesten. Utvelgingen av brukere med samtykkekompetanse var tilfeldig. Det var de ansatte ved dagsenteret som definerte om brukeren hadde samtykkekompetanse og laget en liste hvor hver bruker på listen fikk et nummer. Vi gjorde et tilfeldig utvalg fra den anonymiserte listen og intervjuet fire brukere fra hvert av dagsentrene i kommunen. Vi benyttet en delvis strukturert intervjuguide. En intervjuguide er ifølge Kvale (13) et manuskript som strukturerer intervjuet mer eller mindre stramt. Intervjuguiden inneholdt spørsmål med faste svaralternativer i en fast rekkefølge. Den er lukket, men inneholdt også åpne spørsmål (10). Intervjuguiden var inndelt i bakgrunn, brukernes helse, hvor fornøyd brukeren er med dagtilbudet, antall dager i uken, antall timer om dagen, åpningstidene, lokalene i forhold til aktivitetene som tilbys, muligheter til å delta i aktiviteter, det sosiale samværet, maten, personalets holdninger, tilbudet om dusj og bad, opptreningsstilbudet og transporttilbudet. Spørsmålene om brukerens tilfredshet var inndelt med sju svaralternativer, fra svært fornøyd til

svært misfornøyd. Strukturen i intervjuet gjorde at brukerne også hadde mulighet til å snakke fritt. Mange av brukerne var glade for å fortelle om sine opplevelser, og de snakket fritt og var ikke så bundet til spørsmålene. Ifølge Jacobsen (10) er det en fare ved for strukturert intervju at vi bare får svar på det vi ønsker svar på, da er det unødvendig med et åpent intervju og vi kunne like gjerne benyttet et spørreskjema. På en annen side ville vi gått glipp av mye ved å gi brukerne et spørreskjema. Flere av brukerne både så og hørte dårlig og ville kanskje hatt problemer med å fylle det ut.

Bearbeiding av data

Gjennom intervjuene samlet vi inn både kvantitative og kvalitative data. Spørsmål med faste svaralternativer kunne kvantifiseres, og ved åpne spørsmål samlet vi inn tekstdata. Intervjuguiden var utgangspunkt for analyse av dataene. De kvantitative dataene ble analysert ved bruk av Excel, som ble brukt til å summere svarene og lage en frekvensanalyse. Alle sitater ble skrevet ned, og det ble foretatt en innholdsanalyse av disse sitatene. En innholdsanalyse er en teknikk som deler data inn i temaer eller

kategorier og deretter forsøker å finne sammenhenger mellom kategoriene (10). Sitatene ble delt inn i temaer etter intervjuguiden.

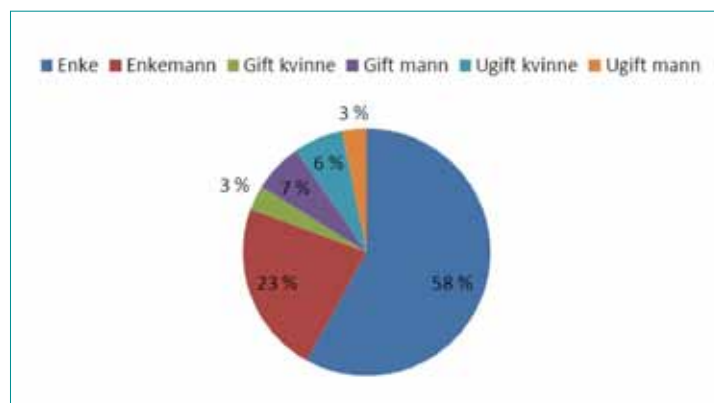
Etiske overveielser

Prosjektet ble meldt til Personvernombudet ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS,

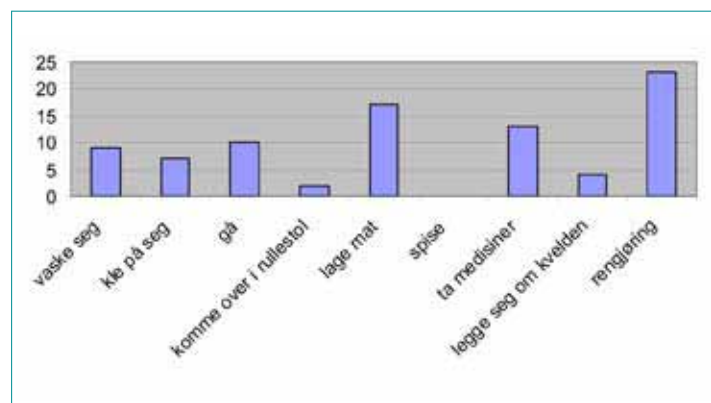
«Personalet – de har gullvinger alle sammen.»

som tillot at prosjektet ble gjennomført. Brukerne fikk informasjon om undersøkelsen av de ansatte på dagsenteret, og skrev under en samtykkeerklæring. Samtykkeerklæringen understreker at taushetsplikt og anonymitet vil bli ivaretatt i henhold til forskningsetiske regler og at opplysningene som brukerne gir vil bli publisert i bearbeidet og anonymisert form. Noen av brukerne som ble trukket ut ble ikke intervjuet på grunn av sykdom, en bruker ønsket ikke selv å delta. Brukere med kognitiv svikt, som ikke kan gi samtykke, er utelatt fra utvalget. Det kan tenkes at brukere uten samtykkekompetanse





FIGUR 1: Sivilstand. De fleste brukerne i intervjugruppen var aleneboende kvinner i 80-årene.



FIGUR 2: Hvilke hjelpebehov brukerne har.

har et større hjelpebehov enn intervjugruppen. Da det er sammenheng mellom mental funksjon og fysiske hjelpebehov. Det betyr at hjelpebehovet til hele brukergruppen sannsynligvis er større enn for intervjugruppen (1).

Flest enslige kvinner

Overhyppigheten av enslige kvinner i utvalget er representativt for befolkningen i samme aldersgruppe. Mange brukere forteller at det var hjemmesykepleien som foreslo at de skulle benytte tilbudet. De fleste brukerne er på dagsenteret to dager i uka. 20 av brukerne får hjelp av hjemmesykepleien (1). (Se figur 1)

Figur 2 viser brukernes hjelpebehov. Det er 17 brukere som trenger hjelp til å lage mat, 13 brukere trenger hjelp til å ta medisiner og 23 brukere trenger hjelp til rengjøring. En bruker beskriver hvordan det er å være hjelpetrenende: «Jeg vil så gjerne klare meg selv, for da er jeg meg selv. Da mister jeg ikke så mye av personligheten min.» (1)

Det sosiale viktig

Studien (1) viser at de fleste brukerne er svært fornøyd med dagsenterets åpningstider. Men noen ønsker et utvidet tilbud. En bruker sier: «Antall timer om dagen kunne vært noen timer til, er ensom. Åpningstidene kunne vært utover ettermiddagen, hvis de hadde hatt underholdning. Viktigst er å komme ut blant folk, orker ikke å være alene så mye». Det var flere brukere som ønsket mer fysisk aktivitet. 29 brukere forteller at de ikke får opptreningstilbud. En bruker beskriver det slik: «Ønsker mer opptrening, gymnastikk for pusten, få fram bryttet – bevegelse. En annen bruker sier: Må gå

mer – trenger oppmuntring til dette». De fleste brukerne oppgir det sosiale samværet som noe av det viktigste ved dagtilbudet (1). En bruker uttrykker det slik: «Synes ikke jeg kan ha det bedre når jeg bor alene. Sitter og prater, treffer mange, ellers blir man jo mye alene». Mange av brukerne i denne undersøkelsen bor alene og har problemer med å komme seg ut på egen hånd, og det var fantastisk for damen som fant igjen barndomsvenninnen på dagsenteret. Det bidro til å heve venninnens livskvalitet (1). Noen brukere er misfornøyd med det sosiale samværet: «Jeg er ganske misfornøyd med det sosiale samværet, det er ikke så mange du kan snakke med. Første gang jeg kom var et sjokk for meg. De andre var dårlige til å snakke, får ikke forbindelse. Bare sitte sammen med de som sover».

Måltidene kan være høydepunktet på dagsenteret. Mange av brukerne trenger hjelp til å lage mat, og det kan være godt å få maten servert. Det er også hyggelig å spise sammen med andre. Men de ansatte synes det er kort tid mellom måltidene. Det blir lite tid til andre aktiviteter. Mange av brukerne rekker ikke å bli sultne til neste måltid. Det kan være et argument for lengre og mer fleksible åpningstider. Brukerne får tilfredsstilt sitt ernæringsbehov på dagsenteret. En avdelingsleder sier at hun merker at brukerne er mer reduserte etter fire ukers ferie. Hun tror det skyldes manglende stimuli og ernæring. Dagsenteret er stengt om sommeren (1). Mange brukere er fornøyd med transporten til dagsenteret. Men noen synes det tar for lang tid med bussen. De får vondt i ryggen på humpete veier. Det er ikke vikar for sjåføren, så hvis han er syk må brukerne være

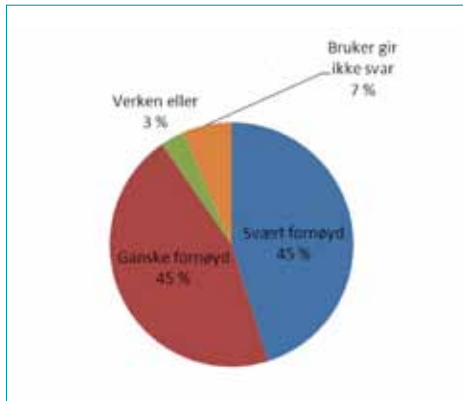
hjemme (1). De fleste brukerne er svært godt fornøyd med personalets holdninger. Følgende utsagn fra en bruker gir de ansatte en svært god attest: «Personalet – de har gullvinger alle sammen» (1).

Diskusjon

Hva er et kvalitativt godt dagtilbud for eldre i framtiden? Ifølge St.meld. nr. 25 er cirka tre fjerdedeler av tjenestemottakerne kvinner. Dette skyldes at flere kvinner enn menn når høy alder, og at kvinner har en dobbelt så lang periode med alvorlige helseproblemer og funksjonstap på slutten av livet enn menn. Antall personer over 67 år vil mer enn fordobles fra 2000 til 2050. Det største omsorgsbehovet finnes i gruppen over 80 år (2). Det betyr at i framtiden vil kvinner over 80 år være en økende gruppe, og mange av dem vil ha behov for tilrettelagte dagtilbud. Dagtilbud anses som et svært viktig tilbud for at personer med demens fortsatt skal kunne bo hjemme og for å gi pårørende avlastning. For beboere med demens i omsorgsbolig eller sykehjem vil det også bety mye å ha et dagtilbud med tilrettelagte aktiviteter og sosialt samvær. Regjeringen forutsetter at utbyggingen av dagtilbud de nærmeste årene kan realiseres som en del av satsingen på 10 000 nye årsverk i omsorgstjenesten. Dagtilbud gir avveksling, meningsfulle aktiviteter, sosial omgang og ikke minst normal døgnrytme for brukeren. Dagtilbudet gjør det mulig for pårørende å være i arbeid eller ha fri på dagen og stille opp på kveld og natt (2,3).

Individuelle behov

Hver enkelt bruker er et helt unikt menneske



FIGUR 3: Hvor fornøyd brukerne er med maten.

med individuelle behov og med mange ulike diagnoser. Noen brukere har nedsatt evne til å kommunisere med andre, kognitiv svikt, språkproblemer og opplever uro som ubehagelig. Et viktig tiltak er skjerming av urolige demente personer. Det trengs egnede lokaler for skjerming ved dagsentrene. Mange brukere bor alene og har udekkete sosiale behov som de får tilfredsstilt på dagsenteret. Brukerne ville ikke valgt hverandre i normale sosiale settinger, men på dagsentret er de satt sammen ganske tilfeldig. Ikke alle liker å spille bingo, men på dagsenteret er det ukas begivenhet. Tilrettelagte aktiviteter ut fra brukerens individuelle behov vil være et mål.

Nærhet gir livskvalitet

Personer med behov for omsorgstjenester har ifølge lovgivningen rett til sosiale tiltak som bidrar til en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre (2). Det sosiale er et grunnleggende behov, og ifølge Henderson skal sykepleieren hjelpe pasienten til å få kontakt med andre og med å gi uttrykk for sine følelser og behov. For de fleste mennesker er behov for nærhet og fellesskap til andre en forutsetning for et meningsfylt liv (17). Fellesskap med andre kan gi høyere livskvalitet. Ifølge Næss (15) øker en persons livskvalitet i takt med gode personlige forhold; det vil si at man har et nært og gjensidig forhold til minst ett annet menneske. Eldre knytter livskvalitet til hjemmet og ønsket om å klare seg selv så lenge som mulig (6). Fysisk og sosial aktivitet kan forebygge funksjonssvikt og redusert livskvalitet hos gamle mennesker (7). Dagsenteret er et tilbud hvor brukeren kan få tilfredsstilt sitt sosiale behov og oppleve felles-

skap med andre. Det gir en god struktur på dagen og vil gjøre at brukeren opplever hverdagen som meningsfull. Ifølge demensplan 2015 er matlaging og måltider en viktig del av et helhetlig tilbud. Manglende ernæring kan være et tidlig tegn på demens, og vektreduksjon kan komme i tillegg til demensutviklingen. Å delta i matlaging minner om kjente og dagligdagse aktiviteter og bidrar til mestring og livsutførelse (3).

Aktiviteter

En viktig utfordring framover er å gi omsorgstjenesten en ny og mer aktiv profil. Og bygge ut dagtilbud, aktivitetstilbud og eldresentra. I dag er omsorgstjenestens største utfordringer kultur, aktivitet, dagliglivets funksjoner og sosiale forhold (2). Kultur, aktivitet og trivsel er helt sentrale og grunnleggende elementer i et helhetlig omsorgstilbud (2). Mange brukere av omsorgstjenester lever passive liv, ikke minst fysisk. Det er kun seks prosent av personer mellom 65–97 år som oppfyller de faglige anbefalingene om tretti minutters moderat daglig fysisk aktivitet (2). En studie av Kirchhoff (11) viser at de fleste eldre vet at fysisk aktivitet har betydning for helsen deres, men de har likevel ikke et aktivitetsnivå som tilsvarer anbefalingene. Det som hindrer de eldre i å være fysisk aktive var angst for å falle og for å gå ut alene. Forskning viser at aktivisering gjennom ulike former for bevegelse og mosjon reduserer og utsetter tap av funksjonsevne. Hovedutfordringen er å integrere aktivitet og ulike former for bevegelse og mosjon i dagliglivet og utnytte naturlige muligheter for deltakelse. Det er viktig å stimulere til brukermedvirkning og brukerstyrte aktivitetstilbud (2). Fysisk aktivitet er en utfordring på dagsentrene. Brukerne savner det (1), og i framtiden bør dette vektlegges mer. Man bør etablere gågrupper, balleker og så videre, og fysioterapeut bør knyttes til dagsentrene. Den kulturelle spaserstokken er et tiltak som skal stimulere til tverrfaglig samarbeid mellom kultursektoren og omsorgstjenesten gjennom finansiering av konkrete kulturaktiviteter. Tiltaket bør tilby arrangementer innenfor alle kunst- og kulturgener, som musikk, teater, film, litteratur og bildekunst (2). Sosialtjenestelovens hovedformål er «å bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig i fellesskap med andre». Ifølge helhetlig demensplan 2015 er det viktig å utvikle gode modeller for dagtilbud til personer med demens. Tilrettelagte dagtilbud for hjemmeboende er viktig for å utsette

en institusjonsinnleggelse, og det er samtidig en nødvendig avlastning for pårørende. Familien kan være sentral som motivator, støttespiller og trygghetsskaper (12).

Konklusjon

Studien viser at det sosiale fellesskapet med andre er spesielt viktig på dagsentret. Måltidene er høydepunktet, og brukerne får gjennom måltidene tilfredsstilt sitt ernæringsbehov. Et godt tilrettelagt dagtilbud tar hensyn til brukernes individuelle behov, har fleksible åpningstider, og brukerstyrte, individuelle aktiviteter. Utfordringer når det gjelder personer med demens er å tilrettelegge tiltak, som egne dager og lokaler som egner seg for skjerming. Dette blir også understreket av de ansatte (1). Dagtilbud til personer med demens innebærer avlastning for pårørende og betyr at personen kan bo hjemme lenger. Et godt tilrettelagt dagtilbud i framtiden må inneholde flere fysiske aktiviteter, med et rehabiliteringstilbud til dem som trenger det. For mange brukere er turen til dagsenteret eneste mulighet til å komme ut fra hjemmet sitt, og det ideelle ville være om dagsenteret er lokalisert til et helsehus. Et helsehus kan være et fullverdig medisinsk senter med en rekke helserelaterede tjenester under samme tak. Brukeren vil da få tilbud om alle nødvendige helsetjenester mens de er på dagsenteret. ■

LITTERATUR

1. Nilsen SR, Brynhildsen S, Rummelhoff G. Dagtilbudene i Fredrikstad kommune: en kartleggingsundersøkelse. Høgskolen i Østfold. Oppdragsrapport 2007:1.
2. Stortingsmelding nr. 25 (2005–2006) Mestring, mulighet og mening. Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement.
3. Demensplan 2015, «Den gode dagen», delplan til omsorgsplan 2015. Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement.
4. Baumgarten M, Lebel P, Laprise H, Leclerc C, Quinn C. Adult Day Care for the Frail Elderly. *Journal of Aging and Health* 2002; 2: 237–259.
5. Fredrikstad kommune: Brukerhåndbok 13, kap. 5.
6. Hanssen I. Etniske minoriteter. I: Geriatrik sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten. Kirkevold M, Brodtkord K, Ranhoff AH, red. Oslo: Gyldendal akademiske, 2008: s. 38–50.
7. Hauge S. Sykepleie i sykehjem. I: Geriatrik sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten. Kirkevold M, Brodtkord K, Ranhoff AH, red. Oslo: Gyldendal akademiske, 2008: s. 219–236.
8. Fredrikstad kommune (1998) Handlingsplan for styring av eldreomsorgen.
9. Handlingsplan for helse- og sosialpersonell (1998–2001). Rett person på rett sted. Sosial- og helsedepartementet.
10. Jacobsen DI. Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenenskapelig metode. 2. utgave. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 2005.
11. Kirchhoff J. Fysisk aktivitet blant eldre. *Sykepleien Forskning* 2006; 1: 14–22.
12. Kirkevold M. Familien i et helse- og sykdomsperspektiv. Familiens plass i sykepleien. I: Kirkevold M, Ekern KS, red. Familien i sykepleiefaget. Oslo: Gyldendal akademisk, 2001: 21–44, 45–61.
13. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 2. utgave. Oslo: Gyldendal akademisk, 2010.
14. Lov om helsestjenesten i kommunene. (kommunehelsetjenesteloven) 1982-11-19 nr. 66: <http://www.lovdata.no/all/nl-19821119-064.html>.
15. Næss S. Livskvalitet som psykisk velvære. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (Nova rapport nr. 3), 2001.
16. Schacke C, Zank S. Measuring the effectiveness of adult Day Care as a Facility to support Family Caregivers of Dementia Patients. *The Journal of applied Gerontology* 2006; 1: 65–81.
17. Smedbye KL. Kontakt med andre. I: Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug EA, red. Grunnleggende sykepleie, bind 3, kap. 18. Oslo: Gyldendal Akademiske 2005: s. 41–70.

