5 | 2012
19. april 2012
100. årgang

# Sykepleien 100 år

## Praktisk anlagt

– Jeg så en løsning på et praktisk problem, sier Grete Irene Sæther. Nå har hun fått Smartprisen for årets oppfinnelse.

Smart-prisen 2011

Kenguruomsorg i Drammen **36**
2700 timer uten lønn **40**
Feltarbeid er en couple-breaker **82**

FOTO: DENISE GRÜNSTEIN

## Nyhet!

# Natusan® first touch. Utviklet for den nyfødte hudens unike behov.

Forskning viser at spedbarnshud er nesten en tredel tynnere enn voksen hud[1] og at den mister fuktighet raskere.[2] Dessuten får 60 prosent av spedbarna tørr hud i løpet av det første leveåret,[2] og opp til 50 prosent får utslett på stumpen i løpet av bleiealderen.[3]

Hudpleieproduktene i serien Natusan first touch er utviklet spesielt for den nyfødte hudens unike behov og inneholder verken parfyme eller fargestoffer. Bak Natusan ligger et omfattende dokumentasjonsarbeid og mer enn 60 års klinisk erfaring.

**Dokumentert mild for huden**
Test av ingrediensene
Test for sikkerhet og toleranse
Dermatologisk testet

**No More Tears® – Mild mot øynene**
Test av ingrediensene
In vitro-tester, irritasjon og tåreflom
In vivo-tester, irritasjon og kløe

ANBEFALT AV naaf.no

Samtlige produkter

Sinksalve, badeolje, lotion og sjampo

[1] Stamatas GN et al. Infant skin microstructure assessed in vivo differs from adult skin in organization and at the cellular level. Pediatric Dermatology, 2009; July/Aug issue.

[2] Nikolovski J, et al. Barrier function and water-holding and transport properties of infant stratum corneum are different from adult and continue to develop through the first year of life. J Invest Dermatol 2008; 128:1728–36.

[3] Atherton D, Mills K. What can be done to keep babies' skin healthy? RCM. Midwives 2004;7:288–290.

For mer informasjon, send en e-post til nordicconsumerservice@its.jnj.com

Omsorg for livet

# Tidene har endret seg

Før var det oss. Nå er det deg!

I Sykepleiens jubileumsutgave, som kommer ut i desember, inviterer vi våre lesere til å utforme bladet selv, sammen med oss.

Du får med andre ord anledning til å skape et DRØMMEBLAD, fullt av innsiktsfulle betraktninger, intervjuer og reportasjer, slik du selv kunne ønske det.

En rekke lesere har allerede meldt seg – men vi vil gjerne ha flere som kan være med på å gjøre Sykepleien nr 14/2012 til en uforglemmelig opplevelse. Skummelt? Overhodet ikke! Honorar får du også.

Send en mail, med en ide om hva du eventuelt kan bidra med, til redaktør Barth Tholens. Tlf 40852179, epost barth.tholens@sykepleien.no

Husk: Vi hjelper deg gjerne til å realisere din ide!

Rente fra 8,9%* Eff rente fra 9,8%

Samle dine lån hos oss. Ofte får du penger til overs til noe annet.

Søk på nordax.no eller på 815 56 474. Hvis du ringer oss kan du spørre og vi forklare.

Hva koster det? Månedsbeløp ved 12 års nedbetalingstid

| | 8,9% | 11,9% | 15,9% |
|---|---|---|---|
| 100 000 kr | 1215 | 1392 | 1648 |
| 200 000 kr | 2347 | 2700 | 3207 |
| 300 000 kr | 3479 | 4007 | 4766 |

*Renten er individuell og er mellom 8,9%–18,9%. Tilbakebetalingstiden er valgfri mellom 1–12 år. Den effektive renten er 20,47% på 65 000 kr, 5 år, nom. rente 15,9%, etableringsgebyr 1475 kr og terminsgebyr 65 kr. Totalt beløp å betale er 100 740 kr (april 2012)

Nordax

www.nordax.no

**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

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

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

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

Journalist
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

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

Deskjournalist 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

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

Grafisk formgiver Bjørg Nordstrand
tlf. 22 04 33 56
bjorg.nordstrand@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
lise.dyrkoren@sykepleien.no

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

Repro og trykk:
Color Print A/S

## Gjesteskribenter:

**Berit Daae Hustad** forteller om en hendelse ved et sykehjem, der en ufaglært gir feil medisin og pasienten blir alvorlig syk. Hvordan kan slikt skje, og hvorfor velger lederen å tie? Etikk side 70.

**Anita Ellefsen** er betenkt over politikernes entusiasme for den danske Fredericia-modellen. Ikke fordi det er noe galt med den, men fordi mange ideer og innovative løsninger ligger mye nærmere oss enn Danmark. Kronikk side 78.

**Anne-Grethe Naustdal** skriver om hvordan man vurderer om en sykepleierstudent er skikket til yrket. Og hvordan man går frem når svaret er negativt og studenten ikke innser det selv. Fagkronikk side 68.

**Ingrid Finboe Svendsen** skriver om bakgrunnen for reglene i Arbeidsmiljøloven. Innspill side 80.

Fagpressen F
OPPLAGSKONTROLLERT

2009 Fagpressens markedspris
2009 Fagpressepriser
Fagpressen Designpris

**SYKEPLEIENS FORMÅLSPARAGRAF:**
Sykepleien skal utøve saklig, uavhengig og kritisk journalistikk forankret i Norsk Sykepleierforbundsformålsparagraf, Redaktørplakaten og pressens Vær Varsom-plakat. Tidsskriftet har som oppgave å sette sykepleiernes interesser på dagsorden. Sykepleien skal delta i samfunnsdebatten og stimulere til engasjement og meningsbrytning. Sykepleien arbeider etter Vær Varsom-plakatens regler for god presseskikk. Den som mener seg rammet av urettmessig omtale oppfordres til å ta kontakt med redaksjonen. Brudd på pressens etiske retningslinjer, ifølge Vær Varsom-plakaten, kan klages inn for Pressens Faglige Utvalg. Sykepleien betinger seg retten til å lagre og utgi alt stoff som publiseres i elektronisk form.

Forsidefoto: Marit Fonn

# Innhold

**Sykepleien** **AKSJONISTEN:** «Nå trenger vi damer

## Hva skjer

**7** Aksjonisten
**8** Hva skjer – småstoff
**10** Akribe solgt
**11** Vi bare spør Bjarne Dahl
**12** Strid rundt døende pasienter
**13** Nei til jobb under 24 000 kroner!
**14** Vet mer om hva pasientene mener
**16** Turnusarbeid gir søvnproblemer
**17** For eller mot: Skal pasienten tvinges?
**18** Her er dørene åpnet
**21** Hvordan har du det?

## Der ute

**32** Internasjonalt småstoff
**34** På jakt etter smerte
**36** Kangobarna i Drammen
**40** Gikk ulønnete «språkvakter» i tre år
**42** OUS-ansatte avhøres om filippinerne
**43** Min jobb: Jori Helgerud Gloppe
**44** Øyeblikket
**46** Et monument over psykiatrien i Norge
**50** Tenker hjemreise ved innleggelse

## Tema:
## Smartprisen 2011


**24** Oppfinner Grete Irene Sæther: – Jeg er praktisk anlagt
**26** Nyskaper Annette Jakobsen: Lager app for livet
**28** Oppfinner Ann-Kristin Johansen: Drops som belønning
**30** – Ikke lev med problemet, løs det
**31** Smartprisen ble springbrettet
**31** Tidligere vinnere


22

**Vinnerne av Smart-prisen 2011**

i helsetjenesten som kan dingser.»

# Fag, bøker og kultur


**54** Samtaler med eldre om livets sluttfase
**58** Ønsker debatt om epidural
**60** Løft for sosialt tilbaketrukne skolebarn
**64** Artistintervju: Elin Furubotn
**66** Bokanmeldelser
**68** Fagdebatt: Anne-Grethe Naustdal
**70** Etikk: Berit Daae Hustad
**72** Hygienepolitiet
**72** Quiz


# Mennesker og meninger


**74** Eli Gunhild By om rekruttering
**75** Siden sist og meninger
**76** Minneord
**78** Kronikk: Anita Ellefsen
**80** Innspill: Ingrid Finboe Svendsen
**82** Tett på Jomar Staverløkk
**86** Sykepleien 100 år: 1950-tallet
**88** Paragrafrytterne



**89** Stillingsannonser
**94** Kunngjøringer


GJESTESKRIBENTEN:

«Arbeidstiden skal være for-svarlig for alle»

*Ingrid Finboe Svendsen* 80

82

64

# Dubai - Der fremtiden møter 1001 natts eventyr med Sykepleien

**En reise til Orienten og solskinnets by – med norsk reiseleder, 6 dager**

Albatros Travel har satt sammen en rundreise der du opplever en av de mest utrolige og kontrastfylte byene i verden. Dubai er der "Manhattan" møter 1001 Natts Eventyr! Opplev både den glamorøse, nye bydelen og den sjarmerende gamle bydelen. La deg oppsluke av de fargerike markedene. Kikk ned fra toppen av en av verdens høyeste bygninger, Burj Khalifa. Bli med på ekte ørkensafari på beste beduinvis og spis en uforglemmelig arabisk middag under åpen himmel krydret med ekte magedans og – forhåpentligvis – en million klare stjerner. Turen byr også på besøk i noen av de andre emiratene, som sammen med Dubai utgjør De forente arabiske emirater, blant annet en heldagsutflukt til Fujairah på østkysten og Emiratenes spennende hovedstad Abu Dhabi.

Underveis vil det også bli tid til egen opplevelser.

## DAGSPROGRAM

**Dag 1** Avreise fra Oslo, ankomst Dubai.
**Dag 2** City-tour i Dubai og ettermiddag på egen hånd.
**Dag 3** Ørkensafari med kamelridning og middag.
**Dag 4** Dagsutflukt til Abu Dhabi.
**Dag 5** Utflukt til Burj Khalifa, Dubai Mall og avslutningsmiddag. Natt på fly.
**Dag 6** Avreise fra Dubai - ankomst til Oslo.

Albatros travel
Medl. DK RGF

**Prisen inkluderer:**

- Norsk reiseleder.
- Fly Oslo - Dubai t/r
- Transport og entreer jamfør program
- City sightseeing-tur i Dubai (halvdagstur)
- Ørkensafari, kjøring gjennom sandklittene i ørkenen. Middag og magedans
- Heldagstur til Abu Dhabi, lunsj inkludert
- Halvdagstur til Burj Khalifa og shoppingsentret Dubai Mall.
- Middag på Glasshouse restaurant Dubai Hilton, 2-retters middag
- Innkvartering 4 netter på sentralt beliggende hotell i delt dobbeltrom (tillegg for enkeltrom)
- Frokost daglig
- Alle skatter og avgifter

**Kun 9.990,-**
26. november 2012

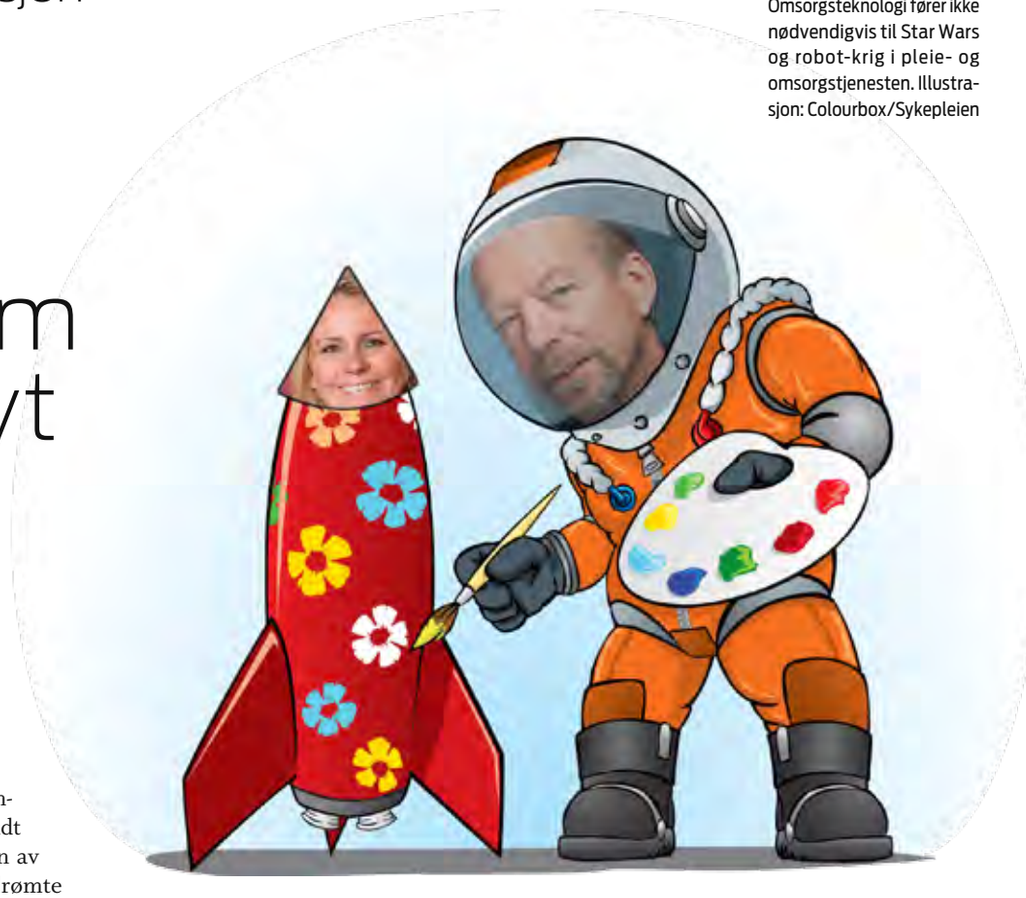
**Information og påmelding** hos Albatros Travel
Les mer på www.albatros-travel.no/sykepleien
Tlf. 800 58 106, e-mail info@albatros-travel.no

Vennligst opplys reisekode **LR-SYK**

## Barth Tholens om innovasjon

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

**PASIENTEN PÅ APPEN?** Omsorgsteknologi fører ikke nødvendigvis til Star Wars og robot-krig i pleie- og omsorgstjenesten. Illustrasjon: Colourbox/Sykepleien



# Damer som kan fly høyt

Det er en misforståelse at teknologi og omsorg skal stå i motsetning til hverandre.

Det var neppe tilfeldig at det første mennesket som ble sendt ut i en bane rundt jorda, var en mann. På begynnelsen av 60-tallet var det ikke mange jenter som drømte om å bli helter ved å bli skutt ut som menneskelig prøveprosjektil, i en trang kapsel, plassert oppå flere hundre tusen liter med eksplosivt drivstoff. Da første kvinne, to år etter Yuri Gagarin, dundret ut i kosmos, var det betegnende nok mest som forskningsobjekt: Den 26-årige Valentina Tereshkova skulle finne ut hvordan livet i rommet egentlig påvirket en kvinnekropp. Da hun hadde funnet ut dét, tok det 19 år før neste kvinne fikk sette sine bein i en romfartsrakett.

Det er gjengs oppfatning at romfartseventyret på 60- og 70-tallet, drevet av menn i det russiske og amerikanske forsvaret, dannet grunnlaget for en utrolig utvikling av ny teknologi i det sivile samfunnet etterpå. Internett, GPS og nano-teknologi har endret vår hverdag til det ugjenkjennelige. Bill Gates og Steve Jobs er blitt vår tids store ikoner. Vi handler digitalt, betaler digitalt og jobber digitalt.

**Vi må ikke overlate innovasjon til de teknisk orienterte legegutta.**

Er utvikling av ny teknologi forblitt en guttegreie? Det er grunn til å frykte det, men også lov å håpe på det motsatte. Etter at bankvesenet, media, næringslivet og etter hvert også utdanningssystemet er blitt revolusjonert og endevendt som følge av innføring av ny teknologi, står nå også helse- og omsorgstjenestene for tur. Kravet om å utvikle ny omsorgsteknologi har økt vesentlig i styrke, i takt med at det har gått opp for oss at oppgavene i helsetjenesten i fremtiden vil bli langt større enn evnen og kapasiteten. Vi trenger rett og slett bedre teknologiske hjelpemidler for å kunne pleie stadig flere eldre pasienter med de ressursene vi vil ha til rådighet.

Dessverre ser det ut til at den sterkt kvinnedominerte helse- og omsorgssektoren, særlig i kommunene, har en viss skepsis til å utvikle og ta i bruk ny teknologi. Noen synes kanskje at det er vanskelig å forestille seg at omsorg – i klassisk forstand – og teknologi i det hele tatt er forenlige med hverandre. Om dette først og fremst handler om hardnakkete kjønnsforskjeller (gutta spiller fortsatt krig på sine avanserte datamaskiner på gutterommet, mens jentene blogger om følelser), skal jeg ikke ha noen formening om. Faktum er at ansatte i helsetjenesten ofte høylytt gir uttrykk for at kald teknologi aldri kan erstatte de varme hendene som mennesker trenger når de blir pleietrengende.

Personlig synes jeg at det er bare vås. All utenlandsk forskning innen slik teknologi, for eksempel i eldreomsorgen, viser at bruk av kommunikasjons- og sporingsteknologi tvert imot øker kvaliteten og omfanget på samhandlingen mellom pasienter og pleiere. Pasientene får større trygghet når de når som helst kan kommunisere med (og tilkalle eller utløse) helsepersonell via avansert teknologi. Sykepleiere kan få et bedre grunnlag for å sette i gang tiltak der disse er påkrevd eller ønskelige.

Det er derfor å håpe at skepsisen mot nyvinninger etter hvert erstattes av genuin nysgjerrighet på nye dingser som kan hjelpe til med å organisere arbeidsdagen bedre i helsetjenesten. Mest ville vi være tjent med at ansatte i disse tjenestene selv er med på å finne fram til nye tekniske løsninger – siden det er de som selv skal ta dem i bruk. Jeg har alltid ment at det er for galt å overlate innovasjon i helsetjenesten til de teknisk orienterte legegutta. Fremtiden vil ligge i omsorgsorientert forskning og utvikling av teknologi i hjemmebaserte tjenester.

50 år etter at Valentina Tereshkova styrte sin Vostok 6 mot stratosfæren, trenger vi damer i helsetjenesten som kan dingser. I denne utgaven av Sykepleien presenterer vi tre av dem. De er årets vinnere av Smartprisen, som Sykepleien arrangerer sammen med KS. De tre kan stå som lysende eksempler på at månelandinger er mulig, bare man vet hvor man skal hen.

# Hva skjer

## Ulik overlevelse på kreft

Det er ikke likegyldig hvor du bor i landet om du skal overleve en kreftsykdom. Kreftregisteret har nylig laget en rapport som presenterer overlevelsestall på fylkesnivå i landet.

For elleve av de tolv hyppigste kreftformene i Norge viser rapporten forskjeller i kreftoverlevelse basert på hvor pasienten bor ved diagnosetidspunktet.

Innen lungekreft er forskjellene størst. Fra 2000–2009 varierer overlevelsen fra 9 til 23 prosent. For prostatakreft varierer overlevelsen fra 71–91 prosent.

For å virkelig kunne gå inn i materialet, trenger vi midler til å opprette kvalitetsregistre der all behandling registreres for å kunne se om det er forskjeller i kvalitet på kreftbehandlingen, sier avdelingsleder ved Registeravdelingen hos Kreftregisteret Bjørn Møller i en pressemelding.

Foto: Colourbox

## Sparketelling kan redde liv

Hvis gravide teller bevegelser fra fosteret sitt hver dag i siste trimester, kan det føre til bedre identifikasjon av veksthemmede fostre og færre nyfødte i dårlig forfatning. Det har jordmor Eli Saastad funnet ut i en ny doktorgrad hun har utført som stipendiat ved Høyskolen i Oslo og Akershus.

Hun har sett nærmere på 1 123 gravide ved ni sykehus fra 2007-2009. Halvparten ble instruert i å registrere tiden det tok å kjenne ti bevegelser fra barnet. For utvalget var den gjennomsnittlige tiden ti minutter. Generelt kan man si at det er sjelden et friskt barn sparker mindre enn ti ganger i løpet av to timer.

*Kilde: Folkehelseinstituttet og Oss foreldre imellom, 2008*

## Si din mening!

Helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen lanserte nylig en IT- blogg. Hensikten var å få innspill til stortingsmeldingen om helse- og omsorgstjenestene i en digital hverdag. Stortingsmeldingen skal legges frem i løpet av året. Nå etterlyser helseministeren flere innspill fra helsepersonell og pasienter.

Bloggen vil være åpen for kommentarer frem til 1. juni 2012. Den finnes på denne nettadressen: https://ehelse.regjeringen.no/

Foto: Colourbox

## Kommunene verst

Klagenemnda for offentlige anskaffelser (KOFA) skal passe på at det offentlige følger regelverket når de kjøper tjenester. Alle kan sende inn klager og KOFAs strengeste reaksjon er å gi bøter på inntil 15 prosent av en kontrakts verdi.

Nesten en av fire klagesaker gjelder påstand om ulovlig direkteanskaffelse. I 2011 er offentlige virksomheter gitt bøter på 64,3 millioner kroner. Alle gebyrene unntatt ett, er gitt til kommuner. 51 klager gjaldt ulike helseinstitusjoner.

*KOFA*

**Les mer om:**


**10** Akribe solgt ›
**12** Strid rundt døende pasienter ›
**13** Vil ha minst 24 000 ›
**14** Vet mer om hva pasientene mener ›
**18** Åpne dører i Fauske ›


**sykepleien.no**

Hold deg orientert om tariffoppgjøret på sykepleien.no

## Bivirkninger og barn i Norge

Helsemyndighetene vil at sykehusene øker rapporteringen av bivirkninger barn får av medisiner.

I 2011 kom det inn 2494 bivirkningsmeldinger til legemiddelverket. Over halvparten av meldingene er alvorlige. Antall rapporterte dødsfall er 144, mot 127 i 2010. Kreftmidler og midler som påvirker immunsystemet har forårsaket eller bidratt til flest dødsfall (31 prosent). En undersøkelse Regionalt legemiddelinformasjonssenter har utført, viser at sykehusene driver en betydelig underrapportering av bivirkninger fra barneavdelinger.

*NTB*

Foto: Colourbox

## Sykepleiere skal slippe å blande saft

I Østfold tester de nå ut en ny yrkesgruppe ved sykehuset: Servicemedarbeidere. De blander saft, skjærer rundstykker og koker kaffe. De rer senger og rydder opp, holder orden på varelageret og sørger for at sykepleierne alltid har det de trenger.

Sykehuset Østfold har kommet frem til at en gjennomsnittlig sengepost bruker over 24 timer hvert eneste døgn til å utføre oppgaver man ikke trenger helsefaglig kompetanse for å utføre. 22 av disse timene er det likevel ansatte med helsefaglig kompetanse som står bak.

Derfor planlegger sykehuset å ansette egne servicemedarbeidere for å gi sykepleierne og hjelpepleierne mer tid til det de er utdannet til – nemlig medisinsk behandling. I september skal 27 nye medarbeidere være del av hverdagen ved sykehuset.

– Hvis man har rett person på rett plass med klar funksjon og rollebeskrivelse, og ikke bruker dette som en snikinnføring av ufaglærte i direkte pasientbehandling, kan dette være et interessant supplement, sier NSF-leder Eli Gunhild By.

*Kilde: Dagens Næringsliv*

Foto: Erik M. Sundt

### Avtalte årsverk i kommunene 2005-2011

| Område | 2005 | 2011 |
|---|---|---|
| Administrasjon | 45 922 | 47 571 |
| Barnehage | 29 670 | 41 647 |
| Skule (ikke videregående opplæring) | 84 780 | 93 342 |
| Helse- og sosialtjenester | 124 976 | 150 400 |
| Kultur | 6 471 | 7 331 |
| Annet | 11 552 | 12 352 |
| Årsverk totalt | 303 371 | 352 643 |

*Kilde: Yrkesdeltaking, Statistisk sentralbyrå mars 2012*

## CV-juks i retten

40 vitner ble kalt inn for å bevise Liv Løbergs CV-juks. Advokat Erling O. Lyngtveit har tidligere uttalt til (ANB-NTB) at Løberg gruer seg. Rettssaken starter i skrivende stund og går over ni dager.

Tidligere administrasjonssjef for Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (Safh) er blant annet tiltalt for grovt bedrageri. Hun har brukt falske vitnemål fra renommerte høyskoler og universiteter og dermed sikret seg flere toppjobber i det offentlige. Hun risikerer nå ubetinget fengsel, og inndragelse av om lag 3,5 millioner kroner av lønnen hun har fått i jobbene.

Løberg har hatt jobber ved Rikshospitalet, Ullevål universitetssykehus og Norges veterinærhøgskole. Det var VG som avslørte jukset sommeren 2010.

*Kilde: ANB-NTB*

## 40 prosent har brukt ulovlig tvang

Foto: Colourbox

40 prosent av ansatte i sykehjem har det siste året opplevd at det har vært nødvendig å bruke tvang eller makt som ikke har hjemmel i lov. Det viser spørreundersøkelsen som NRKs Forbrukerinspektørene og Fagforbundet har gjort i fellesskap, og hvor 1474 av Fagforbundets ansatte i sykehjem har svart. Les mer om tvang i kommunenes omsorgstjeneste på side 18.

*Kilde: NRK*

# Morkake og faglig påfyll

Foto: Daniel Brox

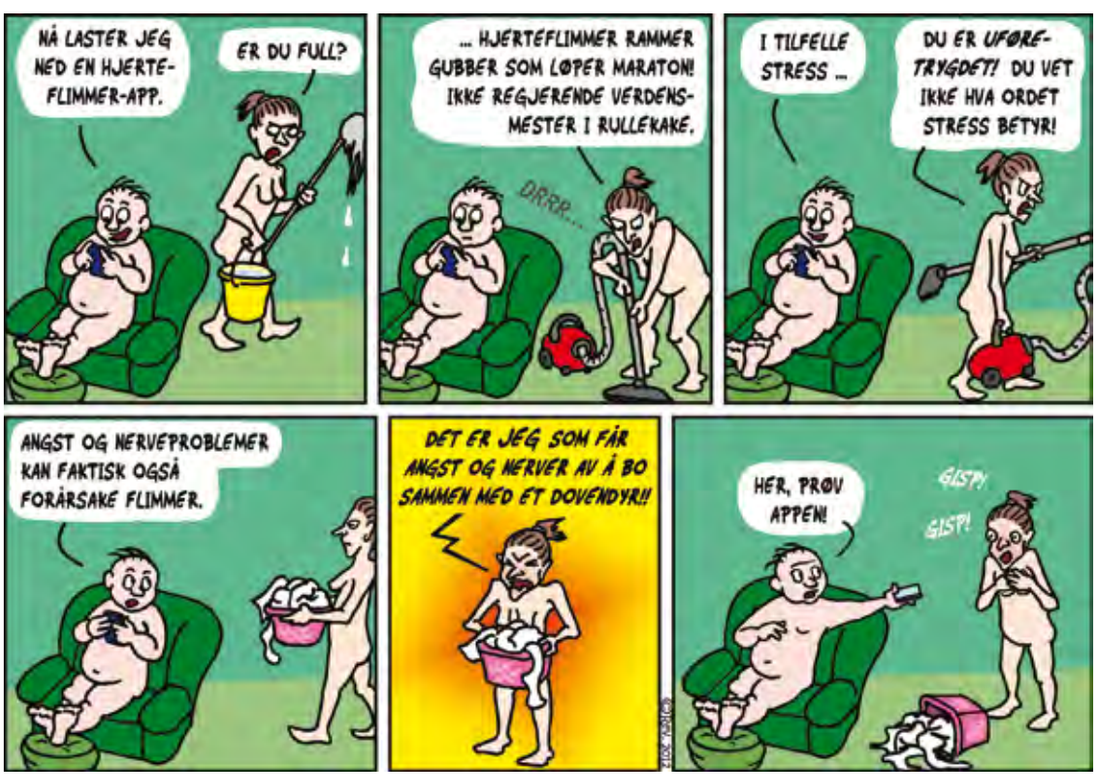
NSF Student i Tromsø har hvert år en fagkonferanse for og av sykepleierstudenter som ønsker litt ekstra faglig påfyll i en ellers travel studiehverdag.