Kulturkjenneren:



Ida Marie Bregård



Ida Marie Bregård er sykepleier og vitenskapelig assistent ved Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI).

– Kronikken har vært utfordrende å skrive. Migrasjon og helse er et omfattende tema, og det hadde vært lettere med 80 000, enn 8 000 tegn!

Fremtidens Norge, fremtidens sykepleie

Både faglighet og etikk kan bli satt på prøve når sykepleiere møter innvandrerpasienter.

Hvordan migrasjon påvirker helsen er ikke en ny problemstilling for norske sykepleiere. Allerede i 1882 ble den norske diakonissen og sykepleieren Elizabeth Fedde bedt om å komme til New York for å hjelpe «fattige og fortapte» norske sjømenn og immigranter. Hun skulle i utgangspunktet drive oppsøkende arbeid og gi hjemmesykepleie, men møtte så mye nød i hjemmene og i gatene at hun snart fikk opprettet et diakonissehjem og et sykehus. Vide-reføringen av hennes arbeid eksisterer i dag som Lutheran Medical Center and School of Nursing i Brooklyn i New York. Her vektlegges god kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell, og helsetjenestene som tilbys er tilrettelagt New Yorks sammensatte og mangfoldige befolkning.

Likeverdige helsetjenester

Likeverdige helsetjenester er en overordnet helsepolitisk målsetting i Norge. I Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015 heter det blant annet «Helse- og omsorgstjenester skal være likeverdige for hele befolkningen og tilpasset ulike behov, forventninger og forståelse av hva som er gode løsninger på et helseproblem. God kommunikasjon, åpenhet og respekt for forskjellighet [...] er avgjørende for kvaliteten på møtet mellom brukere og helse- og sosialpersonell.»

Helselovgivningen er også klar når det gjelder helsepersonells plikt til å yte likeverdige helsetjenester uavhengig av pasientens bakgrunn. Pasi-

entrettighetsloven sier at informasjon skal være tilpasset pasientens kultur- og språkbakgrunn, og at informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. I sykepleieres egne yrkesetiske retningslinjer heter det at «Sykepleieren bidrar aktivt for å imøtekomme sårbare gruppers særskilte behov for helse- og omsorgstjenester».

Målet om likeverdige helsetjenester, og sykepleieres yrkesetiske retningslinjer, handler i bunn og grunn om at alle mennesker skal ha samme rett og tilgang til helsetjenester, og at ingen pasientgrupper skal diskrimineres. Til tross for målet, har både sykepleiere og annet helsepersonell lite kunnskap om migrasjon og helse. Dagens sykepleiestudenter møter lite teori og praksis relatert til dette i løpet av sykepleierutdanningen. Formålet med helse- og sosialfagutdanningene er å utdanne reflekterte utøvere som setter mennesket i sentrum. Det er derfor viktig at sykepleiere, nyutdannede som erfarne, har kjennskap til mennesker med ulik bakgrunn, deriblant innvandrere. I dagens rammeplan for sykepleierutdanning står det at sykepleiere skal ha både handlingskompetanse (evnen til å handle selvstendig) og handlingsberedskap, hvor den nyutdannede sykepleieren har kunnskap om et felt, men mangler nødvendig erfaring. I rapporten «Hva lærer fremtidige sykepleiere om migrasjon og helse?» kommer det frem at mange sykepleiestudenter verken får teoretisk eller praktisk opplæring i migrasjon og

helse. De får altså ikke utviklet sin handlingskompetanse. Dette gjelder blant annet på viktige områder som bruk av tolk.

Opplæring i migrasjon og helse

I situasjoner der man møter innvandrerpasienter, kan sykepleiere oppleve særlige utfordringer, blant annet knyttet til språk, kommunikasjon og ulike måter å forstå sykdom og helse på. Dette gjelder ikke bare i Norge, men i hele verden. Migrasjon er et globalt fenomen! På bakgrunn av dette ble det nylig gjennomført et større EU-prosjekt, som hadde som mål å heve helsepersonells handlingskompetanse på fagfeltet migrasjon og helse. Prosjektet het Transcultural Skills for Health and Care, T-SHaRE. Prosjektperioden var fra 2009–2012 og hadde ni partnere i fem europeiske land. Fra Norge deltok Studieforbundet Folkeuniversitetet og Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse, NAKMI. I prosjektet kartla man blant annet hva helsepersonell mente de manglet av kunnskap i møtet med innvandrerpasienter, og hva innvandrerpasienter mente at helsepersonell manglet kunnskap om, i møtet med dem.

Svarene var de samme hos begge gruppene: Helsepersonell trengte å heve sin kunnskap på fire hovedområder, nemlig migrasjonsprosessen, medisinsk antropologi, retten til helsetjenester for ulike migrantgrupper og kommunikasjon, både med og uten tolk.



FIKSER MANGFOLDET: Ved Grünerløkka sykehjem i Oslo er de ansatte vant til å møte mennesker fra ulike kulturer. Her ser vi Mariann Bouabdilla som kommuniserer greit med Kelvin Thomas fra Trinidad. Arkivfoto: Erik M. Sundt

Neste ledd i EU-prosjektet, var å organisere et pilotkurs for helsepersonell, og dette ble avholdt høsten 2011. Kurset videreføres nå, med støtte fra Helse- og omsorgsdepartementet. Sluttproduktet av prosjektet er en veileder for opplæring av helsepersonell i migrasjon og helse, som utgis høsten 2012.

Kunnskapsbasert praksis

Over 13 prosent av Norges befolkning har innvandrerbakgrunn. Det betyr at migrasjon og helse ikke lenger er et fagområde for ildsjeler, det er et fagområde som angår oss alle. Det er derfor viktig at alle sykepleiere har grunnleggende kunnskap om dette feltet. Dette kan oppnås på to måter. Det ene er å heve kompetansen til sykepleiere som jobber i klinisk praksis, det andre er å inkludere temaet migrasjon og helse i sykepleierutdanningen, både på bachelor, videreutdanning og masternivå.

Det er viktig at migrasjon og helse ikke bare anses for å være «eksotisk». Sykepleie til innvandrepasienter skal også være kunnskapsbasert praksis. T-SHARE-prosjektet er kunnskapsbasert praksis i sin essens; norsk og europeisk forskning, sykepleieres faglige erfaringer og innvandreres erfaring med norsk helsevesen. T-SHAREs veileder for opplæring av helsepersonell i migrasjon og helse skal hjelpe både helsepersonell og helseledere til å gå fra handlingsberedskap på migrasjon og helse, til å

ha den handlingskompetansen man har behov for i dagens sammensatte samfunn.

Fremtidens sykepleie

Det er sykepleiere som i størst grad møter pasientene rundt om i ulike deler av helsetjenesten, og ofte kan dette være steder hvor sykepleiere står med et stort ansvar og må fatte beslutninger raskt. Dette kan også overføres til situasjoner med innvandrepasienter; sykepleiere må ha grunnleggende kunnskap om ulike sykdomsmønstre og helseforståelser.

I dag finnes det 655 000 første- og andregenerasjons innvandrere i Norge. Tilsvarende tall for 1970 var 60 000. Fire av ti innvandrere har bodd

kunnskap om migrasjon og helse. På den måten får vi økt vår handlingskompetanse på feltet. Noen høyskoler og universiteter har den senere tiden inkludert migrasjon og helse i sine utdanninger, og de siste årene har det også vært avholdt flere fagkonferanser med migrasjon og helse som tema. I fremtiden burde også migrasjon og helse inkluderes i sykepleie- og helseforskning, i enda større grad enn hva det er i dag. I tillegg bør det tilrettelegges for etisk og faglig refleksjon rundt problemstillinger relatert til dette fagfeltet.

Da Elizabeth Fedde kom til New York for å hjelpe nordmenn, la hun grunnlaget for en helsetjeneste preget av god kommunikasjon mellom sykepleiere og pasient, og en helsetjeneste som

«Det er viktig at migrasjon og helse ikke bare anses for å være eksotisk.» Ida Marie Bregård

mindre enn fire år i Norge. Innvandrerne kan ha kommet grunnet arbeid, studier, familiejenforening eller som flyktninger og asylsøkere. Det finnes også flere tusen papirløse migranter i landet. Dette gjør Norge til et sammensatt land, hvor ulike bakgrunn, ulike språk, religioner og tradisjoner spiller en rolle i samfunnet og helsevesenet.

Dette er fremtidens Norge, og det er fremtidens sykepleie. Derfor er det viktig at helsevesenet generelt, og sykepleiere spesielt, får mer

var tilpasset pasientenes behov. Det samme er aktuelt for oss i dag. God kommunikasjon og et tilrettelagt helsetilbud er essensielt for at alle skal få likeverdige helsetjenester. Det som er viktig nå, er at sykepleiere og ledere ser nødvendigheten av økt kompetanse om migrasjon og helse. Det vil bidra til økt kvalitet på sykepleien som utøves, økt pasienttilfredshet og likeverdige helsetjenester. I tillegg er det både gøy og inspirerende å lære noe nytt! ■

Kronikkøren:

Elin Sivertsen



■ Elin Sivertsen er fagsykepleier i Rus- og psykisk helsetjeneste, Namsos kommune.

– Det har vært spennende å skrive kronikken. Å formidle noe til andre sykepleiere som kan vekke interesse og fremme refleksjon, oppleves bra!



Vi må samarbeide på tvers av profesjonene

Er nyutdannede sykepleiere rustet til å møte samfunnet og helsevesenets krav til tverrprofesjonell samarbeidskompetanse? Tvilsomt.

Kun 20 prosent av utdanningsinstitusjonene for helse- og sosialfagutdanningene tilrettelegger for tverrprofesjonell utdanning med sikte på samarbeidslæring slik rammeplanen i dag forutsetter.

Når vi står der med autorisasjonen i hånda og samhandlingsreformen i bakhodet – da er vi en aktør som representerer helsevesenet i tiden. Dette innebærer et stort ansvar: Vi skal være profesjonelle, vi skal ha en identitet, vi skal ha kompetanse til å samarbeide med andre profesjoner. Jeg bruker begrepet vi, fordi jeg selv er en relativt nyutdannet sykepleier. Det er ikke så interessant å beskrive egne mangler i denne sammenhengen, men jeg har lyst til å dvele ved spørsmålet om kompetansekrav versus kompetanselæring. Dette er utvilsomt viktig i en tid der samarbeid og samhandling står sentralt i det helsepolitiske landskapet. Offentlige styringsdokumenter, nasjonale og internasjonale, fastslår at tettere samarbeid mellom aktørene i helsevesenet vil gi et bedre og mer helhetlig tjenestetilbud til befolkningen. Studier viser betydningen og nødvendigheten av samarbeidslæring på tvers av profesjoner, som en del av grunnutdanningen (1,2,3,4). Begrepet tverrfaglig er forresten på vei ut. Tverrprofesjonell anses som mer dekkende.

Interaksjon

Man trenger ikke være rakettforsker for å forstå at samarbeid må læres. Felles rammeplaner for å

danne felles kunnskaper, holdninger og verdier er viktig, men ikke tilstrekkelig. Flere universiteter og høyskoler har felles undervisning, blant annet i kommunikasjon og samhandling, etikk, vitenskapsteori og helse- og sosialpolitikk. Dette bidrar til en grunnleggende felles identitet som helse- og sosialarbeider. Men en teoretisk tilnærming til kompleksiteten ved tverrprofesjonelt samarbeid er ikke nok. Studier viser at interaksjon med studenter fra andre profesjoner gjennom utdanningsløpet er en forutsetning (2,4). Med andre ord, en sosialiseringssprosess på tvers av profesjonsfagene på grunnutdanningsnivå synes å være elementær for å tilegne seg tverrfaglig kompetanse.

Viktige komponenter i et slikt samarbeid på tvers av grunnutdanningene vil være: Gjensidig erfaring og læring med og om andre profesjoner, kunnskap om andres arbeid, roller og ansvarlighet og ikke minst kunnskap om samarbeidsstrategier. Forskere trekker særlig fram betydningen av relasjons- og kommunikasjonskompetanse (2,3,4,5). En interessant kontakthypotese er at en sosialiseringssprosess vil bidra til gjensidig respekt på tvers av faggrupper og at man også unngår negative stereotyper (3,4). Dette krever naturligvis visse forutsetninger, som lik status og samme mål.

En slik gruppeorientert prosess i utdanningen, der man kommuniserer direkte med hverandre på tvers av profesjoner og slik blir i stand til å forstå og verdsette ulike synspunkter, vil

gi et godt utgangspunkt for samhandling og samarbeid etter endt utdanning.

Rammer og revidering

Et femårig CAB-prosjekt (Collaboration across professional boundaries) gjorde en svært grundig kartlegging av statusen på norske utdanningsinstitusjoner. Prosjektets hovedmål var å kartlegge hvordan høyere utdanning kvalifiserer for tverrprofesjonelt samarbeid i helse- og sosialsektoren. I tillegg har prosjektet igangsatt utprøving og evaluering av ulike modeller for tverrprofesjonell samarbeidslæring. Kartleggingen viser blant annet en oversikt over hvordan utdanningsinstitusjoner har lagt til rette for felles samarbeidslæring. At en forståelse for å bedre samarbeidet i helsevesenet bør starte allerede i utdanningen, er imidlertid gammelt nytt. Allerede på syttitallet kom det forslag om felles utdanningsinnhold fra helsepolitisk hold. Disse ble først på nittitallet omgjort til vedtak gjennom rammeplanrevisjon. I 2008 ble rammeplanen ytterligere revidert, slik at alle føringer for arbeidsformer ble borte og kun en beskrivelse av fire hovedelementer står igjen. Det er statusen i dag.

Utfordringene for utdanningsinstitusjoner som skal tilrettelegge for felles innhold for flere utdanningsretninger er mange og komplekse. Ved utdanningsinstitusjoner hvor flere studieretninger er representert, er det enklere å samlokalisere. En annen utfordring er når det



KLARE FOR SAMHANDLING: Det er viktig at samarbeid på tvers av de helsefaglig profesjonene etableres allerede på grunnutdanningen. Illustrasjonsfoto: Stig M. Weston.

råder faglig uenighet eller sterke motsetninger mellom utdanninger og fagprofesjoner.

Gavepakke

Min første tanke etter å ha lest sluttrapporten i CAB-prosjektet er at den er gull verdt for sykepleieutdanningen. Hvis den blir vektlagt, da. Den kom dalende noen måneder etter stortingsmeldinga «Utdanning for velferd; Samspill i praksis», som er styringsdokument for helse- og sosialfagene. Utdanningsmeldinga er på en måte et svar til samhandlingsreformen. Egentlig i feil rekkefølge. Stortingsmeldinga setter uansett tverrprofesjonell samarbeidslæring i fokus. Regjeringen vil blant annet innføre tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS) som en del av praksisstudiene. TPS er en læringsform der studenter fra ulike profesjonsutdanninger lærer sammen og får innsikt i andres kompetanse og dermed også bedre forståelse for sin egen. Rolleforståelse og evne til samarbeid er sentrale mål. TPS bør i hovedsak gjennomføres ved felles praksisperioder, men også gjennom prosjektoppgaver og lignende. Organiseringen kan være ulik avhengig av utdanning og lærested. TPS skal også gjelde for de lange profesjonsstudiene ved universitetene. Dette betyr med andre ord at samspillet mellom utdanningene skal styrkes.

Nye tider?

Man kan tenke at helsepolitiske føringer har bidratt til reformer før, uten at det nødvendig-

vis har ført til ønskede effekter. Etterpåklokskapsen viser at den fellesfaglige rammeplanen for ti-femten år siden hadde for store rom for tolkninger og for svake føringer. Dette bidro blant annet til at mindre utdanningsinstitusjoner stilltiende overså kravet om å forberede studenter til tverrprofesjonelt samarbeid. Stortingsmeldinga «Utdanning for velferd» stiller, på en helt annen måte, klare krav til utdanningsinstitusjonene om tverrprofesjonell samarbeidslæring. Gjennom stortingsmeldinga legger myndighetene føringer for utdanningene i form av prinsipper. Det er imidlertid utdanningsinstitusjonene sitt ansvar å konkretisere disse. Selv om kartleggingen av tverrprofesjonelle helsefagutdanninger i Norge viser at kun 20 prosent av institusjonene mener de legger til rette for tverrprofesjonell utdanning, finnes det muligheter. CAB-prosjektet viser at en realisering av kvalitetsmessig kompetanselæring i tråd med samhandlingsreformen er innen rekkevidde. Mulige modeller for samarbeidslæring er prøvd ut i norske utdanningsinstitusjoner. Det å lære om, fra og med hverandre på en interaktiv måte holder på å få bein å gå på. For eksempel er det undersøkt om digitale læringsarenaer kan bidra til økt interaksjon mellom helsefagstudenter til tross for avstander.

Sykepleierollen

Hvorfor er dette viktig for sykepleiestudenten eller sykepleieren? Det er nå engang slik at sy-

kepleiere er den yrkesgruppen i helsevesenet som definitivt er størst i antall, og med sin brede generalistutdanning er sykepleieren den som ofte kommer nærmest pasienten eller brukeren. Det stilles krav til sykepleierens samarbeidskompetanse.

Handling

Mens vi venter på at gode løsninger skal få fotfeste, håper jeg at det er flere enn meg som reflekterer over temaet. Samarbeid og samhandling er kommet for å bli. Sykepleiere er og blir sentrale aktører i et komplekst helsevesen og vil, enten man liker det eller ikke, være med på å avgjøre om nevnte samarbeid blir preget av kvalitet. Derfor oppfordrer jeg sykepleiere og studenter til å reflektere over sin egen tverrprofesjonelle kompetanse. Les om CAB-prosjektet og oppdag nytteverdien! Ikke minst oppfordrer jeg helsefagutdanningene til å sette tverrfaglig samarbeidslæring på dagsordenen nå, og la oss få høre hvordan. ■

LITTERATUR

1. Clark P. Examine the interface between interprofessional practice and education: Lessons learned from Norway for promoting teamwork. *Journal of Interprofessional Care* 2011; 25:26-32.
2. Spector N. I. Freshman B, Rubino L, Chassiakos YR. Collaboration across the disciplines in health care. Sudbury, Massachusetts: Jones and Barlett Publishers, 2010.
3. Willumsen E. Tverrprofesjonelt samarbeid i utdanning og praksis. Oslo: Universitetsforlaget, 2009.
4. Bjørke G. Kvalifisering for tverrprofesjonelt samarbeid i helse og sosialsektoren. Sluttrapport – CAB-prosjektet. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus, 2012.
5. Lingås LG, Herheim Å. Kommunikasjon og samarbeid – utvikling av relasjonskompetanse. Oslo: Cappelen Damm, 2008.

Portrettisten:

Karl-Henrik Nygaard



Karl-Henrik Nygaard er sykepleier og jobber som rådgiver i NSF Hordaland.

– Jeg hadde stor glede av skriveprosessen knyttet til artikkelen og har søkt og vil søke tilbake til mange av de kildene Eivind Meland har brukt.



Å leve i det hellige

Den tidligere kommunisten Eivind Meland fant en kilde til helbredelse i det hellige.

Auditoriet på Bergen Offentlige Bibliotek er fylt til randen. Det er høstens andre møte i Filosofisk poliklinikk. Den er tenkt som en arena for høyttenkning og intellektuell dugnad knyttet til medisinsk-filosofiske spørsmål.

Denne kvelden er det den allmennpraktiserende legen og professoren Eivind Meland som holder foredrag. Meland har vært aktivt med i styringsgruppen for «poliklinikken» siden starten. Nå foreleser han om det hellige som kilde til helse. Han har skrevet bok om emnet.

Venstresidebakgrunnen

Eivind Meland har konvertert fra å være en ortodoks kommunist til bli en søkende person. Nå vektlegger han kjærligheten som livets viktigste dimensjon. Han fremhever kjærligheten og ydmykheten overfor alt det skapte som et bærende element i sin tenkning og legepraksis.

Det allmennreligiøse er en dimensjon hos alle mennesker. Det har ulike former. Selv kommer Meland fra et miljø i Stavanger der kvekerne har stått sterkt. For dem var kjærlighetsbudskapet det vesentligste i kristendommen. Motstand mot alkohol og krig var andre viktige holdninger. Fredsarbeidet var sentralt og Jesus en venn og alliert med de undertrykte og utstøtte.

Dette har inspirert Eivind Meland til å være på de svakestes side. De som ofte oppfattes som enfoldige. Her kommer Forrest Gump inn i hans liv. Den amerikanske filmfiguren har lenge betydd mye for Eivind Meland. Forsideillustrasjonen på boken hans viser et stetoskop og en fjær. Det er en fjær som ved tilfeldigheter styrer Forrest Gumps liv til ulike arenaer. Den symboliserer at livet er usikkert og tilfeldig. Livet er ikke gitt. Det er vår skjebne. Forrest Gump har også påvirket Melands eget livssyn og syn på helse. De enfoldige er ikke dumme. De tar livet spontant. Det er en klokskap som er lite anerkjent, mener Meland. Han putter fiskeren Markus i Gabriel Scotts roman Kilden i samme kategori. Han levde enkelt og alene i tillit til Gud.

Søkeren

Den første demonstrasjon Eivind Meland deltok i krevde at Vinmonopolet i Stavanger skulle stenges. Siden har han deltatt i mange demonstrasjoner. Nå er det ikke lenger politikken som opptar hans oppmerksomhet. Han verdsetter fortsatt marxismen som kritisk samfunnssyn, men tar avstand fra forsøkene på å omsette et slikt samfunnssyn i absolutte dogmer og kommunistisk utopi. Mennesket er feilbarlig. Det har for stor tro på at fremskrittet kan skje uten at vi endrer vår mentale innstilling.

Han er skeptisk til det han kaller sosialisters likhetsmakeri. Han mener det undergraver samfunnsmorale. Det gjør at samfunnet råtner på rot. I sin søken har Eivind Meland funnet kilder til eget livssyn og legepraksis i både buddhismen, indiansk religion og ikke minst hos filosofer som Knud E. Løgstrup og Robert Pirsig. De to sistnevnte har et syn på Gud, religion og etikk som Eivind Meland har tatt til seg. Løgstrup hevder at tilliten og de spontane livsytringene gjør Gud sannsynlig. Pirsig at det er realiseringen av det gode som er tilværelsens kjernepunkt. Med inspirasjon fra disse to og en rekke andre, formulerer Meland sitt eget ståsted. Han erkjenner at der er en spontan kilde til utfoldelse og vekst i alt liv. Det er her hellighetsbegrepet kommer inn.

Forsker og fastlege

Et slikt standpunkt hindrer ikke Eivind Meland fra å være en fremtredende medisinsk forsker og lege. Han møter sine pasienter med ydmykhet og en lyttende holdning. Han ser seg selv også som sjelesørger i møtet med dem og siterer gjerne Arne Garborgs utsagn om at «den lege som ikke har skjont at han er en sjelesørger, er en kvakksalver».

Selv stiller han seg skeptisk til mye av den moderne medisinen, som han i mange sammenhenger mener er i lommen på legemiddelindustrien. Dette er et markert og en terapeutisk kultur han mener ikke er bærekraftig. Den er umettelig og grunnløs fordi menneskekroppen er en utømmelig kilde til smerter og potensielt truende symptomer. I denne sammenheng øker også behovet for

alt som virker fort. Opp mot et sånt standpunkt setter Meland en allmennreligiøs oppfatning som alternativ.

Takknemlighet

For Meland er takknemlighet en grunnstemning i livet. Det medfører en ærefrykt overfor det som gir oss livet. «Livet puster i oss hvert femte sekund uten at vi gjør oss fortjent til det.» Han legger vekt på at det meste i livet har et element av tilfeldighet og uforutsigbar kreativitet. Det han kaller sekulær arroganse mener han er utgått på dato. For ham har det allmennreligiøse nå også inntatt medisinen.

Eivind Meland er først og fremst lege. Her bruker han sin komplementære innstilling i møtet med pasientene. Komplementaritetsbegrepet henter han fra den danske atomfysikeren Niels Bohr. Begrepet innebærer at alt har to sider som samtidig utfyller hverandre.

Som lege stoler han ikke utelukkende på blodprøver og kvantitative data. Den enkeltes liv kan ikke reduseres til eller forklares fullt ut med lov-messige sammenhenger. Verdier og fortolkninger er en del av all biologi og alt liv.

Han lytter til pasientenes opplevelser og holdninger. Han vet at pasienten vet noe om seg selv som han ikke vet. Tillit og dialog er kjernepunkt i dette møtet. De fleste pasienter er innsiktsfulle mennesker, mener han. Å ha respekt for dette er viktig. Eivind Meland henviser ikke på refleks. Han vil ikke være en kelner som tar imot bestillinger fra pasientene. Det vil undergrave hans faglige integritet.

Han tror heller ikke alle problemer kan løses med terapi og omsorg. Det er en illusjon. Han mener det er viktig å være åpen på dette i møtet med pasientene.

Det er alltid et visst usikkerhetsmoment når det gjelder sykdommers årsak og behandling. Meland mener det er viktig å forene den medisinske vestlige vitenskapen med åpenhet, takknemlighet, nestekjærlighet og ansvarlighet for det som gir oss liv, med å leve i det hellige. ■



RELIGIØS: Sekulær arroganse har gått ut på dato, mener Eivind MELAND. Foto: Bjørn-Erik Larsen.

Bokelskerne:



Kjetil Skotte

■ Jobber som sykepleier i hjemmetjenesten i Lillehammer, der han også kommer fra.



Thore Aalberg

■ Pensjonert høyskolelektor, men arbeider av og til som Trondhjems- guide og som skribent. Er leder for Norsk Homøopatisk Pasientforening.

**Jeg nekter**

Av Per Petterson
295 sider
Forlaget Oktober, 2012
ISBN 97-82-495-1056-6
Anmelder: Kjetil Skotte

Møter mellom mennesker

ANMELDELSE: Per Petterson har en helt egen evne til å skildre møter mellom mennesker. Det kan være møter mellom venner, mellom foreldre og barn eller møter med dama bak kassa i kafeen. Små eller store, korte eller langvarige, disse møtene betyr noe. De kan få livslang betydning. I *Jeg nekter* blir jeg igjen tatt med under huden på en rekke personer.

De to bestevennene Tommy og Jim vokser opp på det lille tettstedet Mørk på begynnelsen av 1970-tallet. Jim bor alene med sin kristne mor og har ingen kjent far. Tommy bor sammen med en voldelig far og tre yngre søsken, moren har stukket av. 35 år senere møtes Tommy og Jim tilfeldig på ei bru der Jim

står og fisker, med utslitt jakke og frynsete nerver. Tommy har slått seg opp og blitt steinrik, Jim er på randen av forfall. Hvordan ble det slik?

Petterson beskriver menneskelivet, det skjøre og vare livet der tilfeldighetene spiller større rolle enn vi liker å tenke på. Språket glir av gårde i en blanding av lange, vakre setninger. Dialoger og skildringer av både landskap, bygninger og mennesker danner, til sammen et bilde for leseren. Et bilde så tydelig, gripende og engasjerende at det driver deg videre inn i dette universet, som i all sin enkelhet er tettpakket og stint av dramatik og nerve.

Fortellerperspektivet skifter ofte, og Petterson veksler stadig mellom

fortid og nåtid. Alt faller like naturlig, like enkelt som det er genialt, og det mener jeg gjør boken til en stor leseropplevelse, denne nesten frekke måten å bruke språket på. Som å skrive spørresetninger uten spørsmålstegn bak, som om personen som spør bare konstaterer, eller egentlig ikke bryr seg om svaret.

Petterson vever et nett der alle de små møtene, som egentlig er store, sammen danner en forståelse, en aksept for at ting blir som de blir. Selv barnevern og psykiatri anno 1970 får sine små betraktninger, men det er ikke en sentimental bok. Det er en oppløftende og dypt menneskelig bok, med humoristiske glimt som sier at det så lenge det er liv, er det håp. ■

**Alternative veier**

Pasienter med eksepsjonelle sykdomsforløp
Av Tove Kruse og Anita Salamonsen
198 sider
Gyldendal Akademisk, 2012
ISBN 978-82-05-39523-7
Anmelder: Thore K. Aalberg

Med skolemedisinsk vinkling?

ANMELDELSE: Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin etablerte i 2002 et register for eksepsjonelle sykdomsforløp. Så langt har 346 personer rapportert om eksepsjonelt gode sykdomsforløp, 12 om dårlige. De største diagnosegruppene er MS, ME og kreft.

Boken handler om pasienter som befinner seg i kryssilden mellom det etablerte sykehusregimet og eget ønske om valgfrihet. Det mest spennende og interessante ved boka er deres historier. Felles for de fleste av dem er at de ikke ukritisk vil underkaste seg konvensjonell behandling. De tar ansvar for egen helse, benytter seg av alternativ medisin og kosttilskudd, endrer ernæring og arbeider med egen psyke. Sykehuslegene, nevrologene og kreftlegene i særdeleshet viste ikke respekt for deres valg. En

sier: «Her møtte jeg fagmannen, verdensmesteren, og i tillegg en støyende ikke-kom-her-og-kom-her-type uten respekt for annet enn sin egen kunnskap og erfaring.»

Bokens svakeste kapittel er det som handler om forskning basert på registeret for eksepsjonelle pasientforløp. Det er ikke noe annet enn forfatterne subjektive tolkning av historiene, som taler meget godt for seg selv. Språket er i liten grad tilpasset målgruppen. Det skulle ikke være nødvendig å skrive: «Den individualiserte sykdomsfortolkningen hvor pasienten ser seg selv og sin egen håndtering av og omgang med livet og dets utfordringer som del av årsaken til sykdom, skaper dermed en produktiv orden omkring sykdom.»

Ved første øyekast kan det se ut til at forfatterne forsøker å være nøy-

trale i forhold til alternativ medisin og skolemedisin. Men når jeg tolker det de skriver, og ikke minst det de ikke skriver, er det ikke vanskelig å se at de er preget av den skolemedisinske tenkningen som Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin representerer. Det er sikkert ideelt at pasienten kan kommunisere med legen om bruken av alternativ medisin. Men det er naivt å tro at legen vil kunne være en objektiv rådgiver. Det ser ut til at forfatterne ikke kjenner til forskningssenterets egen undersøkelse om helsepersonells holdninger til alternativ medisin. Kun 4 prosent av kreftlegene er positive, mens hver tredje sykepleier er det. Boken hadde blitt mye bedre med flere pasientfortellinger og mindre av forfatterne og skolemedisinens refleksjoner og meningsstyringer. ■

Bokelskerne:



Kari Lislerud Smebye

■ Høyskolelektor ved Høgskolen i Østfold. Jobber med å etablere en mastergrad i psykososialt arbeid. Er fra Fredrikstad.



Ingrid Jahren Scudder

■ Sykepleier med omsorgspermisjon fra Oslo universitetssykehus. Er fra Numedal, bor i Gloucestershire, England.



Norsk lærebok i geriatri

ANMELDelse: Denne boken handler først og fremst om medisinsk geriatri. Den er skrevet for medisinstudenter og leger, men som det står i forordet, også for sykepleiere «... som arbeider med geriatrike pasienter og trenger kunnskap om de komplekse medisinske resonnementer som klinisk arbeid med denne pasientgruppen alltid innebærer».

I løpet av de siste årene har geriatrien utviklet seg til først og fremst å være diagnostikk og behandling av akutt sykdom hos eldre med sammensatte og kompliserte problemstillinger. Rehabilitering integreres med akuttbehandling, og geriatrien ses på som en tverrfaglig samarbeidsarena. Boken bygger på disse prinsippene. I tillegg formidler Torgeir Bruun Wyll-

ler evidensbasert kunnskap filtrert gjennom skjønn og klinisk erfaring på en utmerket måte.

Bokens kapitler innledes med en sykehistorie som følges opp mot slutten av kapittelet. Dette er et godt pedagogisk grep som letter forståelsen og anvendelsen av stoffet. Det gir positive eksempler på hvordan geriatrike pasienter bør behandles. Språket er klart og lett å lese.

Ut fra et sykepleiefaglig perspektiv gir boka innsikt i utviklingen innen geriatri og oppdatering av ny fagkunnskap. Gode tips om struktur for tverrfaglig samarbeid i en akuttgeriatrik post kan anbefales. Mindre relevant for sykepleiere er kanskje de mer detaljerte farmakologiske vurderinger av ulike medikamentell be-

handling. Det kan være en mangel at samarbeidet med sykehjemsleger om medisingjennomgang ikke er omtalt.

Wyller skriver noe unyansert at hjemmesykepleiernes kompetanse bør benyttes aktivt til mer enn å effektuere vedtak. Ikke alle hjemmesykepleiere vil være enige i at de slavisk deler ut medisiner uten å gjøre individuelle vurderinger. Det er et krav i helsepersonelloven §4 å gi faglig forsvarlig hjelp og en forutsetning er å vurdere pasientens tilstand og behov.

Samhandlingsreformen har ført til behov for økt geriatrik kompetanse hos sykepleiere både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Denne læreboka i geriatri bør være tilgjengelig og benyttes der det er geriatrike pasienter. Den anbefales på det varmeste. ■



Geriatric

En medisinsk lærebok
Av Torgeir Bruun Wyll
459 sider
Gyldendal Akademisk, 2011
ISBN 978-82-05-41222-4
Anmelder: Kari Lislerud Smebye

Om deltid og samfunnsansvar

ANMELDelse: Olaug Nilssen har skrevet en lettest, underholdende og ettertenksom bok om hverdagen til småbarnsfamilier. Hun presenterer tretten intervjuer, elleve med småbarnsmødre og en hjemmepappa. I tillegg intervjuer hun sin egen families guvernante, eller «slaven», som hun selv kaller seg.

En av de såkalte ærlige historiene handler om sykepleier An-Magritt Lindtner som har tre barn. Hun jobbet deltid som sykepleier i småbarnsfasen med to av barna som nå er store. Nå arbeider hun deltid i Kreftforeningen. «Dessuten har eg alltid likt å jobbe minst muleg, ler An-Magritt.»

Helsevesenet som arbeidsgiver for småbarnsforeldre beskrives gjennom sykepleier An-Magritt, den tolvtimevakterarbeidende hjelpepleieren Ellen Lundal Fjæra og lege Kristine

Stangenes, som har au-pair.

Utvalget av historier er bredt og variert. Det som er felles er småbarnsfasen og tidsklemma. Boka gir et innblikk i dilemmaer og verdier både på hjemmefronten og i jobbsammenheng: Hvordan pensjonspoeng og økonomisk risiko blir noe en er villig til å forlate for hjemmelivet med barna, eller rett og slett ikke gir nevneverdig oppmerksomhet. Deltid som motkultur blir også et viktig valg for noen av stemmene i boka, og det skisseres et skille mellom mer frie og fleksible jobber, som forfatteryrket, og yrker uten særlig fleksibilitet, som den fulltidsarbeidende legen. Doktor Stangenes er også den jeg oppfatter uttrykker mest usikkerhet om hun velger rett. Måten dette framheves på synliggjør forfatterens egen stemme, som slett ikke er nøytral. Det skal den heller ikke være.

Det blir ekstra interessant når Nilssen trekker fram en musikerfamilies utfordringer. Dette er ikke A4-liv slik vi ser det for oss med permisjonsordninger, stønader og åpningstider i barnehage. Forfatteren trekker også veksler på kjente forskningsstudier som «Kitchen-Table Society» av Marianne Gullestad og betraktninger fra kulturforsker Hilde Danielsen.

Det mest imponerende med boka er hvordan Nilssen fletter historiene sammen med personlige dagboknotater og Facebook-statuser. Det er også interessant hvordan vi følger forfatterens egen prosess fra Kulturministerens oppfordring om at «kvinner skal seie ja!», til hun trekker seg fra vervet i Norsk kulturråd. Dette viser noen av de større linjene i det små. Debatten om deltid trenger stemmene som kommer til orde i denne boka. ■



Kjøkkenbenkrealisme

Av Olaug Nilssen
181 sider
Samlaget, 2012
ISBN 978-82-521-8131-9
Anmelder: Ingrid Jahren Scudder

Etikkmedarbeideren:



Anne Clancy



■ Anne Clancy er førsteamanuensis, Sykepleierutdanningen, Høgskolen i Harstad og førsteamanuensis, master i helsesøsterfag, Universitetet i Tromsø

– Jeg synes det var opplysende å snakke med en irsk kollega om verdier i sykepleien: Er de konstante størrelser eller er de i stadig endring? Det satte i gang noen refleksjoner om sykepleiepraksis.

Hva er etikk?

Anne Clancy snakket med den irske filosofen og etikeren dr. Joan McCarthy om etikk og sykepleieetikk.

forbindelse med et forsknings- og undervisningsopphold i Irland intervjuet jeg etikeren dr. Joan McCarthy om hennes tanker vedrørende etikk generelt og sykepleieetikk spesielt. McCarthy er filosof og etikker ved Universitetet i Cork, Irland. Hun er også medlem av den irske bioetiske komite og sitter i redaksjonen for tidskriftet Nursing Ethics. Hennes interesseområder er sykepleieetikk, moralsk stress og omsorg ved livets slutt.

– Hva er etikk for deg?