– I år var fagdagen fullspekket av flotte forelesere som inspirerte, skapte glede og trigget følelser for lærere og studenter på både grunnutdanningen og videreutdanningene, sier Daniel Brox, fylkesrepresentant for NSF Student, Troms.

Foredragene handlet om voldsutsattes møte med helsevesen og offentlige etater, utfordringer i forhold til kjønnslemlestelse, å jobbe i felten for Leger uten Grenser og om det travle livet på Shifa-sykehuset i Gaza under Israels invasjon i 2008/2009.

I tillegg var det ulike stands fra NSFs faggrupper, avdelinger fra UNN og kommuner i Troms fylke. Jordmødrene hadde gjort seg ekstra flid og viste fram en ekte morkake som studentene fikk ta en nærmere titt på (se bildet).

TERAPI av Bodil Revhaug




## Meninger fra www.sykepleien.no

### – Det kan bli streik igjen

Hvorfor klarer ikke Sykepleierforbundet å forhandle fram bedre ordninger for sine medlemmer? (...) Det er betenkelig at helsefagarbeidere lønnes bedre enn sykepleiere, slik det kommer fram i denne artikkelen..

*Lill Inger Martinsen*

### Utdanning må lønne seg

Hvorfor er det bare utdanning i kommunal sektor som skal lønne seg? Kommuneansatte tjener bedre enn både private og statsansatte. Dere har derfor ingenting å klage over.

*Anonym*

Hele innlegget finner du på:
www.sykepleien.no_debatt

# Akribe selges

NSF har solgt forlaget Akribe til Cappelen Damm.

Tekst og foto **Marit Fonn**

**FORNØYD:** NSFs nestleder Solveig Kopperstad Bratseth mener at Akribe nå har fått en eier som kan videreutvikle virksomheten.

I over ti år har Norsk Sykepleierforbund (NSF) eid Akribe. 29. mars skiftet forlaget eier. Cappelen Damm har kjøpt.

– *Hvor mye fikk NSF?*

– Det er ikke offentlig, sier nestleder i NSF Solveig Kopperstad Bratseth, som også er styreleder i Akribe.

Hun er godt fornøyd med salget. Akribe har gitt ut fagbøker i sykepleie og helse- og sosialfag. Forlaget har også utviklet det elektroniske prosedyreverktøyet PPS, Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten.

### Flere ville kjøpe

Forhandlingene har pågått siden i høst.

– Interessen for PPS er voksende, også internasjonalt. Akribe er et middels stort forlag. For en utenlandslansering er det bra å ha et større forlag i ryggen, sier Bratseth.

Forlagssjef Marit Landsem Berntsen Landsem går av med pensjon i juni.

– Så uansett måtte vi ha vurdert hva vi ville gjøre videre med Akribe.

Berntsen opprettet Akribe i 1999. I 2001 kjøpte NSF forlaget, som ble aksjeselskap i 2004.

– *NSF har fått kritikk for å gi ut fagbøker, fordi det kan legge føringer for pensumvalget, og for å drive kommersiell virksomhet. Har dette vært et argument for å selge?*

– Det har vært en del av diskusjonen, men ikke framtredende, sier Bratseth.

### – Ikke et mål å tjene penger

I 2010 var omsetningen på 21 millioner kroner, og forlaget hadde et overskudd på 250 000 kroner. I 2011 gikk årsregnskapet omtrent i null.

– *Men de fleste årene har Akribe gått i minus. I 2008 var underskuddet for eksempel på 4 millioner. Har dette vært avgjørende?*

– Nei, økonomien har ikke vært avgjørende for salget. Det viktige har vært å få en eier som kan videreutvikle virksomheten både nasjonalt og internasjonalt, sier Bratseth,

Hun understreker at det ikke har vært noe mål for NSF å tjene penger på forlagsvirksomheten.

– Målet har vært å tilby faglige publikasjoner og bidra til kvalitet for pasienter og utdanningen.

### – Suksess

Cappelen Damm viser i en pressemelding til Akribes prisbelønte oppslagsverk «Det friske og syke mennesket» og lærebøker i grunnleggende sykepleie.

– Men PPS er forlagets største suksess. Akribe har nettopp tatt det første skrittet inn det danske markedet, skriver forlaget, som også vil gjøre PPS tilgjengelig for smarttelefoner og lesebrett.

### Ansatte flytter med

De ansatte blir nå en egen divisjon i Cappelen Damm.

– Det har vært viktig for oss at de blir ivaretatt. Vi har også inngått en samarbeidsavtale som innebærer minimum tre møter i året, sier Bratseth.

I det nye samarbeidsutvalget har studentlederen i NSF fast plass.

Marit Landsem Berntsen, som har vært forlagssjef i Akribe i 13 år, er også godt fornøyd med salget.

– Et godt valg og et riktig tidspunkt, sier hun.

## Bjarne Dahl

Aktuell som: **Psykiatrisk sykepleier og enhetsleder på intensivpsykiatrisk døgnenhet (Dikemark), Regional sikkerhetsavdeling, Oslo universitetssykehus**
Alder: **49 år**

**BAKGRUNN:**

Drapsmannen Anders Behring Breivik er blitt judisielt observert i tre uker på oppdrag av de sakkyndige som leverte sin rapport en uke før rettssaken startet. Konklusjonen var at Breivik ikke er psykotisk. Bjarne Dahl har ledet teamet som har utført den døgnkontinuerlige oppgaven i fengselet. Fire observerte om dagen, to om natten.

# Traff Breivik i fengselet

**Hvor mange sykepleiere har observert?**
– Teamet besto primært av psykiatriske sykepleiere med lang erfaring. De er med i mottaksteamet som tar imot akuttpasienter med høy risiko for utagering.

**Observerer dere ofte?**
– Kanskje to-tre ganger i året har vi judisiell observasjon. Retten oppnevner sakkyndige for å vurdere om arrestanten er psykotisk eller ikke. Noen ganger ber de om døgnkontinuerlig observasjon. Som regel er det vår avdeling og tilsvarende i Trondheim som brukes til dette.

**Hvordan gjøres det?**
– En psykologspesialist eller psykiater ved vår avdeling har det faglige ansvaret. Det er gjerne to psykiatriske sykepleiere som har ansvar for sykepleiedokumentasjonen. Den skrives på en spesiell måte.

**Utenom journalsystemet?**
– Ja, en særskilt rapport leveres til sakkyndige. Teamet har møter med sakkyndige for å planlegge observasjonene.

**På forhånd?**
– Ja, men også en gang i uken underveis, for å finne ut hvordan de skal tilnærme seg observanden. Vi kaller dem ikke pasient, for de er ikke formelt innlagt. Hvis observanden ikke vil samarbeide, kan det være vi må endre på ting.

**Må det spesiell kompetanse til?**
– Bare de mest erfarne kan være ansvarlige. Men alle ansatte har jo kontakt med observanden i avdelingen. Som regel observeres det i 4–5 uker. Det er mye dokumentasjon som nedtegnes.

**Har du selv observert?**
– Min rolle er å organisere og følge opp personalet. Ofte trengs ekstra veiledning.

**Ble det ekstra forberedelser denne gangen?**
– Ja, vi har aldri gjort en sånn type observasjon i fengsel før. Det var veldig komplisert.

**Fikk de råd om mentale forberedelser?**
– Alle aspekter ved saken ble gjennomgått.

**Er sykepleierne spesielt egnet til å observere?**
– Absolutt. Våre sykepleiere er videreutdannet, også i voldsrisiko, De har et stort ansvar. Dokumentasjonen legges fram for retten og mange vurderer arbeidet. Det er viktig at det er grundig.

**Må de vitne også?**
– Ikke ofte, men de må være forberedt på det. Som regel er det faglig ansvarlig som blir innkalt, ofte en psykiater.

**Hvilke pasienter har dere på avdelingen?**
– Pasienter med alvorlige psykiske lidelser og voldsatferd. De kommer fra lokale sikkerhetsavdelinger i Helse Sør-Øst og fra fengsel. De har gjort ganske alvorlige handlinger.

**Farlige pasienter?**
– Det kan du si. Selv om vi ikke bruker den betegnelsen.

**Er du opptatt av rettspsykiatrien?**
– Ja, faget er ikke formalisert i Norge i betydningen institusjonsbasert observasjon. Vi er antakelig eneste land i Vest-Europa som ikke har gjort det. Antallet judisielle observasjoner har økt de tre siste årene. Andre land har egne sykehus for rettspsykiatri. Det er behov for det her og.

**Hvorfor?**
– Døgnkontinuerlig observasjon kan gi flere svar enn samtaler med en rettspsykiater. Det er vanskelig å skjule psykiatriske symptomer over tid. Observanden er medisinfri, med mindre han er så psykotisk at det er uetisk.

**Er det mange myter om disse diagnosene?**
– Det er vel det. Men en indikasjon på at det skjer ting, er at flere sykepleierstudenter ønsker seg hit i praksis. Før turte de ikke.

**Gjør du deg spesielle tanker for tiden?**
– Det er mange meninger om vårt fagfelt, men vi kan ikke delta i den offentlige debatten. Det er en utfordring. Mange uttaler seg uten så god kunnskap. Men sånn er det.

**Skal du følge med på rettssaken?**
– Ja, det blir veldig interessant. Spesielt spørsmålet om tilregneligheit.

Tekst **Marit Fonn**
Foto **Erik M. Sundt**

**Fakta:**

Sykepleier Anne Dreyer disputerte 8. mars med doktorgradsavhandlingen «End-of-life decision-making in nursing homes. A qualitative study». Fra 2007 til 2008 har Dreyer dybdeintervjuet ni leger, ti sykepleiere og femten pårørende ved ti sykehjem i Sør-Norge. Hun konkluderer med at helsepersonell på sykehjem bør innføre samtalerutiner med pasienten og pårørende for å bedre dødsomsorgen.

# Strid rundt døende pasienter

– Konflikter mellom pårørende og helsepersonell tar oppmerksomheten bort fra hva som er det beste for den døende pasienten, sier forsker Anne Dreyer. Tekst **Bjørn Arild Østby**

Mange pårørende har manglende kunnskap om livets slutt, uten at deres rolle som pårørende blir tatt opp. Forsker og sykepleier Anne Dreyer mener helsepersonell på sykehjem bør innføre samtalerutiner med pasienten og pårørende for å bedre dødsomsorgen.

### Tilfeldighetene rår

– Det er lite fokus på pasientens evne til å ytre seg om behandlingsvalg og ønsker for livets slutt. Når slike spørsmål ikke tas opp, kan det føre til at mange pårørende vil føle de får et ansvar de ikke ønsker å ha, sier hun.

Dreyer er forsker ved Høgskolen i Oslo og Akershus og har tatt doktorgraden om beslutningsprosesser i sykehjem. Hennes studie viser at det er få rutiner for samtaler i sykehjemsoppholdet, og at pårørendes rolle er veldig uklar. Dette til tross for at de fleste som får fast plass på sykehjem dør der. Mye fokus rettes mot livsforlengende medisinsk behandling, mens spørsmål om å ta avskjed med familie og venner kommer i bakgrunn.

**«Pårørende tror de er ansvarlig for behandlingen.»**

– Jeg ble for eksempel overrasket over at pårørende tror de er ansvarlig for behandlingen pasientene får, sier Dreyer.

Som eksempel på sviktende kommunikasjon, nevner hun pårørende som ikke forstår at døende pasienter neppe tørster, og derfor kan finne på å presse i pasienten mat og drikke. Hun sier at det kan bli uheldig, fordi pasienten kan få ubehag av slike tiltak når de er døende.

– Når man ikke har samtaler innledningsvis, oppleves det for mange pårørende som et sjokk når de får beskjed om at pasienten er døende. Helsepersonell ser på det som en naturlig død og at det er godt at pasienten får slippe, mens for pårørende kan det være et stort traume. Det handler om eksistensielle spørsmål å miste foreldre – også ved høy alder, sier Dreyer.

### Vil ruste opp fagmiljøene

Studien viser videre at usikkerhet rundt livets slutt hos pårørende kan være bakgrunn for ønsker om innleggelse av døende pasienter fra sykehjem til sykehus, og at leger gir etter for et slikt ønske om det oppleves som press.

– På den andre siden foreslår sykepleierne at pasienten skal innlegges på sykehus dersom de opplever ansvaret for legens rekvirerte behandling i sykehjemmet som for stort, mener Dreyer.

Hun legger til at det også er lite rom for samtaler mellom leger og sykepleiere om enkeltpasienter. Fordi mange leger kun har en 20 prosent stilling i sykehjemmet enten som kommunelege eller fastlege, vanskeliggjøres mulighet for godt faglig samarbeid.

Dreyer foreslår ulike tiltak for å bedre samhandlingen mellom helsepersonell, pasient og pårørende. Blant tiltakene er bedre legedekning og større stillinger, nok sykepleiere og færre ufaglærte.

– Sykehjemmene vil få økende ansvar med samhandlingsreformen. Derfor er det desto viktigere å ruste opp fagmiljøene. Vi har en lang vei å gå før vi har nok kompetanse i sykehjemmene, ifølge Anne Dreyer.

**KOMMUNIKASJON** Det er lite fokus på pasientens evne til å ytre seg om behandlingsvalg og ønsker for livets slutt i sykehjem, mener Anne Dreyer i sin avhandling. Illustrasjonsfoto: Colourbox

# Nei til jobb under 24 000 kroner!

Sykepleierstudenter i Sverige har startet en aksjon for å få sykepleiere til å takke nei til stillinger med månedslønn under 24 000 kroner. Tekst **Bjørn Arild Østby**

Lønnsopprøret startet blant fjorårsstudentene i Umeå, og har siden spredd seg til flere deler av landet. I går meldte sykepleierstudentene ved Luleå tekniska universitet seg på lønnsoppropet «Våga vägra under 24 000».

- Vi mener en månedslønn mellom 20 500 og 21 500 kroner, som vi er tilbudt fra Västerbottens läns landsting, ikke er et rimelig tilbud etter en universitets/høyskoleutdanning på tre år. Vi krever en startlønn på 24 000, ellers takker vi nei, sier Sara Selin, en av talspersonene for studentopprøret i Umeå.

Begynnerlønnen er lik over hele Sverige, men ingen arbeidsgiver vil innrømme at de har et lønnskartell. Men flere mellomledere har lenge signalisert at de føler seg låst i forhold til lønn når de skal ansette sykepleiere.

**Viktig yrke!**

Forhandlingssjef Kerstin Persson i Vårdförbundet er opprørt over hvordan studentene blir behandlet ved ansettelsesintervjuer, og synes det er uforståelig at arbeidsgiverne ikke tar mer vare på de unge.

– Særlig med tanke på at arbeidsgiverorganisasjonen i Sveriges kommuner og landsting (SKL) nå går ut med en kampanje som de har kalt «Sveriges viktigaste jobb». Der slår de blant annet fast at det er viktig å få de unge til å satse på yrker innen pleie og omsorg, sier Persson.

Ifølge Statistiska centralbyrån vil det i løpet av 18 år mangle 30 000 sykepleiere i Sverige.

**Is i magen**

Aksjonen begynner å få effekt. Da St. Göran sjukhus tidligere denne måneden hadde åpen dag for sykepleiere som ønsker sommerjobb møtte rundt 30 stykker, halvparten fra aksjonsgruppa.

– Det virket som en trivelig arbeidsplass, men ingen kommer til å søke seg dit. Vi gir oss ikke på en begynnerlønn på 24 000 kroner, sier Ulrika Blumfelds som er talsperson for gruppen til Vårdfokus.

– Nå når det trengs så mange sommervikarer er det viktig at vi har is i magen, og ikke aksepterer den lave begynnerlønnen, sier Minna Juntura, som er siste års student ved sykepleierutdanningen i Linköping. ||||

# Vet mer om hva pasientene mener

Det er ikke så ille å vente, bare man får god informasjon, mente pasientene. Det var en positiv overraskelse for sykepleierne på Dagkirurgisk senter på Ahus. Tekst og foto **Kari Anne Dolonen**

Hver dag kommer om lag 35 pasienter til Dagkirurgisk senter (DKS) ved Ahus. På totalt ni operasjonsstuer opereres alt fra gastropasienter, urologi, kar/thorax, ortopedi, gynekologi, til øre-, nese- og halspasienter.

– Vi opererer det meste, konstaterer intensivsykepleier Anne Sofie Midthaug.

Målet er at alle pasientene skal være fornøyd når de er ferdig behandlet.

### Fire år

Det er nå gått fire år siden Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten først tok kontakt med DKS med spørsmål om de ville delta i et pilotprosjekt.

– Vi skulle dokumentere tilbudet vårt ut ifra pasientenes øyne. Hva gjør vi bra? Hva kan vi bli bedre på? Og eventuelt hvordan forbedrer vi oss, forteller Beate Kongsrud.

## «Pasientene er faktisk mer fornøyd enn vi trodde.»

Det sa sykehuset ja til, og etter fire undersøkelser, en hvert år, sitter Kongsrud og Midthaug på masse dokumentasjon. I overkant av 600 pasienter har sagt sin mening. Svarene er vektet på en skala der én er dårligste skår, og fem er beste skår.

– Dokumentasjonen viser hvor pasientene mener vi kan bli bedre, og ikke minst hvor de mener vi er gode. For det er viktig å få frem at pasientene faktisk er svært fornøyde, sier Midthaug.

### Venting og støy

For fire år siden hadde Anne Sofie Midthaug og seksjonsleder merkantil, Beate Kongsrud, en nokså klar oppfatning om hvor fornøyde pasientene var med jobben de gjorde.

– *Hva trodde du pasientene var misfornøyd med?*

– Venting, uro og støy. Det er et høyt tempo på posten, og pasientene ligger tett, sier Midthaug.

Det samme trodde seksjonsleder merkantil Beate Kongsrud.

### Ærlige pasienter

– *Tror dere pasientene svarer ærlig?*

– Ja. Undersøkelsene er helt anonyme. Vi kan ikke spore svaret tilbake til pasientene. Det er vi svært opptatt av å informere om, sier Kongsrud.

Svarene fra pasientene blir nøye gått igjennom, og Kongsrud og Midthaug formidler dette videre til alle ansatte. De ansatte jobber kontinuerlig for å finne løsninger som gjør at pasientene blir så fornøyde som mulig.

Enkelt oppsummert har pasientenes kommentarer avdekket at dette er de fire viktigste områdene:

1. Informasjon generelt
2. Informasjon ved utskrivning som handler om hva de kan gjøre, ikke gjøre og hvem de kan kontakte hvis de lurer på noe.
3. Personvern
4. At de er trygge på at de klarer seg selv når de kommer hjem.

### Pasientenes mening

– *Stemte pasientenes mening med det dere trodde på forhånd?*

– Faktisk var det flere områder hvor vi ble positivt overrasket. Støy og uro var det få pasienter som opplevde negativt. Ventetid skåret heller ikke lavt, sier Midthaug.

Ved DKS har de laget rutiner som sikrer at pasienter innen 10 minutter på venterommet blir kontaktet.

– Da gir vi informasjon om hvorfor det er forsinkelser. Hvis ventetiden blir lang, får pasientene tilbud om at vi ringer dem når ventetiden er over, så kan de gå en tur ut. Folk tåler å vente dersom de bare får informasjon, sier Midthaug.

Når det gjelder støy og uro er det begrenset hva de kan gjøre for å skjerme pasientene, men de har gjort noen grep.

– Vi har ordnet det slik at barn holdes for seg. Vi har også begrenset besøkstilgangen for pårørende for at det skal være roligere, sier Kongsrud.

### Informasjon

Informasjon er et område hvor det har kommet mange forslag til forbedringer. Spørreskjemaene har et åpent felt hvor pasientene kan skrive ned hva det måtte være av forslag.

– Informasjon til pasientene som er mest mulig konkret for deres inngrep, er noe vi jobber med kontinuerlig. Det er laget et informasjonsskriv angående alle inngrep vi utfører. Disse skrivene blir etter hvert lagt ut på sykehusets nettside og kan lastes ned av alle, sier Midthaug.

I tillegg får pasientene med seg et kort når de drar hjem. På kortet står det hvilken lege som har behandlet dem, og et telefonnummer de kan ringe dersom det er noe de lurer på eller om det skulle oppstå problemer komplikasjoner, sier Midthaug.

– Det gir trygghet, sier Kongsrud.

### Utskrivningsklar

Som tidligere nevnt behandles pasienter fra ett til 90 år her, og antall inngrep er høyt. At alle skal være fornøyde, er en utfordring.

**FIKSER ALT:** Sykepleierne Beate Kongsrud (til venstre) og Anne Sofie Midthaug har fått vite mer om hvordan pasienten opplever møtet med Dagsenteret på Ahus.

– Noen pasienter hopper ut av senga idet de våkner fra narkose og vil ut og hjem så fort som mulig. Andre har bestemt seg for at de vil bli over natten allerede før de kommer. Dette er ytterpunktene. Vi skal gå alle i møte og prøve å gjøre alle fornøyde. Det er ikke alltid det går, men vi prøver så godt vi kan, sier Kongsrud.

Tilbakemeldingene fra pasientene viser at noen mener de er sendt hjem for tidlig.

– *Kan dere gjøre noe med det?*

– Det ligger jo i dagkirurgiens natur at man sendes raskt ut, men vi ønsker ikke at folk sendes hjem før det er sikkert at de klarer seg på egen hånd. Vi har et område i avdelingen hvor pasienter kan flytte fra seng til stol og ta det litt med ro før hjemreise. Noen pasienter må kanskje legges inn og bli over natten. Det er vurderinger vi må gjøre fra case til case og som er medisinsk betinget, sier Midthaug.

## Personvern

Når det blir så tett mellom pasientene og kun et skjermbrett skiller, er det en utfordring å ivareta personvernet.

– Når en pasient hører hva som foregår i nabosenga, er det fort å tenke at «alle» hører hva som skjer med dem selv. Når det lar seg gjøre, prøver vi å ta pasienten med oss til et mer skjermet sted når informasjon skal gis, sier Midthaug.

I løpet av det siste året har de også fått litt bedre plass. Det hjelper noe.

## Lærer mye

Undersøkelsene har vært bevisstgjørende for alle som jobber ved DKS. Spesielt har alle positive tilbakemeldinger fra pasientene gitt dem et løft.

– Pasientene er faktisk mer fornøyd enn vi trodde. Vi får mange hyggelige tilbakemeldinger. Samtidig er ledelsen blitt mer oppmerksom på arbeidet vi gjør, og at vi gjør utbedringer basert på dokumentasjon. Alle har et eierforhold til dokumentasjonen som alltid først presenteres for de ansatte. Vi opplever at undersøkelsene stadig oftere blir referert til. Og vi har ved flere anledninger blitt spurt om å presentere resultatene, både internt og eksternt, sier Kongsrud.

– En av de tingene jeg er mest glad for, er at pasientene er svært fornøyd med smertelindringen de har fått under oppholdet. Smertelindring er svært viktig når en driver med kirurgi, og er et av mine interesseområder, sier Midthaug.

## Infeksjoner

Nå skal de sammen med ulike fagfolk ved sykehuset vurdere om det er nødvendig å se nærmere på infeksjonsraten. I spørreskjemaet blir pasientene blant annet spurt om de har fått sårinfeksjon postoperativt, om de har oppsøkt lege og om infeksjonen er blitt behandlet med antibiotika. I 2011 svarte 7,1 prosent at de hadde fått en slik infeksjon. Det gjelder 15 pasienter.

– Det er imidlertid vanskelig å si om dette er riktig fordi det her kan være mange feilkilder. En kan være at informasjonen ikke kommer fra lege, men pasienten selv. Det kan fort bli slik at om et sår blir irritert og hovent, så gir fastlegen antibiotika i tilfelle det er en infeksjon. Det behøver ikke bety at det er det. Fire av pasientene kan ha hatt en infeksjon allerede før inngrepet (øre, nese, hals). Men for å få mer kunnskap studerer vi nå dette nærmer. Vi lærer hele tiden, sier Midthaug.

### Fornøyde pasienter

**Her er noen av resultatene fra fire år med pasientundersøkelser. 1 er dårligste skår og 5 er beste skår.**

| | |
|---|---|
| **Samlet vurdering av Dagkirurgisk senter:** | **3,9-4,0** |
| Tilfredshet med behandling: | 4,4-4,5 |
| Tillit til faglig kompetanse: | 4,4-4,5 |
| Omsorg fra personalet: | 4,4 |
| Lyttet personalet til deg?: | 4,3-4,4 |
| Ventetid: | 3,9-4,0 |
| Informasjon før innleggelse: | 4,0-4,1 |
| Informasjon om bedøvelse: | 4,1-4,2 |
| Fikk du svar på alt du spurte om før du forlot Dagkirurgisk senter: | 4,1 |
| Informasjonsskriv: | 3,8-4,0 |
| Tilstrekkelig ro og hvile | 4,0 |
| Fikk du tilstrekkelig smertelindring: | 4,4-4,5 |
| Følte du deg i tilstrekkelig form da du dro hjem: | 3,9-4,0 |
| Personvern og skjerming: | 3,8-3,9 |

**Fakta:**

Undersøkelsen er en del av arbeidet til prosjektet SUSSH fra Universitetet i Bergen, Unifob Helse og SOVno, som ser på søvn, skiftarbeid og helse hos sykepleiere. Tanken er å følge de samme sykepleierne over ti år for også å få avklart langtidseffekter av skiftarbeidet.

# Turnusarbeid gir søvnproblemer

Mer enn tre av ti sykepleiere som arbeider turnus lider av søvnproblemer, viser ny undersøkelse blant 2 000 sykepleiere. Tekst **Bjørn Arild Østby**

Søvnproblemene sykepleierne sliter med fører også med seg andre helseproblemer. Over 30 prosent mener selv at de sliter med såkalt skiftarbeidslidelse, men få benytter seg av hjelpemiddel mot problemene, ifølge den landsomfattende undersøkelsen.

### Direkte årsak

– Søvnproblemene viser seg å være direkte knyttet til arbeidstidsordningen, sier stipendiat Elisabeth Flo ved Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen.

Hun mener det viktigste funnet i undersøkelsen er denne tydelige koplingen mellom søvnproblemene og arbeidstid.

– Vi så også at hvis man jobber mange netter på rad eller har mindre enn 11 timer mellom vaktene så øker risikoen for å få søvnproblemer. Det er også problematisk å ha kveldsvakt og så gå på jobb tidlig morgenen etter, sier Flo.

### Angst

Søvnproblemene medfører også problemer med angst. Jo eldre sykepleierne er, dess vanskeligere har de for å jobbe mye turnus.

– Samtidig er det viktig å understreke at over 60 prosent ikke har problemer. Med tanke på at de jobber mye om natta under vanskelige arbeidstider takler mange det godt. Men det må tas på alvor at mer enn tre av ti sykepleiere som jobber turnus har problemer, sier Flo.