– Det handler om å være ett menneske, å gjøre det rette og strebe etter å leve et godt liv. Det handler om refleksjon, overveielser og å finne balansen. Det er ikke bare et strev, det er optimistisk også: Å evne å se og anerkjenne det spesielle ved oss mennesker, det vi er, har, og kan få til på en

jeg har blitt eldre. Jeg ser alle utfordringer folk har med å leve opp til de prinsippene de setter høyt, men ikke får til på grunn av egen tilkortkommenhet. Jeg har et oppriktig ønske om å forstå hvorfor vi mislykkes.

– Min erfaring i mitt arbeid med sykepleieetikk gjennom de siste 15 årene er at utviklingen i sykepleieetikk speiler utviklingen innenfor sykepleiefaget. Sykepleieetikk strever med egen identitet, mens medisinsk etikk har vært en etablert virksomhet i flere hundre år. Sykepleiere har vært opptatt av etikk, men i universiteter rundt omkring i verden har ikke sykepleieetikk fått samme anerkjennelse. Legen har vært sett på som den som tenker og sykepleieren som den som utfører. Det er min erfaring at sykepleiere ikke ser seg selv som be-

er det å fremme pasientens sak, og være opptatt av toleranse og etisk kompetanse.

– Lojalitet til hvem? Har det ikke alltid vært til pasienten?

– Til legen, til organisasjonen og til profesjonen, til pasienten, men det jeg prøver å si er at verdiene er i endring.

– Da jeg snakket med de irske helsesøsterstudenter, var de opptatt av at praksisen skulle være lovlig, de snakket om rettigheter, men de nevnte ikke etikken?

– Det er en bekymring internasjonalt at studenter og sykepleiere lever i frykt for søksmål. De tror at loven er klar – det er den ikke! Og de tror at jussen kan fortelle dem hva de skal gjøre. Enkelte saker kan være avgjort juridisk sett, for eksempel i forbindelse med smertebehandling, tilbakeholdelse eller avslutning av behandling. Selv om loven er klar her, er etikken fortsatt nødvendig for å hjelpe til i en gitt situasjon. Loven kan tolkes og tydes feil. Etikken kan hjelpe sykepleieren i å tolke loven i den enkelte saken der det handler om fru Hansen eller herr Olsen.

– Noen saker kan være lovlige, men etisk forkastelige. Kan du si litt om allmenne etikk og yrkesetikk og hvordan disse samsvarer?

– Når sykepleiere tar på seg profesjonskappen forplikter de seg til profesjonens verdier. Sykepleieren må være klar over hva disse normene og forpliktelsene er. Sykepleieren må vurdere seriøst om de kan påta seg kappen. Det skal mye til og ha stort alvor for at egne normer skal overstyre de profesjonelle normene.

– Har sykepleierne i Irland reservasjonsrett?

– Nei, men det er fordi at vi ikke tillater prosedyrer som kan tolkes som kontroversielle. Det er

«Jeg er mer medfølende nå som jeg har blitt eldre.»

god måte. Dette er en disiplin innenfor filosofi som har en lang historie. Dagens etikere finner ikke opp etikken på nytt, men spiller på de mange tenkere som har bidratt gjennom tiden.

– Du nevnte streben. Hvilke type streben?

– Streben på det personlige nivået, på det intellektuelle nivået og også organisasjoners streben. Streben etter å leve opp til de prinsippene og verdiene som betyr noe for oss og få klarhet i rammer og konsepter. Organisasjoners tilkortkommenhet i å legge forholdene til rette, kan gjøre det vanskelig for sykepleiere å opptre etisk. Det er disse refleksjoner som har brakt meg i mitt arbeid over på moralsk stress. Jeg er mer medfølende nå som

slutningstakere. Etikken relevans kan noen ganger være en utfordring for dem, samtidig er det stor interesse blant sykepleiere for etiske spørsmål. Denne interessen kommer ofte når sykepleieren opplever seg selv i et grenseland på en eller annen måte i forhold til en beslutning.

– Som du sier, sykepleieetikk og medisinsk etikk er forskjellige da vi har forskjellig ide-historie eller filosofi som peker retning. Selv om sykepleieetikk som retning er en relativ ny disiplin, vil ikke de etiske verdier være konstant?

– Nei, ikke i det hele tatt. Bare se på verdier som lojalitet og lydlighet. De ville tradisjonelt sett ha hatt stor betydning tidligere, mens nå



EGEN ETIKK: Sykepleieetikk er ikke like godt etablert som legeetikk, påpeker Joan McCarthy i dette intervjuet. Illustrasjon: Kathrine Kristiansen.

rom for sykepleierne å manøvrere. Det kan være det motsatte som skjer i Irland, at sykepleieren mener at pasienten bør ha en bestemt prosedyre eller behandling. Dette er en het debatt i Irland for tiden. Det er viktig at sykepleierne ikke går konstant på kant med egne verdier. De kan splittes og et liv i konstant konflikt er ikke bra. Det må være rom for å reservere seg fra prosedyrer som øver vold mot egen integritet.

– Kan sykepleiere ha verdier med seg inn i sykepleien som ikke er kompatible med sykepleieetikk?

Hva med sykepleiere som har verdier som er helt på kant med sykepleiens grunnverdier?

– Studenter er der for å lære. Det er vel 40 000 sykepleiere i Irland. Det vil være en bredde i sykepleiemassen som tilsvaret et tverrsnitt av populasjonen. Jeg ville ikke like en type «egnet for formålet» type utvelgelse av sykepleierstudenter. Stemmer som taler for effektivitet og elitestyre vil være en del av samfunnsdebatten. Dersom det var snakk om «å fjerne alle som ikke gjør nytte for seg», da ville jeg vært bekymret.

– Du er opptatt av moralsk stress blant sykepleiere. Hva drev deg i den retning og hvorfor er det viktig?

– Sykepleiere kan miste håpet, føle seg fremmedgjort og uten makt når de er hindret fra å gjøre det de mener er rett. Moralsk nød eller stress er det sykepleierne kjenner når de er hindret i å gjøre det de mener er det moralsk rette i situasjonen. Jeg vil si at det er en emosjonell respons på situasjoner av moralsk begrensning der vedkommende vet hva som er moralsk rett å gjøre, men på grunn av interne eller eksterne faktorer er hindret fra å gjøre det de mener er rett.

– Irland opplever dårlige tider, fører det til spesielle utfordringer?

– Det er klart at det fører med seg debatter om ressursmangel og debatter om rettigheter, om senger, rom, om å presse sykepleiere til å jobbe hardere, jobbe mer, greie mer og takle stadige endringer.

– Jeg tror også som nasjon at det er en tendens til å bli mer påholden, mer misunnelig, skue på naboene, være mindre sjenerøs og mindre tolerant. Den naturlige refleksjonen når det er trange tider er å stramme til. Vi må beholde optimismen, håpet og sjenerøsiteten. Vi må være opptatt av fellesskapet og holde oss unna misunnelse. Vi må passe på at våre bekymringer, trange kår og stress ikke gjør oss mer rasistiske, voldelige og krigerske. Vi må holde fast ved de gode tingene som har hendt oss de siste 20–30 årene og de verdiene som har blitt sentrale i irsk kultur: Verdier som toleranse, inkludering, likhet og rettferdighet. Disse verdiene er nå sentrale, ikke hegemoni og moralisering. Vi må sørge for at de positive verdiene som vi har dyrket ikke går tapt nå når livreimen strammes. ■

Teknoskribenten:



Borghild Løyland



■ Høyskolelektor, HiOA

– Det var veldig artig å skrive for Sykepleien, – fint å få spalteplass til en sak jeg mener mange flere enn meg må engasjere seg i.

Overvåket av PDA?

– Jeg tror neppe en arbeidsplass med hovedvekt av menn ville finne seg i at tidsrammen for arbeidsoppgavene var bestemt på forhånd.

Det er gått omtrent ti år siden jeg var med hjemmesykepleien på Nørrebro i København ut på oppdrag. Før vi gikk ut sa en eldre sykepleier at jeg måtte passe tida. Jeg ble veldig forundret over at noen på forhånd hadde bestemt hvor mange minutter jeg skulle bruke for å sette ei insulinsprøyte hos en pasient, sikre at en annen fikk spist frokost og at en tredje pasient fikk hjelp til å dusje. All min tidligere erfaring tilsa at dette kunne variere fra dag til dag, ut ifra hvilken form pasienten var i den dagen. Ja, jeg ble faktisk så overrasket at jeg begynte å le. Den kloke sykepleieren sa: «Du skal ikke le, bare vent, dere får det nok slik i Norge også». Og ganske riktig, ikke lenge etter viste Dagsrevyen et innslag om at systemet var innført i Bærum. «Stoppeklokkeomsorgen» har nå vært en del av hverdagen for ansatte i hjemmetjenesten i Oslo i flere år.

Hva er PDA?

Byrådet i Oslo sier i sak nr. 200205178_163 at pleie- og omsorgstjenesten i kommunen har innført nye systemer og rutiner med sikte på å bedre kvaliteten på tjenestene, utnytte ressursene mer effektivt og oppfylle lovpålagte krav. I den forbindelse er det bestemt at hjemmetjenesten skal ha mobile håndterminaler, såkalte PDA-er. Hvis du lurar på hva en PDA er, kan Google hjelpe. Et raskt søk, og du møter Linda fra Arendal kommune som forteller hvor nyttig det er å ha tilgang til Gerica mobil pleie. Hun og kollegaene henter ut informasjon fra dokumentasjonssystemet Gerica mens de er hjemme hos brukerne, noe jeg tenker kan være veldig nyttig. Linda sier at: «Deler av dokumentasjonsarbeidet kan gjøres hjemme hos brukerne, det er tidsbesparende og gjør at du kan få mer tid hos pasientene». Bydel Alna i Oslo har lagt ut et notat på nettet om at PDA «gir mulighet til å styre tilgjengelige personellressurser dit behovet til enhver tid er størst, fordi man hele tiden har full oversikt over hvilke oppdrag som er gjennomført».

De hevder at resultatet vil være mer fornøyde ansatte og har utnevnt lokal resultatenhetsleder, systemkoordinator og spesialkonsulent. Selv er jeg usikker på om jeg liker ordningen: Mens Johanna i Konventveien spiser frokost, kan jeg sitte ved siden av henne med kommunens lomme-pc og skrive ned hvor mye hun spiser. «Arbeidstids-generering» heter det visst når den ansattes turnus koples sammen med brukerens oppdrag i en PDA. Dette gir de ansatte en liste over oppdragene som skal utføres, men jeg lurar på hvilke muligheter det gir arbeidsgiver?

Registrering

I vinter var jeg i hjemmetjenesten og så for første gang en PDA. Jeg lurte på hva slags instrument dette var, for meg så det ut som en betalingsterminal. Sykepleieren jeg møtte ga meg en kort innføring om hensikten med PDA, men hun visste ikke hva forkortelsen PDA sto for. En av kollegaene foreslo at PDA sto for «Pinlig Dårlig Apparat», fordi terminalene veldig ofte ikke virket etter hensikten på grunn av ustabil tilgang til nettet. Hun

å spare inn noen minutter her og der for å få budsjettene i balanse og klare nye innsparinger, fulgte noen med på om det var samsvar mellom tiden som var innvilget til den enkelte pasient og den tiden de ansatte brukte. Dette var langt fra den virkeligheten jeg opplevde på midten av åttitallet, da jeg syklet rundt på Rodeløkka i Oslo på jobb for hjemmesykepleien.

Overvåkning

Neste dag hadde jeg en avtale med en sykepleier med lang fartstid i hjemmetjenesten som synes det kunne være greit med arbeidstidsregistreringen. Hun forsto jeg mente at dette var mistenkelig-gjøring og overvåkning av de ansatte, men hun var opptatt av å vise hvor mye tid de brukte hos pasientene. Sykepleieren ble nok litt lei mine innvendinger og avsluttet samtalen med å si: «bare vent, snart får vi innført kort og kortlesere i stedet for nøkler, da registreres alt i kortet».

Jeg tror neppe mine overordnede sjekker når jeg har logget meg inn og ut av kontoret for å finne ut om jeg kan klare flere oppgaver på arbeidsplanen.

«Jeg ble veldig forundret over at noen hadde bestemt hvor mange minutter jeg skulle bruke hos en pasient.»

fortalte at «nesten det eneste hun brukte PDA-en til, var å registrere når hun gikk inn til en bruker og når hun gikk ut igjen», noe hun sa de var pålagt. Jeg fikk «gåsehud» da sykepleieren fortalte dette, selv om jeg vet at det overhodet ikke er uvanlig at ansatte må registrere når man kommer til eller drar fra jobb. På den lokale brusfabrikken i min hjemby Skien fikk man til og med 25 kroner ekstra i lønn hver dag, om man kom tidsnok på jobb! Jeg ble spesielt opptatt av at de ansatte skulle registrere tida de var inne hos hver enkelt pasient. Det gikk etter hvert opp for meg at i et forsøk på

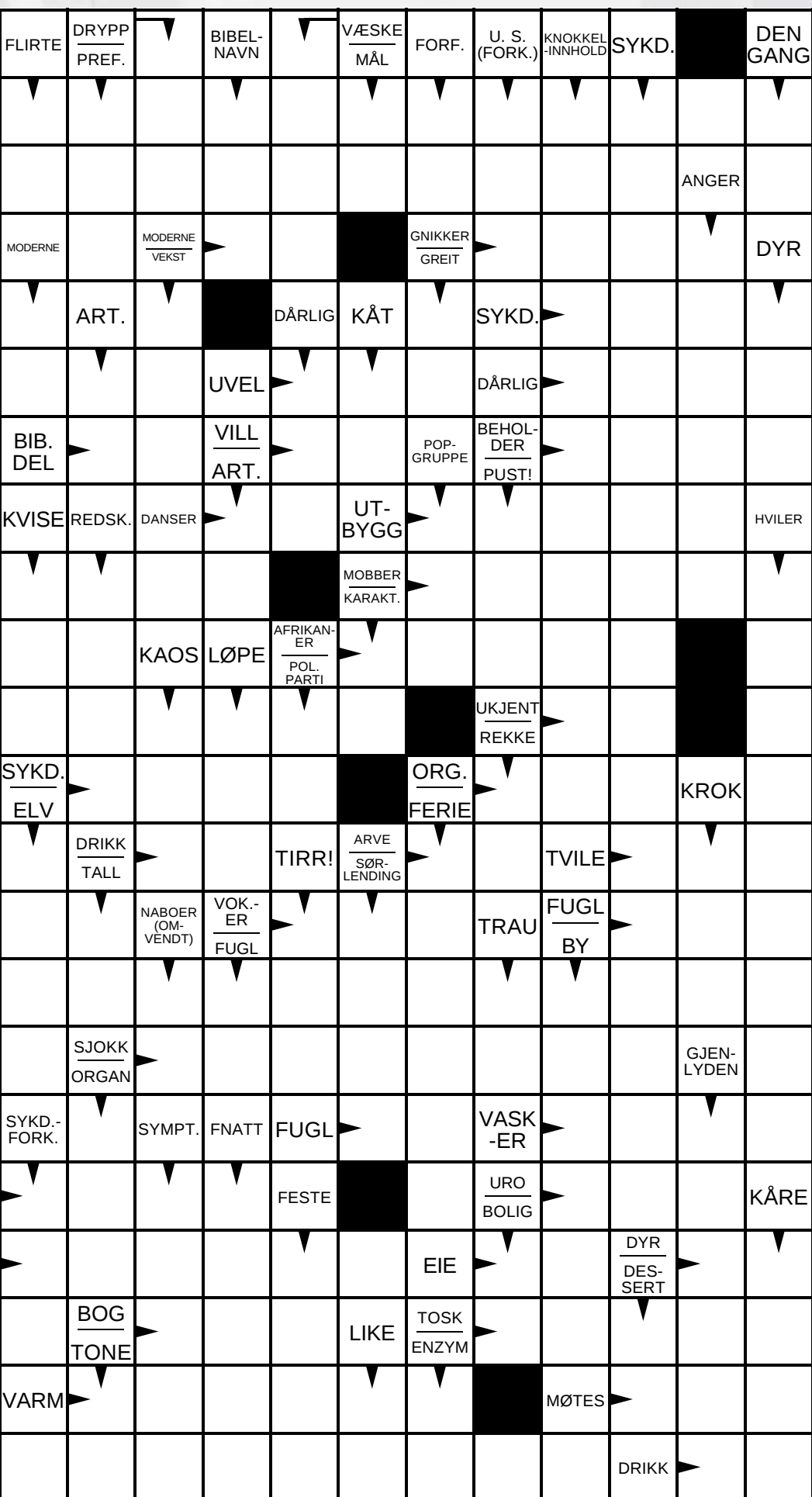
Jeg er også overbevist om at en arbeidsplass med overvekt av menn ikke ville vært særlig fornøyd med en slik ordning. De fleste der jeg vokste opp visste at det alltid var en kollega på magnesiumfabrikken som stempla om man hadde forsovet seg. Jeg tror nok også at det hadde vært vanskeligere å selge inn; «PDA – en terminal for tidsregistrering». I en lunsj for et par år siden sa en av mine kollegaer at han ønsket å bli påsatt en elektronisk brikke når han ble gammel, slik at han kunne søkes opp om han forsvant. Kanskje får han ønsket oppfylt? ■

STORESØSTER SER DEG? Kan PDA sikre kvaliteten i hjemmetjenesten eller bidrar systemet til økt stress blant hjemmesykepleierene. Illustrasjonsfoto: Colourbox/Sykepleien.