Deltakerne i undersøkelsen ble også spurt om bruk av hjelpemidler mot søvnproblemer, som lysterapi eller tilførsel av melatonin og sovemedisin. Svært få benytter seg av disse hjelpemidlene.

Esso

ALT PÅ ETT KORT

NYHET!
DRIVSTOFFRABATT
50 øre
fra første liter

Esso MasterCard er mer enn gode rabatter på drivstoff. Det er også et fullverdig kredittkort uten årsavgift, som sparer deg for penger.

Les mer om alle fordelene på nettsiden vår.

essomastercard.no
Drivstoffrabatt og mye, mye mer

Send en SMS med **SYKEPLEIERNE** og **e-postadressen** din til **2290** så sender vi deg søknadsskjema.

Tilbudet gjelder medlemmer av Norsk Sykepleierforbund / Drivstoffrabatt er øre/liter på pumpepris drivstoff inkl. moms / Effektiv rente ved en kreditt på kr 15.000 er 32,32%

HVA MENER DU?
Delta på avstemningen på sykepleien.no

# Skal pasienten tvinges?

Hvor syk skal en person være før helsepersonell kan gripe inn med tvang?

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers**

På hvilken måte skal tvang gjennomføres? Dette er spørsmål hvor debatten går høyt i disse dager. Parallelt med at det innføres en hasteendring i psykisk helsevernloven for å kunne øke sikkerheten rundt Anders Behring Breivik, foregår det nemlig et langt langsommere arbeid med å revidere tvangsforskriftene – i den samme loven.

En arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet kom med en omfattende gjennomgang av tvangslovgivningen i fjor, i NOU-en «Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet». Denne rapporten er nå tilbake på departementets bord, etter en høringsrunde hvor nærmere 80 instanser har avgitt sin mening.

Ett av forslagene hvor debatten går høyt, er forslaget om at pasienter som har beslutningskompetanse, ikke skal utsettes for tvungent psykisk helsevern.

Begrunnelsen er blant annet at det er vanskelig å legitimere tvangsbruk overfor mennesker som selv har beslutningskompetanse. Det at pasienten har en alvorlig psykisk lidelse, er ikke i seg selv nok til å overprøve pasientens egne vurderinger.

Motargumentet mot å innføre denne lovendringen er at det i mange tilfeller vil være vanskelig for helsepersonell å trekke grensene mellom hvem som bør tvangsinnlegges i sykehus og ikke. Dersom en alvorlig psykisk syk har beslutningskompetanse, men ikke ønsker en innleggelse, kan det være utfordrende for de som står rundt, helsepersonell og pårørende, å kunne finne gode behandlingsalternativer.

Det kan også være vanskelig å trekke eksakte linjer mellom hvem som har beslutningskompetanse og ikke, og noen vil pendle mellom - når de er på sitt sykeste, mangler de kompetansen, når de friskner til, kommer beslutningskompetansen tilbake.

Et etisk dilemma i dagens lovverk, er om det er riktig å fortsette et tvungent vern overfor syke som har fått tilbake beslutningskompetansen – etter at de har fått medikamenter som hjelper. Det er trolig flest i denne gruppen som vil merke denne lovendringen best.

**Ja til tvang mot beslutningskompetente:**

- Vanskelig å finne en god måte å ivareta en alvorlig syk dersom han eller hun ikke ønsker behandling
- Vanskelig i praksis å finne klar avgrensning mellom beslutningskompetente fra ikke-kompetente
- Mange har tilleggsproblemer som rus og utagerende adferd, som gjør beslutningskompetansen ustabil
- Hindre at den syke blir sykere, og at andre problemer eskalerer.

**Nei til tvang mot beslutningskompetente:**

- Alvorlig psykisk lidelse er ikke nok til å overprøve pasientens ønsker
- Helsepersonell må anstrenge seg mer for å få til frivillig behandling av den syke
- Pasienten vil få økt selvbestemmelse, og kunne oppleve økt mestring og verdighet
- Psykisk syke møtes mer likt mennesker med andre lidelser

Kommunetorget.no
- for planlegging av folkehelse- og rusarbeid i kommunene

# Her er dørene åpnet

Fauske sykehjem er et av svært få som følger loven rundt tvungen helsehjelp. Det har gitt mindre låste dører og mer papirarbeid enn før.

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Gull Pedersen**

Statens helsetilsyn sjekket i fjor 44 kommuners sykehjem/omsorgssentre for å se i hvilken grad pasientrettighetslovens kapittel 4A følges. Tilsynene fortsetter med omtrent samme antall i år, så noen endelig rapport foreligger ikke ennå. Men så langt er det ingen overdrivelse å si at det står sørgelig dårlig til.

Kun tre av kommunene fulgte loven.

– Resultatene viser at dette er et område det er viktig å være opptatt av – både for tilsynsmyndighetene og, ikke minst, for ledere og ansatte på sykehjemmene, sier Richard H. Knoff, avdelingsdirektør i Statens helsetilsyn.

Han påpeker at hvis reglene ikke følges, kan pasientene risikere å ikke få den hjelpen de trenger, fordi personalet ikke kjenner til muligheten til å bruke tvang for å få gjennomført hjelpen.

– Alternativt kan pasienter bli utsatt for ulovlig tvangsbruk. Begge deler kan ha alvorlige konsekvenser for pasienten, sier han.

**«I vedtaket står det «tvang», og det er jo et skummelt ord.»** *Merete Riise*

### Kapittel 4A

Kapittel 4A i pasientrettighetsloven kom i 2009 og beskriver hvordan man kan gi helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen.

**Fire punkter det syndes mot:**

**Før tvangstiltak kan vedtas, må kommunen:**

- Vurdere samtykkekompetansen.
- Identifisere pasientens motstand mot helsehjelpen, noe som kan uttrykkes både muntlig, og mer eller mindre tydelig gjennom atferden.
- Gjennomføre tillitskapende tiltak.

**Kommunen har også plikt til å bruke tvang:**

- Hvis pasienten står i fare for å pådra seg vesentlig helseskade, plikter kommunen å gjøre helsefaglige vurderinger av om helsehjelpen kan gjennomføres med tvang.

### Sykehjem i Fauske forbedret seg

Fem av kommunene fikk avvik, men har gjort tiltak slik at tilsynet er avsluttet. En slik kommune er Fauske. Der fikk sykehjemmet påvist tre avvik for et år siden:

- Kommunen sikrer ikke at motstand mot helsehjelp hos pasienter identifiseres og at pasientens manglende samtykkekompetanse alltid blir vurdert.
- Kommunen har ikke avklart hvem som har ansvar for vurdering av tvungen helsehjelp til personer som motsetter seg helsehjelp, samt fatter vedtak om tvang.
- Pasientene holdes tilbake uten at det er gjort vurdering om vedtak om tilbakeholdelse.

Etter at de forbedret rutinene, ble tilsynet avsluttet. Hva gjorde de?

### For mange låste dører

– I utgangspunktet opplevde jeg loven som komplisert. Men vi valgte å se på tilsynet som en mulighet, sier enhetsleder Stein Ole Rørvik ved Fauske sykehjem.

De fikk inn systematisk opplæring og involverte de ansatte i å utarbeide rutinebeskrivelser. I prosessen har de fått god hjelp av Helsetilsynet hos Fylkesmannen.

*– Fikk du noen aha-opplevelser?*

– Ja, det faglige fokuset ble fremhevet mer enn jeg hadde trodd. Gjennom blant annet det tillitskapende arbeidet fikk vi sikret pasientene på en bedre måte. Dessuten hadde vi for mange låste dører. På de to somatiske avdelingene har vi nå åpnet dørene, mens på demensavdelingene har vi gjort vedtak på tilbakeholdelse for hver enkelt pasient, slik at dørene der er lovlig låst.

### En dags skriving per vedtak

Sykepleier Merete Riise på en av demensavdelingene sier de er stolte av ikke å ha endret noe av det praktiske pasientarbeidet på hennes avdeling. Det viser at de ikke gjorde noe galt i forhold til pasientene.

– Men det er blitt mye mer papirarbeid på oss sykepleiere og hjelpepleiere som skriver vedtak.

Riise bruker en dag på å skrive et vedtak som vanligvis er på mellom åtte og ti sider. Er det en tung pasient som krever omfattende tvangstiltak som beltebruk, kan det ta 14-15 timer å skrive.

– Heldigvis har enhetsleder innsett at vi må frikjøpes for å gjøre det arbeidet. Det er nesten like tidkrevende som å drive forskning, alt skal dokumenteres og henvisningene må være i orden.

Kopi av vedtaket går også til de pårørende. Det er nytt. Tidligere ble de pårørende informert under innkomstsamtalen. De ansatte ble etter hvert kjent med de pårørende, og informerte underveis når det var noe.

– Vi har hatt et par pårørende som har kommet til oss med vedtaksbrevet og spurt hva dette er for noe. Jeg tror det er overskriften som skremmer. Der står det «tvang», og det er jo et skummelt ord, sier Riise.

### Blir ansvarliggjort

Vedtakene gjøres for et år av gangen, men allerede etter tre måneder kommer et oppfølgingsbrev fra Helsetilsynet, adressert til den sykepleieren eller hjelpepleieren som har gjort vedtaket. Der ber de om svar på om den ansvarlige akter å opprettholde vedtaket.

*– Det høres litt tungvint ut?*

– Ja, men det er faktisk det minste problemet, fordi det svaret kan jeg sende med e-post siden jeg allerede har et saksnummer og kan unngå navn og personnummer, sier Riise.

*– Hvis dere gjør vedtak for et år om gangen blir det bare en gang i året på hver pasient?*

– Nei, det blir vedtak underveis også. For fem uker siden hadde vi for eksempel en mann

**FRI SOM FUGLEN:** Nå kan Anna Simonsen (83) gå inn og ut av de somatiske avdelingene på Fauske sykehjem som hun ønsker, uten å måtte spørre personalet om å låse opp først.

som ramla og brakk foten. Han trodde han kunne gå, og vi måtte bruke sikkerhetsbelte i stolen for å hindre at han belasta foten. Da valgte vi å utvide vedtaket til bruk av belter. Det gikk helt greit.

Riise synes for øvrig det er bra at hun blir ansvarligholdt ved at navnet hennes står på brevene fra Helsetilsynet i sakene som gjelder vedtak hun har skrevet.

– I begynnelsen var det litt skummelt, men det skulle egentlig bare mangle at man ikke er ansvarlig for sine handlinger.

*– Skyver dere heller legene foran dere i slike vedtak?*

– Ja, eller at vi gjemmer oss bak det store vi-et. Før sa vi: «Vi har bestemt at…» Nå er det «Jeg har bestemt…», det er nok litt uvant for både hjelpepleiere og sykepleiere.

**Plikt til tvang**

Helsetilsynets inspeksjoner har vist at flere kommuner er opptatt av å begrense tvangsbruken, men er ikke alltid like klar over at de også har en plikt til å vurdere tvang når det er fare for vesentlig helseskade hos pasienten.

Ved demensavdelingene på Fauske sykehjem har de hele tiden tenkt og gjort riktig selv om de ikke har hatt papirene i orden. Er det noen som har stått med avføring i baken, har vedkommende blitt tørket til tross for protester.

Eller de smører salve på dem som har bleier som kan bli våte, selv om pasienten vegrer seg. Alt for å unngå sår hud.

– Vi var først redde for at vi måtte slutte med slike ting, når vi skulle begynne å følge loven, men vi har tenkt riktig. Vi kan heldigvis si til de pårørende at vi behandler deres kjære akkurat som før, sier Riise.

Tilsynet hos Fauske sykehjem er nå avsluttet. I avslutningsrapporten skriver Helsetilsynet blant annet:

«Helsetilsynet har fått en meget god oversikt over hvilke tiltak som er gjennomført og hvilke tiltak som er planlagt gjennomført i etterkant av tilsynsbesøket. Vi har i etterkant av tilsynsbesøket i tillegg mottatt flere vedtak i forhold til tvungen helsehjelp, disse vedtakene har alle vært godt vurdert og tilstrekkelig begrunnet.»

**TILLITSSKAPENDE ARBEID:** Gjennom forbedringsarbeidet ved Fauske sykehjem har enhetsleder Stein Ole Rørvik og sykepleier Merete Riise sikret pasientene på en bedre måte.

# Sykepleier kan være ansvarlig

I loven står det at den som er ansvarlig for helsehjelpen skal fatte vedtaket om at helsehjelpen skal gjennomføres med tvang. Men hvem er egentlig det? Tekst **Eivor Hofstad**

Er det hjelpepleier, sykepleier, avdelingsleder, enhetsleder, lege eller helseledelsen i kommunen som er den ansvarlige for helsehjelpen?

### Må ha tydelige retningslinjer

– Ved medisinske og odontologiske vurderinger og behandling er det lege eller tannlege som er ansvarlig. Det må følgelig være lege eller tannlege som fatter vedtak om tvang for å gjennomføre slik helsehjelp. I forbindelse med pleie og omsorg kan også annet personell være ansvarlig, for eksempel sykepleier eller helsefagarbeider/hjelpepleier. Det beror på kvalifikasjoner og faglig forsvarlighet, sier Hanne Skui, seniorrådgiver i Helsedirektoratet.

Hun har jobbet med implementeringen av kapittel 4A i pasientrettighetsloven.

Skui påpeker at i de tilfellene det er flere sykepleiere som deltar i pleien av en pasient, kan en for eksempel tenke seg at det er avdelingsleder som fatter vedtak, forutsatt at vedkommende er faglig kvalifisert.

– Kommuner og virksomheter som har tydelige retningslinjer for hvem som har ansvaret for helsehjelpen og å fatte vedtak, gjør det lettere for helsepersonell å følge loven, sier hun.

### Krevende regelverk

*– Loven er tre år gammel. Hvorfor kjenner ikke helsepersonellet den bedre?*

– Regelverket kan være krevende å praktisere. Blant annet kan det være uvant for helsepersonell å fatte vedtak. Men det er bare én mulig forklaring. Regelverket skal evalueres, sier Skui.

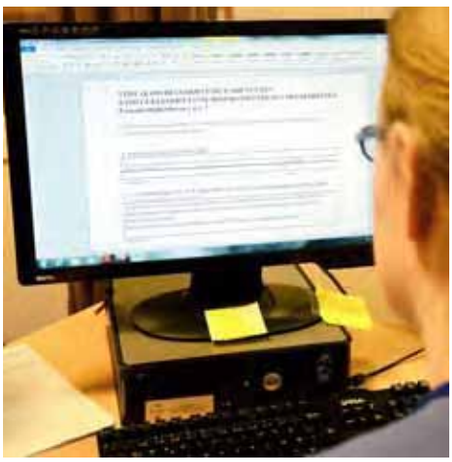
Hun legger til at det er viktig at kommunene og helseforetakene benytter seg av opplærings- og veiledningsmaterialet som Helsedirektoratet har utviklet. I tillegg driver fylkesmennene opplæring både på eget initiativ og etter henvendelse fra helsetjenesten.

*– På demensavdelingene i Fauske har de ikke endret noe av praksisen mot pasientene etter at de begynte å følge loven. De bruker bare mer tid på skrivearbeid og mindre tid på pasientene. Er det så bra, da?*

– Det er vanskelig for meg å vurdere konkret praksis i en virksomhet. Men jeg må understreke at hensikten med regelverket ikke er å skape merarbeid og byråkrati, men å legge til rette for gode vurderinger som sikrer nødvendig helsehjelp med minst mulig tvangsbruk, sier Skui.

Avdelingsdirektør Richard H Knoff i Statens helsetilsyn mener sykehjem og kommuner må satse mer på kompetanseheving, veiledning og refleksjon omkring temaet.

– Ledelsen på sykehjem og i kommunene må legge til rette for dette og sørge for at det gjennomføres. Jeg oppfordrer sykehjemmene og kommunene til å lære av hverandre, sier han.



**TIDKREVENDE:** Å skrive et vedtak tar en dag for sykepleier Merete Riise. Er det omfattende tvangsbruk, tar det opptil 15 timer. Foto: Gull Pedersen

**«Det kan være uvant for helsepersonell å fatte vedtak.»** *Hanne Skui*

# – Hvordan har du det?

Arbeidsgivere må holde kontakten med kvinner i svangerskapspermisjon om de vil ha dem tilbake i jobb, ifølge ny doktoravhandling. **Tekst Bjørn Arild Østby**

Livet endrer seg fullstendig når man får sitt første barn. Store spørsmål melder seg. Kanskje har familien vokst fra både hus og bil og må flytte, sier universitetslektor Marit Alstveit, som har bakgrunn som helsesøster.

I doktorgradsarbeidet sitt ved Universitetet i Stavanger har Alstveit sett på den psykiske forandringen det er å få et barn, hvordan førstegangsgravide har det på arbeidsplassen, og hvordan det er for de nye mødrene å komme tilbake i jobb.

– Permisjonstiden er en tid der det skjer mye i familielivet. Kvinnene gjør opp status og stokker kortene på nytt. Mange vurderer om de skal tilbake i samme jobb, og om de skal redusere stillingen for å få ting til å gå i hop, ifølge Alstveit.

## «Etter fødselen stokkes kortene på nytt» *Marit Alstveit*

### Må snakke sammen

– Mange føler seg oversett på arbeidsplassen så snart de er gravide. De ønsker fortsatt å få anerkjennelse for den jobben de gjør, men de opplever at de ikke får det, sier Alstveit.

Hun synes det er påfallende at tilretteleggingen for gravide kvinner på arbeidsplassen er så dårlig, når så mange fertile kvinner er i arbeid. Sykmeldinger blir en naturlig konsekvens av dårlig tilrettelegging.

– Det er ikke alltid så mye som skal til. Flere hvilepauser, litt avlastning og hjelp til å ferdigstille oppgaver før permisjonen begynner, er noen tiltak. Arbeidsgiver og den gravide må også avklare hvordan kontakten mellom dem skal være i permisjonstiden, og hvilke planer og forventninger de har til tiden etter permisjonen.

### Fra hjem til jobb

– Etter permisjonstiden rives mødrene ofte mellom jobb og hjem. De vil gjerne gjøre jobben minst like bra som før de ble gravide, samtidig som de vil gjøre alt som er til beste for barnet. For å mestre alle rollene kan noen strekke seg så det går på helsa løs. Selv om vi har gode permisjonsordninger i Norge, har vi også et økt arbeidspress. Arbeidslivet har endret seg. Høye krav og høyt tempo gjør at mange kvinner prøver å mestre mer enn det som er mulig, sier Marit Alstveit.

**Fakta:**

Helsesøster Marit Alstveit disputerte for doktorgraden 16. mars med avhandlingen «Å være gravid og å bli mor i lys av yrkesaktivitet: En fortolkning av yrkesaktive kvinners og helsepersonells perspektiver». Studien er basert på intervjuer med helsepersonell ved helsestasjoner og yrkesaktive kvinner i svangerskapet, i permisjonstiden, og når de er tilbake i jobb.


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 oksygeni 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 i korn.

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 oppgaven, 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.

**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 helsekostforretninger.**

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

24 Grete Irene Sæther ›
26 Annette Skeie Jakobsen
28 Ann-Kristin Johansen ›
30 – Løs problemene! ›
31 Smartpris ble springbrett for vinnerne ›

### Smartprisen 2011

I år er det sjette år på rad at Sykepleien og KS har utlyst en konkurranse om gode ideer som sykepleiere har vært med på å utvikle. Etter kvalitetssikring av Innomed/Sintef i Trondheim, fikk fagjuryen forslag fra 13 kvalifiserte kandidater. Tre priser ble delt ut: Prisen som Årets innovatør (75 000 kroner) og to priser til to oppfinnere (hver på 75 000 kroner).

To kvinner i Trondheim og én i Kristiansand lot seg ikke stanse da de fikk en lys idé. De kunne løse et problem de hadde opplevd i helsetjenesten.

Idéene ble til skisser, til prototyper og noen også til patentering og produksjon. For dette har de nå vunnet hver sin Smartpris på 75 000 kroner.

# De fikk en idé. Så skapt

e de en ny virkelighet.

**Grete Irene Sæther har vunnet Smartprisen for Årets oppfinnelse**

Prisen går til en konkret ny oppfinnelse eller en idé til en konkret ny oppfinnelse som kan bidra til å løse praktiske utfordringer i helsesektoren

Hun får **75 000 kroner**

# – Jeg er praktisk anlagt

Operasjonssykepleier Grete Irene Sæther (39) fikk oppfinnerideen på sykehjemmet: En smart do. Tekst og foto **Marit Fonn**

For 16 år siden jobbet Grete Irene Sæther på sykehjem. Der hjalp hun eldre bevegelseshemmede pasienter med hygienen når de var på toalettet. Dette medførte mange tunge løft for henne og uverdige situasjoner for pasientene.

Slik fikk hun ideen som nå har gjort henne til en av årets to oppfinnere: Et toalett som skal gjøre det lettere for både pasienter og pleiere under stell.

### Søkte etter gründere

Sæther var først hjelpepleier på sykehjemmet, men utdannet seg til sykepleier i 2002. Hun gjorde ikke noe mer med ideen hun fikk den gangen.

Men i 2010 fikk hun en påminner. Hun videreutdannet seg da til operasjonssykepleier på Høgskolen i Sør-Trøndelag, og skolen oppfordret sine studenter: Kom med ideer og søk om gründerstipend!

Sæther husket straks sin gamle ide.

– Jeg sendte den inn, men mest på tull, forteller hun.

### Praktisk, ikke teknisk

Hun jobber nå på St. Olavs Hospital i Trondheim. Inne på nevrokirurgisk operasjonsavdeling er hun grønnkledt fra topp til tå.

Hun forteller videre hva som overraskende skjedde med ideen for to år siden:

– Jeg fikk oppfølging og rådgivning. Så søkte jeg om stipend og fikk 60 000 kroner.

Stipendet inspirerte. Nå ønsker Sæther å videreutvikle sin ide og trenger penger til konseptutvikling. Derfor søkte hun om Sykepleiens smartpris.

*– Ser du ideen din for deg?*

– Jada, men det var først og fremst en løsning på problemet jeg så. Det er det jeg er god til. Jeg er en praktisk anlagt sykepleier. Ingen tekniker. Jeg kan jo ikke tegne.

Derfor har hun fått profesjonell hjelp til å tegne toalettet.

### Intimhygiene er tabu

– Vi skryter ikke av at vi hjelper pasientene med intimhygiene, vi sykepleiere. Vi sitter ikke på bussen og forteller om intimvask. Det er ikke det vi fronter yrket med. Denne oppgaven er litt tabu, samtidig er den så viktig.

Hun viser til at det fins mange slags hjelpemidler som skal lette arbeidssituasjonen. Men ingen av dem hjelper både pasienten og sykepleieren, mener hun.

*– Hvordan har du klart å holde Petter Smart-motivasjonen oppe etter at du skiftet fagfelt?*

– Jeg er blitt møtt så positivt. Det er som å løpe etter en ball. Veldig morsomt.

### Mer verdig for pasient og pleier

Sæther har levert en detaljert beskrivelse, inkludert elektronisk tegning, av et toalett som skal løse den utfordringen det kan være å hjelpe pasienter på toalettet.

Toalettet er konstruert slik at det blir lettere for sykepleierne å hjelpe pasienten med å sette seg og reise seg. Det skal være lett å komme til for å kunne utføre et godt intimstell og til å observere.

Utførlig beskriver hun hvordan de enkelte deler skal fungere, til nytte både for pasient og pleier. Sæther mener arbeidsoppgaven vil bli fysisk og psykisk lettere for personalet med hennes oppfinnelse. Toalettet reduserer behovet for å ha flere pleiere rundt seg for å hjelpe til.

– Den intime situasjonen vil dermed bli mer verdig for både sykepleier og pasient, forklarer hun.

### For alle sykehjem

Toalettet hun har funnet opp skal være fastmontert på badet. På den måten blir det lett tilgjengelig og det trenger ikke lagringsplass.

Sæther mener at produktene som er på markedet i dag fungerer best for pasienter som er klar og orientert og i stand til å bidra selv.

– Materialet i oppfinnelsen bør være enkelt å rengjøre, sikkert og gi trygghet for pasienten, poengterer hun.

Hun tenker seg at toalettet kan brukes på alle sykehjem.

Prispengene vil hun bruke til å videreutvikle konseptet. Hun har allerede søkt om patent i Norge og trenger midler til en eventuell utvidet patentsøknad til utlandet.

Det er foreløpig ikke laget noen prototype. Alle de smarte finessene Sæther har fått tegnet, kan ikke gjengis i Sykepleien, fordi hun er i prosessen med å søke om patent.

**Vinnerfakta**

- Grete Irene Sæther var først hjelpepleier og jobbet på sykehjem.
- Utdannet seg til sykepleier i 2002.
- Ble operasjonssykepleier i 2010.
- Jobber nå på nevrokirurgisk operasjonsavdeling, St. Olavs Hospital.
- Har søkt om patent for sin idé om toalettet for sykehjem.

**Et smart toalett**

- Toalett for sykehjem, fastmontert og med god tilgang. Skal gjøre intimstellet lettere både for sykepleieren og pasienten.

**SKIFTET BEITE:** Grete Irene Sæthers smarte toalett vil hun neppe få bruk for på sin nåværende arbeidsplass.

# Fru Hansen på sykehjemmet

Grete Irene Sæther har beskrevet en typisk situasjon på sykehjemmet i søknaden sin. Den handler om en tenkt «fru Hansen», som er inkontinent for urin og avføring.

Redsel for uhell gjør at hun unngår sosiale situasjoner.

Sæther skriver:

«Nå har fru Hansen nettopp hatt et slikt uhell. Hun opplever det ekstra belastende at hun må be personalet om hjelp til å opprettholde sin personlige intimhygiene. Hun samarbeider godt, men har etter hvert blitt mer og mer bevegelseshemmet.»

Fru Hansen greier å gå til toalettet med hjelp av to pleiere.

**Diaré**

«Fremme ved toalettet hjelper vi henne med å snu seg rundt slik at hun har toalettskålen bak seg. Vi bistår henne med å ta av strømpebukser, underbukser og den store bleien. Hun har diaré rundt hele livet. Det lukter ille og fru Hansen skjemmes over ikke å ha kontroll. Hun er lei seg for å belaste personalet både med tunge løft og en ekkel situasjon. Vi prøver å trøste, berolige og gjøre situasjonen verdig», skriver Sæther.

«Vi hjelper henne å sette seg ned på toalettskålen. God sittestilling er avgjørende for om hun får tømt magen ytterligere.

En pleier på hver side forsøker å hjelpe henne. Hun må opp og ned noen ganger til hun sitter godt. Løftingen er en stor påkjenning både for pasientens og personalets skjelett og muskler.»

**Orker ikke å stå**

«Vi forsøker å bruke våre krefter på en skånsom måte for pasienten, men det er smertefullt for henne, både å stå på egne ben og når vi tar tak i kroppen hennes. Vi kjenner at det sliter på våre kropper også.

Å hjelpe fru Hansen med intimhygiene er en omstendelig prosess med mye avføringssøl. Hun er trett og sliter nå med å samarbeide med oss.

Til slutt skal vi hjelpe fru Hansen med nedentilvask. Det krever at hun kan stå en stund, men nå orker hun knapt å stå oppreist. Vi støtter henne så godt vi kan, men føler at vi ikke greier å gi henne godt nok stell. Fru Hansen orker ikke å gå tilbake til rommet sitt, derfor finner vi en rullestol og triller henne ditt.

Det er gått en halv time siden fru Hansen ba om hjelp til intimhygiene. Det ble fysisk og psykisk tungt både for henne og for oss som er hjelpere.