RANDIS HYPOKONDERKRYSSORD

	DO- ANVEND- ER	SI	MÅL	ELV	FOR TIDEN	QUAD- RICEPS FEM.	DANSER	ELV	GUD		KIRURGER	NABOER		DRIKK	BAKRE KÅT	▼	YRKES FORK. ØKE	▼
FAG	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	VEKST	▼	▼	NSF	▼	▼	▼	▼	▼
BARSEL- AVD.-ER	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
BIB. DEL AMMER	▼	▼	GROV	▼	▼	▼	E. S. INTERJ.	▼	▼	▼	▼	MODERNE	▼	▼	RYDDE SYKD.	▼	▼	RED- SKAPET
▼	▼	▼	▼	▼	VÅPEN	▼	▼	▼	TISSE MÅL	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	BOLIG	▼
EGEN	▼	RETTE	▼	SYKD.	▼	▼	▼	▼	PREF	▼	▼	▼	SINT	BRAKES	▼	SYNKOP- ERER	▼	▼
▼	▼	▼	SENTE- RET	TANKE	POL. PARTI. LIKE	▼	▼	GREIT	TITTEL	▼	▼	▼	LINJE LEVER	▼	▼	▼	SVIR	▼
SYKD.	▼	▼	▼	▼	▼	▼	SJARM	▼	CEREBRI SOLO	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	DESSERT	▼
NSF	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
ORGAN DRIKK	▼	▼	▼	▼	BORT VÆR- ELSET	▼	▼	FILO- SOF	▼	▼	▼	GI!	▼	▼	ANGST	GENUIN VEST- LENDING	▼	▼
▼	▼	ÅRE- KNUT- ER	▼	SKIPSF. RØYS	▼	▼	▼	SYKD.	▼	ASSUR- ANSE	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
HAREMS- BOER	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	EST	▼	▼	▼	SIGNAL	▼	▼	▼	▼	▼
YTTE	▼	▼	TEPPE MÉN	▼	▼	▼	▼	TITTE	▼	▼	TOG- SELSK.	▼	YTTE	VIRUS	PREF.	▼	FORSKE	INTERJ.
GEIL	▼	▼	▼	LIKE ART.	▼	▼	▼	▼	SYKE- PL.	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
BOK ETAT- ER	▼	▼	▼	▼	▼	FLIRTE KLOR	▼	▼	BØY PRON	▼	▼	▼	▼	VÆSKE	1912	▼	▼	▼
▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	DATA- UTR.	▼	▼	▼	▼	▼	ENS! PRON	▼	▼	▼	SYKD.	▼
RETN.	▼	▼	▼	NAGE ORGAN	▼	▼	REKKE	ØKE	▼	RYDDE LOVLIG	▼	▼	▼	▼	ORGAN PUL- VER	▼	▼	▼
VILL	▼	▼	TØYSE- JENTE	▼	▼	▼	▼	▼	RETT UT- VEKST	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	DÅRLIG
AM- BOLT	▼	RETT ENSOM	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	FLOKK	DRIKK ØKE	▼	▼	▼	▼	NAKNE
▼	▼	▼	IDR. ARR. DES- SERT	▼	▼	TIL- BAKE- MELDE	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	RØRE PLATE	▼	▼	▼	DYR
SAMSE	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	LAM- MELSE	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
NULL- STILLE	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	SYKE- PL.	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼



VINN ET GAVEKORT

Løsninger på kryssordet sendes til Sykepleien, Postboks 456 Sentrum, 0104 Oslo, merket «kryssord».

Blant vinnerne trekkes fem som mottar gavekort på kr. 1000,-.

Løsningen på kryssordet finner du også i Sykepleien nr. 1/2013.

Ordmor:



Randi Strøm Nilsen



Randi Strøm Nilsen ble født på Rjukan i Telemark i 1956 og vokste opp på Sørlandet. Hun ble utdannet sykepleier, ved Aker sykepleierhøgskole i 1987. Som sykepleier har hun jobbet ved legekontor, sykehjem, innen psykiatri og rusbehandling og som lærer i Helse og sosialfag i videregående skole.

– Jeg sysler med ord i ulike former. Blant annet i kryssordsjangeren. Jeg ønsker alle kryssordlødere i Sykepleierforbundet tvi, tvi!



SNAPSHOTS side 96

Sykepleien
gjennom

100 år



RAGNA BUGGE, BLADKOMITEENS FORMAND, 22/9 1913:

«Sykepleiens oppgave er at styrke samholdet, at holde interessen for at hævde vor stand oppe, at bringe bud søstre imellom saavel fra utland som indland – at faa publikum til at skjønne og forstaa hvilket grænseløst arbeide der ligger bak det at utdanne sig for sykepleien!!»

Side

88

REDAKTØR BARTH THOLENS:

«Jeg skulle ønske sykepleierne kom til oss når det går galt.»

Side

102

Hva skal Sykepleien skrive om? Og hvordan? Det har vært et hett spørsmål gjennom hundre år.

Tekst **Barth Tholens**

En kritisk 100-åring

Etter stiftelsen av Norsk Sykepleierforbund i september 2012 gikk det ikke mange ukene før formannen Bergljot Larsson fremmet et forslag om at forbundet måtte få sin egen avis. Larsson forsto nok at den nye organisasjonen ikke ville komme særlig langt med bare gode intensjoner – man måtte også få spredt sine ideer.

Noen måneder senere forelå den første utgaven, riktignok som en nødløsning, som et tillegg til «Medicinsk revu». Selv sagt med Larsson som redaktør. Hun fylte neste hele første utgave.

Intensjonen med bladet var klar fra starten: «Sykepleiens oppgave er at styrke samholdet, at holde interessen for at hævde vor stand oppe, at bringe bud søstre imellom saavel fra utland som indland – at faa publikum til at skjønne og forstaa hvilket grænseløst arbeide der ligger bak det at utdanne sig for sykepleien, – og hvor det er nødvendig at vi staar som selvskreven vakt og vern om denne utdannelsen og at vi forlanger den respekt!!» (Ragna Bugge, bladkomiteens formand, 22/9 1913).

100 år senere kan vi slå fast at formålet med utgivelsen av tidsskriftet ikke er blitt annerledes, mens forholdet mellom forbundet og tidsskriftet har endret seg dramatisk. På den ene siden har forbundet vokst seg til et omfang som for 100 år siden må ha fortonet seg som helt utopisk. Men forbundet endret også karakter, i takt med utvikling i samfunnet og de kravene som medlemmer stilte.

Parallelt har Sykepleien endret seg. Økte krav om medlemsinnflytelse, og det påfølgende behovet for å gi plass til alternative meninger i en tid da de fleste hadde fått nok av autoritære strukturer, gjorde også noe med tidsskriftet. Akademisering av profesjonen har resultert i å gjøre medlemsbladet mer uavhengig. Forbundets motstræbende anerkjennelse av at redigeringen av et slikt tidsskrift skulle overlates til «proffer», det vil si journalister, har resultert i at tidsskriftet selv har oppsøkt ukjente farvann. Noen ganger til eiernes forskrekkelse.

To sider av samme sak

I mer enn femti år var det umulig å se noen for-

skjell på forbundet og tidsskriftet – de var to sider av samme sak. Formann Larsson styrte Sykepleien fra sin kapteinsplass på øverste dekk. Tidsskriftet var forbundets forlengete arm og megafon.

Filosofien var enkel: Jo flere som leste Sykepleien, desto flere ville sympatisere med forbundet. Gjennom tidsskriftet skulle sykepleierskene komme nærmere hverandre. Sykepleien inneholdt forbundsledelsens meninger i aktuelle saker, først og fremst om utviklingen av faget. Dernest ble bladet ofte fylt med møtereferater, det vil si beretninger om hva som ble sagt på møter og hva man ble enige om, hvem som ble valgt til verv i forbundet, hva som skjedde i de

nevneverdig etter krigen. Behovet for samhold er stort, landet skal gjenreises – og Sykepleien gir sitt bidrag til det oppbyggelige. Riktignok kommer Sykepleien ut i nytt format 1955, etter 42 år. Det nye bladet blitt litt høyere og bredere, men holder ellers stø kurs. Håpet ved omleggingen er at man skal være mer «moderne», men også få plass til flere ord per side.

Bergljot Larsson selv forblir redaktør for bladet, helt fra 1912 til 1947 – det vil si at hun fortsetter å være redaktør for tidsskriftet, selv etter at hun selv går av som formann i 1936.

Etter at hun sluttet ble tidsskriftet redigert av en redaksjonskomité, inntil NSF's hovedstyre i 1959 vedtar at stillingen som redaktør skal være

«Sykepleiens megafon-funksjon endret seg ikke nevneverdig etter krigen.»

enkelte faggruppene og så videre. I dag nok så kjedelig lesning, men den gang utvilsomt nyttig og i takt med tiden. Dette var tiden for partiavisene. Arbeiderbladet var Arbeiderpartiet, Dagbladet var Venstre, Aftenposten var Høyre. Og Sykepleien var NSF.

Partiavisene og organisasjonsbladene var den gang et legitimt og akseptert middel for å bygge opp parti- og organisasjonstilknytningene. Ingen krevde at avisene eller tidsskriftene skulle være «uavhengige» eller kun tjene sannheten.

Det betyr ikke at tidsskriftet Sykepleien bare besto av dull prosa. Innimellom møtereferatene kunne man finne innbitte lederkommentarer og voldsomme angrep på myndighetene (som ikke så sykepleierens interesser).

Farge og temperatur var heller ikke fremmed når Sykepleien skulle beskrive medsøstre som hadde gjort seg fortjent til heder, eller som hadde avgått ved døden. Her ble Sykepleiens spalter gjerne fylt med til dels lyriske innslag, både redaksjonelle og gjennom lesernes innlegg.

Bergljot gir seg

Sykepleiens megafonfunksjon endret seg ikke

en heldagsstilling. Stillingen blir tilbudt Helga Nyhus. Hun har allerede i flere år vært med i den frivillige redaksjonskomiteen som i praksis fylte bladet med stoff.

Helga Nyhus er Sykepleiens første ansatte redaktør. Nyhus er utdannet sykepleier, men en ildsjel og ivrig forkjemper for et energisk blad.

«Mitt ønske er at Sykepleien alltid må makte sin opplysende og samlende oppgave, og at medlemmene må bruke tidsskriftet som det selvskrevne forum for drøfting av sine spesielle problemer – til fremme av den tjeneste vi utøver», uttaler hun.

Nyhus representerer ikke noe redaksjonelt brudd i den linjen som Sykepleien har hatt i femti år, men hennes ansettelse er det første trinnet i en utvikling som går i retning av økt selvstendighet for Sykepleien. Da Nyhus går fra jobben i 1962, overtar Astrid Gran. Hun var den første ikke-sykepleieren som blir redaktør av Sykepleien. Det er forbundsleder Marie Louise Falstad som ansetter en kvinne som er filolog, med presseerfaring fra Norsk sambånd for de Forente Nasjoner, til å lede tidsskriftet.

Oppvåkning

Ansettelsen av en ikke-sykepleier, en redaktør med journalistisk bakgrunn, representerer det første skrittet mot en oppvåkning av journalistiske idealer i tidsskriftet. Det er ikke snakk om et ungdomsopprør mot forbundet. Bladet forblir trofast til de idealene som forbundet bekjente seg til. Oppvåkningen handler først og fremst om bruk av virkemidler.

Etter Astrid Gran overtar Elisabeth Engesland som redaktør i 1966. Engesland skulle senere få jobb i Aftenposten, og mottok Karl Evang-prisen for folkeopplysning i 1981.

Det er særlig under Engesland og hennes oppfølger Eva Ramm at Sykepleien begynner å vise redaksjonelle muskler. Sykepleien blir medlem i den Norsk Fagpresseforening, en interesseorganisasjon for fagblader i Norge som skal bli stadig mer opptatt av redaksjonelle anliggender.

Mens ordskiftet i Sykepleien tidligere har vært preget av artikler skrevet av sykepleiere, for sykepleiere, skjer det på 70-tallet en politisering av tidsskriftet. Meningene blir sterkere. I 1972 går norske sykepleiere for første gang ut i streik, for øvrig uten forbundets velsignelse. Men langt inne i forbundet er det mye sympati for streiken, og det gjelder trolig også i tidsskriftet.

I 1974 tar forsker Kari Martinsen sterk avstand fra forbundets profesjonslinje og tendensen til akademisering av faget. Det utløser heftig debatt, ikke minst i Sykepleien. Martinsen mener solidaritet og omsorg skal være mål og middel i sykepleien, men forbundsledelsen har jo helt andre mål – og misliker dessuten sterkt at Martinsen delvis baserer seg på marxistisk ideologi. En stund er det snakk om å ekskludere Martinsen. Sykepleien blir åsted for slaget som til slutt tvinger forbundsledelsen til å nedsette et utvalg som skal vise vei. Utvalget tar – diplomatisk – til ordet for at både akademisering og omsorg er viktig.

I 1977 får NSF sin første

mannlige leder, Kjell-Henrik Henriksen, som har en tydeligere lønnsprofil. Han har et godt forhold både til redaktør Eva Ramm (1973–1977) og til hennes etterfølger, Berit Onarheim, som virkelig skal stå for et gjennombrudd for den moderne journalistikken i Sykepleien.

Nå har tidsskriftet forlatt referatlinjen og utfordrer det bestående – selv når det gjelder egen organisasjon.

«Jeg har lyst til å stille vår nye formann Anne-Lise Bergenheim et spørsmål: Vil NSF nå begynne å prioritere våre lønninger? Slik at vi ikke skal fortsette å gå på jobben med følelsen av at vi er sterkt underbetalte. Og hvorfor får hjelpepleiere husmoransiennitet og ikke vi?» skriver en leser forarget i 1979, under overskriften «Hva gjør NSF med våre lønninger?»

Formannen svarer utførlig på spørsmålet.

Mer radikalt

Men tidsskriftet blir nå mer og mer radikal i sine valg av tema. I nr. 2/1984 skriver sykepleierlærer Kari Lislerud Smedbye en utilslørt artikkel om de eldres rett til et kjærlighetsliv, inkludert sex.

«Eldre par bør rådes og oppmuntres til regelmessig seksuell aktivitet ... », oppfordrer forfat-

teren og beskriver inngående hvordan sykepleiere kan legge til rette for sex, onani og masturbasjon.

Tidsskriftets redaksjonelle linje er å vekke debatt, mener redaktør Onarheim, og får for sikkerhets skyld illustrert artiklene om eldresex med tegninger som viser eldre kvinner med brystene synlige.

Leserne raser. Selma Svendsen skriver senere forarget, under overskriften «Nok sex fra før»:

«Mange av de gamle blir liggende i sine senger det meste av dagen da ingen har tid til å ta dem opp. Hvem skal da finne tid til å hjelpe de eldre «til å finne nye stillinger?»

I 1984 mottar Sykepleien et innlegg fra selveste Kåre Willoch, da statsminister.

Willoch: «Jeg har nettopp lest min kones eksemplar av Sykepleien for 2. mars. Der fant jeg et overraskende angrep på bl. a. undertegnede, på grunn av den nye avtalen med Lægeforeningen. Men angrepet bygger så vidt jeg kan se på en alvorlig misforståelse ...» (Sykepleien 7/84).

Innlegget er en reaksjon på forbundsleder Aud Blankholms leder i Sykepleien, hvor hun kritiserer Willoch for å være den fremste «forsvarer av



SILDEFISKE: På 50-tallet kunne forsidebildet handle om hva som helst, gjerne natur, uavhengig av innholdet i bladet. I februar 1955 var det sildefiske.

et topprissystem som vi frykter vil åpne for en privatisering av legetjenester spesielt og muligheten for en privat helsetjeneste generelt».

Blankholm er ikke snauere enn at hun utstyrrer Willochs lange innlegg med en «hale» hvor hun igjen går i klinsj med statsministeren. Det hører med til historien at Blankholm senere blir statssekretær i regjeringen Willoch.

Den første reportasje

På midten av 80-tallet ser vi det definitive gjenombruddet for journalistikken i Sykepleien. Innholdet i tidsskriftet blir mindre preget av artikler om NSF, og det kommer flere artikler om sykepleiere, om deres hverdag og problemstillinger og om helsetjenestene i bred forstand.

Den første reportasjen i Sykepleien er trolig

Albert Colletts artikkel fra Nord-Norge, med tittelen: «Kom til Skjervøy!» (Sykepleien 9/84).

Skjervøy-reportasjen er en reportasje i klassisk forstand, med skildringer og intervjuer, blant annet med ordføreren, samt med følelser og observasjoner av været og av arbeidsforholdene.

Etter dette fulgte en vårløsning av flere reportasjer som totalt endrer Sykepleiens karakter. I 1984 ansetter redaktør Onarheim den første journalisten i bladet: Bjørn Arild Østby. Etter hvert består redaksjonen av redaktør, redaksjonssekretær og to journalister. I tillegg jobber to personer med annonser. Bladet utgis nå 21 ganger i året.

Entusiasmen blant journalistene for å skrive om viktige samfunnsmessige og helsepolitiske saker er stor. «Har korridorssengene forsvunnet for godt?», skriver Bjørn Arild Østby i en bitende

reportasje i Sykepleien nr. 14/84. Han beskriver den såkalte Oslo-krisen.

Går de for langt?

Den journalistiske vårløsningen finner sted i perioden med Aud Blankholm som forbundsleder (1983–1987). Det er trolig ikke tilfeldig at det også er Blankholm som føler at utviklingen ikke må løpe helt løpsk. I 1985 nedsetter hun et utvalg som skal «utrede Sykepleiens målsetting, økonomi og organisatoriske styring». Utvalget skal ledes av forbundsleder Aud Blankholm selv, et uttrykk for viktigheten av de spørsmålene som utvalget skulle ta opp.

Utvalget foreslår at den redaksjonelle styringen av tidsskriftet skal ligge hos redaktøren, mens den organisasjonspolitiske styringen skal



NYTT: Ny avdeling for aldersdemente på Bjørkås sykehjem i 1988. Seks pasienter, åtte stillinger. Det ble ansatt en sykepleier i 3/4 stilling, en spesialpedagog, en musikkpedagog, en aktivitør, resten var hjelpepleiere.

et topprissystem som vi frykter vil åpne for en privatisering av legetjenester spesielt og muligheten for en privat helsetjeneste generelt».

Blankholm er ikke snauere enn at hun utstyrrer Willochs lange innlegg med en «hale» hvor hun igjen går i klinsj med statsministeren. Det hører med til historien at Blankholm senere blir statssekretær i regjeringen Willoch.

Den første reportasje

På midten av 80-tallet ser vi det definitive gjenombruddet for journalistikken i Sykepleien. Innholdet i tidsskriftet blir mindre preget av artikler om NSF, og det kommer flere artikler om sykepleiere, om deres hverdag og problemstillinger og om helsetjenestene i bred forstand.

Den første reportasjen i Sykepleien er trolig

Albert Colletts artikkel fra Nord-Norge, med tittelen: «Kom til Skjervøy!» (Sykepleien 9/84).

Skjervøy-reportasjen er en reportasje i klassisk forstand, med skildringer og intervjuer, blant annet med ordføreren, samt med følelser og observasjoner av været og av arbeidsforholdene.

Etter dette fulgte en vårløsning av flere reportasjer som totalt endrer Sykepleiens karakter. I 1984 ansetter redaktør Onarheim den første journalisten i bladet: Bjørn Arild Østby. Etter hvert består redaksjonen av redaktør, redaksjonssekretær og to journalister. I tillegg jobber to personer med annonser. Bladet utgis nå 21 ganger i året.

Entusiasmen blant journalistene for å skrive om viktige samfunnsmessige og helsepolitiske saker er stor. «Har korridorssengene forsvunnet for godt?», skriver Bjørn Arild Østby i en bitende

reportasje i Sykepleien nr. 14/84. Han beskriver den såkalte Oslo-krisen.

Går de for langt?

Den journalistiske vårløsningen finner sted i perioden med Aud Blankholm som forbundsleder (1983–1987). Det er trolig ikke tilfeldig at det også er Blankholm som føler at utviklingen ikke må løpe helt løpsk. I 1985 nedsetter hun et utvalg som skal «utrede Sykepleiens målsetting, økonomi og organisatoriske styring». Utvalget skal ledes av forbundsleder Aud Blankholm selv, et uttrykk for viktigheten av de spørsmålene som utvalget skulle ta opp.

Utvalget foreslår at den redaksjonelle styringen av tidsskriftet skal ligge hos redaktøren, mens den organisasjonspolitiske styringen skal



NYTT: Ny avdeling for aldersdemente på Bjørkås sykehjem i 1988. Seks pasienter, åtte stillinger. Det ble ansatt en sykepleier i 3/4 stilling, en spesialpedagog, en musikkpedagog, en aktivitør, resten var hjelpepleiere.

ivaretas av et (eget) styre for Sykepleien. Det blir også slått fast at Fagpressens redaktørplakat skal ligge til grunn for redaktørens styring av tidsskriftet.

Utvalgets konklusjoner vil prege debatten om Sykepleien i mange år framover. På den ene siden ønsket forbundsstyret å begrense Sykepleiens redaksjonelle rom ved å fastslå at bladets journalistikk må bunne i forbundets behov for å gi medlemmene informasjon om hva de driver med. Men på den annen side slås det tydelig fast at redaktørplakaten skal gjelde, og at bladet også trenger en rolle hvor de på egen hånd kan sette saker på dagsordenen, forutsatt at det har noe med sykepleie å gjøre. Sykepleien skal altså være fri og uavhengig (redaktørplakaten), men de må ikke glemme at de er et blad for medlemmer i NSF.

Journalistene kommer

Fra midten av 80-tallet får vi en periode på cirka 20 år hvor forbundet, som eier av bladet, er splittet i sitt syn på hvordan bladet egentlig fungerer. På den ene siden virker det som leserne er godt fornøyd med innholdet i bladet. Den første leserundersøkelsen i Sykepleiens historie, i 1986, viser at leserne «sluker» bladet rått. Særlig fagartikler skårer høyt.

Også annonsørene strømmer til bladet. Helse-tjenesten i Norge er i stor vekst og etterspørselen etter sykepleiere er enorm. Sykepleiens bakerste sider blir fylt med stillingsannonser, etter hvert en enorm inntektskilde for eierne.

Men forbundslederen tviler ofte på om bladet fyller sin rolle overfor medlemmene.

I 1989 blir Vidar Kildahl, som er NSF's informasjonssjef, også ansvarlig redaktør i Sykepleien, som nå også har fått fargebilder. Gjennom denne konstruksjonen håper forbundsledelsen å sikre seg at bladet ikke går på ville (journalistiske) veier, men holder seg på forbundets smalere sti. Anne Karin Brokhaug er forbundsleder.

Men ordningen fungerer dårlig, og setter også Kildahl i en vanskelig situasjon: Skal informasjonssjefen i NSF stå ansvarlig for hvilke fagartikler som blir antatt i bladet? Skal han vurdere om journalistene Bjørn Arild Østby og Kjell Arne Bakken kommer hjem med «riktig» stoff fra sine reportasjereiser?

Det spisser seg til da NSF avholder et ekstraordinært landsmøte i 1991, hvor selve utformingen og profilen av NSF står på dagsordenen. Saken hadde lenge vært betent og diskutert. Frontene innad i NSF sto steilt mot hverandre. I dette feltet skulle Sykepleien bedrive journalistikk, et aldri så

lite minefelt for et blad hvis redaksjon levde tett med forbundsledelsen. Mens lederduoen Anne Karin Brokhaug og nestleder Wenche Gjæver presset organisasjonen i én retning, presset den mektige Oslo-krets NSF i en annen retning. Sykepleien rapporterte fra begge leire, og håpet å ikke gå med i dragsuget selv.

Landsmøtet lander på et kompromiss i saken om NSF's profil. Samtidig blir tidsskriftets oppgave og funksjon endelig innarbeidet som en del av NSF's vedtekter. Det ekstraordinære landsmøtet vedtar at forbundsstyret (og ikke bladstyret) heretter skal ansette ansvarlig redaktør for Sykepleien. Tidsskriftet skal fristilles fra NSF's sekretariat som en egen økonomisk enhet, og skal i prinsippet basere sin drift på egne inntekter. Informasjonsavdelingen, som Vidar Kildahl var avdelingsjef for, legges ned.

Kildahl føler seg dolket i ryggen. Han velger å gå. Dermed ryddes veien for en ny redaktør som er opptatt av tidsskriftets journalistikk: Morten E. Mathiesen.

Ekspansjon. Strid.

Hele 90-tallet blir preget av NSF's vekst som organisasjon. Det preger også Sykepleien. Bladet vokser. Det blir ansatt flere journalister, men også en egen markedsavdeling: Stillingsannonsestrømmer inn.

På 90-tallet starter også en prosess for profesjonalisering av fagbladene i Norge. Ikke bare i Sykepleien, men også i mange andre blader har journalistene gjort sitt inntog. Kravet om at

«Forbundsledelsen vil gjerne ha et kritisk blad, men kritikken mot sykepleierne selv er ikke populær.»

eierorganisasjonene skal vedkjenne seg redaktørplakaten blir stadig sterkere i de fleste organisasjoner.

Redaktørplakaten i fagpressen skal sikre at fagbladene beskriver virkeligheten slik den er – og ikke slik forbundsledelsen gjerne skulle ha sett den. Redaktørens frie rolle fører dermed ofte til konflikter med organisasjoner som selv ønsker å styre informasjonsstrømmen mot medlemmene.

Profesjonaliseringen av fagpressen er likevel med på å gi fagbladene større troverdighet, ikke bare blant egne lesere, men også i media for øvrig. Likevel er det betydelig debatt om Sykepleiens rolle på nittitallet og første halvdel av 2000-tallet.

Sykepleiens redaktører:

1912–1947	Bergljot Larsson
1948–1951	Elisabeth Ordorp
1951–1955	Gudrun Arnetz
1955–1958	Aagot Lindstrøm
1959–1962	Helga Nyhus
1963–1965	Astrid Gran
1965–1966	Jenny Tomasgaard
1966–1972	Elisabeth Engesland
1973–1977	Eva Ramm
1978–1988	Berit Onarheim
1989–1991	Vidar Kildahl
1991–2003	Morten E. Mathiesen
2004–	Barth Tholens



Sykepleien får, under redaktør Morten E. Mathiesen, en ambisjon om å kunne tilby nyheter hvor man avslører uheldige forhold i helsevesenet. For forbundet er det vel og greit. Verre er det at redaktøren og journalistene synes å miste lysten på å skrive om sin egen organisasjon. For forbundet kan det også være et problem at avsløringene som redaksjonen ønsker å produsere, ikke sjeldent gir et negativt bilde av selve sykepleierstanden.

Forbundsledelsen vil gjerne ha et kritisk blad, men kritikken mot sykepleierne selv er ikke po-

pulær og fører til mange interne diskusjoner på 90-tallet og senere. For burde ikke et organ for Sykepleierforbundet lage et blad hvor sykepleiere kunne lese positive ting om seg selv?

Under Laila Dævøy som forbundsleder, og særlig under Bente Slaatten (1998–2007), handler uenigheten derfor ikke så mye om alt Sykepleien skriver om. Diskusjonene og uenigheten handler heller om alt det forbundsledelsen mener at Sykepleien IKKE skriver om.

Særlig Bente Slaatten mener at Sykepleien skriver seg vekk fra forbundets kjerneområder. Tidsskriftet, som i en periode kommer ut todelt (Journalen og fagbladet), blir mer og mer nyhets-



orientert. Slaatten er redd for at medlemmene skal bli lunkne.

På midten av nittitallet får forbundsledelsen egne sider i Sykepleien som informasjonsavdelingen redigerer selv. Sidene blir ikke omfattet av redaktørplakaten og merkes tydelig: «Organisasjonsstoff».

Nye tider i Sykepleien

Nittiåret er et tiår hvor Sykepleien utvikler seg dynamisk. Tidsskriftet begynner å utgi bøker, og våren 1997 starter Sykepleien opp sin aller første nettside: www.sykepleien.no. Det er tidsskriftets første skritt i retning av en moderne mediebedrift. Fagredaktør Eirik Harstad blir også bladets første nettredaktør. Sykepleien ser muligheten til å gi leserne et unikt elektronisk arkiv for fagstoff.

Løsningen er avansert for sin tid. Sykepleiere kan legge inn sine cv-er, få servert skreddersydde artikler og stillingsannonser.

Utviklingen av en ny publiseringskanal støter riktignok på motstand i eget forbund. Forbundet er redd for at medlemmene ikke lenger skal behøve å søke mot forbundet for å få faglig påfyll. Slaatten ser Sykepleiens nettsider som en konkurrent, og krever at forbundet skal ha egne nettsider som medlemmer må gå inn i for å få tilgang til Sykepleiens artikler. Tanken er at medlemmene må oppleve tilgangen til disse artiklene som en medlemsfordel, og ikke som noe hvem som helst kan få tilgang til. Sykepleiens redaktør er imot. Han vil ikke begrense tilgangen.

Uenigheten ender typisk nok med at både forbundet og Sykepleien beholder hver sine nettsider. Men NSF's nettsider får flere ressurser.

Nettsidene til Sykepleien illustrerer likevel at Sykepleien ofte er kjappere til å kunne respondere på nye behov

hos medlemmene på grunn av sin kompetanse til å utvikle innhold med høy kvalitet.

Årets fagblad

I 2004 ble jeg selv ansvarlig redaktør. Det gir meg visse begrensninger når det gjelder å kunne analysere forholdet mellom eier/forbund og tidsskriftet.

Høsten 2004 blir det satset friskt på Sykepleien, som på nytt blir delt i to ulike utgaver: Sykepleien magasinet og Sykepleien Jobb. Mens magasinet inneholder nyheter, reportasjer og fagartikler, inneholder Sykepleien Jobb først og fremst artikler om lønns- og arbeidsvilkår.

I 2005 lanserer bladet igjen nye nettsider, mens Sykepleien Forskning blir etablert i 2007, med en egen redaktør: Liv Merete Reinar.

Sykepleien Forskning er eksempel på et gryende samspill mellom forbundet som (politisk) eier og redaksjonen. NSF har behov for å flagge yrket som et evidensbasert fag, med grunnlag i forskning. Å utgi et forskningstidsskriftet kan være med på å realisere forbundets behov for å bli sett på som en seriøs aktør i helsetjenesten.



JORDMORSTOFF: Jordmorbladet ble opprettet av NSF i 1994 for å holde på jordmødrene, som gjerne meldte seg inn i konkurrenten Den norske jordmorforening. I 2001 ble bladet nedlagt. Denne forsiden er fra 1996.

Samtidig gir Sykepleien Forskning tidsskriftet Sykepleien en mulighet til å rendyrke forskjellige typer stoff på forskjellige flater: Et magasin for reportasjevirkksomheten, mens; forskningsartikler og formidling av forskningsnyheter finner sin plass i Sykepleien Forskning.

Satsingen på Sykepleien Forskning markerer at forholdet mellom forbundet og tidsskriftet går inn i en mer «harmonisk» fase. Forbundet innser at tidsskriftet, gjennom økt anseelse blant medlemmer, media og folk ellers, gir forbundet en rekke strategiske fordeler. Den profesjonelle formidlingen kan bidra til å oppfylle NSF's mål om et kunnskapsbasert yrke. Og tidsskriftet ser at eiernes målsettinger ikke behøver å være i strid

der en lønnsstreik i 2010 intervjuer en tillitsvalgt i Bergen som er kritisk til måten NSF organiserer streiken på.

For å gi medlemmene informasjon om hva forbundet er opptatt av og hva det mener om ulike saker, begynner NSF i 2009 å utgi et bilag til tidsskriftet under tittelen NSF politikk. I bilaget, stiftet inn i Sykepleien, publiserer kommunikasjonsavdeling artikler om organisasjonsrelaterte emner.

For medlemmene kan det fortone seg snodig at de får et produkt i postkassen hvor både redaksjonen i Sykepleien og journalisten i NSF kan beskrive de samme begivenhetene, men fra ulik vinkel. Men både NSF og Sykepleien lever bra

med NSF Politikk.

I 2006 og 2007 mottar Sykepleien journalistpriser, i 2009 blir det kåret til Årets Fagblad og i 2011 får bladet prisen for beste design.

Prisene har vært med på å forsterke tidsskriftets posisjon internt og blant medlemmene. Dette har også bidratt til økt forståelse for Sykepleiens rolle i NSF, kulminerende i en stolthet over hva bladet har fått til.

Trolig vil den største utfordringen for Sykepleien ligge i utviklingen av mediebildet generelt, og særlig oppblomstringen av de sosiale mediene. Når en stadig viktigere del av det offentlige ordskiftet skjer i digitale medier, vil tidsskriftet ha behov for å være med på leken for å kunne beholde sin posisjon. ■

«Innimellom møtereferatene kunne man finne innbitte lederkommentarer og voldsomme angrep på myndighetene.»

med den gode journalistikken, men tvert om kan være med på å utvikle tidsskriftet til å bli en mer modern mediebedrift, med flere plattformer å stå på.

Riktignok finnes konfliktstoff mellom eier og bladet, også på denne tiden.

Sykepleien kjører i 2007, i forkant av landsmøtet samme år, en kritisk serie under tittelen «NSF-Revisjon». I seriens spør redaksjonen hva har NSF egentlig har oppnådd i landsmøteperioden? Det er trolig første gang tidsskriftet systematisk går gjennom forbundets innsats på sentrale områder, for å gi det en slags karakter i forkant av valget på et nytt landsmøte.

Forbundsledelsen er kritisk til hele serien.

«Ja, NSF har oppnådd mye. Men nei, det blir helt feil å oppsummere i vunne enkeltslag», mener Bente Slaatten. Hun finner det useriøst å skulle sette opp en liste over vunne og tapte saker.

Både Bente Slaatten og hennes etterfølger Lisbeth Normann (2007–2012) er til tider forarget over at tidsskriftet ikke har gitt mer redaksjonell omtale av produktene til forbundets eget faglitteraturforlag Akribes. Bente Slaatten kommer således med krass kritikk av Sykepleiens anmeldere når bøker av forlaget får laber kritikk. Og Normann er fortørnet over at Sykepleien ikke omtaler Akribes internasjonale suksess med PPS på en internasjonal sykepleierkongress.

Det vekker også harme når Sykepleien un-

FOR LOJAL? Når kan helspersonell ytre seg? Er lojaliteten for stor? Et evig tema – også aktuelt i 2003.



I REDAKSJONEN

Å lage tidsskriftet Sykepleien, er ikke gjort i en håndomvending. Det fikk to fotografer erfare da de skulle følge redaksjonen noen uker.

SNAPSHOT:

Sykepleien



UTE I FELTET: Her gjør journalist Nina Hernæs intervju med helsesøster May Britt Farnen Holt (med ryggen til) og tvillingmor Tanja Skog. På bordet ligger Mikkel å klager over hjemlengsel til mors armer, søster Ida kunne ikke hatt det bedre en på Tanjas fang. Barnet i vinduet er bare en dukke.

Fotografene:

Stig Weston og Erik M. Sundt



■ Fotografene Stig Weston og Erik M. Sundt har kjent Sykepleien i mange år. I høst fikk de i oppdrag å lage en fotoreportasje om redaksjonen «i arbeid».



Sykepleien

- Sykepleien eies av NSF, men er redaksjonelt uavhengig. Bladet leses av over 200 000 mennesker.
- Redaksjonen består av 19 personer, inkludert tre grafiske designere og tre personer i markedsavdelingen.
- Sykepleien utgis 14 ganger i året. I tillegg utgis Sykepleien Forskning.
- Budsjettet er på ca. 28 millioner kroner. Halvparten tjenes inn gjennom annonser.

LITEN PAUSE: Journalist Ann-Kristin Bloch Helmers må vente på gangen på Moss sykehus. Vi ble godt tatt imot av sykepleier Nina Fladeby, men plutselig ble alle veldig opptatte og vi måtte bare vente og vente og tenke og tenke.



ORIENTERING: På det ukentlige avdelingsmøtet samles alle som jobber for Sykepleien for å dele tips og holde hverandre orientert. Hver arbeidsdag er det et morgenmøte mellom ni og kvart over ni.





AFRIKA: Journalist Marit Fonn ser på bildene fra en reportasjetur til Rwanda. Artikkelene kommer i januarutgaven av Sykepleien. Fonn fotograferer og bearbeider bildene selv.

PÅ STORTINGET: Statsbudsjettet er nettopp lagt fram, og NSF-leder Eli Gunhild By blir intervjuet av Sykepleiens journalister Bjørn Arild Østby og Kari Anne Dolonen i vandrehallen på Stortinget. Foto: Kristin Henriksen/NSF.



OVERBLIKK: Sykepleien Forskning er nesten ferdig. Deskjournalist Susanne Dietrichson og redaktør Anners Lerdal ser over sidene.



TETT PÅ: Redaktør Barth Tholens følger opp 22. juli-kommisjonens rapport som gratulerte helsevesenet med koordinert og dyktig katastrofeinnsats. Trude Hybertsen, traumekoordinator på Ullevål den dagen, forklarer hvordan de klarte å være så godt forberedt på noe så fælt.





SISTE INNSPURT: Etter andre omgang med korrektur går grafiker Sissel Vetter tilbake til deskansvarlig Ellen Morland for å rette opp siste detaljer før trykking.



TRYKKERIET: Sykepleien blir trykket på Colorprint i Danmark. Det tar 5–6 timer å trykke nesten 100 000 eksemplarer av bladet. Foto: Colorprint.

HOS LESEREN: Valborg Sweeney gleder seg til å lese når Sykepleien kommer i postkassen. Se også side 14. Foto: Bjørn-Erik Larsen.



TETT PÅ REDAKTØREN



Høy puls

Sykepleiens redaktør sier han er glad i sykepleierne.
Men han håper de blir frekkere.



Grillmesteren:



Kjetil Skotte



Kjetil Skotte er hjemmesykepleier i Lillehammer. Han har også jobbet som journalist i ti år.

– Spennende å forberede seg, det krevde litt arbeid. Jeg måtte lese i Sykepleien og finne relevante spørsmål. Det var hyggelig å møte ham. Morsomt, rett og slett.

Barth Tholens sitter framoverlent og energisk på stolen i det romslige hjørnekontoret sitt i Sykepleiernes hus i Tollbugata i Oslo. 58-åringen har vært ansvarlig redaktør for Norsk Sykepleierforbunds tidskrift Sykepleien siden 2004, og ambisjonene er høye:

– Målet er å lage det beste norske fagbladet, basert på journalistiske nyhetskriterier og som leserne skjønner har kostet litt svette. Sykepleien skal vekke følelser, det skal sprute og leve. Jeg vet at sykepleierne brenner for pasientene, så vi kan ikke tulle med faget her.

Vil ha tips om alvorlige saker

Redaktøren for Sykepleien, som rundt 100 000 sykepleiere mottar 14 ganger i året fordi de er medlemmer av NSF, vil skrive godt stoff som engasjerer og opplyser. Målet er der, og

være skrivekunst og lett tilgjengelig, ikke hovedfagsstoff. Men vi kan bli bedre på de store nyhetene, og vil ha enda mer kontakt med sykepleierne.