Vi spør oss om vi har tatt godt vare på fru Hansen og gjort situasjonen mest mulig verdig for henne og for oss? Kunne vi hjulpet henne på en bedre måte om vi hadde hatt tilgang til ett hensiktsmessig teknisk hjelpemiddel?»

Sæther har fått hjelp til teksten av høyskolelektor Gyda Wangen.

**VINNER AV ÅRETS NYSKAPER:** Annette Skeie Jakobsen, som får 75 000 kroner.

# Laget app for livet

Årets nyskaper Annette Skeie Jakobsen har lovet seg selv ikke å bruke en eneste dag på å gjøre noe hun misliker. Tekst: **Susanne Dietrichson** Foto: **Benjamin Krauss**

Det er en sen kveld i desember 2010. Annette Skeie Jakobsen ligger våken og ammer sitt fjerde barn. Inn tikker en sms fra mannen hennes. Han er på jobbreise i Tyskland og har nylig fått konstatert diabetes 1. Skeie Jakobsen vet at sms-en inneholder adresse og telefonnummer til hotellet han befinner seg på. Hun må vite hvor han er i tilfelle han skulle få føling midt på natta.

## Lys idé

– Ideen kom samtidig som sms-en: Dersom vekkerklokka piper og han ikke slår alarmen av, hadde det vært fint om jeg fikk beskjed. Særlig hvis han er hjemme alene med barna eller på reise.

For Jakobsen er det ikke langt fra tanke til handling.

– Den natten lå jeg lenge våken og noterte ned hvordan ideen kunne løses rent teknisk, forteller hun.

I dag er Skeie Jakobsen eier og daglig leder i SmartCare AS, som har utviklet en trygghetsalarmtjeneste for kronisk syke til smarttelefoner. Om kort tid lanserer selskapet sitt første produkt basert på Skeie Jakobsens idé; «Diabetesguard».

## I farta

Jakobsen parkerer sin lille sølvgrå Golf i Sørlandet kunnskapspark der SmartCare AS har kontor. I løpet av den korte bilturen har hun fortalt at hun har fire barn, au pair og en mann som jobber i reklamebransjen.

**Annette Skeie Jakobsen har vunnet Smartprisen som Årets nyskaper.**

Prisen går til en sykepleier som i sterk grad har bidratt til å utvikle nye ideer, nye arbeidsmetoder eller nye rutiner i helsetjenesten. Personen skal enten ha utviklet sine ideer selv eller har utmerket seg ved å ta i bruk ny teknologi og/eller nye metoder. Hun får **75 000 kroner**

– Vi får leie kontorer her som en del av Innoventus' inkubatorprogram, en stipendordning for gründere, forklarer hun.

– I tillegg disponerer vi kantine, videokonferanse og møterom. Vi har også tilgang til treningsstudio og basseng til redusert pris. Jeg prøver å trene hver morgen, det er min fritid.

Jakobsen mener likevel den viktigste fasiliteten i kunnskapsparken er muligheten til å lære av andre.

– Som gründer er det viktig å lytte til andre. De fleste deler mer enn villig erfaringene sine slik at man kan unngå å gjøre de samme feilene som de har gjort, sier hun.

– Jeg er opptatt av å løfte i flokk.

### Erfaren gründer

Skeie Jakobsen er ingen nybegynner. SmartCare er hennes tredje, og sannsynligvis ikke siste, etableringsprosjekt. I 2000 var hun med på å starte Mobilsenteret AS, og som sykepleierstudent tok hun i 2005 initiativet til foreningen Livsglede for eldre (LFE).

– Jeg er kanskje naiv. Men jeg ante ikke at det var så mange ensomme pleietrengende eldre i Norge, sier Jakobsen.

Hun hadde sin første praksisperiode på sykehjem og fikk sjokk.

– Sju av åtte pasienter hadde ikke familie og fikk aldri besøk. Mange hadde ikke vært ute på flere år. Det var grusomt, forteller Jakobsen.

– Jeg spurte de andre studentene hvordan de opplevde det. De fleste syntes det var ille, men mente man måtte akseptere at sånn var det. Det greide ikke jeg. Jeg måtte gjøre noe. Kanskje fordi jeg vokste opp i samme hus som farmoren min. Hun var ekstremt viktig for meg.

Dermed tok Skeie Jakobsen og medstudent Elin Anita Homme initiativ til livsgledeuka for eldre. I to år på rad jobbet de frivillig ved siden av studiene. 4500 eldre deltok det første året og 10 000 det neste, på alt fra konserter til tur med danskebåten. I 2006 fikk livsgledeuka tre og en halv million kroner i sponsormidler. I dag er LFE en landsdekkende stiftelse med 11 ansatte og 26 lokalkontorer. Stiftelsen samarbeider med 60 videregående skoler, 25 barnehager og ni livsgledesykehjem.

### Diabetes på heltid

Skeie Jakobsen sluttet i LFE for ett år siden for å jobbe med utviklingen av diabetesalarm på heltid, men sitter fremdeles i stiftelsens styre og råd.

– Planen var hele tiden å trekke meg ut når stiftelsen ble levedyktig. Jeg hoppet opp og ned på stuegulvet og jublet da jeg hadde bestemt meg for å begynne med SmartCare på heltid, forteller hun.

– Jeg elsker mobilen min og er veldig teknisk interessert.

Skeie Jakobsen trekker tre smarttelefoner opp av veska.

Meldingene tikker inn mens hun forklarer at Diabetesguarden legges inn som et program på smarttelefonen og har tre funksjoner: tidsalarm, SOS-alarm og aktivitetsalarm.

– Appen er tilknyttet vår døgnbemannete server. Dersom diabetikeren ikke slår av tidsalarmen, sørger DiabetsGuard for at de pårørende får beskjed via alarmsentralen, sier hun.

– Mennesker med diabetes merker ikke alltid selv at de får føling. Bare i Norge dør 25 mennesker av diabetes hvert år, og de fleste blir funnet døde i senga. Tre av fire er redde for å få føling, og mange opplever at sykdommen gir dem begrenset handlingsrom.

### Flere funksjoner

Redselen for føling gjør at mange diabetikere ikke tør å dra på skitur eller jogge alene. Dette er bakgrunnen for aktivitetsalarmfunksjonen.

– For diabetikere er det ekstra viktig å holde seg i form. Hvis mannen min vil jogge en tur, kan han aktivere DiabetsGuards treningsfunksjon. Da får jeg en sms og kan følge ham via GPS på pc eller smarttelefon, forklarer Skeie Jakobsen.

– Alarmen går og jeg blir automatisk oppringt dersom han ikke beveger seg på fem minutter. Da kan jeg lokalisere ham via GPS.

Produktet har blitt grundig testet i tett samarbeid med diabetessykepleiere ved Sørlandet sykehus og Sørlandsparken legesenter. Også på ungdommer med diabetes. Det var disse som uttrykte behovet for en SOS-funksjon.

– Vi la inn en SOS-knapp. Dersom denne utløses, ringes alle pårørende opp på likt. Den første som svarer får beskjed om hvor personen med diabetes befinner seg og hva han eller hun vil at pårørende skal foreta seg

Mange diabetikere opplever at føling skjer fort og i situasjoner der de er uforberedt. SOS-funksjonen gjør at de kan varsle pårørende umiddelbart dersom de trenger akutt hjelp.

### Løvetannbarn

Jakobsen bestemte seg tidlig for at hun ikke vil ha en eneste dag i livet hvor hun gjør noe hun ikke har lyst til.

– Jeg får energi av å jobbe og av nye utfordringer. Og jeg reiser minimalt. Jeg vil ikke bruke tiden på en flyplass når jeg kan være sammen med barna mine. Men jeg er flink til å snakke i telefonen og har jevnlige videokonferanser. Og jeg går alltid fra jobb klokken fire.

Skeie Jakobsen er blitt kalt et løvetannbarn, men tror en tøff oppvekst har gjort henne løsningsorientert. Hun kaster et blikk på klokken, det er snart tid for neste møte.

– Jeg liker å gjøre noe med det man kan gjøre noe med.

### Smarcare og Diabetguard

SmartCare AS ble etablert mars 2011. Selskapet eies av daglig leder Annette Skeie Jakobsen og har i dag fire ansatte. SmartCare har utviklet en mobil trygghetsalarmtjeneste for kronisk syke. Dette er en skreddersydd programvare til smarttelefoner som er koplet opp mot en 24-timers døgnbemannet overvåkningstjeneste. Ved utløst alarm ringer alarmsystemet først opp brukeres oppnevnte pårørende, deretter mottar pårørende som svarer på oppringningen en GPS-posisjon og brukeres forhåndsdefinerte nødmelding. Selskapets første tjeneste DiabetesGuard, lanseres i Norge sommeren 2012.

**Ann-Kristin Johansen har også fått Smartprisen for Årets oppfinnelse**

Prisen går til en konkret ny oppfinnelse eller en idé til en konkret ny oppfinnelse som kan bidrar til å løse praktiske utfordringer i helsesektoren.
Hun får **75 000 kroner**

# Drops som belønning

– Det beste fra spillverden og det beste fra sosiale medier, sier Årets oppfinner, sykepleier Ann-Kristin Johansen om vinnerprosjektet Drops. Tekst og foto **Ann-Kristin Bloch Helmers**

De ufaglærte er en stor, men lite homogen gruppe. Kommunehelsetjenesten er helt avhengige av dem, og ofte er det de som holder hjulene i gang i ferier, helligdager og helger. Mye ansvar får de også.

Likevel. Hvem kommer sist når det er kurs, videreutdanning, opplæring? De ufaglærte. Sist i alle køer.

Prisvinneren Ann-Kristin Johansen i firmaet Dynamisk Helse er i full gang med å gjøre noe med dette:

– Drops er navnet på et læringsverktøy jeg har hatt ideen til. Sammen med mine partnere har vi utviklet en plattform hvor vi setter sammen ulik teknologi til noe helt nytt, sier hun.

### Motivasjon er målet

Målgruppen for Drops er i første omgang ufaglærte og vikarer i kommunehelsetjenesten. Tanken er at de skal få en standard grunnopplæring som pleieassistent.

Når de møter opp første arbeidsdag, skal de få utdelt et personlig brukernavn og passord til Drops. Opplæringen er online, og skal kunne brukes hvor som helst, når som helst, via en applikasjon på en smarttelefon, eller ved å logge seg på en datamaskin.

De ferske pleieassistentene skal deretter guides gjennom lovverk, etikk og fag. Grunnopplæringen består av sju fagmoduler som fører til et arbeidsbevis. Målet er så å følge opp pleieassistentene videre, og motivere til videre læring.

### Får små premier

– Brukerne skal hele tiden få oppgaver og belønninger inne i Drops. I gruppa ufaglærte er det svært forskjellig utgangspunkt når det gjelder tidligere skolegang. Noen har universitetsutdannelse, andre har ikke åpnet en bok på mange år, sier Johansen.

– Gjennom elementer fra blant annet spillverden og sosiale medier lager vi et verktøy som brukeren umiddelbart skal kjenne seg igjen i og klare å navigere i, uavhengig av språkkunnskap, it- og yrkeserfaring, sier hun.

I hver modul er det animasjoner, korte tekstbolker og film. For hver oppgave som er gjennomført, får man en belønning; et trofé, en stjerne eller lignende – noe som er vanlig i spill. Når man har samlet opp nok belønninger, kan man gå videre til neste trinn.

### Døgnåpent forum

I Drops kan man også delta i et nettbasert forum.Der kan man diskutere aktuelle problemstillinger, og man kan også danne seg et sosialt nettverk av pleieassistent-kolleger fra hele landet.

## Dette er fagjuryen som kåret vinnerne

Barth Tholens (Sykepleien)

Christine Næss Evensen (KS)

Helge Espen Aspnes (Innomed)

Eli Sogn-Iversen (KS)

Terje Anderssen (Rikshospitalet)

Inger Margrethe Holter (NSF)

Bente Sperlin (Ås Kommune)

**MOBILE MODULER:** Ann-Kristin Johansen er Årets oppfinner for sitt læringsverktøy Drops.

**Vinner-fakta:**

- Ann-Kristin Johansen startet selv som pleieassistent som 18-åring.
- Utdannet seg senere til sykepleier og har jobbet i 10 år med somatikk og akuttmedisin.
- Tre års erfaring som undervisningssykepleier på akuttavdelingen på St. Olav Hospital.
- Startet firmaet Dynamisk Helse i 2009 – som utviklet Drops sammen med film- og design/web-firmaene Helmet og Tight Interactive.

**Dette er Drops**

- Belønnings- og motivasjonsbasert online læreverktøy for pleieassistenter.
- I spillverden får man såkalte «drops» i belønning hver gang man har løst en oppgave, rundet en bane eller lignende. Derav navnet Drops.
- Skal være tilgjengelig for markedet innen 4. kvartal 2012.

– På sikt er tanken at forumet skal bemannes 24 timer i døgnet, for eksempel av sykepleierstudenter. Slik kan pleieassistentene få svar på spørsmål som oppstår, uavhengig om det er kveld eller natt eller helg, sier Ann-Kristin Johansen.

Informasjon i Drops som er spesielt interessant eller viktig for den enkelte, kan klippes ut og legges i et eget digitalt rom.

– Slik kan Drops brukes for eksempel i en akuttsituasjon; ett klikk og oppskriften på for eksempel hjerte- og lungeredning kommer opp, sier hun.

### Noe å vise til

Enhetslederne får oversikt over hvem som har fullført hvilke moduler.

– Dette er viktig i en uoversiktig og stor sektor med mange deltidsansatte og vikarer. Skifter pleieassistenten jobb, følger Drops-kontoen med, slik at han eller hun kan vise til det ved neste arbeidsforhold, sier hun.

Selv om lovverket sier at alle assistenter og vikarer skal ha tilstrekkelig opplæring, finnes det per i dag ingen enhetlig grunnopplæring for denne gruppen.

### Gadget-freak

Ann-Kristin Johansen tenker stort om mulighetene for denne typen opplæring. Flere enn bare pleieassistentene kan ha bruk for verktøyet – med tilpasset innhold:

– På sikt er dette en teknologi som gjør det mulig å skape en felles læreplattform for alle helsetjenestenivåene i sektoren, sier hun.

– Men først og fremst må pleieassistentene få den opplæringen de trenger for å bli trygge i jobben. Det er rundt 60 000 mennesker som jobber som pleieassistenter, det betyr at de utgjør den nest største gruppen helsepersonell i pleie- og omsorgssektoren. Da holder det ikke med fire timers opplæring og så rett ut i jobb med ofte svært syke pasienter, sier Johansen.

Applikasjonen Drops first aid er å finne i Appstore i løpet av april. Resten av plattformen er under utvikling. Flere kommuner har allerede kastet seg på Drops, og er med i utprøvingsfasen.

– Jeg har et brennende engasjement for at eldre og pleietrengende skal bli møtt med trygghet, kompetanse og respekt fra tjenesteytere i kommunen. Derfor måtte jeg bare gjøre denne ideen til virkelighet. Dessuten, jeg må vel innrømme at jeg alltid har vært en gadget-freak. Jeg liker rett og slett duppedingser, sier hun.

# – Ikke lev med problemet, løs det

– Det er viktig å synliggjøre nyskapende sykepleiere med priser, sier Kåre Hagen.

Tekst og foto **Marit Fonn**

Kåre Hagen var utvalgsleder for utredningen «Innovasjon og omsorg» (NOU 2011:11) som kom i fjor.

Han viser til at sykepleierne egner seg godt som innovatører fordi de er nær folks hverdag og deres helseproblemer.

– Sykepleierne kan bruke sine observasjoner. Teknologiske løsninger må ha utgangspunkt i praksis. Dette beskriver vi i NOU-en. Å la seg begeistre av tekniske dubbeditter i seg selv, blir feil.

Hagen mener sykepleierne må utvikle en nysgjerrighetskultur.

– De må ikke lære å leve med problemet, men hele tiden utvikle løsninger. Alt som er spennende og som kan løse konkrete problemer for folk, er bra. Teknologiske dilldallerier er ikke nok.

### Utfyller hverandre

Hagen synes alle de tre vinnerne av Smartprisen har gode ideer.

– De utfyller hverandre og henvender seg til ulike typer behov.

Han oppsummerer dem slik:

«Hva med airbag i pyjamasen?

**SMARTE:** Statsviter og direktør på NOVA, Kåre Hagen, synes smartprisvinnerne har gode ideer.

– Appen gir trygghet i utøvelsen av yrket. Trygghetsalarmen korrigerer vår forestilling om at trygghetsalarm er én type ting, mens den egentlig kan videreutvikles på alle slags måter. Toalettet dreier seg om personlig hygiene. Det er et potensial til å bruke personalet bedre, og hygiene er veldig viktig for folks verdighet. Her slås to fluer i en smekk.

– *Flere sykepleiere blir provosert av å høre om innovasjon. De synes de stadig gjør mye nytt, men at det er mye som ikke fungerer?*

– Det er en vanlig reaksjon. Velferdsteknologi trenger perioder med utprøving og korrigering før den blir en naturlig del av tjenesten. Det er viktig vei å gå før teknologi kan fungere i praksis. Men teknologi som ikke fungerer, er jo verre enn ingen teknologi.

Han minner om at det tok en del år før nettbank ble allemannseie.

### Pyjamas med airbag

I mars snakket Hagen til sykepleiere på en fagkonferanse for sykepleiere i Oslo. Der viste han til eldrebølge-trekanten: Kognitiv svikt, fall og ensomhet rammer mest i alderdommen.

– Forskerne sier at bedre mental og fysisk helse vil redusere ulykkesrisikoen. I dag er folk i snitt 36 uker på sykehjem. Hvis oppholdet reduseres til 33 eller 30 uker, vil vi frigjøre milliarder. Mye livskvalitet betyr mindre fall. Hvem er gode på fall? Jo, de som kaller fall for kollisjon. Det jobbes nå med airbag i alpindressen. Hva med airbag i pyjamasen? foreslo han for tilhørerne.

– Eldre må jo opp om natten og gå på do.

### Sengestol

Han fortalte om svenskene som faller i hopetall hver 1. desember fordi de da henger stjernen i vinduet.

– Nå tilbyr en kommune at en mann kan komme og henge opp julestjernen for dem.

Køfriteknologien, som er norsk, kan brukes til mye mer enn å holde orden på bilene:

– Det er upraktisk å være glemsom. Ved å klistre en lapp på det man ofte ikke finner, som fjernkontrollen, kan teknologien hjelpe oss.

Frykten for erstatningskrav har ført samme teknologi inn på operasjonsstuen:

– Ved å telle opp operasjonsutstyret både før og etter operasjon, unngår man at det er en saks igjen i magen på pasienten.

Hagen delte ut flere gode ideer: Med en stol i dusjen og en joystick, kan den gamle mannen styre en vaskearm til tross for sviktende fysikk.

– Vi vil mer og mer oppholde oss i seng og stol med alderen. Da er det fint å ha en seng som kan bli stol og omvendt. Hvem er gode på det? British Airways som har 28-timersruter.

Flymøbelet kan bli til en sengestol som det er godt å bli gammel i.

### Tidligere Smartpris-vinnere

**2007**
- Barneenheten, Rikshospitalet, Oslo (Lesernes pris, 100 000 kroner)
- Kari Jaastad Grov, Stord (Beste urealiserte idé, 50 000 kroner)
- Bekkestua helsestasjon, Bærum (Fagjuryens pris, 50 000 kroner)

**2008**
- Britt Helen Haukø, Namsos (Lesernes pris, 100 000 kroner)
- Nina Rødsmoen, Sandnes (Beste urealiserte idé, 50 000 kroner)
- Edel Johanne Børslett, Bærum (Fagjuryens pris, 50 000 kroner)
- Lisbeth Østby, Skien (Kommuneprisen, 50 000 kroner)

**2009**
- Agnethe Tholle, Arendal (Lesernes pris, 100 000 kroner)
- Lene Sletta, (Juryens pris for beste idé, 50 000 kroner)
- Kjell E. Tjosevik, Stavanger (Juryens hovedpris, 100 000 kroner

# Smartpris som springbrett

Fjorårets smartprisvinnere har ikke hvilt på laurbærene. Prisen har åpnet dører og gitt verdifull publisitet. Tekst **Barth Tholens**

**VINNER I 2010:** Sykepleier Mariann Svaness var vinner av Smartprisen i 2011. Arkivfoto: Jan Inge Haga.

På Bjarkøy har man ikke sittet stille etter at de i fjor vant prisen for «beste nyskapning». Akuttgruppa på øya har brukt en del av pengene til å lage en brosjyre om den såkalte Bjarkøy-modellen.

Brosjyren skal være klar til en konferanse om legevakt og akuttmedisin i distriktene som arrangeres 14.–15. juni i Harstad. Dit reiser flere av fjorårets Smartpris-vinnere fra Bjarkøy for å dele erfaringer med andre leger, sykepleiere og ambulansepersonell. Det er Nasjonalt senter for distriktsmedisin i Tromsø og akuttemaet i Bjarkøy kommune som arrangerer konferansen i fellesskap.

### 23 KOLS-kofferter

Sykepleier Mariann Svaness og kollegene hennes ved Dalane Lokalmedisinske senter (DLS) i Egersund fikk fjorårets Smartpris som Årets innovasjonsvirksomhet.

DLS er en halvannenlinje-tjeneste. Senteret inneholder både sengepost fra Helse Stavanger, kommunal sykehjemsavdeling, kreftpoliklinikk, legevakt, røntgenavdeling og laboratorium. Ikke minst betjener senteret KOLS-pasienter og andre kronikere. Utviklingen av den såkalte KOLS-kofferten gjør det mulig for pasienter å bo hjemme ved hjelp av telemedisinsk utstyr.

Marianne Svaness mener i dag at Smartprisen hadde enorm betydning for tiltaket. De ble kontaktet av mange som hadde lest om prisen. I dag er alle 18 kommuner i Helse Stavanger med i prosjektet, antallet KOLS-kofferter er oppe i 23, og det er to sykepleiesentraler som betjener systemet.

– Vi har brukt penger til å lage materiell, og opplever at prisen har gitt oss en inngang i nye miljøer. Det er særlig hyggelig fordi man her ser at et sykepleierdrevet prosjekt har så mye for seg, sier Svaness.

Sykehuset i Nord-Norge UNN skal snart ta i bruk Kols-koffertene fra Dalane, og Svaness selv er blitt invitert både til NSFs jubileumskongress i Oslo i september og til en internasjonalt telemedisinsk kongress i Luxemburg for å dele sine erfaringer.

– Uten Smartpris hadde vi aldri kommet så langt!

> «Uten Smartpris hadde vi aldri kommet så langt! *Mariann Svaness, smartprisvinner i 2011*

### – Mye oppmerksomhet

Ann-Cecilie Hopøy fikk i fjor Smartprisen for «Årets oppfinnelse»: Fagjuryen i Smartprisen falt for Hopøys originale idé om en dusjløsning for demente som kunne gi pasientene større trygghet, mindre søl og kortere dusjetid.

Prisen ga henne stor oppmerksomhet, ikke bare på egen jobb i Ås kommune, men også ellers. I dag er hun i dialog med et firma innen baderomsløsninger for funksjonshemmete. Håpet er at firmaet kan hjelpe henne videre.

– Nå trenger jeg teknisk kompetanse for å gjøre ideen om til en konkret innretning, sier Hopøy.

Prispengene skal hun bruke til å finansiere reisingen som er nødvendig for å komme fram til en prototype av det nye produktet. ||||

**NYSKAPERE FRA BJARKØY, 2010:** Sykepleier Cornelia Yvonne Fokkes og hennes kolleger vant Smartprisen i fjor.

**2010**

- Dalane Lokalmedisinske senter (Årets innovasjonsvirksomhet, 75 000 kroner)
- «Bjarkøy-modellen» (Beste nyskapning, 75 000 kroner)
- Ann-Cecilie Hopøy, Ås (Årets oppfinner, 100 000 kroner)

**ÅRETS OPPFINNER I 2010:** Ann-Cecilie Hopøy er i dailog med et firma i Bergen som kan lage en dusj for demente.

# Der ute

Les mer om:


**34** På jakt etter smerte ›
**36** Kengubarna ›
**40** 2700 timer uten lønn ›
**50** Tenker hjemreise ved innleggelse ›


## Dropper fødselstiltak i **NEDERLAND**

Et forslag om akutt fødselshjelp innen femten minutter er stanset i Nederland. Grunnen er at det ikke er mulig å etablere en slik praksis på kort sikt. Dette får nederlandske gynekologer og fødselsleger til å reagere.

I en rapport fra 2010 ble det foreslått at akutt fødselshjelp skulle bli gitt hele døgnet, hele uken og innen femten minutter. Forslaget var et tiltak for å få ned den perinatale dødeligheten i Nederland, som er høyere enn i nabolandene.

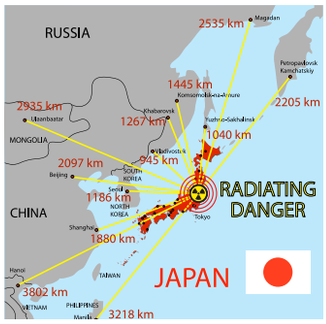
Ifølge helseminister Edith Schippers ville forslaget kreve 455 ekstra gynekologer, som det vil ta mellom 14 og 23 år å rekruttere. I stedet har helseministeren iverksatt andre tiltak, som en utdanning for perinatal omsorg og samarbeidsavtaler mellom de som jobber med fødselsomsorg.

Nye tall viser også at perinatal dødelighet de siste årene er redusert i Nederland.

*Kilde: British Medical Journal*

Foto: Colourbox

Foto: Marit Fonn




## WHO følger med på **JAPAN**

Ett år har gått siden Japan ble slått av ut av en trippel katastrofe: et jordskjelv, en tsunami, tett etterfulgt av en atomulykke ved Fukushima Daiichi Nuclear Power Plant. WHO har overvåket situasjonen tett det siste året. Organisasjonen har sendt ut råd og gjort risikovurderinger i forhold til amming, mat, vann, reise, transport, handel og mental helse, opplyser organisasjonen på sine nettsider.

## **DANSKENE** vil utrydde tuberkulose

Danske forskere har funnet en effektiv vaksine mot tuberkulose. Vaksinen prøves nå ut på mennesker i Sør-Afrika. Forskerne håper vaksinen tar knekken på sykdommen som hvert år tar livet av tre millioner mennesker. Professor og forskningssjef ved Statens Serum Institut, Peter Lawætz Andersen, har stått i spissen for utviklingen av vaksinen.

Vaksinen som har navnet H56 skal brukes sammen med kjemoterapi. Er du smittet, skal du behandles et halvt år med kjemoterapi. Har du utviklet lungebetennelse snakkes det om behandling fra ni måneder opp til ett og et halvt år.

*Videnskab.dk*

## Oxycontin ryddes vekk i **CANADA**

I 2000 ble Oxycontin introdusert på det Canadiske markedet. I løpet av de fem første årene skjøt tallet på dødsfall i været med 41 prosent etter overdose av det smertestillende medikamentet. I Ontario alene døde over 300 mennesker i året.

Nå fjernes medikamentet fra hyllene, men produsenten har laget et substitutt: Oxyneo. Det skal være vanskeligere å dele opp slik at det blir vanskeligere å sniffe eller injisere. Men kritiske røster er ikke beroliget.

Parlamentsmedlem Carolyn Bennett kritiserte regjeringen til statsminister Stephen Harper for å unnlate å ta opp Oxycontin-problemet på en ordentlig måte.

– Å bytte ut et preparat med et annet løser ikke problemet, sier hun.

Verst er situasjonen i de nordlige reservatene for urinnvånere. I Cat Lake First Nation er så mange som åtte av ti avhengig av opioidet Oxycontin.

*Globalpost*

Foto: Colourbox

## Ny MRSA-test utviklet i **EDINBURGH**

Forskere ved Universitetet i Edinburgh har utviklet en ny test som viser om sår er infisert av bakterier, deriblant MRSA.

Slik virker den:

Man tar en vattpinne og stryker over såret. Innholdet på vattpinnen analyseres ved hjelp av strips med elektroniske sensorer som kan identifisere MRSA.

Håpet er at prøven gir resultatene med en gang. På den måten kan pasientene få effektiv behandling raskt.

Dagens teknikker for å påvise MRSA kan ta en hel dag.

*BBC*

## **USA**s beste sykehjem er kåret

I USA har de ranket over 15 000 sykehjem. Indikatorene de har brukt er blant annet: Hvor mange beboere har liggesår eller smerter? Hvordan gjør sykehjemmene under tilsyn? og hvor mange sykepleiere er ansatt?

Her er topp fem:

- Alzheimers Resource Center of Connecticut
- Avalon Nursing Home
- Bethany Skilled Nursing Facility
- Catherine Kasper Home
- Charles A. Dean Memorial Hospital

*US News*

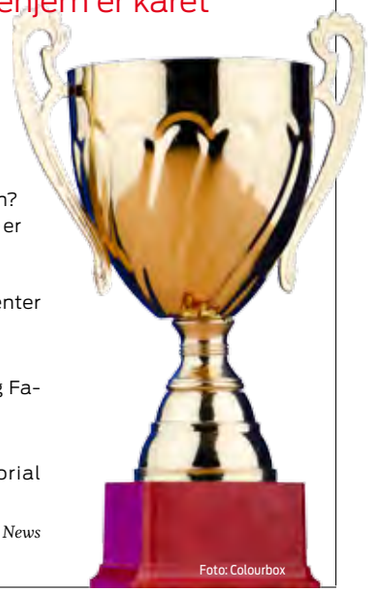


Foto: Colourbox

## Generalstreik i **SPANIA**

Nesten en million mennesker demonstrerte i gatene under den 24 timer lange generalstreiken 29. mars. Over hele Spania la folk ned arbeidet i protest mot regjeringens foreslåtte arbeidsmarkedsreformer og budsjettkutt.

De spanske fagforeningene hevder at nesten en million mennesker demonstrerte bare i hovedstaden Madrid. Avisa El Pais sier at 170 000 demonstranter er nærmere sannheten, og myndighetene hevder at 800 000 demonstrerte totalt for hele Spania.

170 mennesker ble pågrepet av politiet. Streiken markerte at det var gått hundre dager siden Mariano Rajoy tok over som statsminister. Han lovet blant annet spanjolene å få ned arbeidsledigheten på 23 prosent.

*NRK*

Foto: Colourbox

## Meslinger i **UKRAINA**

Siden januar er det meldt om over 5 000 tilfeller av meslinger i Ukraina. Det antas at tallene vil stige fordi få i landet er vaksinert mot sykdommen. Uvaksinerte som ikke har hatt sykdommen, anbefales vaksine før de besøker landet.

Meslinger er svært smittsomt. De yngste barna er mest utsatt for komplikasjoner, men større barn og voksne er også utsatt.

De siste årene har vaksinasjonsdekningen i Ukraina sunket. Siden 2010 har det vært mangel på vaksiner. Det hevdes at det er en sterk antivaksinelobby i landet og at skepsisen til vaksinen er stor i befolkningen.

*Kilde: European Centre for Disease Prevention and Control*

## **STORBRITANNIA** åpner Biobanken for forskere

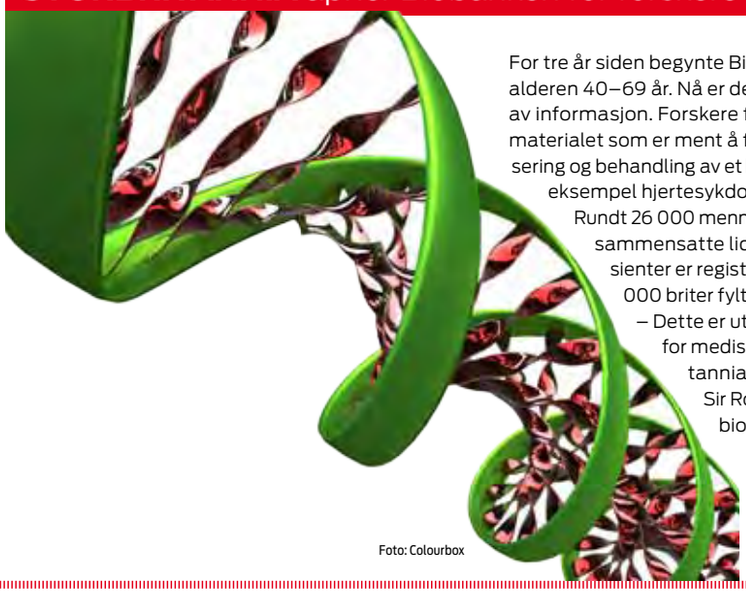


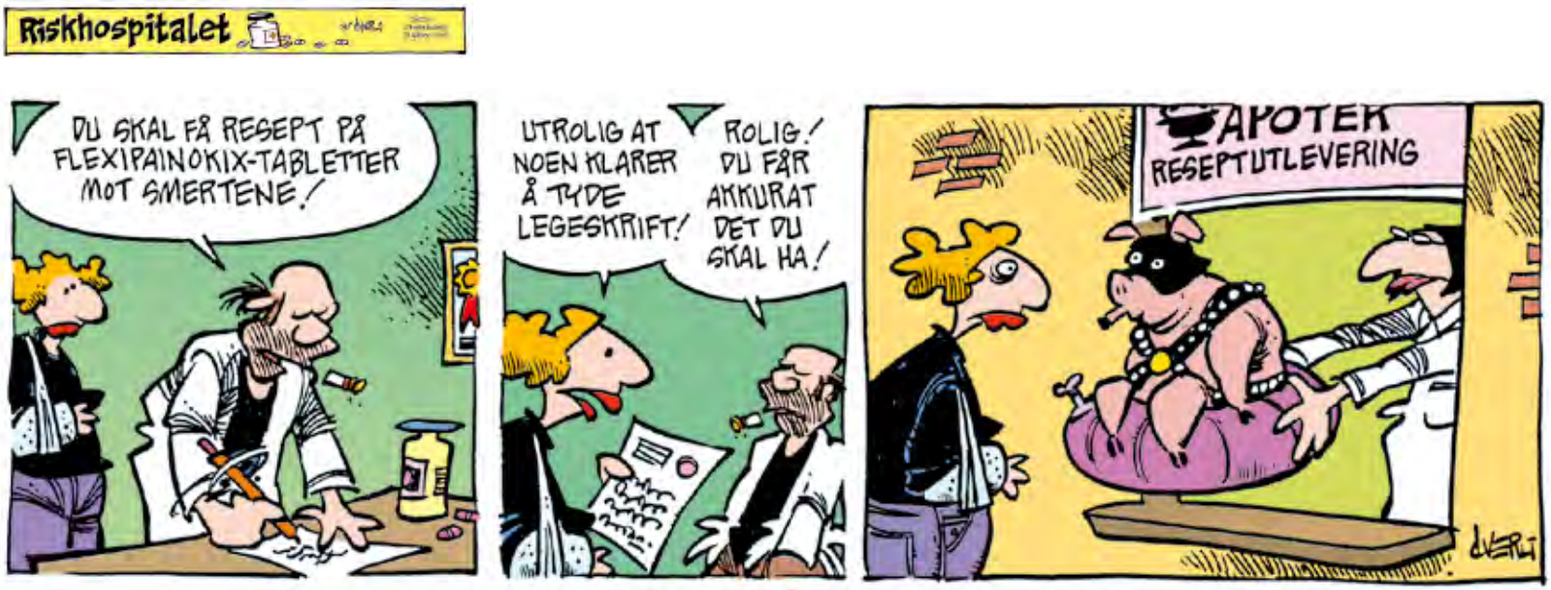
Foto: Colourbox

For tre år siden begynte Biobanken å rekruttere deltakere i alderen 40–69 år. Nå er det samlet inn om lag 20 terabyte av informasjon. Forskere fra hele verden kan få tilgang til materialet som er ment å forbedre forebygging, diagnostisering og behandling av et bredt spekter av sykdommer. For eksempel hjertesykdom, kreft og diabetes.

Rundt 26 000 mennesker med diabetes, 50 000 med sammensatte lidelser og 11 000 hjerteinfarktpasienter er registrert i databasen. I tillegg har 400 000 briter fylt ut et skjema om sine spisevaner.

– Dette er uten tvil en meget spennende dag for medisinsk forskning, ikke bare i Storbritannia, men hele verden, sa Professor Sir Rory Collins, hovedetterforsker ved biobanken.

*BBC*



Landets eldste smerteteam vil både være overflødig og bli brukt mer.

# På jakt etter smerte

Hei, jeg hører du har vondt, sier anestesisykepleier Vegard Strøm høyt og tydelig til en eldre, mannlig pasient inne på rommet på tun 3 på Gastrokirurgisk avdeling på St. Olavs Hospital.

– Kan du tegne på arket hvor du har vondt? Malin hjelper deg, sier han videre.

Malin Torgersen er sykepleier på avdelingen, og årsaken til høy og tydelig tale er nedsatt hørsel. Vegard Strøm er tilkalt for å vurdere en vanskelig smertesituasjon.

**«Sykepleiere må dokumentere effekten av smertelindringen.»**

*Vegard Strøm, smerteteamet St. Olavs Hospital*

### Landets eldste

St. Olav har landets eldste smerteteam. To sykepleiere og en anestesilege server hele sykehuset der avdelingene selv kommer til kort i smertebehandlingen. Teamet jobber både med akutte og kreftrelaterte smerter. I tillegg samarbeider de med smertesenterets tverrfaglige poliklinikk om kroniske smerter.

– Akkurat dette er veldig typisk for hvordan vi jobber, sier Strøm om pasienten som har vondt inne på rommet.

### Takvise smerter

To timer før Strøm gikk inn til pasienten, fikk han en henvisning fra behandlende lege på Gastrokirurgisk avdeling. I henvisningen sto det at pasienten hadde abdominal smerte. Ut fra informasjonen, hadde Vegard Strøm en foreløpig hypotese om at smertene skyldtes en utposning på hovedpulsåren. Muligens kommer han til å foreslå justering av de smertedempende medisinene. Utposningen på hovedpulsåren kan for denne pasienten ikke fjernes.

– Men erfaringen tilsier at jeg bør møte pasienten med blanke ark.

Det viser seg å være lurt også denne gangen. I gangen utenfor pasientrommet blir han nemlig møtt av sykepleier Malin, som forteller mer:

Pasienten har ikke bare vondt i magen. Smertene går ned til lysken. De kommer takvis, og beskrives som knipsmerter. Pasienten har selv fortalt at smertene ligger konstant på 3 eller 4 på en skala fra 1 til 10. Når knipene kommer, er de oppe i 10.

– Når han da får hurtigvirkende smertelindring, kommer han ned på rundt 3 igjen, forteller Malin.

Smertene har vart i omtrent et år.

### Dokumenterer ikke

En studie utført blant pasienter på 14 postoperative avdelinger i Norge viser at sykepleiere ikke er flinke nok til å dokumentere hvilken effekt smertelindringen de gir, har. Kun 22 prosent av pasientene får dokumentert sin smertebehandling i journal.

Samme studie viser at 43 prosent av de spurte pasientene oppgir smerte som sitt verste symptom etter operasjonen. Kvalme og oppkast blir til sammenlikning rapportert av 13 prosent av de spurte.

Tidligere studier viser at 23 prosent av kreftpasienter ved norske sykehus rapporterer om intense til uutholdelige smerter.

### Stor hjelp

Etter at sykepleier Malin detaljert har forklart om pasientens smertetilstand, stopper Vegard opp et øyeblikk.

– Nå skal jeg være litt ekkel med deg,

sier han. Malin er sporty, og lar det stå til. Vegard fortsetter:

– Nå har du vist at du har steinkontroll på pasienten. Hva han har fått, hvordan han reagerte. I henvisningen fra legen var ikke dette nevnt. I morgen kommer det nye sykepleiere på vakt. Spørsmålet mitt er: Har du dokumentert alt det du nå forteller meg?

Malin drar på det. Kanskje er ikke absolutt alt nedskrevet, nei?

– Dette illustrerer en av mine kjepphester: Sykepleiere må dokumentere effekten av smertelindringen. Om ikke, blir det vanskelig å gjøre justeringer som hjelper pasienten.

Malin tar poenget, uten «hard feelings». Både hun og kollegene finner stor hjelp i smerteteamet, og ser at tiltakene de gjør virker.

## Brukes for lite

Smerteteamet blir oftest brukt der de ansatte på avdelingen selv har prøvd å smertelindre en stund. Akuttsituasjoner er det ikke så mange av. De tar heller ikke de aller minste nyfødte barna. Der har legene spesialkunnskapen selv.

– Vi blir kjent over hele sykehuset. Jeg synes egentlig vi blir brukt for lite, samtidig som det er et mål at avdelingene blir selvhjulpne når det gjelder smertelindring, sier han.

## Ny plan

Vegard setter seg ned utenfor døren til pasienten, og fordyper seg i journalen hans.

Når han etter hvert reiser seg og går inn, er han så godt forberedt som han kan.

– Kan du beskrive smertene? spør han pasienten.

Smertene beskrives som brennende. De kommer plutselig. Det er verst om kvelden. Vegard får mye ny informasjon. Et kvarter senere, og pasienten har pekt, beskrevet og gitt anslag på smerteskalaen. Vegard takker for seg, setter kursen for kontoret, hvor del to av jobben skal gjøres: Ny plan for smertelindringen. ||||

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

**DISKUSJON:** Mens pasienten venter inne på rommet, tar sykepleier Vegard Strøm i smerteteamet og sykepleier Malin Torgersen på Gastrokirurgisk avdeling en prat om hvilke medisiner som har blitt gitt, og hvor smertene sitter.

Premature barn trenger å være nær foreldrene sine, slik de får i Drammen.

# Kengubarna

På nyfødt intensiv i Drammen står skjermbrettene tett. Luften er så tykk at den gir smak. Det surkler og piper fra maskiner. Iblandet ett og annet knirk. Tre mødre ligger på rekke og rad, med hver sin premature baby innenfor sykehusskjorten. Det er trange tider på nyfødt intensiv i Drammen.

Men det skal bli bedre. Tvers over gangen venter en splitter ny avdeling.

### Bygget for familien

– Vi har fått det akkurat som vi ville, sier avdelingssykepleier Birgitte Lenes Ekeberg og skyver opp døren til de svale lokalene.

– Bortsett fra at denne døren slår så tungt igjen. Det tror jeg er det eneste, sier hun og smiler.

Her ligger enerom etter enerom. Alle med plass til flere senger: En liten til babyen, eller to hvis det er tvillinger, to store til foreldrene. På denne avdelingen skal familien få være sammen fra første stund. Prislappen er på 40 millioner. Inspirasjonen kommer fra fattige kår i Bogota.

### Kenguruomsorg

– Kuvøsen ble tatt i bruk på slutten av 1800-tallet, begynner Ekeberg.

– Den reddet mange liv, og lenge trodde man at kuvøse var det eneste trygge stedet for premature barn.

Men i Bogota, i Colombia, gjorde man på 1980-tallet en interessant observasjon. Knappe ressurser ga mangel på kuvøser. En nødløsning ble å legge noen av barna på mødrenes bryst.

Det som viste seg, var at disse barna klarte seg bedre enn barna som lå alene inne i kuvøsene. Siden 1983 er dette bekreftet i flere studier.

– Mor har akkurat den kroppstemperaturen barnet trenger, forklarer Ekeberg.

På brystet får barna varme, hudkontakt, hennes lukt og lyden av kjente hjerteslag.

Ekeberg viser til at tidlig tilknytning blant annet fremmer utviklingen av hjernen og samspillet mellom foreldre og barn.

I dag er tidlig hudkontakt, kalt kenguruomsorg, en etablert metode i omsorgen av premature og syke nyfødte. Målet er at barn skal ligge mest mulig hud mot hud med en av foreldrene.

Men det er ikke like enkelt på trange nyfødtavdelinger.

### Foreldre tar over

I Drammen er den nye avdelingen bygget ut fra prinsipper i kenguruomsorg og familiebasert omsorg. Barna skal få mest mulig hudkontakt og foreldrene skal ha hovedomsorgen. Også når barnet er veldig skjørt.

– Sykepleierne får en annen rolle, sier Ekeberg.

– Vi skal være tett på barnet, men ha hendene på ryggen. Vi blir i større grad veiledere, som skal støtte foreldrene. Foreldrene skal stelle barnet sitt fra fødselen, selv om det må ligge på sykehus.

Hun presiserer at omsorgen skal være like trygg. Bemanningen skal være den samme på ny som på gammel avdeling. Legene og sykepleierne har det medisinske ansvaret. Overvåkningen blir like god.

### En rettighet

– Å ha foreldre hos seg er en rettighet barnet har, påpeker seksjonsoverlege Atle Moen.

Alle barn mellom null og atten har rett til å ha minst en forelder hos seg når de ligger på sykehus.

– Mange glemmer at dette også gjelder premature og syke nyfødte, sier han.

Moen har brukt mange år på å overbevise ledelse og kolleger om at nyfødtmedisinen må tenke nytt. Han har sammen med Ekeberg utviklet den nye avdelingen.

– Mennesker er pattedyr, som fra fødselen er avhengig av omsorg. Det er ekstremt viktig for barn å få omsorg fra foreldrene sine. Leger og sykepleiere kan aldri fylle deres rolle, påpeker han.

– *Hvordan reagerer foreldrene?*

– De gjør det vi sier er best. I mange år har de akseptert ikke å være sammen med barna sine. Men det er klart de helst vil være hos barnet, om de får valget, sier han.

– Jeg gremmes når jeg tenker på hvordan jeg har behandlet premature barn.

Ekeberg minner om at det ikke er mange år siden foreldre bare kom på besøk til nyfødt intensiv.

– Man gjorde det man trodde var riktig, sier hun.

– Men nå vet vi mer om hva barn trenger.

### Tøff tid

– Dette er som en liten leilighet.

**Ny avdeling**

- Nyfødt intensiv på Drammen sykehus flytter inn i nye lokaler. Den nye avdelingen er bygget etter prinsippene i kenguruomsorg og familiebasert omsorg. Alle barna har enerom, med god plass til foreldre.
- Prisen for ny avdeling er 40 millioner kroner.
- Nyfødt intensiv tar imot barn født i uke 28 og seinere.
- Avdelingen åpnet 10. april. Det er offisiell åpning 11. mai.

**NY AVDELING:** Birgitte Lenes Ekeberg foran et av intensivrommene.

Unni Borchgrevink står i et av de nye enerommene. For to uker siden fikk hun Nora, i uke 33. I dag skal de hjem.

Nora er blant de siste barna som har ligget på gammel avdeling. Hun i 11. etasje, mamma Borchgrevink på barsel i 3. Det er blitt mange heisturer opp og ned nattetid for å amme og pumpe. De siste nettene har de fått dele rom på nyfødt intensiv.

– Vi har hatt det kjempebra, og er takknemlige for omsorgen her, presiserer Borchgrevink.

– Men det blir noe helt annet med ny avdeling. Her er det så god plass. På nyfødt intensiv kan man som foreldre få tøffe beskjeder. Da er det ikke noe særlig å dele rom med mange andre og ukjente familier. Jeg har forsøkt etter beste evne å innrette meg, men jeg unner både foreldre og ansatte bedre kår på ny avdeling.

Hun ser seg rundt i det nye rommet.

– Her ligger forholdene bedre til rette for privatliv, besøk og samspill med barnet. Det medisinske utstyret virker også mindre dominerende og fremmedgjørende.

– Det felles mange tårer her, sier Ekeberg.

– I dag sitter foreldre bak skjermbrett og gråter. For meg har det vært et mål at de skal kunne gråte uten at andre hører dem. Og kanskje krangle litt.

### Endret praksis

Selv om Nora har ligget på gammel avdeling, har pleien vært basert på nye prinsipper.

– Vi fant ut at vi måtte endre driften før vi fikk ny avdeling, sier Ekeberg.

– Vi måtte se om det fungerte. Om foreldrene ønsket omsorgen.

– En arbeidsform som har fungert i mange år, endres ikke over natta, sier seksjonsoverlege Moen.

Den første voksensengen ble trillet inn på gammel avdeling for to år siden. For personalet har det vært en prøvelse. Det har vært så lite plass at foreldre har fått på øreklokker for ikke å høre hva som blir sagt under visitten til andres barn. Men foreldrene har vært fornøyde.

– De har vært utrolig flinke til å fremme kontakt mellom meg og Nora, sier Borchgrevink.

## – Må rope høyt!

– Barn på sykehus trenger faktisk mer plass enn voksne, sier barneombud Reidar Hjermann.

– De kommer med to foreldre. Men på mange avdelinger er det så trangt at foreldre og pleiere står og skubber i ryggene til hverandre.

Barneombudet sier han får signaler om at barn på intensivavdelinger blir lavere prioritert enn voksne. Det gjelder bemanning og nytt utstyr.

– Jeg hører også at de som jobber på nyfødt intensiv-avdelinger er mindre krevende enn de som jobber på voksen intensiv. De roper ikke til seg de samme ressursene. Det er viktig at de som jobber på nyfødt intensiv roper like høyt som de på voksne. De må stadig signalisere til ledelsen at barna må bli prioritert. Dette er ikke noe som må gjøres en gang, men som må pågå hele tiden, sier Reidar Hjermann.

Tekst **Johan Alvik og Nina Hernæs**

Så kommer Nora selv, på armen til jordmor Stine Jahren. Borchgrevink legger henne til rette i den spesiallagde kengurutoppen. Tett inntil hjertet.

– Hun har gått opp 25 gram, sier Jahren.

Hun er en av flere jordmødre som jobber deltid på nyfødt intensiv. De skal ta vare på mødrene til barna her, som ikke lenger skal ligge på barsel, men på nyfødt intensiv.

– Det gir meg mulighet til å følge mor og barn på en annen måte, sier hun.

**Kengurufødsel**

Nora har ikke bare fått kenguruomsorg, men også kengurufødsel. Ekte kenguruomsorg begynner i det øyeblikket barnet er ute av magen. Er det medisinsk forsvarlig, får mor barnet opp på brystet. Selv om det bare er 28 uker, nedre grense for hva de kan behandle i Drammen.

Det overrasket Borchgrevink.

– Jeg var forberedt på at de skulle løpe av gårde med henne, sier hun.

– I stedet lå hun lenge på brystet mitt. Det ble en myk, fin start. Vi dro sammen opp til nyfødt intensiv, med pappa på slep.

– *Skummelt?*

– Ikke i det hele tatt. Det var to sykepleiere og lege fra nyfødt intensiv på fødestuen.

– På fødestuen har vi tilgang til overvåkningsutstyr, sier Ekeberg.

– Det er ikke noe vi gjør på et akuttrom som vi ikke kan gjøre på fødestuen. At vi før har tatt barnet ut, handler nok mer om at det er bekvemt for oss å jobbe i fred.

Atle Moen mener at det å få babyen raskt til seg, gjør at foreldrene opplever at den lille babyen er et komplett menneske.

– Når de får holde babyen sin, skjønner de også at de er blitt foreldre, sier han.

– Den følelsen er ikke like nær når vi løper av gårde med den.

**Viser vei**

– Det de gjør i Drammen, er helt klart veien å gå framover, mener André Grundevig, leder i Barnesykepleierforbundet.

– De er alene om å tilby noe slikt i Norge i dag. Erfaringene de gjør, vil være med å legge grunnlaget for nyfødtomsorgen framover.

Han peker på at foreldre og barn fortere blir kjent om de får være sammen. Men mener balansegang er viktig.

– Foreldrene må ikke være der hele tiden. Det er utrolig viktig at de kan trekke seg litt tilbake. Jeg ser litt for ofte at foreldre kan slite seg helt ut. De er i en spesiell situasjon, og kan oppleve et følelsesmessig kaos, sier han.

**Avlastning**

I Drammen går Birgitte Lenes Ekeberg inn på et av intensivrommene. Hun drar i en skyvedør, så rommet blir delt i to. En del der foreldrene kan være alene, en del med kuvøse, der sykepleierne kan stelle barnet.

– Slik kan foreldre få litt søvn, sier hun.

I tillegg er det laget oppholdsrom til foreldre. Det blir buffé på avdelingen, og mulighet for brødmat hele døgnet. Det gjør foreldrene mer fleksible.

Barnet skal, i større grad enn før, styre hva som skal skje når. Ikke helsepersonellet.

– I helsevesenet er vi gode til å lage rigide systemer. Men det er ikke nødvendigvis til beste for barnet, påpeker hun.

Fagutviklingssykepleier Lene Tandle Lyngstad sier de oppfordrer foreldrene til å la nære omsorgspersoner bli kjent med babyen.

Hun viser fram et bilde av en skjeggete bestefar med et bitte lite barnebarn på brystet.

– Hensikten er å knytte kontakt mellom barnet og omsorgspersoner, avlaste foreldre og ufarliggjøre situasjonen, sier Ekeberg.

– Det er klart foreldre blir slitne.

**Sikkerhet**

Studier har vist at foreldrene kan føle seg isolert på rommet. Derfor har de på den nye avdelingen montert et overvåkningssystem, som gjør at man kan ta med babyen rundt i nesten hele etasjen. Om noe skjer, vil alarmen gå hos sykepleierne.

– Trygghet, trygghet, trygghet, sier Lyngstad.

– Det er kjempeviktig. Foreldrene skal i helt trygge rammer ha hovedomsorgen for barna.

**Anerkjennelse**

Tilbake på gammel avdeling står skjermbrettene fremdeles tett. Jordmor Stine Jahren er mer enn klar for å flytte over på ny avdeling.

– *Er noe gått tapt på veien?*

– Nei. Å få foreldre til å ta omsorg for barnet sitt, må være bra. Det kan ikke være riktig å skille dem, sier hun.

Birgitte Lenes Ekeberg mener den nye avdelingen er en anerkjennelse av nyfødtomsorgen. Både hun og seksjonsoverlege Moen håper flere vil gjøre som dem. Moen tror de er nødt.

– Vi kommer ikke til å få lov til å drive nyfødtmedisin slik vi har gjort, sier han.

– Vi kan ikke lenger se barn isolert fra foreldrene. ||||

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Stig Weston**

## «Jeg gremmes når jeg tenker på hvordan jeg har behandlet premature.»

*Seksjonsoverlege Atle Moen*

En mannlig sykepleier har fått erstatning på 280 000 kroner fra Tønsberg kommune etter å ha gått såkalte «språkvakter».

# Gikk ulønnete «sp

Inne på advokatkontoret til Bernt K. Roald midt i Tønsberg sentrum, sitter en mann som nå føler på lettelsen. Han har nettopp fått vite at han får etterbetalt 280 000 kroner fra kommunen. Men det har vært tre tøffe år.

Mannen kom til Norge på jobbsøkervisum sommeren 2008. Etter noen dager oppsøkte han et sykehjem i Tønsberg kommune, for å høre om mulighetene for å få jobb.

Og, joda, det var det. Mannen har sykepleierutdanning fra Øst-Asia, og fikk et skriftlig arbeidstilbud fra sykehjemmet på 100 prosent fast jobb som offentlig godkjent hjelpepleier.