Barth Tholens innrømmer det gjerne; han ønsker mer tips om de alvorlige sakene, om det som ikke fungerer i det norske helsevesenet. Bare slik kan Sykepleien bli en enda bedre formidler av saker han tror sykepleierne vil lese; når de kjenner seg igjen i konkret stoff.

Og det burde være nok å ta av. I den senere tid har det kommet fram at flere pasienter har dødd på grunn av for lav bemanning og feilvurderinger ved Ahus etter at sykehuset overtok 160 000 pasienter fra Oslo universitetssykehus. Sammenslåingen av sykehusene i Oslo har ikke gått smertefritt for seg; historien om hjertepasienten som lå i narkose klar på operasjonsbordet på Ullevål, og som senere døde fordi noen bestemte at han skulle opereres på Rikshospitalet i stedet, har nylig versert i mediene. Landet rundt viser det seg at sykepleierne ikke har tid til å gjøre jobben skikkelig, psykiatrien trappes ned og selvmordstallene øker (ifølge ferske tall fra SSB). Men tipsene uteblir helt. Nesten.

– Vi ønsker å være førstevalget for de dårlige nyhetene, og jeg forundres litt over at det blant 100 000 sykepleiere kommer inn så få tips. Kanskje har sykepleierne litt for stor respekt? Det er utrolig toft å stå fram i et hierarkisk system der legene har en sterkere posisjon, og mange er nok litt redde. Men vi beskytter kildene våre og følger Vær varsom-plakaten, og jeg skulle ønske sykepleierne kom til oss når det går galt. Selvfølgelig må de gå tjenestevei først, men hvis det ikke nytter, kan de gå til oss. Vi ønsker å bli føret med aktuelle tips.

– Er sykepleierne litt for lojale?

«Målet er å lage det beste norske fagbladet.»

utstrålingen og engasjementet er tydelig. Men er det nok til å tilfredsstille sykepleierne, en yrkesgruppe han knapt møter i det daglige virket?

– Vi får gode tilbakemeldinger på bladet i leserundersøkelser, som viser at vi har hele 220 000 lesere. Sykepleierne bruker i snitt en time på hvert nummer. For å fange oppmerksomheten må vi skrive godt. Det skal

– Det tror jeg ikke, men kanskje litt for respektfulle. Vår oppgave er å målbar kritikk på en nyansert måte, uten at det blir ramaskrik hver gang. Det kan ikke være bare gørr. Sykepleierne er glad i kontakten med pasientene, vi skal ikke glemme at kjærligheten deres for profesjonen ligger bak når vi skriver. Derfor balanserer vi mellom å være kritiske og å skrive lettlest stoff som engasjerer.

Vil være best

Redaktøren puster litt ut. Venter på neste spørsmål og ser ut som om han har svaret klart før han en gang har hørt det. Så kommer det:

– Nei, dette ble veldig alvorlig, altså. Jeg er glad i sykepleierne fordi yrkesgruppen er så bredt sammensatt. Hele livet ligger i faget, det er fødsel og død og de flotte øyeblikkene. Det fascinerer meg, og det gjør at vi kan lage et blad som pulserer. Så lenge vi har det gøy mens vi skriver, kan vi spre entusiasmen til leserne.

Sånn. Der fikk han slått det fast skikkelig. Det kritiske blikket Tholens og hans ti journalistkolleger alltid har på helsevesenet, blandet med respekt for sykepleiere som ønsker faglig påfyll, skal gjøre Sykepleien best. Det gir resultater; i 2009 ble det kåret til Årets fagblad, og i 2010 fikk Sykepleien prisen for beste design i fagpressen.

Nå venter nye utfordringer for staben til Tholens, nederlenderen som gjorde nordmann av seg i 1979, tok utdanning som snekker og siden som journalist, og som nå altså utrettelig står på for sykepleierne gjennom å produsere et fagblad det står respekt av.

– Vi satser sterkere på den nye teknologien, på sosiale medier som Facebook, Ipad og en ny app for Iphone neste år. Mediebransjen endrer seg, og vi er som en hvilken som helst avis som må tilpasse oss.

– Kult med forskning

Vi lar det ligge. Cyberspace lever fint sitt eget liv, nå gjelder det forventningen sykepleierne har til NSF. Og dermed til Sykepleien, som for mange er den nærmeste kontakten de har med forbundet. Klarer Sykepleien å leve opp til sin egen formålsparagraf? Den sier blant annet at Sykepleien skal delta i samfunnsdebatten og stimulere til engasjement og meningsbrytning.

– Vi er heldige som er eid av en stor fagforening, men det forplikter. Vi lager ikke Sykepleien for vår egen del. Vår rolle er å sette ting på dagsordenen for målgruppen. Det mest spennende med min jobb er å ligge litt foran, å ta opp temaer for framtida. Vi klarer det til en viss grad, men det krever mye av oss å ha kjennskap til hva som rører seg der ute, for eksempel innen utdanning og innovasjon. Vi vil bidra til at sykepleierne får



IKKE LATE: Redaktøren håper leserne skjønner at produktet Sykepleien har kostet litt svette. Alle foto: Stig M. Weston.

oppdatert kunnskap, og har siden 2007 gitt ut Sykepleien Forskning, der de nyeste forskningsresultatene presenteres. Vi får stadig flere manus til dette, og det er et skikkelig kult satsingsområde for oss.

Barth Tholens fortsetter med å snakke om ansvaret som ligger i å være eid av NSF, at det er både et dilemma og en styrke. Som redaktør ønsker han ikke så mye innblanding i hva som kommer på trykk, samtidig må han ta hensyn til at forbundet som eier er meningsberettiget. Men bare litt. Lederne hans

er et eksempel på dette, de er både friske og smått provoserende.

– Jeg vet at NSF kan oppleve dem som utfordrende, og har fått besøk på kontoret et par ganger med beskjed om at dette ville de ha skrevet annerledes selv ... Jeg må jo trække ut i det også, og gjør det helt bevisst for å komme forsiktighetskulturen litt til livs, men det kan gi motsatt effekt.

Redaktøren trekker linjene tilbake til den spede begynnelsen, da forbundet la sterke føringer for hva som skulle stå på trykk og

var en megafon for NSF. De siste 20–30 årene har dette endret seg totalt.

– Vi er helt uavhengige av NSF og følger redaktørplakaten. NSF har veldig respekt for det vi gjør, og samarbeidet blir bare bedre og bedre. Det er viktig at vi følger opp NSF's arbeid for likelønn, arbeidsvilkår og tariff, og vi refererer hva NSF mener. Men vi er ikke et slavisk blad som fotfølger dem i alt vi gjør, det ville blitt traurig å ha NSF for sentralt i bladet, de har sine egne kanaler for å nå ut med sitt budskap.

– De unge er mer frampå

Barth Tholens kikker på klokka. Han må rekke kollektivtransporten hjem til Jar på et visst tidspunkt, og håper vi snart er i mål. Uten at han virker stresset over alt han ikke har fått sagt, for det skinner igjennom at her er det plass til mer.

Et viktig tema til slutt. Hvorfor kommer sykepleierne gjerne i bakgrunnen når det gjel-

«Hele livet ligger i faget, det er fødsel og død og de flotte øyeblikkene.»

der heder og ære etter å ha gjort sin innsats? Sykepleiere med både 30 og 40 års erfaring i faget er sjelden synlige. I Sykepleien nummer 11 i høst kunne vi lese et intervju med en sykepleier på akuttmottaket på Ullevål som jobbet hele 22. juli. Hun gjorde en kjempejobb med å redde liv. To traumeleger fikk pris av sin lokale forening, og sykepleieren sier hun syntes prisen gikk til alle på akuttmottaket, som en anerkjennelse. Likevel, kan sykepleierne bli flinkere til å framheve seg selv, til å gi hverandre litt oppmerksomhet?

– Vi merker at de unge er litt mer frampå nå, og vi vil gjerne finne fram til disse enkelt-sykepleierne. Derfor startet vi med Smartprisen, en idé som har utviklet seg til noe vi deler ut hvert år.

Men Tholens tror det er langt mer å ta av der ute.

– Sykepleierne kan godt bli litt frekkere. Det er lov å si fra. Sykepleierne er nær pasientene og vet hvor skoene trykker. ■



sykepleien.no



ALERIS HELSE AS
søker Nestleder ved operasjonsavdelingen, Sykehuset i Oslo

Vårt sykehus i Oslo er i sterk vekst med stadig nye fagområder og økende pasientgrunnlag. Vi behandler både offentlig finansierte pasienter i henhold til kontrakt med Helse Sør-Øst og privatfinansierte pasienter.

Vi søker en entusiastisk person til nyopprettet stilling ved vår operasjon-/anestesiavdeling, sykehuset i Oslo. Vedkommende må være utdannet operasjonssykepleier, ortopedisk erfaring vil være en fordel. Du må ha gode samarbeidsevner, lederegenskaper, evne til å jobbe dynamisk med skiftende arbeidsoppgaver og trives med teamarbeid. Personlig egnethet vil bli tillagt stor vekt.

Som nestleder vil du være leders stedfortreder. Stillingen innebærer meget varierte oppgaver, fra administrativt arbeid og innkjøp, til arbeid som operasjonssykepleier på operasjonsstue ved akutt fravær. Nærmere innhold i stillingen vil bli definert i samarbeid med leder for avdelingen.

For mer informasjon om stillingen, kontakt: Sykehusdirektør Ellen Nordhagen mobil 947 83 959 eller e-post: ellen.nordhagen@aleris.no

Søknadsfrist: Snarest

Søknad sendes på e-mail til: hanne.arboll@aleris.no



**HAR DU LYST TIL Å JOBBE VED EN AV LANDETS
 MEST SPENNENDE NYFØDTAVDELINGER?**

**Nyfødtintensiv Ullevål har ledige stillinger
 som spesialsykepleier/sykepleier**
100% fast
80% fast

Vi tilbyr:

Lønn etter gjeldende overenskomster
 3 -delt turnus
 Ønsketurnus
 Aktivt fagmiljø som jobber kunnskapsbasert
 Vi har fagutviklingssykepleiere og praksisveiledere
 Vi har kompetanseprogram for ansatte
 Fagdager er i turnus

Vi søker deg som har et brennende engasjement og ønsker å gjøre en forskjell for syke nyfødte. Vi kan tilby en spennende og interessant jobb, i et dynamisk og faglig utfordrende miljø.

Pasientgruppen består av premature født fra svangerskapsuke 23, samt andre syke nyfødte som har behov for sykepleie i hele forløpet fra intensivbehandling til utskrivelse. Vi jobber med familiefokusert omsorg. Avdelingen har 7 intensiv -, 10 intermediær- og 10 sengepost senger. Totalt 27 senger.

Kontaktinfo:

Seksjonsleder Sissel Mathisen tlf. 23015540
 Ass.seksjonsleder Liz Maloney tlf. 23015544

Søknadsfrist: 16. desember.

Ledige stillinger

sykepleier / vernepleier (fast, ca 80 %)

Siden en av våre vernepleiere gjennom mange år søker utfordringer annet sted i landet, søker vi nå sykepleier / vernepleier på vår motivasjonsavdeling. Den ansatte er underlagt avdelingsleder på avdelingen og er med på å legge til rette for at våre brukere trives og får hjelp til rusmestring. Vi reiser på ekskursjoner og kulturelle arrangementer med brukere og ansatte og tar med brukere på turer i skog og mark. Dette inkluderer dagsturer som kanoturer, sykkelturner, langrenn og alpint. Miljøarbeidere og miljøterapeuter blir også med brukere på fotballkamper, besøker klatrehall, går på kino eller blir med på kristne møter. Arbeidstiden er både på dag, kveld og i helger.

sykepleier / vernepleier (3 mnd vikariat, januar-mars 2013, 80 %)

Siden en av våre sykepleiere har blitt innvilget en 3 måneders permisjon, søker vi nå sykepleier / vernepleier på vår avrusningsavdeling. Den ansatte er underlagt avdelingsleder på avdelingen og er med på å legge til rette for at våre brukere trives og får hjelp til rusmestring. Vi reiser på ekskursjoner og kulturelle arrangementer med brukere og ansatte og tar med brukere på turer i skog og mark, går på kino og museer. Arbeidstiden er både på dag, kveld og i helger.

Sykepleier/vernepleier, ekstravakt

Siden mange av våre deltidsansatte er studenter med periodevis liten mulighet for å jobbe ekstra, søker vi nå flere ekstravakter og fast ansatte i mindre stilling som miljøterapeuter på motivasjonsavdelingen. Miljøterapeut er underlagt avdelingsleder på avdelingen og er med på å legge til rette for at våre brukere trives og får hjelp til rusmestring. Vi reiser på ekskursjoner og kulturelle arrangementer med brukere og miljøarbeider og tar med brukere på turer i skog og mark. Dette inkluderer dagsturer som kanoturer, sykkelturner, langrenn og alpint. Miljøarbeider blir også med brukere på fotballkamper, besøker klatrehall, går på kino eller blir med på kristne møter. Arbeidstiden er hovedsakelig kveldstid og helgejobb, men også arbeid på dagtid kan påregnes.

Kvalifikasjoner:

- Engasjement og interesse for fagfeltet
- Gode samarbeidsevner
- Fleksibilitet
- Kristent livssyn
- Personlig egnethet vektlegges.

Vi kan tilby:

- Et svært godt, tverrfaglig arbeidsmiljø med engasjerte og dyktige medarbeidere
- Mulighet til å bidra til å prege og utvikle en viktig diakonal aktør i rusfeltet
- Et hektisk og dynamisk miljø med store muligheter for vekst
- Lønn etter avtale og pensjonsordning

Vi forutsetter et aktivt engasjement i fht. stiftelsens kristne verdigrunnlag og prioritering av bønn. Spørsmål vedrørende stillingen rettes til daglig leder Torbjørn Matre på:

telefon: 23 29 05 00 eller
matre@p22.no.

Søknad med CV sendes matre@p22.no.
Søknadsfrist: snarest.



Helse Finnmark helseforetak har 1500 ansatte. Foretaket består av Klinikk Hammerfest, Klinikk Kirkenes, Klinikk prehospitale tjenester, Senter for drift og eiendom, og Klinikk psykisk helsevern og rus som inkluderer SANKS - Samisk nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsevern. For mer informasjon se: www.helse-finnmark.no

Ved Klinikk Hammerfest er det ledig stilling som

Enhetsleder - Operasjonsavdeling

Vikariat i 100% stilling ved Operasjonsavdelingen. Tiltredelse: Fra snarest, til 01.06.2013.

Nærmere opplysninger om stillingen:

Avdelingsleder Ingeborg Eliassen, telefon 78 42 12 00. E-post: ingeborg.eliassen@helse-finnmark.no eller klinikkssjef Vivi Brenden Bech, telefon 78 42 11 09. E-post: vivi.brenden.bech@helse-finnmark.no

Søknadsfrist: 10. desember 2012

Fullstendig utlysningstekst finnes på www.jobbnorge.no

Iht ny offentlighetslov kan opplysninger om søkeren bli offentliggjort selv om søkeren har anmodet om å ikke bli oppført på søkerlisten. Helse Finnmark ønsker ikke kontakt med telefonselgere.



HELSE FINNMARK
FINNMÁRKKU DEARVAŠVUOHTA



2 ledige stillingar for autoriserte sjukepleiarar - ID 197
Kommunen har gode lønsvilkår og rekrutteringstilskot.

For meir info: www.fitjar.kommune.no



FITJAR

frantz.no

Helse Bergen, Haukeland universitetssjukehus, har nærare 12.000 tilsette som har som mål å gi best mogleg behandling og pleie til pasientane våre. Kvar år behandlar vi nesten 600.000 pasientar og bidreg i utdanninga av eit par tusen helsearbeidarar. Forsking er ei viktig oppgåve, og vi er blant dei fremste i landet innanfor dette feltet. Budsjetten vårt er på omlag 8,6 milliardar kroner. ei tilsette er den viktigaste ressursen vår, og vi ønskjer derfor å knytte til oss dei beste fagfolk.

Vår visjon er å fremme helse og livskvalitet i vest og verdiane våre er: - Respekt i møte med pasienten - Kvalitet i prosess og resultat - Tryggleik for tilgjengelegheit og omsorg

Avdeling for Plastikkirurgi og brannskade ved Kirurgisk klinikk, Haukeland universitetssjukehus søker:

Avdelingssjukepleiar til Brannskadeeininga

Brannskade er ei intensivveining som har nasjonal behandlingstenester for dei største og mest avanserte brannskadane i Noreg. Den blei etablert i 1984, og vi har sidan den gong opparbeidd ein god kompetanse innan brannskadebehandling. Brannskadeeininga har 8 senger, kor 5 senger er definert som intensivsenger.

Brannskadeeininga er ei høgspesialisert eining som gjev faglege så vel som personlege utfordringar til sjukepleie. Eininga har 44 årsverk kor dei fleste er spesialsjukepleiarar innan intensiv, anestesi og operasjon. Det er i tillegg til spesialsjukepleiarar erfarne autoriserte sjukepleiarar.

Brannskadeeininga er ei høgspesialisert eining som gjev faglege så vel som personlege utfordringar til sjukepleie. Teamarbeid er vesentleg og til tider tett. Dette fordrar stor grad av toleranse og respekt for kvarandre.

Vi søker ein erfaren spesialsjukepleiar og leiar som;

- har fokus på fagleg utvikling, både for dine medarbeidarar og deg sjølv
- har erfaring innan endringsleiing
- har god kjennskap til ressursforvaltning og arbeidstidsplanlegging
- trivast som pådrivar i eit aktivt og endringsorientert miljø
- er opptatt av den enkelte medarbeidar og av personalgruppa som heile

Kontaktperson: Konstituert klinikkdirektør Kari Lybak, telefon: 55 97 27 73

Søknadsfrist: 02.01.2013 - Referansenummer: 1619983978

Interessert i stillinga? For å lese meir og å søkje på stillinga sjå: www.helse-bergen.no



HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjukehus

Helse Finnmark helseforetak har 1500 ansatte. Foretaket består av Klinikk Hammerfest, Klinikk Kirkenes, Klinikk prehospitaltjenester, Senter for drift og eiendom, og Klinikk psykisk helsevern og rus som inkluderer SANKS - Samisk nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsevern. For mer informasjon se: www.helse-finnmark.no

Operasjonsavdeling

Operasjonssykepleiere

Faste 100%- eller deltidstillinger. Tiltredelse: Snarlig tiltredelse.

Nærmere opplysninger om stillingen: Avdelingsleder akuttavdelingen, Ingeborg Eliassen, telefon 78 42 12 00.

Søknadsfrist: 16. desember 2012

Ved Klinikk Hammerfest

Sykepleiere - Slag/geriatrienhet

Sykepleiere i 3 stk 100 % faste stillinger ved medisinsk sengepost, slag/geriatrienhet. (2. gangs utlysning). Tiltredelse: snarlig tiltredelse.