**Besto språkprøve i 2009**

På bakgrunn av disse papirene fikk han arbeidstillatelse. De fire første månedene han var i landet, gikk han kun såkalte språkvakter ved sykehjemmet, uten lønn.

Og hva er egentlig en språkvakt? Tønsberg kommune selv definerer det slik: «Språkvakt er en som går på «topp» for å lære språk og fagterminologi.»

Fra november 2008 vurderte ledelsen ved sykehjemmet at mannen snakket så godt norsk at han kunne ta betalte vakter. I juli 2009 avla han bestått prøve i de obligatoriske Norskprøve 2 og 3 for voksne innvandrere. Helt fram til mai 2011 gikk han imidlertid ubetalte språkvakter sammen med de betalte vaktene.

**Lønn mandag, ikke onsdag**

– Han kunne få lønn for mandag og tirsdag, men ikke for onsdag og torsdag. Da snakket han for dårlig norsk, og måtte gå ulønnete vakter, sier advokat Bernt K. Roald retorisk. Han stevnet kommunen på vegne av mannen.

Roald understreker at mannen jobbet selvstendig som hjelpepleier og gjorde samme type oppgaver uavhengig av om han fikk betalt eller ei.

Han hadde en 14,7 prosent stilling ved sykehjemmet. Han var også sykevikar, ferievikar og ekstravakt. Til

## – Han jobbet ikke gratis

Personalsjef i Tønsberg kommune, Aase Helland Volle, bekrefter at kommunen har inngått forlik med mannen, men avviser at han har jobbet gratis.

– Tønsberg kommune tilbakeviser på det sterkeste påstander om sosial dumping. Kommunen følger lov- og avtaleverk. Arbeidsmiljø vektlegges både i virksomhetene lokalt og i kommunen generelt, sier Helland Volle.

– Han har gått språkvakter, noe han selv ønsket. Han har alltid gått ved siden av, aldri erstattet noen andre de dagene han har hatt språkvakter, sier hun.

Dette er det uenighet om: Flere ansatte forteller at mannen ikke har gått sammen med andre på de ulønnete vaktene, og hele tiden har jobbet selvstendig som hjelpepleier. I arbeidstilbudet som ble sendt til UDI i 2008 står det at årslønnen for en 100 prosent stilling er 263 100 kroner. Det står ingenting om ulønnete språkvakter.

– I arbeidstilbudet til UDI står det ikke at vi tilbyr en 100 prosent stilling, men at oppgitt lønn gjelder for 100 prosent stilling. Det står at arbeidstiden vil variere, sier Helland Volle.

**– Gjør ikke dette lenger**

*– Hva er en «språkvakt»?*

– Språkvakt er noe som vanligvis organiseres via Voksenopplæringen eller NAV for at de som trenger det kan få språkopplæring. I dette tilfellet kom mannen på privat initiativ. Det gjør vi ikke lenger. Vi følger lov- og avtaleverk, sier hun.

*– Er det flere som går såkalte språkvakter på privat initiativ?*

– Ikke nå lenger. Det har uansett ikke vært mange.

*– Vil disse få tilbakebetalt penger slik som denne mannen har fått?*

– Nei, disse har ikke gått språkvakter lenge.

*– Hvor mener dere grensa går for hvor lenge noen kan gå ubetalte språkvakter før også de bør få erstatning?*

– De som har hatt språkvakter har gått ved siden av ansatte, men har aldri erstattet noen andre i turnusen. Øvrige personer med språkvakter gjaldt kun kortvarige perioder og de gikk over i fast stilling enten i kommunen eller hos annen arbeidsgiver.

**TØFT MØTE:** Mannen (med ryggen til) kom til Norge med sykepleierutdanning og håp om fast jobb i 2008. I tre år måtte han gå ubetalte språkvakter. Da han klaget, fikk han beskjed om at han skulle være glad og takknemlig. Advokat Bernt K. Roald mener mannen har blitt utsatt for sosial dumping.

TIPS OSS!

Kjenner du til lignende saker?
Send oss gjerne en e-post på
firmapost@sykepleien.no
eller ring oss på 2204 3373.
Alle tips blir behandlet konfidensielt

# råkvakter›› i tre år

sammen fikk han lønn for vel 2200 timer over en treårsperiode. I samme periode gikk han «språkvakter» uten lønn i minst 2700 timer.

– Jeg oppfatter dette som grov utnyttelse av en ansatt. I brevet fra UDI står det at arbeidstillatelsen er knyttet til det aktuelle sykehjemmet. Derfor kunne han ikke fritt bytte jobb, selv om han ikke fikk betalt. Det er sosial dumping, sier Roald.

I et lydopptak mannen gjorde under en samtale med en av sine sjefer, blir det sagt at han burde «være glad og takknemlig – ikke alle får denne muligheten.» Der blir det også sagt at det er tre dager per uke han ikke får lønn for, ellers ville han ikke kunne vært i landet.

**– Vanskelig tid**

Mannen selv er glad for at saken omsider er kommet til en avklaring. Han opplevde tiden hvor han måtte jobbe såpass mye uten å få betalt for det, som svært tung.

– Det var vanskelig å se at andre gjorde det samme og fikk betalt, men ikke jeg, sier han.

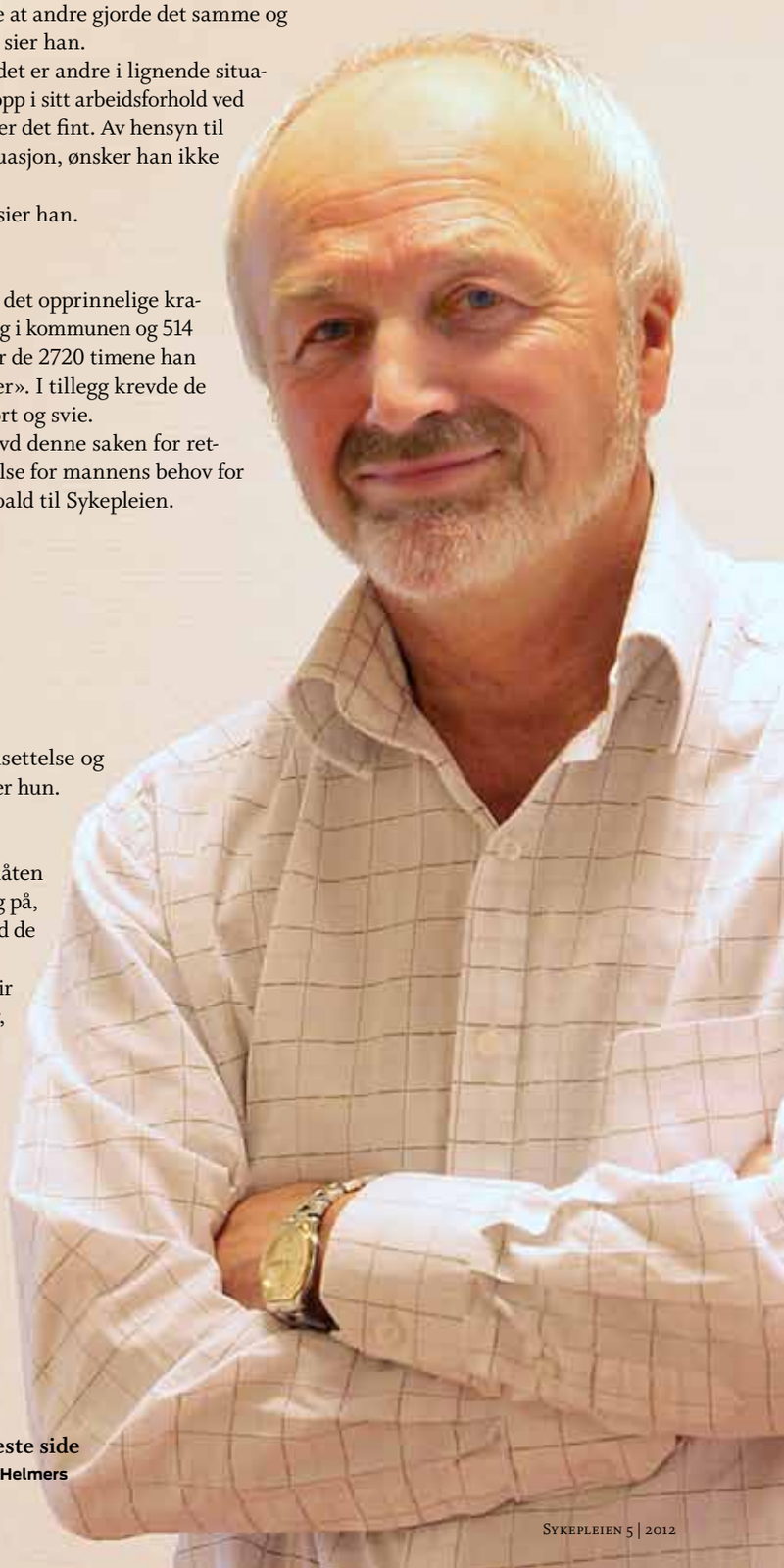
Han mener at dersom det er andre i lignende situasjoner som kan få ordnet opp i sitt arbeidsforhold ved å lese om hans situasjon, er det fint. Av hensyn til sin nåværende arbeidssituasjon, ønsker han ikke å stå fram med navn.

– Jeg ser fremover nå, sier han.

**Krevde det dobbelte**

Ifølge Tønsbergs Blad var det opprinnelige kravet i stevningen full stilling i kommunen og 514 603 kroner i erstatning for de 2720 timene han hadde jobbet «språkvakter». I tillegg krevde de 50 000 i erstatning for tort og svie.

– Jeg skulle gjerne prøvd denne saken for retten, men har også forståelse for mannens behov for å få en avslutning, sier Roald til Sykepleien.



# – Skal ha betalt

– Hvis arbeidsgiver pålegger arbeidstaker språkopplæring, må denne opplæringen i utgangspunktet skje i arbeidstiden mot betaling, mener NSF-leder.

Eli Gunhild By, leder i Norsk Sykepleierforbund ønsker ikke å kommentere denne konkrete saken, siden hun bare kjenner den gjennom media. Lokalavisen Tønsberg Blad har omtalt saken.

Når det gjelder fenomenet «språkvakter», er hun klar:

– Det er et arbeidsgiveransvar å sørge for at de ansatte har nødvendige språkkunnskaper. En ordning hvor ansatte har ordinære vakter uten lønn er klart i strid med tariffavtalen. Hvis arbeidsgiver pålegger arbeidstaker språkopplæring, må denne opplæringen i utgangspunktet skje i arbeidstiden mot betaling, sier hun.

**– Stort ansvar på ledere**

– God sykepleie forutsetter at sykepleieren har nødvendige språkferdigheter for å kunne kommunisere med pasienter, kolleger og pårørende. Det er et stort ansvar som ligger på sykepleielederne, ved å sørge for at de ansatte har disse ferdighetene både ved ansettelse og under arbeidsforholdet, sier hun.

**Rydde-hjelp**

Hun mener den eneste måten å bekjempe sosial dumping på, er ved å jobbe sammen med de utenlandske sykepleierne.

– Når våre tillitsvalgte blir kjent med denne type saker, bistår vi medlemmene med å rydde opp både overfor arbeidsgiver og i forbindelse med autorisasjonsprosessen. Arbeidet for de filippinske sykepleierne på Oslo universitetssykehus (OUS), hvor både våre tillistvalgte og advokater er involvert, er et godt eksempelt på dette. Slike saker viser hvor viktig det er å være fagorganisert, sier By.

**Les om OUS-saken på neste side**

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

OUS, eller ansatte der, kan bli siktet for menneskehandel.

# OUS-ansatte avhøres om filippinerne

**Dette er saken**

- Tre filippinske sykepleiere ble hentet for å jobbe på OUS, av møbelhandleren Lars Backer på oppdrag fra Ullevål sykehus.
- Sykepleierne måtte ta opp lån på 300 000 kroner hver. Mesteparten av lønnen gikk til Backer.
- Lars Backer og hans filippinske kone er siktet for menneskehandel.

Politiet etterforsker fortsatt saken der Oslo universitetssykehus (OUS) er mistenkt for menneskehandel.

– Vi avhører ansatte hver dag. Vi avhører også fortsatt de fornærmete, sier politiinspektør i Oslo, Bente Gerner.

– Det er vanskelig å etterforske, for arbeidsplassen er så stor og det er så mange flere involverte nå enn da vi forholdt oss til ekteparet, sier hun.

Derfor tar det lengre tid enn hun først antok å avgjøre om noen på OUS blir siktet. Det siktete ekteparet var varetektsfengslet i fire uker, men ble løslatt i påsken.

– Ingenting tyder på at vi må varetektsfengsle noen på OUS. Det har heller ikke vært behov for å beslaglegge dokumenter. Vi har fått alt vi har bedt om, sier Gerner.

**Satt i system?**

Flere enkeltpersoner på sykehuset er innkalt som vitner. Under avhør kan de eventuelt endre status til mistenkt. Gerner vil nødig si om enkeltpersoner er mistenkt nå, før de eventuelt er siktet.

– Vi må se om rekrutteringen ble satt i system av sykehuset. Vi ser om ledelsen har visst, akseptert eller satt ulovligheten i system, eller om enkeltpersoner har gjort avtaler på egen hånd i strid med interne retningslinjer, sier hun.

Politiet vil se saken under ett og behandle tiltalespørsmålet for ekteparet og OUS samtidig. Gerner ser for seg at en tiltale kan være klar før sommeren.

**Må kontrollere**

Frank Ryghaug, sykepleier og klinikktillitsvalgt på klinikk for kirurgi og nevrofag, håper å få klarhet i hva som har skjedd i ledelsen.

– Forhåpentligvis kan vi få nye rutiner så vi unngår at noe sånt skjer i framtiden. Det er behov for bedre kontrollsystemer i alle sektorer, også i kommunene. Det viste også Adecco-saken i fjor.

**FORNØYD:** Frank Ryghaug håper politiet etterforsker grundig nok.

Backer er også anmeldt for svindel etter å ha bidratt til å få filippinske sykepleiere til Kjøllefjord i Finnmark. Ytterlige fem sykepleiere skal ha vært på vei til Norge i regi av Backer, men de er stoppet.

Den ene av de tre filippinske sykepleierne på OUS har fått autorisasjon. Alle tre er nå ansatt i full, fast stilling med klausul om at de blir sykepleiere så fort de norske autorisasjonene er i orden. De har i en periode under avhørsprosessen fått fri med lønn.

Tekst og foto **Marit Fonn**

## Jori Helgerud Gloppe

Alder: **28 år**
Yrke: **Sykepleier**
Jobber: **Paulus Sykehjem i Oslo**

# Jobber for øyeblikket

For noen er det viktigst å ha det best mulig her og nå.

Jeg jobber på en skjermet enhet hvor beboerne har fremskreden demens. Det vil si at det egentlig går bare en vei. Det er ikke snakk om rehabilitering. Vi vet ikke hva som skjer med pasienten i neste øyeblikk. Nettopp derfor blir det viktig å gjøre mest mulig ut av den situasjonen de er i. Det handler om de små tingene; om å sette seg ned og prate, holde i en hånd, eller synge med dem.

Det første som skjer hver dag er at vi får rapport av nattevakten. Deretter fordeler vi morgenstellet mellom oss. Vi fordeler også andre oppgaver, som blodprøver, å følge beboerne til tannlegen, trim eller andre aktiviteter på huset. Som sykepleier er det ofte jeg som fordeler oppgavene, i tillegg til at jeg har ansvar for medisinutdeling og administrasjon. Så er det frokost, og da sørger vi for at de beboerne vi har ansvar for den dagen, møter opp til måltidet. Det samme gjelder til lunsj og middag. Som sykepleier skal jeg ha oversikt over helheten, vite om noen tenger noe spesielt, for eksempel sårstell eller tilsyn av lege. En annen sykepleieoppgave er å jobbe med tiltaksplaner og veilede andre ansatte.

Egentlig ville jeg bli jordmor, men allerede tidlig på studiet ombestemte jeg meg. Jeg jobbet som pleieassistent på sykehjem og fikk fast jobb som assisterende avdelingssykepleier der med en gang jeg var ferdig utdannet. Jeg trives god med å jobbe med eldre og synes demens er et spennende fagområde. Jeg begynte på Paulus for tre år siden. Jeg kjente en som jobbet her og hadde hørt mye bra om stedet.

Avdelingen vår er liten, og vi har et godt forhold til beboerne. Vi driver mye miljøbehandling. Pasientgruppen vår er fysisk oppegående, men enkelte kan være utagerende, og det hender noen stikker av. Det finnes ikke noe fasitsvar på hva som er riktig eller feil behandling av den enkelte beboer, derfor er det viktig å ha noen å diskutere sykepleiefaglige problemstillinger med. Derfor er jeg veldig fornøyd med at vi er tre sykepleiere på avdelingen.

Hvis jeg skal trekke frem noe negativt, må det være at dagene innimellom kan bli litt like. I grunnen er det opp til meg selv å gjøre noe med akkurat det. Men man har ikke alltid like mye overskudd, og noen ganger kan det også bli hektisk. Som sykepleier må jeg innimellom slippe alt jeg har i hendene for å hjelpe andre i en akutt situasjon.

Fine øyeblikk på jobb kan være hvis en beboer er litt ekstra nedfor en dag og ikke vil stå opp, men likevel lar seg overtale til å bli med inn til frokost og et par timer etter synger og traller og hygger seg. Eller hvis en som har vært aggressiv uforvarende gir meg en klem.

Fortalt til **Susanne Dietrichson** Foto **Stig Weston**

**SIT-IN FOR MER LØNN** Pakistanske sykepleiere inntok i forrige måned lokalene til presseforeningen i Karachi for å arrangere en spontan «sit-in» for bedre lønn. Hundrevis av sykepleiere og sykepleierstudenter i Pakistans hovedstad hadde lagt ned arbeidet på flere av de offentlige sykehusene i protest mot de dårlige betingelsene. De vil også ha bedre turnuser, muligheter for karriereutvikling og stipender for sykepleierstudenter. Da politiet valgte å slå ned hardt på demonstrantene i Karachi, spredte uorlighetene seg også til andre byer i Pakistan. I Peshawar samlet flere hundre sykepleiere seg. Lederen for «district nurses association» krevde at regjeringen grep inn mot politiets maktmisbruk. Foto: Scanpix Syed Jasir Kazmi/Scanpix

Tekst og foto **Jan-Christian Nordahl**

– Jeg husker fremdeles skrikene fra luftegården, sier Sissel Nesset. Hun er i dag omviser på Dikemark psykiatriske museum.

**HELE LIVET PÅ DIKEMARK:** Psykiatrisk sykepleier Sissel Nesset minnes pasienten «Krøsus», som samlet steiner og laget en noe egenartet parfyme til overlegenes fruer.

# Et monument over

Dikemark Sykehus ble grunnlagt i 1905, året da Norge ble fritt. Stedet var opprinnelig en gård i Asker, som ble kjøpt av Oslo kommune for å skape et psykiatrisk behandlingssted i naturskjønne omgivelser. På rekke og rad ble de store og staselige bygningene reist i jugendstil. Bjørkelibygningen, som i dag rommer *Dikemark psykiatriske museum*, stod ferdig i 1919.

**Selvforsynt**

Sykehuset disponerte et enormt utearealet. Her kunne pasienter boltre seg i lysløype, slalåmbakke, hoppbakke og et større idrettsanlegg på sykehusets område.

Dikemark produserte tjenester og produkter som sykehuset selv trengte. Arbeidsterapien besto blant annet av strikking, veving og søm. Og gartneriet som hadde ansvaret for et parkanlegg, bidro sterkt til å gjøre Dikemark selvforsynt. Kjøkken, snekkerverksted, maskinverksted, skredderverksted og tapetserverksted gjorde at sykehuset i stor grad klarte seg selv. Sykehuset hadde til og med sine egne penger som ble brukt til pasienter som oppgjør i arbeidsterapien og som kunne byttes mot varer på sykehuset. Hele tiden frem til krigsårene hadde kommunen som mål at Dikemark skulle være selvforsynt uten kjøp av varer og tjenester utenfor.

Dikemark Sykehus var i 1955 autorisert for 792 pasienter, 349 menn og 443 kvinner. Belegget var på cirka 900. De fleste dører var låst. Mange av rommene liknet celler, med gitter foran vinduene og doble jerndører som ble forsvarlig lukket med bolter og slåer tidlig på kvelden. Pasientene lå ofte på saler med opptil 15 beboere. Belter og fotstropper var vanlig. Uro i form av skriking, skråling og banking, alvorlig vold og urenslighet

**STÅR TOMT:** Bjerget er et av flere ruvende sykehusbygg på Dikemark som i dag ikke lenger er i bruk. I en periode var det et asylmottak her. Rett ved Bjerget ligger Bjørkeli-bygningen der Dikemark psykiatriske museum holder til.

# psykiatrien i Norge

hørte til dagens orden. Noen pasienter gikk uten klær. Ved forsøk på å kle på dem, ble klærne øyeblikkelig revet i stykker.

**Psykofarmaka - en revolusjon**

Sissel Nesset, en av de fire ildsjelene som i dag er omvisere på Dikemark psykiatriske museum, har selv vokst opp på Dikemark og har jobbet på sykehuset som psykiatrisk hjelpepleier i over 40 år.

– Jeg husker fremdeles skrikene fra luftegården. Alt var inngjerdet, lukket og låst og kunne skremme mange som ikke kjente til psykiatrien. Når jeg møter skoleungdom på omvisning merker jeg hvor engstelig de blir når jeg forteller dette. Flere har problemer med å bruke toalettet her etterpå.

I midten av 50–årene kom de antipsykotiske og antidepressive medisinene som skulle revolusjonere psykiatrien. De psykiatriske sykehusene forandret seg fra å være forvaringssteder til å bli behandlingssteder. Etter suksessen med de nye medisinene var det mange som tenkte at de psykiatriske institusjonene kanskje hadde utspilt sin rolle. Den nye utviklingen åpnet veien for terapeutisk behandling og mulighetene for et normalt liv utenfor institusjonene. Masseansettelser av terapeuter, pleiepersonale, leger, psykologer og sosionomer fulgte sammen med entusiasme og troen på en bedre fremtid for psykiatriske pasienter.

**Infobank om psykiatriens historie**

Grunnlaget for sykehusmuseet ble lagt allerede på 1950–tallet, da en forutseende sykepleier, Margit Johannessen, begynte å samle gjenstander som stammet fra forrige århundreskifte og frem til 1950–årene. Museet, som ble åpnet i 1984, inneholder i dag gjenstander og tidstypiske møbler

**ILDSJELER:** Sissel Nesset, Tore Gude, Bjørn Gunby og Bjørg Fjeldstad har alle jobbet på Dikemark og brenner fortsatt for psykiatriens historie.

som er laget av sykehusets pasienter og håndverkere. De belyser sykehusets historie fra 1905 og videre mot 1950–tallet. Her finnes vaktrom for sykepleiere og leger, kirkerom, isolat, kjøkken, spisesal og salonger, samt eksempler på pasientarbeider som duker, filleryer og pyntegjenstander fra arbeidsterapien.

### Lært hjelpeløshet

Wenche Norset Iversen, pensjonert spesialsykepleier med 40 år på Dikemark, husker psykiatrien fra før psykofarmaka ble tatt i bruk.

– Pasientene sov på sovesaler og hadde ikke eget tøy. Hver gang de fikk en flekk på tøyet ble det skiftet til rent. Undertøyet var ofte i riktig store størrelser, og jeg pleier å si at det er forløperen til tights, en unisex mote!

Alle satt til bords ved langbord som var dekket med stivede damaskduker. Mat ble servert på blikktallerkener. I tillegg til låste dører og høye gjerder var innredningen minimal, med stoler som hadde belter og remmer og var fastnaglet til veggen.

Pasientene ble institusjonalisert og ble der ofte hele sitt liv. Sissel Nesset kan fortelle om en pasient som tilbrakte hele 50 år av sitt liv på Dikemark.

– Han kalte seg Krøsus og var en fornem herremann som alltid gikk i dress og tiltalte betjeningen i Deform. Han var en tusenkunster, malte, samlet steiner og lagde parfyme av egen urin tilsatt fiolekstrakt og en roseblanding. Flaskene fikk en sirlig etikett og ble som oftest gitt bort til overlegenes fruer.

### Løsning på gåten schizofreni

I loftsetasjen på museet ligger laboratoriet til sykehusets direktør og overlege fra 1929 til 1947, Rolv Gjessing. Hans laboratorium var unikt både nasjonalt og internasjonalt. Gjennom sitt arbeid med å finne årsakene til psykiske lidelser, særlig periodisk katatoni, ble han internasjonalt kjent. Hans sterke posisjon som lege, direktør og forsker hjalp godt på i forhold til bevilgninger, men han betalte også fra egen lomme til utstyr til sitt klinisk, kjemiske laboratorium.

Psykiater og omviser Bjørn Gunby, som kom til Dikemark tidlig på sekstitallet og tok sin psykiatriske utdannelse der, kjenner laboratoriet bedre enn de fleste.

– Rolv Gjessing gjorde en enorm innsats for å bygge dette opp, med god hjelp av Dikemarks egne håndverkere, sier Gunby og viser oss rundt.

– En av hans betydningsfulle oppfinnelser er denne seismografen som måler bevegelsene til pasientene gjennom et døgn når de var under behandling. En annen særegenhet her er trappen du ser i hjørnet. Den fører opp til en plattform på taket hvor han målte lufttrykk, temperatur og elektriske spenninger i lufta. Og et apparat gjorde det mulig å måle ozoninnholdet. Ut ifra dette kunne han se sammenhengen mellom værendringer og svingningene i pasientenes sykdomsbilde.

*– Men fant han årsakene til schizofreni og andre psykiske lidelser?*

– Nei, han kom ikke helt i mål. Hadde han gjort det, så kunne han sikkert fått Nobelprisen i medisin! For svarene på disse spørsmålene har man heller ikke funnet i dag. Hjernen er for komplisert til å skjønne hundre

**SJEF:** Psykiater og direktør Rolf Gjessing har satt tydelige spor etter seg i sykehusets historie.

**FORUTSEENDE:** Det var sykepleier Margit Johannessen som begynte å samle gjenstander fra Dikemark. I dag er de samlet i museumsbygningen på Bjørkeli.

**Dikemark psykiatriske museum:**

- Museet ble åpnet i 1984.
- Det holder til i en av sykehusets bygninger, Bjørkeli.
- I museet fins gjenstander helt fra sykehusets første år, etter åpningen i 1905. Det er inventar og produkter produsert av pasienter, og medisinsk utstyr.
- I museet vises også hvordan vaktrom, isolat og spisesal så ut.
- Dikemark ligger i Asker kommune vest for Oslo.
- Sykehuset er nå en divisjon under Oslo universitetssykehus.

prosent. Hadde den vært enklere, hadde man heller ikke hatt muligheten til å forstå den, mener Gunby.

**En renessanse for Dikemark?**

En annen av museumets ildsjeler er Tore Gude. Han har også vokst opp på Dikemark, hvor hans far var lege. Og han gikk selv i farens fotspor og ble lege og professor i psykiatri. Han jobbet på Rolv Gjessings laboratorium i studietiden.

– Det ble tatt et meget stort antall prøver av urin, blod og avføring av pasienter i tiden laboratoriet eksisterte. Dette utgjør i dag en gedigen biobank med kliniske data som er systematisert og er en gullgruve for forskningen. På Island fantes en liknende biobank av en stabil befolkningsmasse som ble solgt til et amerikansk medisinfirma for flere milliarder dollar.

**Dagens psykiatri på rett vei?**

Mener veteranene at behandlingen av pasienter med psykiatrisk diagnose er bedre i dag enn på Dikemarks tid? Var tilbakeføringen fra institusjon til eget hjemsted en suksess?

Kontinuitet i behandling er viktige stikkord, mener Tore Gude.

– Mange pasienter hadde det bedre med en trygg forvissning om at de ble tatt vare på, ble behandlet og deretter fulgt opp. Den tryggheten er ikke der i dag. Det er for mange fragmenter i behandlingen og for dårlig oppfølging. Apparatet er ikke i stand til å dekke det behovet som er i befolkningen, så det er en sørgelig historie. Alle aktivitetene som blir nedlagt og blir strøket av budsjettet gjør at det blir forringet kvalitet på den totale behandlingen.

Tore Gude vil ikke si at psykiatrien er inne på et blindspor, men han mener at nedbyggingen av Dikemark har skjedd for raskt.

– Det er behov for institusjonsbehandling i dag også, men den skal ikke være for langvarig, slik som før krigen da pasientene ble her for resten av livet.

## «Det er behov for institusjonsbehandling i dag også.» *Tore Gude*

**Hva skjer med Dikemark?**

I dag er det minimal drift på sykehuset. De store institusjonenes tid er forbi, men etter 90 års drift er Dikemark en gigant i psykiatriens historie.

Asker kommune, Oslo kommune og Staten ved Riksantikvaren er aktører i planleggingen av Dikemarks fremtid. Allerede i mai kommer Riksantikvaren med en fredningsplan for området. De staselige bygningene blir trolig fredet sammen med noe inventar og området rundt.

*Kilder: De siste årene? Dikemark Sykehus 1955-1995*

**FØRSTE TELEFONSENTRALEN:** Med cirka 900 pasienter og en omfattende stab var det nødvendig med en egen telefonsentral på Dikemark. Sykehusets direktør og overlege Rolv Gjessing (1929-1947) var en av de ivrigste brukere.

I Østfold er utskrivingsklare sykehuspasienter ikke lenger et tema. En forpliktende avtale gjorde susen.

# Tenker hjemreise ved innleggelse

**Avtale om utskrivning**

- Sykehuset Østfold (SØ) gir melding innen 24 timer etter innleggelse, dersom pasienten antas å ha behov for tiltak fra kommunehelsetjenesten etter utskrivning.
- Melding om utskrivningsklar pasient skal gis mellom kl 08.00 og 15.30 alle dager (også helg/helligdager). Kommunen skal ha ett betjent telefonnummer i samme tidsrom.
- Kommunen skal innen 2 timer gi tilbakemelding om pasienten kan mottas. Hvis ikke, inntrer betalingsplikten (4 000 kroner per døgn).
- For pasienter som meldes utskrivingsklare før kl 12.00 inntrer betalingsplikten samme dag. Meldes pasienten etter kl 12.00 og før 15.30 inntrer den neste dag.
- Uavhengig av betalingsplikt skal kommunen motta utskrivingsklar pasient så raskt som mulig.

Sykehuset Østfold har redusert antallet liggedøgn for utskrivningsklare pasienter fra 581 i januar i fjor til ett i januar i år. Til sammenligning krevde Sykehuset Innlandet refusjon fra sine kommuner for 334 pasientdøgn i samme måned. Hva har skjedd?

Samhandlingssjef Odd Petter Nilsen i Sykehuset Østfold er ikke i tvil.

– En konkret og forpliktende avtale mellom sykehuset og fylkets kommuner har skapt en helt ny hverdag for sykehuset og i kommunehelsetjenesten. Også ordningen med de kommunale pasientkoordinatorer har vært en ubetinget suksess. De største vinnerne har imidlertid vært pasientene, mener Nilsen.

Den nyinnførte samhandlingsreformen skapte ikke bølger i Østfold – tvert i mot. Her har de jobbet slik lenge. Allerede i 2005 ble det inngått forpliktende samarbeidsavtale mellom Sykehuset Østfold og kommunene i fylket. I den anledning opprettet helseforetaket en stilling som relasjonsbygger. Daværende relasjonsbygger er nåværende samhandlingssjef.

– Samhandlingsreformen er langt på vei en blåkopi av hvordan vi har tenkt og jobbet i Østfold. Så når reformen understreker betydningen av at pasienter ikke skal behøve å være på sykehus hvis de kan få like god eller bedre behandling i hjemkommunen – da er det bare å nikke gjenkjennende, sier Odd Petter Nilsen.

## Konkret avtale

Avtalen om utskrivning av ferdigbehandlede pasienter ved sykehusene er konkret og lett å forholde seg til for sykehuset og kommunehelsetjenesten i fylket.

Når en pasient legges inn på sykehus skal hjemkommunen ha beskjed i løpet av 24 timer hvis pasienten kan ha behov for konkrete tilbud fra kommunehelsetjenesten etter utskrivning. Det skal skje mellom kl 08.00 og 15.30 til et fast betjent telefonnummer i kommunen og gjelder 365 dager i året. I god tid før utskrivning skal sykehuset varsle pasientens hjemkommune. Skjer varselet etter kl 12.00 utskrivningsdagen, slipper kommunen å betale for denne dagen.

Avtalen i Østfold ble kritisert av Helse- og omsorgsdepartementet fordi den innholdt varsling innen bestemte tidspunkt. Sykehusets samhandlingssjef er ikke enig i kritikken. Det er heller ikke sykehusledelsen i Østfold.

– At vi skulle varsle om en pasient klokka fem på tolv om kvelden, som kommunen måtte betale for, er helt urimelig og vil være ødeleggende for samarbeidet, sier Nilsen.

Nå har departementet åpnet for at tidspunkt kan tas inn i avtalen der som partene er enige om det.

## Gull verdt

Sarpsborg kommune opprettet i forbindelse med samhandlingsreformen en egen stilling som kommunal pasientkoordinator. Pasientkoordinatoren er bindeleddet mellom sykehuset og kommunen.

– Disse stillingene er gull verdt, mener samhandlingssjefen. Pasientkoordinator Wenche Skullestad i Sarpsborg kommune er enig.

– Stillingen er helt nødvendig for å få til en vellykket hjemreise for pasienter som er ferdigbehandlet på sykehuset, mener Skullestad.

Rutinene er enkle. Når kommunen får varsel om at en deres pasienter er klar for utskrivning, oppsøker Skullestad pasienten på sykehuset for å få oversikt over hjelpebehovet og hva vedkommende selv ønsker av hjelp etter utskrivning.

Allerede når pasienten blir innskrevet på sykehuset får pasientkoordinator beskjed, så utskrivningen kommer ikke som noen overraskelse.

## Skeptiske pasienter

– En vanlig første reaksjon fra pasientene er: Kan dere ta vare på meg der ute? På sykehuset føler de seg trygge, med personell rundt seg hele døgnet. Engstelsen bunner i at de ikke vet hva kommunen har å tilby av helse-

**SAMARBEID:** – Østfold er best i landet på samhandling, konstaterer samhandlingssjef Odd Petter Nilsen i Sykehuset Østfold og Sarpsborg kommunes pasientkoordinator Wenche Skullestad.

tjenester og kompetanse, sier Skullestad. Og med all negativ omtale av kommunal eldreomsorg er hun ikke overrasket over at pasienter og pårørende er skeptiske når det blir snakk om utskriving.

– Når jeg snakker med pasienter og pårørende handler det også om å bygge trygghet. At de vil få lik pleie og omsorg i kommunehelsetjenesten som de har fått på sykehuset. Det er ikke snakk om å ta dem ut for så la dem greie seg selv.

Skullestad har tett kontakt med enhetslederne i kommunen, og har god oversikt over eksisterende tilbud. Sarpsborg kommune har fått bygget et helsehus med 14 korttidsplasser. Fire nye plasser vil snart stå ferdig. Det gir kommunen handlingsrom til å ta imot ferdigbehandlede sykehuspasienter.

– Men også innad i kommunen trengs klare regler på hvor lenge en korttidsplass skal benyttes, når pasienten skal skrives ut til eget hjem, til hjemmesykepleien eller sykehjemsplass. Her er det viktig at alle er lojale i forhold til det som er avtalt, understreker pasientkoordinatoren.

## I Østfold er vi opptatt av «vellykket tilbakeføring».

I tillegg til Sarpsborg har også Fredrikstad, Moss og snart Halden kommune ansatt egne pasientkoordinatorer. Til sammen dekker de rundt 70 prosent av fylkets befolkning.

### Fungerer godt

De nye reglene som gjelder fra nyttår sier at kommunene må betale 4 000 kroner for hvert døgn en utskrivningsklar pasient blir liggende å vente i en sykehusseng. For å dekke utgiftene og for å stimulere kommunene til å ta mer ansvar for egen befolkning, har landets kommuner i år fått overført 5,6 milliarder kroner fra helseforetakenes budsjetter.

I Østfold har kommunene fått til sammen 32,5 millioner av rammeoverføringene som tidligere gikk til Sykehuset Østfold.

– Mange er kritiske til ordningen fordi de frykter det vil friste sykehusene til å skrive ut pasienter tidligere. Det har ikke vært tilfellet for våre

pasienter, sier Wenche Skullestad.

I løpet av de første 11 ukene er 206 pasienter hjemmehørende i Sarpsborg kommune utskrevet fra sykehus. Av disse er 34 skrevet ut til eget hjem uten behov for kommunale tjenester. Det har skjedd i samråd med pasienten selv. Videre har 98 pasienter hatt behov for hjemmetjenester, 70 har fått tilbud om kortidsopphold, mens kun to har hatt behov for langtidsplass.

– Kommunene i Østfold har vært dyktige til å planlegge, og statistikken viser at samhandlingen mellom sykehuset og kommunene fungerer godt, sier sykehusets samhandlingssjef Odd Petter Nilsen.

Tekst **Bjørn Arild Østby**
Foto **Patrick da Silva Sæther**

**PASIENTKOORDINATOR:** Når Sarpsborg kommune får varsel om at en deres pasienter er klar for utskrivning, oppsøker Wenche Skullestad pasienten på sykehuset for å få oversikt over hjelpebehovet og hva vedkommende selv ønsker av hjelp etter utskrivning.


DELTIDSSTUDIER I HELSELEDELSE

Handelshøyskolen BI tilbyr både enkeltstående programmer og tittelgivende studier innen helseledelse. Studiene passer for deg som har, eller ønsker lederansvar innen offentlig eller privat helsesektor. Fleksibel gjennomføring med samlinger og nettstudier, slik at studier kan kombineres med jobb og familie. Studiestart i august – opptak pågår nå.

helseledelse@bi.no • telefon 46 41 00 20
**www.bi.no/helseledelse**

TYNGDEN DU TRENGER BI

FAGARTIKKEL:
Snakker med eldre om døden. Side 54

FAGDEBATT:
Uskikka for sjukepleieryrket? Side 68

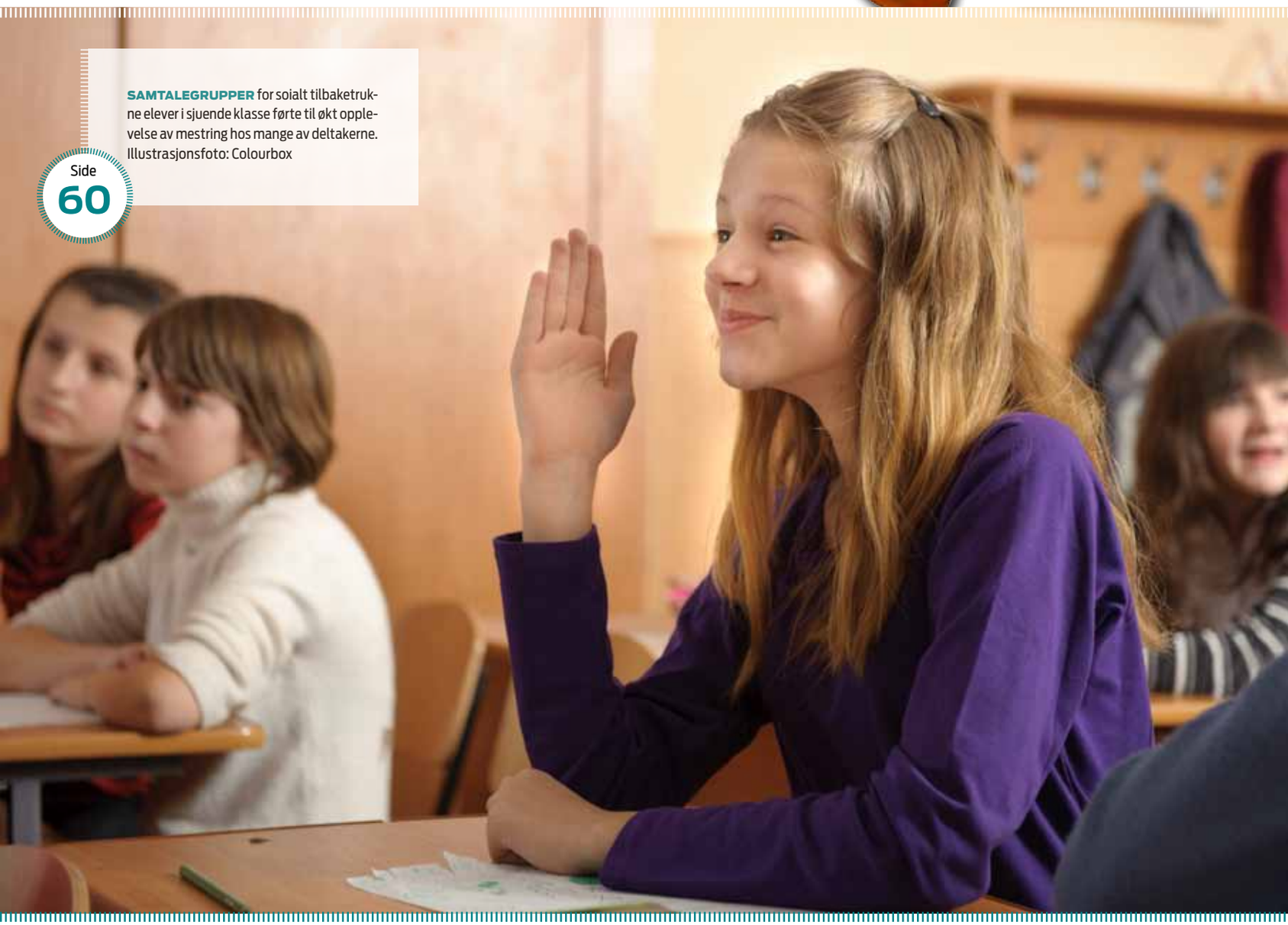
FAGNYHET:
Er det normalt å føde med epidural? Side 58

Klok og praktisk
Se bokanmeldelser side 67

Sykepleien

# Fag bøker & kultur

ARTISTINTERVJU:
– Det er humoristisk, men et dypt alvor der også. Side 64



**SAMTALEGRUPPER** for soialt tilbaketrukne elever i sjuende klasse førte til økt opplevelse av mestring hos mange av deltakerne. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Side 60

Side 70

«Å handle kunnskapsbasert vil si å handle faglig forsvarlig.» BERIT DAAE HUSTAD

**Janna Haukelid,** spesialsykepleier i geriatri, Forsandheimen, Forsand kommune,

**Astrid Frøysland,** spesialsykepleier i geriatri, Lunde bo- og aktivitetssenter, Sandnes kommune,

**Anne Norheim,** førstelektor, Institutt for helsefag, UiS

# Samtaler med eldre om livets sluttfase

Informasjon til beboere på sykehjem om behandling i livets sluttfase gir trygghet og autonomi.

Artikkelen er resultat av en fordypningsoppgave ved videreutdanningen i aldring og eldreomsorg ved Institutt for helsefag, Universitetet i Stavanger, og samhandlingsprosjektet mellom Stavanger universitetssykehus (SUS) og Lunde bo- og aktivitetssenter, sykehjemsavdeling. Artikkelen bygger på intervju med sykepleierne som jevnlig har deltatt i planlegging av behandlingen og informasjonssamtalene med eldre pasienter på Lunde-sykehjemmet. Innføring av informasjonssamtaler med eldre pasienter og deres pårørende på Lunde-sykehjemmet om preferanser til behandling i livets sluttfase har fremmet pasientenes autonomi og skapt bedre trygghet i behandlingssituasjoner.

## Hovedbudskap

I denne studien er sykepleiere med erfaring fra informasjonssamtaler med eldre pasienter i sykehjem og deres pårørende blitt intervjuet. Tema for samtalene var autonomi ved valg av behandling i livets sluttfase. Resultatet viser at disse samtalene har fremmet både pasientenes autonomi og skapt mer trygghet både for pasienter, pårørende og helsepersonell.

## Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.
› Eldre › Sykehjem › Død › Informasjon

### Paternalistiske holdninger

Gjennomgang av forskningslitteratur fra USA og Belgia viser at kun mellom 15,7–17 prosent av eldre pasienter blir spurt om sine preferanser om behandling ved livets slutt (1,2). I samsvar med disse funnene har en ny norsk studie (3) avdekket paternalistiske holdninger blant leger når det gjelder å velge den beste behandlingen av eldre pasienter i livets sluttfase på norske sykehjem. Studien viste at den eldre pasientens autonomi ikke er ivaretatt i henhold til Pasientrettighetsloven (4), og at pasienter blir behandlet som inkompetente til å ta slike avgjørelser, selv om de er i stand til å gjøre det. Ifølge studien er det behov for bedre rutiner for beslutningsprosesser vedrørende behandling gjennom mer koordinering og involvering av både pasienter, pårørende og helsepersonell. Pasientens rett til å foreta autonome valg om egen behandling, inkludert behandling ved livets slutt, er solid underbygget i juridiske dokumenter både nasjonalt og internasjonalt (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10).

### Unngå sykehusinnleggelser

Prosjektet med informasjonssamtalene på Lunde startet i 2008. I 2008–2009 var Astrid Frøysland ansatt som praksiskonsulent ved SUS, og gjennomførte et prosjekt vedrørende uverdige eller unødvendige innleggelser av sykehjemspasienter i sykehus. Hypotesen ved starten av prosjektet var at gode og dokumenterte samtaler med pasient og pårørende gjennom hele sykdomsforløpet kan bidra til å unngå unødvendige sykehusinnleggelser. I løpet av prosjektperioden og årene etter har leger, sykepleiere, pasienter og pårørende hatt gode erfaringer med informasjonssamtalene. Ønsket er at også sykehuset innkaller pasient og pårørende til samtale før utskriving til sykehjemmet, når man anser det som nødvendig, for å avklare hva sykehuset kan behandle. Dette er god samhandling for pasienten.

### Intervjuer

Formålet med å intervjue sykepleiere som har deltatt i samtaler om behandling ved livets slutt med eldre pasienter, var å kartlegge sykepleiernes erfaringer med samtalene. Beskrivelser av slike erfaringer mangler i litteraturen, selv om behovet for å gi eldre pasienter mer autonomi er påtrengende. Vi valgte kvalitativ metode for oppgaven med allsidig analyse av intervjuutsagn. Med utgangspunkt i Etiske prinsipper for medisinsk forskning, kjent som Helsinki-deklarasjonen av 1964, har informantene godkjent at vi refererer til deres uttalelser i artikkelen.

### Resultater

Da informasjonssamtalene ble satt i system i

DOI-nummer:
10.4220/Sykepleiens.2012.0041

Sykepleiere på sykehjem som samtaler med eldre om livets siste fase, opplever å gi god omsorg. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

2009, var sykepleierne skeptiske og utrygge: «I første samtale sa jeg ingenting, jeg syntes det var vanskelig … Det var merkelig i begynnelsen, vi visste ikke hvordan pasientene ville reagere …».

Men etter to år med informasjonssamtaler er sykepleiernes erfaringer preget av positiv respons både fra pasientene og pårørende: «Det er helt fantastisk, alt er blitt mye bedre nå etter at vi har begynt med samtalene. Vi har bare fått positive respons, det er bare fordeler for alle parter på alle måter … pårørende sier at det var godt å få snakket om disse tingene, det er godt for sykepleiere også».

Sykepleierne hevder at det er blitt mindre unødvendige innleggelser på sykehus, mindre kontakt med legevakt, mer trygghet i behandlingssituasjonene og lite konflikter med pasienter og pårørende etter at informasjonssamtalene ble rutine. Også faglitteraturen (11) viser at tilpasset informasjon til familier til pasienter i livets sluttfase gir større trygghet for alle involverte og forebygger konfliktene.

## Sykepleiernes rolle

Sykepleierne har vurdert sin rolle i beslutningsprosessen vedrørende behandling, på forskjellige måter. De arrangerer møter slik at det passer for alle involverte. De deltar i tverrfaglig samarbeid ved å gjøre seg kjent med pasienten og svare på spørsmål om observasjoner og pleie under samtalene. Sykepleierne vurderer fortløpende om beslutningene vedrørende behandling gjelder fortsatt, og arrangerer revurdering hvis det er hensiktsmessig. Sykepleierne anser det å beskytte pasientens autonome valg i forhold til behandling som sin viktige oppgave: «Jeg som sykepleier passer på å gjøre det slik pasienten ønsker. Det er derfor vi har disse samtalene. Jeg ville ha fått dårlig samvittighet hvis pasienten ble sendt på sykehus dersom han eller hun ikke ønsket det».

## Informasjon

Sykepleierne har opplevd stemningen under samtalene som god og avslappet, og forholdene som uproblematiske: «… veldig god stemning under samtalene, det blir en god tone mellom

oss, vi samarbeider veldig godt med pasienter og pårørende».

I samsvar med Pasientrettighetsloven (4) blir samtykkekompetente pasienter spurt om tillatelse til å gi informasjon til pårørende, og pårørende blir spurt om hvor mye informasjon de vil ha. Informasjonen som formidles inneholder valg i forhold til behandlingsalternativer, og hva sykehjemmet har å tilby. Ikke alle spørsmål blir tatt opp hvis pasienten viser tegn til stress. Denne holdningen er i samsvar med litteraturen, som presiserer at mer informasjon ikke automatisk betyr mer autonomi, og at informasjon ikke skal overstige pasientens evne til å akseptere den (11).

### God omsorg

Sykepleierne erfarte at informasjonssamtalene innebærer god omsorg for pasienter og pårørende. Avklaring av behandlingsstrategier, spesielt i forhold til smertelindring, medvirket til økt trygghet og velbefinnende hos pasienter: «Vi så lettelse i ansiktene da de fikk beskjed om at de ikke skulle ha det vondt ved døden, at de skulle

**«Vi så lettelse i ansiktene da de fikk beskjed om at de ikke skulle ha det vondt ved døden.»**

få smertestillende. Opplevelse av trygghet kom veldig tydelig fram».

Sykepleierne har erfart at de ivaretar pasientenes autonomi gjennom informasjonssamtalene: «Vi ble mer bevisst på at vi gir mer autonomi til pasientene siden vi har begynt med samtalene, at vi ser dem … vi spør først, pasienten setter pris på det. De har valg».

Med støtte i litteraturen (11,12) og fra Helsedirektoratet (5) mener vi at respondentenes uttalelser, presentert her, bekrefter at informasjonssamtalene er autonomifremmende.

### Kan si nei

Sykepleierne understreket at informasjonssamtale er et tilbud, som både pasienter og pårørende kan si nei til. I slike tilfeller blir pasienters eller pårørendes reservasjon mot samtale respektert. Hvis pasienten gir indirekte signaler om at de ikke ønsker samtalen, ved unnvikende atferd, blir dette også respektert. Denne strategien gjelder også ved oppfølgingssamtale en gang i året. Denne framgangsmåten samsvarer med anbefalingene fra Helsedirektoratet (5) som fremhever autonomiprinsippet hvis pasienten reserverer seg fra å delta i informasjonssamtale.

### Pårørendes rolle

Sykepleiernes positive erfaringer fra samarbeid med pårørende under informasjonssamtalene er i absolutt flertall og støttes av litteraturen (11): «Pårørende spiller en veldig positiv rolle, oppmuntrer pasienten. De spør pasienten; hva synes du? Jeg har aldri opplevd at pårørende har presset pasienten».

Det er en annen side ved pårørendes deltakelse i beslutningsprosessen vedrørende behandling, som er viktig å belyse. Sykepleierne presiserte at pårørende helst ikke vil ta bestemmelser om sensitive spørsmål: «Det er fryktelig vanskelig for pårørende å si – ikke gjenoppliv min mor, for eksempel. Selv om de kanskje tenker det, er det vanskelig å si det».

Sykepleierne mente at helsepersonellet bør ta hensyn til denne problemstillingen, og ikke belaste pårørende med ansvar for slike tunge avgjørelser. En slik holdning har støtte i Pasientrettighetsloven (4).

### Etiske utfordringer

Noen hevder at en samtale om behandling ved livets slutt kan virke oppskakende på den eldre pasienten. Faglitteraturen avkrefter dette, og viser til at pasienter i terminalfasen oftest ønsker å vite sannheten om sin egen tilstand og fremtidsutsikt (12). Ved å føre åpne samtaler om utfordringene i nåtid og nær framtid med den eldre pasient og de pårørende, kan potensielle etiske konflikter forebygges, og de fleste etiske utfordringer løses (11).

På bakgrunn av dette mener sykepleierne på Lunde sykehjem at utfordringene i forbindelse med informasjonssamtalene er sjeldne og uansett oppveies av den nytten samtalene har. De opplevde enkelte situasjoner da pasient og pårørende var uenige om behandlingsopplegget eller hadde urealistiske forventninger til behandlingsmulighetene. I disse situasjonene var det den samtykkekompetente pasienten som bestemte over valget av behandlingen fremfor pårørende. Ved urealistiske forventninger forklarte legen og sykepleierne hva slags behandling pasienten kunne få.

### Faglig uenighet

Sykepleierne hadde delte meninger i forhold til hvilket tidspunkt det var best å innlede informasjonssamtale på, og når det var mest hensiktsmessig å ta opp spørsmålet om gjenoppliving. Helsedirektoratet (5) anbefaler å innlede informasjonssamtale med pasienten så snart pasienten flytter inn på en varig institusjon. I samsvar med dette mente de fleste sykepleierne som ble intervjuet at helsetilstanden til pasienter som flytter inn på institusjon ofte er ustabil, og at samtalen bør innledes snarest mulig mens pasienten er i stand til å formidle sine ønsker. Likevel hadde noen av sykepleierne sterke argumenter for å vente i noen uker, slik at man kunne bli bedre kjent både med pasienten og familieforholdene. På den måten hevdet de å kunne svare bedre på pasientens spørsmål under samtalen.

Det var faglig uenighet i forhold til det mest hensiktsmessige tidspunktet for spørsmålet om gjenoppliving. Noen av sykepleierne mente at dette spørsmålet kommer fram på en naturlig måte ved årlige oppdateringer av samtalene når helsetilstanden til pasienten forverrer seg. Imidlertid, ble det argumentert for fordelene ved å ta opp spørsmålet om gjenoppliving ved første samtale: «Ofte skjer det ting med de eldre pasientene som vi ikke regner med. Derfor vet vi aldri når pasienten blir dårlig og ikke lenger i stand til å si sin mening. Det er godt å snakke om gjenoppliving ved første samtale, de er ofte glad for at vi kommer med dette spørsmålet. Legen forklarer også om det har noen hensikt med gjenoppliving i forhold til de sykdommene pasienten har».

Sykepleierne opplyste at de hadde hatt gode erfaringer med sine strategier, både i forhold til spørsmålet om gjenoppliving og vedrørende det mest hensiktsmessige tidspunktet for informasjonssamtale. Dette til tross for at strategiene ofte var ulike.