Sykepleiere - Medisinsk sengepost

- Sykepleier i 75 % fast stilling ved medisinsk sengepost. (2. gangs utlysning). Tiltredelse: snarlig tiltredelse.
- Sykepleiere i 2 stk 100 % vikariatstillinger ved medisinsk sengepost. (2. gangs utlysning). Tiltredelse: snarlig tiltredelse, og til 28.10.2013.
- Sykepleiere i 2 stk 100 % faste stillinger ved medisinsk sengepost. (2. gangs utlysning). Tiltredelse: snarlig tiltredelse.

Nærmere opplysninger om stillingen:

Avdelingssykepleier Stein Hugo Hammervoll, tlf. 948 61 504.

Søknadsfrist: 6. januar 2013

Fullstendig utlysningstekst finnes på www.jobbnorge.no

Iht ny offentlighetslov kan opplysninger om søkeren bli offentliggjort selv om søkeren har anmodet om å ikke bli oppført på søkerlisten. Helse Finnmark ønsker ikke kontakt med telefonselgere.



HELSE FINNMARK
FINNMÁRKKU DEARVVAŠVUOHTA



frantz.no

Helse Finnmark helseforetak har 1500 ansatte. Foretaket består av Klinikk Hammerfest, Klinikk Kirkenes, Klinikk prehospitaltjenester, Senter for drift og eiendom, og Klinikk psykisk helsevern og rus som inkluderer SANKS - Samisk nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsevern. For mer informasjon se: www.helse-finnmark.no

Klinikk Kirkenes

Spesialsykepleiere

- Spesialsykepleier i 100 % fast stilling. Tiltredelse: Etter avtale.
- Spesialsykepleier i 100 % vikarstilling. Tiltredelse: Snarest, med 1 års varighet.

Nærmere opplysninger om stillingen:

Enhetsleder Turid Gudim Aune tlf. 78 97 32 24, e-post: turid.gudim.aune@helse-finnmark.no.

Søknadsfrist: 16. desember 2012

Fullstendig utlysningstekst finnes på www.jobbnorge.no

Iht ny offentlighetslov kan opplysninger om søkeren bli offentliggjort selv om søkeren har anmodet om å ikke bli oppført på søkerlisten. Helse Finnmark ønsker ikke kontakt med telefonselgere.



HELSE FINNMARK
FINNMÁRKKU DEARVVAŠVUOHTA



frantz.no



Helse Finnmark helseforetak har 1500 ansatte. Foretaket består av Klinikk Hammerfest, Klinikk Kirkenes, Klinikk prehospitaltjenester, Senter for drift og eiendom, og Klinikk psykisk helsevern og rus som inkluderer SANKS - Samisk nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsevern. For mer informasjon se: www.helse-finnmark.no

Ved Klinikk Hammerfest er det ledige stillinger som

Intensivsykepleiere - intensiv og dagkirurgisk avdeling

Verdens nordligste intensivavdeling ligger i Hammerfest. De dyktige og hyggelige sykepleierne her trenger flere flotte kolleger! Vi er fleksible når det gjelder tilrettelegging for frivillig deltid og tilpassing av turnus. Vi går tredelt turnus. Vi kan tilby fast 100 % stilling, og oppstart etter avtale.

Nærmere opplysninger om stillingen: Avdelingssykepleier Gunn Strand, telefon: 78 42 12 21. E-post: gunn.strand@helse-finnmark.no

Søknadsfrist: 16. desember 2012

Fullstendig utlysningstekst finnes på www.jobbnorge.no

Iht ny offentlighetslov kan opplysninger om søkeren bli offentliggjort selv om søkeren har anmodet om å ikke bli oppført på søkerlisten. Helse Finnmark ønsker ikke kontakt med telefonselgere.



HELSE FINNMARK
FINNMÁRKKU DEARVVAŠVUOHTA



frantz.no

Karkirurgisk poliklinikk, Kirurgisk klinikk søker:

Ultralydteknikar

Kontaktperson: Avdelingssjef Gustav Pedersen, Tlf. 55972755

Referansenummer: 1549662648

Søknadsfrist: 24.12.2012

For å lese meir og å søkje på stillinga: www.helse-bergen.no



HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjukehus

Vestre Viken HF har rundt 9 500 ansatte. Vi gir god og trygg behandling til 450 000 mennesker i 26 kommuner.

SYKEPLEIERE

Nevromuskulær post, Drammen sykehus

Referansnr. 1605899655 Søkadsfrist: 20. desember 2012

Seksjonen har ledig en fast stilling og et vikariat:

- 75% fast stilling fra 02.01.13
- 75% vikariat med oppstart snarest t.o.m. 31.08.13

Nærmere informasjon om stillingene: Christer Beiermann, avdelingssykepleier, tlf. 32 80 35 62 / 415 63 634.

Elektronisk søknadsskjema og fullstendig utlysningstekst finner du på våre nettsider www.vestreviken.no



frantz.no

Vestre Viken HF har rundt 9 500 ansatte. Vi gir god og trygg behandling til 450 000 mennesker i 26 kommuner.

INTENSIVSYKEPLEIERE/ SYKEPLEIERE

Intensiv, Ringerike sykehus

Ref.nr. 1611002174 Søkadsfrist: 20. desember 2012

Intensivavdelingen har følgende ledige stillinger:

- 100% fast stilling som intensivsykepleier med tiltredelse 10.02.13
- 75% vikariat som intensivsykepleier/sykepleier fra 10.02.13 til 05.01.14

Kontaktinformasjon: Avdelingssykepleier Tone Amlien, tlf. 32 11 61 29.

Vennligst benytt vårt elektroniske søknadsskjema som du finner sammen med fullstendig utlysningstekst finner du på våre nettsider, www.vestreviken.no



frantz.no

Stiftelsen Betania Alta

Det legges stor vekt på å skape trivsel og et hjemlig miljø. Vi ønsker medarbeidere som vil vektlegge slike verdier. Ansatte forutsettes å arbeide lojalt i forhold til institusjonens kristne verdigrunnlag.

Bossekop sykehjem søker

Sykepleier - 100 % fast

For nærmere opplysninger, kontakt avd.sykepleier Hilbjørg Lund, tlf. 78 44 65 12 / 90 65 14 16, e-post: lund@betania-alta.no

Søknad skjer fortrinnsvis elektronisk via vår hjemmeside på www.betania-alta.no, hvor du også finner fullstendig utlysning, innen 15.12.2012. Oppgi ref.nr. 20121215.



- engasjert omsorg



Psykiatrisk sykepleier/sykepleier Vita-avdelingen

Ledig vikariat i 90 % stilling fra februar 2013, med mulighet for fast stilling (100%) fra august 2013.

Vi kan tilby bla.:

- Muligheter for kompetanseutvikling
- Gode pensjons- og forsikringsordninger i KLP
- Personall bolig og personalbarnehage ved ledig kapasitet

Kontaktperson:

Avdelingsleder Lene Hallsteinsen, 32 74 97 00 eller 98 83 16 99

Søkadsfrist: 19. desember 2012

Vi ber om at du søker elektronisk via www.modum-bad.no, hvor du finner fullstendig utlysningstekst.

MODUMBAD 
- en kilde til liv

Gyldendal Norsk Forlag AS er et ledende kunnskaps- og kulturforlag. Forlaget har 250 fast ansatte og holder til sentralt i Oslo. Virksomheten er organisert i fire forlag – Gyldendal Litteratur, Gyldendal Akademisk, Gyldendal Undervisning, Gyldendal Rettsdata og tre imprint – Tiden Norsk Forlag, Kolon Forlag og Versal Forlag, samt Gyldendal Kompetanse. Forlagshuset inngår i Gyldendalkonsernet.

Gyldendal Akademisk er Norges ledende forlag innenfor universitets- og høyskolesektoren. Vi utvikler papirbaserte og digitale læremidler for pensum- og profesjonsmarkedene og er markedsledende på en rekke sentrale fagområder. Til vår sykepleieredaksjon søker vi nå

Redaktør for sykepleiefag

Sykepleieredaksjonen består av tre ansatte og inngår i Avdeling for sykepleie og medisin med totalt sju medarbeidere. Redaksjonen utvikler læremidler både i bokform og digitalt til sykepleierutdanningen og profesjonsfeltet. Utviklingen skjer i tett samarbeid med markedsavdeling og nettredaksjon.

Dine viktigste oppgaver blir

- initiering, utvikling og gjennomføring av prosjekter i tett samarbeid med fagmiljøene
- deltakelse i videreutvikling av redaksjonens strategi
- vedlikehold og utvikling av eksternt kontaktnett
- aktiv deltakelse i markedsarbeidet bl.a. gjennom høyskolebesøk og konferanser

Vi søker deg som

- har sykepleiefaglig eller helsefaglig utdanning på høyere nivå
- har erfaring fra undervisning og bruk av digitale ressurser/læremidler
- kan kommunisere godt med fagmiljøer og bygge nettverk
- er fleksibel og god til å samarbeide
- er resultatorientert og har god gjennomføringsevne
- har god språksans, både på norsk og engelsk.

Du får en spennende stilling med varierte og utfordrende arbeidsoppgaver i et hyggelig, aktivt og ambisiøst arbeidsmiljø.

Nærmere opplysninger om stillingen fås ved henvendelse til redaksjonssjef Astrid Rangnes Bråten, e-post: astrid.braaten@gyldendal.no, tlf. 913 25 681.

Kortfattet søknad med CV sendes: rekruttering@gyldendal.no innen 02.01.2013.

bøker
som beveger



GYLDENDAL
AKADEMISK



Operasjons-/ hygienesykepleiere

Akuttklinikken, Sterilavdelingen, Seksjon for sterilforsyning

- Ledig 100% fast stilling som operasjons-/hygienesykepleier ved Akuttklinikken, Rikshospitalet.
Kontaktinfo: Tone Herdis Øgrey, seksj.leder, tlf. 23 07 34 86 / 909 87 516, e-post: uxtoog@ous-hf.no

Ref.nr. 1588000020 Søknadsfrist: 31. desember 2012

- Ledig 100% fast stilling som operasjons-/hygienesykepleier ved Akuttklinikken, Ullevål.
Kontaktinfo: Solvor Skreden, seksj.leder, tlf. 22 11 95 66 / 986 56 314, e-post: solskr@ous-hf.no

Ref.nr. 1587850500 Søknadsfrist: 31. desember 2012

For fullstendig annonse se: www.oslo-universitetssykehus.no

Oslo universitetssykehus er lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, regionssykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst og har en rekke nasjonale funksjoner. Sykehuset er landets største med over 20 000 ansatte og har et budsjett på 17 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for størstedelen av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.

frantz.no



VI SØKER OPERASJONSSYKEPLEIER OG KOSMETISK SYKEPLEIER

OPERASJONSSYKEPLEIER

Operasjonssykepleier søkes til et spennende plastisk kirurgisk fagmiljø.

Arbeidsoppgaver:

- Allsidige og varierte arbeidsoppgaver i et miljø som er i stadig utvikling.
- Forberede og assistere ved forskjellige typer plastisk, estetisk og rekonstruktiv kirurgi.
- Oppdatering og ajourføring av prosedyrer og standarder.
- Autoklaving og pakking av sterile gods.
- Samarbeide med forskjellige leverandører

Kvalifikasjoner:

- Offentlig godkjent sykepleier med videreutdanning i operasjonssykepleie.
- Erfaring innenfor plastisk kirurgisk/dagkirurgisk virksomhet er en fordel, men opplæring vil bli gitt.
- Beherske norsk skriftlig og muntlig.

Personlige egenskaper:

- Evne til å jobbe selvstendig.
- Strukturert.
- Gode kommunikasjonssevner.
- Fleksibel og evne til å stå på i travle situasjoner.
- Løsningsorientert.

Vi tilbyr:

- Gode pensjonsordninger.
- Dagarbeid (vi har stengt alle helger og helligdager).
- Medarbeidersamtaler.
- Konkurransedyktig lønn.

Spørsmål om stillingen kan rettes til avdelingsleder for operasjon, Stefan Hauptig, tlf. 23 38 41 22.

KOSMETISK SYKEPLEIER!

Da vår kosmetiske sykepleier skal i permisjon søker vi etter en kosmetisk sykepleier for 12 måneders vikariat.

ling, sklerosering og Obagi, men opplæring vil bli gitt.

Spørsmål vedrørende stillingen kan rettes til kosmetisk sykepleier Lise-Mette Strand på telefon 23 38 41 09.

Søknad med CV for begge stillingene sendes til klinikkleder Monica Flåum, e-post: monica@nobelclinic.no



Akershus universitetssykehus HF (Ahus) er lokal- og områdesykehus for 460 000 innbyggere fordelt på Romerike, Follo, tre bydeler i Oslo og Rømskog. Om lag 8 000 medarbeidere leverer spesialisthelsetjenester innen somatiske helsetjenester, psykisk helsevern og rus. "Menneskelig nær - faglig sterk" er vårt verdigrunnlag og ledestjerne.

Anestesiavdelingen Avdelingssjef

Kirurgisk divisjon søker avdelingssjef til vår anestesiavdeling, 100% fast stilling.

Spørsmål vedrørende stillingen kan rettes til Pål Wiik, divisjonsdirektør, tlf. 452 28 122 eller Berit Karin Helland, ass. divisjonsdirektør, tlf. 975 31 704.

Referansnr: 1599493299

Søknadsfrist: 31. desember 2012

Les mer om stillingene på www.ahus.no

www.ahus.no

HELSE SØR-ØST

frantz.no



MEDIYOGA

- medisinsk yoga

Utdannelse for helsepersonell.

OSLO - TRONDHEIM - STAVANGER

mediyoga.com +46 85 40 882 80



DELTA PÅ

4. NASJONALE KONFERANSE OM HJERNESLAG

OSLO KONGRESSENTER • FOLKETS HUS
14.-15. FEBRUAR 2013

Vi ønsker sykepleiere velkommen til å delta på konferansen.



For mer informasjon om program, forelesere og påmelding: www.hjerneslag.no



Sandvika 12. mars 2013

Sted:

Målgruppe:

Pris:

STRESSMESTRING

lærer du av Acem på Halvorsbøle

Fagakademiet i samarbeid med Acem og Norsk Yogaskole inviterer til

Stressmestringskurset Arbeid og avspenning

14. mars - 16. mars 2013 på Halvorsbøle.

kr 4 950,-

For mer info: www.fagakademiet.no eller www.acem.no

Ring: 417 86 400 eller 23 11 87 00 for info/påmelding.

AdriaSol

Våren 2013, ønskes du velkommen til følgende turer:

«Møt våren på Amlfikysten» 2 uker fra 11.03 – 25.03.

Helse og Kultur. 4 uker fra 9.04 – 07.05,

«Bli bergtatt i Svartfjellene» 16.05 – 23.05.

Nettbasert videreutdanning, Sykepleie til barn med smerte

Utlysning av studietilbud ved Høgskolen i Sør-Trøndelag våren 2013

Nettbasert videreutdanning, Sykepleie til barn med smerte – 15 studiepoeng

Se våre nettsider:
<http://hist.no/barnmedsmerte/>
for mer informasjon



Kunnskapen du trenger



- et nettbasert kurs for deg som ønsker økt kompetanse for arbeid med berørte og etterlatte etter kriser, ulykker og katastrofer

Formål

Formålet med kurset er å styrke den psykososiale oppfølgingen etter kriser, ulykker og katastrofer. Terrorhandlingene 22.07.2011 er omtalt spesielt. Målsettingen er å gi relevant og oppdatert kunnskap, som igjen gir økt trygghet og kompetanse hos medlemmer av psykososiale kriseteam i møte med berørte og etterlatte.

Faginnhold

Kurset bygger på to veiledere utgitt av Helsedirektoratet:

- Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer
- Etter selvmordet - Veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord.

Kurset er gratis, og du finner det på helsekompetanse.no/kriseteam

Kurset er utviklet av



Utviklet i samarbeid med



Laget på oppdrag fra



Alt av utstyr til helsepersonell

AKTROMMET

JULETILBUD PÅ PENHYGIENIC

Legger man inn ordre på ≥ 15 stk. PenHygienic's (med eller uten utstyr) gir vi 15% rabatt! Send mail til post@vaktrommet.no med forespørsel om bestillingsskjema.

PENHYGIENIC

Ta en titt på Vaktrommets egenproduserte PenHygienic! Navnskilt og organisator i ett.

Hundrevis av gaveideer på vaktrommet.no.

www.vaktrommet.no
post@vaktrommet.no
 tel: 926 97 497

Lik oss og vær med i trekninger!

AMBIO Helse AS støtter opp under kompetansehevingen i det norske helsevesenet gjennom fagutvikling, rekruttering, vikarformidling og helhetlige omsorgstjenester. AMBIO Helse AS er en del av AMBIO Gruppen som består av AMBIO Miljørådgivning, AMBIO Ingeniørtjenester, AMBIO Rekruttering og AMBIO Helse.



Sliter du med å bemanne opp 1:1 eller 2:1 for ressurskrevende brukere?

Kommer det nye brukere til kommunen de nærmeste månedene hvor bemanning og/eller plassering fremdeles ikke er på plass?

Vi i AMBIO har lang erfaring med å bistå ved slike oppdrag – både for brukergrupper med fysiske og psykiske funksjonsnedsettelser. Vi kan stille med full bemanning av tiltaket og være faglig ansvarlig for den daglige driften – enten som en varig løsning eller i kortere perioder frem til kommunen selv har fått på plass en forsvarlig bemanning. Vi kan også bidra med veiledning for kommuner ved oppstart av nye tiltak eller for de som ønsker en ny og frisk start på allerede igangsatte tiltak.

Helhetlige omsorgstjenester – Brukeren i fokus!

Vi tilbyr helhetlige omsorgstjenester til brukere med behov for særskilte tilpasninger og stiller store krav til kompetansen blant våre ansatte - både faglig og sosialt. Dette sikrer vi gjennom selektiv rekruttering, fokus på fag og strenge kvalitetskrav.

Vi har personale med god arbeidserfaring relatert til blant annet:

- Prinsippene innenfor Måltrettet miljøarbeid
- Alternative kommunikasjons-håndtering
- Brukermedvirkning
- Normalisering
- Medisin-håndtering
- Stell/pleie
- Rullestol/heis
- Hjemmerespirator

E-LÆRINGSKURS I EPILEPSI

■ God kunnskap om epilepsi er viktig – spesielt i anfallssituasjoner. Kun kr 240,- eks. mva. per kursdeltaker.

Se www.helsekursportalen.no for mer informasjon.



Fredrik Westgaard
Vernepleier
Leder AMBIO Omsorg



Anita Dybvik
Fagansvarlig sykepleier
AMBIO Omsorg



Jørgen Andresen
Fagansvarlig vernepleier
AMBIO Omsorg



AMBIO Helse AS | tlf: 22 41 17 02 | e-post: post@ambiohelse.no

www.ambio-helse.no / www.helsekursportalen.no