### Rutiner for samtale

Pasienter får tilbud om samtale og blir spurt om de ønsker at pårørende skal være med. Samtalene arrangeres på dagtid. Legen og den sykepleieren som kjenner pasienten best, er alltid til stede under samtalen. De avgjørelsene som blir tatt, føres inn i skjemaet og blir oppbevart i permen. Informasjonen blir også lagret elektronisk både av lege og sykepleier. Oppfølgingssamtalene blir rutinemessig planlagt en gang i året. Men samtalene kan også finne sted på kort varsel, hvis det skjer en forandring i helsetilstanden til pasienten som krever revurdering av behandlingsplanen. Det blir også i stor utstrek-

ning tilbudt kommunikasjon og informasjon utenom samtalene.

**Konklusjon**

Sykepleierne, som rutinemessig deltar i informasjonssamtalene vedrørende sykehjemsbeboeres preferanser i forhold til behandling ved livets slutt, definerer sine erfaringer som absolutt positive. De opplever denne type samtaler som god omsorg både for pasienter og pårørende. Informasjonssamtalen, som inkluderer tilbud om valgmuligheter for behandlingen ved livets slutt, fremmer pasientens autonomi og velbefinnende. Samtalen skaper trygghet i behandlingssituasjoner både for pasienter, pårørende og helsepersonellet. De etiske utfordringene, som sykepleierne uttalte at de hadde opplevd i noen få situasjoner, oppveies av nytten samtalene har. Til tross for forskjellig praksis når det gjelder tidspunktet for informasjonssamtale og avklaring av spørsmålet om gjenoppliving, har sykepleierne opplevd sine strategier som suksessfulle. Dette kan tyde på at faglig innsikt har en avgjørende betydning i den konkrete situasjonen. Mer forskning er nødvendig for å oppklare dette spørsmålet. Det er viktig med gode og faste rutiner ved informasjonssamtalene. Med støtte i faglitteraturen og de positive funnene intervjuene med sykepleierne har avdekket, mener vi at samtale med eldre pasienter på sykehjem om behandling ved livets slutt er autonomifremmende for og kan anbefales på sykehjem som god omsorg. IIII

**LITTERATUR**


1. De Gendt C, m.fl. Prevalence of patients with do-not-resuscitate status on acute geriatric wards in Flanders, Belgium. Journals of Gerontology Series A 2007; Apr; 62A:395-9.
2. McCarthy FP, m.fl. Advance care planning and health preferences of community-dwelling elders. Journals of Gerontology Series A 2008; Sep; 63A:951-9.
3. Dreyer A, Førde R, Nortvedt P. Life-prolonging treatment in nursing homes: how do physicians and nurses describe and justify their own practice? J Medical Ethics 2010; 36:396-400.
4. Lov om pasientrettigheter 1999-07-02 nr. 63. I teksten: Pasientrettighetsloven.
5. Helsedirektoratet. Nasjonal veileder for beslutningsprosesser for begrensning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende. Oslo: 2009.
6. Stortingsmelding nr. 25. Helse- og omsorgsdep., 2005–2006.
7. WHO. Health and Human Rights Working Paper Series No 2 (2003). http://www.int/hhr/information/papers/en/index.html
8. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2007. http://www.sykepleierforbundet.no
9. Nasjonal helseplan 2007–2010. Helse- og omsorgsdepartementet.
10. Bondevik M. Pleie og omsorg mot livets slutt. I: Bondevik M, Nygaard HA. Tverrfaglig geriatri. En innføring. Bergen: Fagbokforlaget, 2008: 145–151.
11. Husebø B, Husebø S. De gamles siste timer og dager. I: Bondevik M, Nygaard HA. Tverrfaglig geriatri. En innføring. Bergen: Fagbokforlaget, 2008: 306–315.
12. Daatland SO, Solem PF. Aldring og samfunn. En innføring i sosialgerontologi. Bergen: Fagbokforlaget, 2007.

# PPS – samhandling i praksis

Når du trenger det – der du er

Enkel tilgang til kunnskap og utprøvde prosedyrer skaper trygghet i behandlingssituasjonen, og mer tid til pasienten. I PPS er kunnskapsstoffet lettere tilgjengelig og tettere knyttet til innholdselementer i prosedyrene.

**PPS kan brukes fra:**

- Nettbrett
- Jobb-pc
- Hjemme-pc
- Smarttelefon.

Klar til bruk
Prøv idag

**Integrasjon med journalsystem gir:**

- Prosedyre som del av planlegging
- Dokumentasjon av brukt prosedyre og versjon

www.akribe.no

PPS Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten

Akribe

# Ønsker debatt om epidural

Epidural skaper dilemma for jordmødre, sier Solfrid Forbord. Tekst **Nina Hernæs** Foto **Stig Weston**

Bruk av epidural øker, sier Solfrid Forbord, jordmorkoordinator på Rikshospitalet.

– Også ved normale fødsler.

Mens epidural tidligere bare ble brukt på medisinsk indikasjon, er denne formen for smertelindring nå en akseptert del av en normal fødsel.

Hun visste at jordmødre kan påvirke bruken, og ville finne ut hva som styrer om kvinnen får epidural eller ikke.

### Studie

Det ble til masteroppgaven «They need to be satisfied. User Participation in Labour, as Reflected by the Midwifes».

**«Jeg er ikke imot epidural.»**

Hun gjorde en kvalitativ studie med sju jordmødre. De jobbet på både små og store fødeavdelinger, var i ulike aldre og fra alle deler av landet.

De ble dybdeintervjuet og bedt om å beskrive fødsler der det ble brukt epidural og fødsler der det ikke ble brukt.

– Studien er liten, påpeker Forbord.

– Funnene kan ikke generaliseres, men de gir en indikasjon og jeg håper de vekker debatt.

### Risiko

Alle jordmødrene understreker risikoen ved å gi epidural. De mener det er altfor mange instrumentelle fødsler.

Epidural kan blant annet gi lengre utdrivningsfase og dempe trykketrangen.

– De tenker på barnet og viser til at epidural gir hyppigere bruk av tang og vakuum, sier Forbord.

Vakuum og tank er det som i størst grad assosieres med negative fødselsopplevelser.

– Jordmødre opplever et dilemma når de ser at kvinnen kan føde raskt og greit, men epidural allerede er avtalt. De er opptatt av å gi kvinnen en god fødselsopplevelse, og ønsker derfor ikke å overtale dem til å la være, sier hun.

– De er redde for å få en misfornøyd kunde.

### Ikke lyst

«Vi er enige om at mange som ber om epidural, de hadde kanskje klart seg uten», sier en jordmor i studien.

«Men det er ikke alltid tidspunkt å endre den avgjørelsen når de kommer i avdelingen. Hvis de er over 4 cm og har gode rier – så ringer jeg på epidural selv om jeg ikke har lyst. Vi synes det er så synd at de har bestemt seg før de kommer til fødsel. Det har noe med svangerskapsomsorgen å gjøre.»

### Bestemmer

– Brukermedvirkningen er veldig sterk, påpeker Forbord.

– Det er veldig tydelig at kvinner som har bestemt seg for epidural når de kommer til sykehuset, får det.

Hun mener epidural ikke bør avtales på forhånd, men vurderes underveis.

– Jeg håper jordmødre i svangerskapsomsorgen ser på rollen sin, sier hun.

– Og i større grad informerer kvinnen om konsekvensene av å få epidural.

Hun tror mange kvinner ser på epidural som en lettvint løsning.

– Men det er ikke så lettvint.

Hun understreker at hun snakker om friske kvinner med forventet normale fødsler. Ikke kvinner med fødselsangst.

### Vurdering

Kvinner som har bestemt seg for epidural, blir i liten grad informert om risikoen. Men når kvinnene ikke uttrykker så sterkt ønske om epidural, kommer de faglige vurderingene.

– Da veileder jordmødrene kvinnene gjennom hvilke vurderinger de gjør før det tas en beslutning om epidural. Kvinnene får selvsagt siste ord.

– *Overrasker funnene deg?*

– Det er veldig tydelig at jordmødre balanserer ulike behov. Det virker som om brukermedvirkning er viktigere enn synet på fødsel som en naturlig hendelse.

Hun presiserer at epidural i mange tilfeller kan være et godt hjelpemiddel.

– Jeg er ikke imot epidural.

### Bekymret

Eva Sommerseth, leder av Jordmorforbundet, ønsker en debatt velkommen.

**MER INSTRUMENTELT:** Solfrid Forbord sier jordmødre mister ferdigheter ved økt bruk av teknologi.

– Jeg er bekymret for svangerskapsomsorgen, sier hun.

– Den er god nok på det medisinske, men ikke på å forberede kvinner på å føde barn.

Hun viser til redusert antall kontroller og få jordmødre i kommunene.

– Det er ikke tid til å forberede kvinner på konsekvenser av epidural og hvor positivt det kan være å velge det bort, sier hun.

Hun ser en tendens til at svangerskap og fødsel ikke ses på som naturlige hendelser.

– Kvinner skal selvfølgelig ha rett til å bestemme, sier hun.

– Men vi som jordmødre skal ikke legge oss flate. Vi må diskutere bruken av epidural og annen teknologi, både i svangerskapet og under fødselen, mener hun.

– Og vi må også diskutere med de vordende foreldrene.

### Tidspress

Et annet funn Solfrid Forbord gjorde, var at høyere tempo gir mer epidural.

«Tiden har mye å si», sier en jordmor.

«For flyr du imellom to pasienter, der egentlig begge to hadde trengt bare deg hele tiden. Da er det lettere å gå på den biten og så bare gi epidural, og så har dem det i hvert fall greit. Ikke noen god løsning, men noen ganger gjør vi det også. Det blir epidural, fordi det er lettere å gi den hvis man egentlig ikke har tid.»

Dette gjelder i større grad de store sykehusene enn de små.

– På de mindre sykehusene sier jordmødrene at de har bedre tid. De kan støtte kvinnen og være hos henne hele tiden.

– Dette mener jeg er en viktig diskusjon, sier Forbord.

### Mister ferdigheter

Hun viser til at økt epiduralbruk gir jordmødre en annen rolle.

– Forskning viser at jordmødre mister ferdighetene til å veilede kvinner gjennom en naturlig fødsel, sier hun.

– Jordmødre blir gode på teknologi, ikke på den naturlige fødselsomsorgen. For eksempel kan jordmødre bli mindre gode på å skille patologiske rier fra normale.

– Denne utviklingen skremmer meg.

### Tror på kroppen

Forbord er opptatt av at kvinner ikke må miste evnen til å føde.

– Alle kvinner må gi sine døtre, nieser og nabojenter troen på at kvinnekroppen er fint laget. Å føde er noe kvinner kan, sier hun. ||||

**Lisbeth Gravdal Kvarme,**
førsteamanuensis og helsesøster, Høyskolen Diakonova

# Løft for sosialt tilbaketrukne skolebarn

Sosialt tilbaketrukne skolebarn fikk mer tro på egne evner til mestring gjennom løsningsfokusert tilnærming.

Sosialt tilbaketrukne elever representerer en relativt forsømt gruppe i skolen. I dag får de utagerende elevene mest oppmerksomhet. I denne studien har grupper basert på løsningsfokusert tilnærming (Løft) blitt prøvd ut på elever i syvende klasse. Løft er en kommunikasjonsform som fokuserer på løsninger, mål og ressurser med mulighet for endring. Funn fra denne studien viser at Løftgrupper kan bidra til at disse skolebarna får mer tro på seg selv til å mestre hverdagen.

## Bakgrunn

Skolen er en viktig arena for å fremme helse og velvære hos skolebarn. Barna kan styrke sin helse og sine sosiale ferdigheter gjennom å tro på egen mestring. Å mestre kan styrke barns tro og mulighet til å stå opp for seg selv og nå målene sine. Sosialt sårbare elever trenger hjelp fra skolen og skolehelsetjenesten til å få det bedre i hverdagen. En måte å hjelpe disse barna på er å tilby samtalegrupper.

Stille og tilbaketrukne skolebarn tilbringer mindre tid med jevnaldrende og er mer utsatt for psykososial mistilpasning (1). I tillegg er de mer utsatte for å utvikle sosial angst og depresjoner over tid om de ikke får hjelp (2). Forskning viser at de som er stille i skolen ønsker hjelp til å komme fram og bli mer synlige i skolesituasjonen (3). Sosialt sårbare barn er utsatt for lav mestringsforventning og kommer lett i en offerrolle.

## Mestringsforventning

Sosialpsykologen Albert Bandura har utviklet «self-efficacy» teorien (4).»Self-efficacy» kan oversettes med mestringsforventning eller mestringstro, og viser til individets subjektive vurdering av egne evner og muligheter. Mestringsforventning er troen på egen kompetanse til å takle livet i ulike situasjoner og til å nå egne mål. Individets tro på egne evner og holdninger til seg selv, blir ofte knyttet sammen med selvtillit eller selvfølelse. Mestringsforventninger kan påvirkes på flere måter. For å bygge opp forventningene om å mestre vektlegger Bandura fire faktorer. Disse faktorene er: egne tidligere erfaringer, modellæring, verbal påvirkning og fysiologisk affekttilstand (4). Tidligere forskning på voksne viser at mestringsforventning kan styrkes gjennom intervensjoner (5). Intervensjonen i denne studien er basert på løsningsfokusert metode (Løft).

## Løft

Løft er utviklet av Insoo Kim Berg og Steve de Shazer (6). I Løft vektlegger man bruk av oppmerksomhet og forsterkning av positiv atferd, samt å skape overkommelige mål med vekt på fremtiden. Logikken i Løft er at hjelperen, ved å stille spørsmål til klienten, skal finne fram til hvordan han eller hun opplever sin situasjon. Deretter skal klient og hjelper sammen finne fram til mål. Når man skal «hente fram» klientens ressurser, må man finne fram til deres egen opplevelse og egne behov. Metoden har vært prøvd ut i mange sammenhenger fra familieterapi til arbeid i skoler, institusjoner og organisasjoner. Den er blitt svært utbredt i mange land (6,7). Studier fra andre land har vist at Løft har hatt god effekt på skolebarn med ulike atferdsproblemer (8,9). Ingen tidligere studier har undersøkt om Løftgrupper vil ha effekt på mestringsforventning hos sosialt tilbaketrukne skolebarn. Hensikten med studien var å utforske effekten av samtalegrupper basert på Løftmetoden. Jeg ville undersøke om slike samtalegrupper kan styrke mestringsforventning i en gruppe med sosialt tilbaketrukne skolebarn, samt undersøke mulige kjønnsforskjeller.

### Hovedbudskap

Sosialt tilbaketrukne elever representerer en relativt forsømt gruppe i skolen. I dag får de utagerende elevene mest oppmerksomhet. I denne studien har grupper basert på Løsningsfokusert tilnærming (Løft) blitt prøvd ut på elever i syvende klasse. Funn fra denne studien viser at Løftgrupper kan bidra til at disse skolebarna får mer tro på seg selv til å mestre hverdagen.

### Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.
› Barn › Helsesøstet › Skolehelsetjeneste

Del av doktorgrad
Artikkelen bygger på:
Teori: 50% Praksis: 50%
DOI-nummer: 10.4220/Sykepleiens.2012.0042

**TRENGER HJELP:** Samtalegrupper i skolens regi kan hjelpe sosialt sårbare elever til å få det bedre i hverdagen. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

### Kriterier

Studien foregikk innenfor det ordinære skolehelsetjenestetilbudet. Alle elever i 7. klasse fikk informasjon om samtalegruppene på skolen. De som ville delta, meldte seg selv. Av dem som meldte seg, fikk elever som fylte kriteriene tilbud om å delta i gruppene. Kriteriene var; elever som sjelden eller aldri tok ordet i timene, hadde få eller ingen venner på skolen, fikk liten oppmerksomhet fra andre, ofte var alene i friminuttene, viste frykt eller engstelse i skolesituasjonen, var engstelige i nye situasjoner, viste unngåelsesatferd og var passive. For at de skulle bli inkludert i studien måtte minst en eller flere av disse kriteriene forekomme hos eleven. I tillegg måtte de beherske norsk muntlig og skriftlig og gå i 7. klasse.

### Trakk deltakere

Vi opplyste om at samtalegruppene var et forskningsprosjekt og at enkelte elever ble trukket ut til å delta. De aktuelle elevene som ville delta ble ført opp på en liste, deretter ble annenhver elev trukket ut til eksperiment- eller kontrollgruppe. For å se om de løsningsfokuserte samtalene hadde effekt, benyttet jeg standardiserte spørreskjemaer som elevene fylte ut før og rett etter at Løftgruppene var avsluttet, og tre måneder senere. Spørreskjemaer handlet om mestringsforventning og de ble fylt ut til samme tid av elevene i eksperiment- og kontrollgruppen. Kontrollgruppen fikk tilbud om å delta i Løftgrupper når datasamlingen var ferdig. Det var totalt 156 elever, 99 jenter og 57 gutter fra 14 ulike skoler på

**Oversikt over tema på Løftgruppesamlingene**

| Møter | Temaer |
|---|---|
| 1. | Presentasjon av gruppedeltagerne og lederne. Beskrivelse av deres mål. Finne støttespillere. |
| 2. | Deltagerne forteller hverandre om framgang i forhold til målet deres siden sist. |
| 3. | Hvilke fordeler vil de ha av å nå målet sitt? |
| 4. | Små skritt av framgang til nå. Møte motgang og være realistisk i forhold til å nå målene sine. |
| 5. | Begrunnelse for å være tilfreds. Bli klar over hvorfor de har mulighet til å oppnå målet sitt. Bli klar over framgang som de og gruppemedlemmene allerede har gjort. |
| 6. | Anerkjenne hjelp fra støttespillerne og eget bidrag. Vektlegge erfaringer som de har lært og hva som var viktig for å nå målene sine. |

deltok i studien. Helsesøstre ved de aktuelle skolene ledet Løftgruppene. Alle helsesøstrene hadde fått opplæring i bruk av Løftmetoden av Vivian Luth-Hansen (briefsolutions.no).

Intervensjonen besto av Løftgrupper med seks ukentlige gruppesamtaler av en times varighet. Antall deltakere i gruppen varierte fra tre til syv elever, med atskilte jente- og guttegrupper. Jeg benyttet en arbeidsbok utviklet av Ben Furman (www.reteaming.com). Tabell 1 viser innholdet i gruppesamlingene.

### Mål

På første gruppesamling valgte deltakerne et kortsiktig mål de ville prøve å oppnå i løpet av ett år. De valgte støttespillere som for eksempel klasselærer, medelever og foreldre som skulle hjelpe dem å nå dette målet. Det var spesielt viktig med støtte fra klasselærer dersom målet var å tørre å ta ordet i timen. Elevene var også støttespillere for hverandre. Hjemmeleksen besto i å legge merke til framskritt hos seg selv og de andre. Dette ble senere kommentert som positivt. Et eksempel var en gutt som kommenterte en annen gutt i gruppen og sa: «Nå tør du å spørre om du kan få være med å sparke fotball, det gjorde du ikke før!» På hver samling skalerte de hvor de befant seg i forhold til målet sitt på en skala fra 0–10. Om noen svarte at de var på 3, skulle det kommenteres positivt, som: «Hva gjør at du er på 3 og ikke på 1?» Da kunne eleven selv si hva som var hans eller hennes ressurser i situasjonen. På den siste gruppesamlingen valgte elevene hvordan de ville feire avslutningen og alle deltakerne takket støttespillerne sine.

**«Elevene ga hverandre komplimenter og kommenterte de andres framgang.»**

### Ser på hverandre

Resultatene fra intervensjonsstudien viste at Løftgrupper hadde effekt på mestringsforventningen til sosialt tilbaketrukne skolebarn (10). Jentene hadde en signifikant positiv endring i generell mestringsforventning rett etter intervensjonen i eksperimentgruppene sammenliknet med kontrollgruppene. Guttene hadde derimot ingen økning i mestringsforventning før tre måneder etter intervensjonen.

Barn lærer atferd gjennom å observere hverandre. Om barna blir mer sosialt kompetente i skolen, så kan det føre til at de lettere får venner, blir mer synlige og tør å ta ordet i timene (4). Den viktigste av de fire faktorene som påvirker mestringsforventning er tidligere positive erfaringer (4). Dette ble vektlagt i Løftgruppene ved at deltakerne ble oppfordret til å legge merke til egen og andres framgang i forhold til å nå mål. De som skårer høyt på mestringsforventning kan se på sin sosiale virkelighet som en utfordring, og de setter seg høye mål som de kan oppnå, mens de med lav mestringsforventning ofte setter lavere mål og kan se på virkeligheten som en trussel.

### Samme klassemiljø

I samsvar med andre studier (5) økte mestringsforventningen etter intervensjonen som var basert på disse strategiene: ferdighetstrening, målsetting, modellæring, involvering av støttepersoner og små grupper. Disse strategiene ble også benyttet og viste god effekt på mestringsforventning i denne studien. Imidlertid økte kontrollgruppen også sin mestringsforventning, selv om det var i mindre grad enn eksperimentgruppen, i løpet av den samme tiden. Denne økningen hos kontrollgruppen kan skyldes at elever fra eksperiment- og kontrollgruppe gikk i samme klasse og dermed kunne kontrollgruppen lære av eksperimentgruppen. Fordelen med at de var i samme klasse var at begge gruppene hadde det samme klassemiljøet med de samme elevene og lærerne.

### Oftere mobbet

Stille og sosialt tilbaketrukne er ikke en homogen gruppe barn. Noen av disse barna foretrekker å være alene, mens andre ønsker hjelp til å øke sin sosiale kompetanse (11) Sosialt tilbaketrukne barn er ofte mindre populære, og blir oftere avvist og ekskludert av jevnaldrende sammenliknet med dem som er mer sosiale og åpne. Barn som er sosialt tilbaketrukne er også mer utsatt for å bli mobbet (2).

Effekten av mestringsforventning var fra middels til liten størrelse i denne studien. Imidlertid kan en liten effektstørrelse ha stor klinisk betydning for den enkelte deltaker (12). Ett eksempel på det kan være en som for første gang turde å ta ordet i klassen. Majoriteten av deltakerne oppnådde målene sine i løpet av prosjektperioden. Helsesøstrene i prosjektet rapporterte at elevene ga hverandre komplimenter og kommenterte de andres framgang. En helsesøster fortalte om en gutt i hennes gruppe som ikke hadde hatt en venn gjennom hele barneskolen. Målet hans var å få en venn. Denne gutten oppnådde målet sitt og fikk for første gang en venn som deltok i samme gruppe.

### Konklusjon

Funn fra denne studien viser at elever som er sosialt tilbaketrukne kan få styrket mestringsforventningen sin gjennom løsningsfokuserte grupper. Styrking av mestringsforventning er en helsefremmende strategi som kan øke barns tro på at de kan nå egne mål i skolen. Fremming av helse gjennom å skape et trygt og inkluderende skolemiljø er en viktig oppgave for helsesøster i samarbeid med skolen, familien og barna.

*Denne studien var en del av et doktorgradsarbeid ved Universitetet i Bergen hvor Gerd Karin Natvig var hovedveileder og Sølvi Helseth var biveileder. Medforfattere var Siren Haugland, Vivian Luth-Hansen og Ragnhild Sørum. Studien hadde ikke vært mulig å gjennomføre uten god hjelp fra helsesøstre og fra skolebarn som var villige til å delta.*

**LITTERATUR**

1. Johansen BK. Atferdsproblemer og negativ psykologisk tilpasning. En kvantitativ studie av hvordan elever som mobber andre, elever med reaktiv aggresjon, elever med proaktiv aggresjon og elever med innadvendt atferd opplever det sosial aspektet ved skolen. Trondheim: NTNU, 2007.
2. Marchant MR, Solano BR, Fisher AK, Caldarella P, Young KR, Renshaw TL. Modifying socially withdrawn behavior: A playground intervention for students with internalizing behaviors. Psychology in the Schools 2007; 44 (8): 779–94.
3. Lund I. «I just sit there»: Shyness as an emotional and behavioural problem in school. Journal of Research in Special Educational Needs 2008; 8 (2): 78–87.
4. Bandura A. Self-efficacy The Exercise of Control. New York: W.H. Freeman and Company, 1997.
5. Marks R, Allegrante JP, Lorig K. A Review and Synthesis of Research Evidence for Self-Efficacy-Enhancing Interventions for Reducing Chronic Disability: Implications for Health Education Practice (Part II). Health Promotion Practice 2005; 6(2): 148–56.
6. DeJong P, Berg IK. Interviewing for Solution. Wisconsin: Wadsworth Group, Milwaukee, 2002.
7. Aambø A. LOS: løsningsorienterte samtaler. Oslo: Gyldendal akademisk, 2004.
8. Franklin C, Biever J, Moore K, Clemons D, Scamardo M. The effectiveness of solution-focused therapy with children in a school setting. Research on Social Work Practice 2001;11(4): 411–34.
9. Young S, Holdore G. Using Solution Focused Brief Therapy in Individual Referrals for Bullying. Educational Psychology in Practice 2003;19(4): 271–82.
10. Kvarme LG, Helseth S, Haugland S, Luth-Hansen V, Sørum R, Natvig GK. The effect of a solution-focused approach to improve self-efficacy in socially withdrawn school children: a non-randomized controlled trial. International Journal of Nursing Studies 2010; 47 (11): 1389–96.
11. Schneider BH. An observational study of the interactions of socially withdrawn/anxious early adolescents and their friends. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2009; 50(7): 799–806.
12. Aune T, StilesTC. Universal-based prevention of syndromal and subsyndromal social anxiety: A randomized controlled study. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2009; 77 (5): 867–79.
13. Polit FD, BeckTC. Nursing Research. Principles and Methods. Philadelfhia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.
14. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behaviorial Sciences. New York: Academic Press, 1978.

## Ballespark eller fødsel, hva gjør mest vondt?

Spørsmål som dette er vanskelige for forskere å svare på.
Professor Lars Arendt-Nielsen ved Aalborg universitet prøver, men kan heller ikke svare. Ifølge Arendt-Nielsen er smerteopplevelsen helt individuell og påvirkes særlig av tre faktorer: Intensitet, altså hvor mye har vi lyst til å skrike. Smertens kvalitet eller «type». Og i hvilken situasjon vi blir utsatt for smerte.

Når forskerne på Aalborg universitet skal finne ut hvor vondt noe gjør på et menneske, samler de sammen et vell av opplysninger som kan kaste lys over smertens intensitet og kvalitet.

Forskerne har allerede vist at rødhårete har et annerledes smertesystem enn andre mennesker. Det finnes også en rekke forsøk som viser at kvinner generelt har lettere for å føle smerte enn menn.

*Videnskab.dk*

## Fare for selvmord og hjerteinfarkt etter kreftbeskjed

Personer som får beskjed om at de har kreft, løper en større risiko for selvmord og hjerteinfarkt den første tiden etter beskjeden, viser en studie fra Karolinska institutet, Örebro universitet og Islands universitet, hvor de har fulgt 6 millioner svensker, deriblant 500 000 som fikk en kreftdiagnose. Studien er publisert i New England Journal of Medicine.

Tidligere studier har vist at kreftpasienter har denne risikoen, men da har man trodd at årsaken er den emosjonelle byrden det innebærer å leve med en dødelig sykdom, eller den påkjenningen kreftbehandlingen medfører. Denne studien antyder at selve kreftbeskjeden medfører økt psykisk stressnivå som kan lede til selvmord eller død av hjertesykdom.

Sammenlignet med mennesker som ikke hadde kreft, hadde kreftpasientene 12 ganger så høy risiko for å begå selvmord og seks ganger så høy risiko for å dø av hjertesykdom den første uken etter at de fikk kreftbeskjeden.

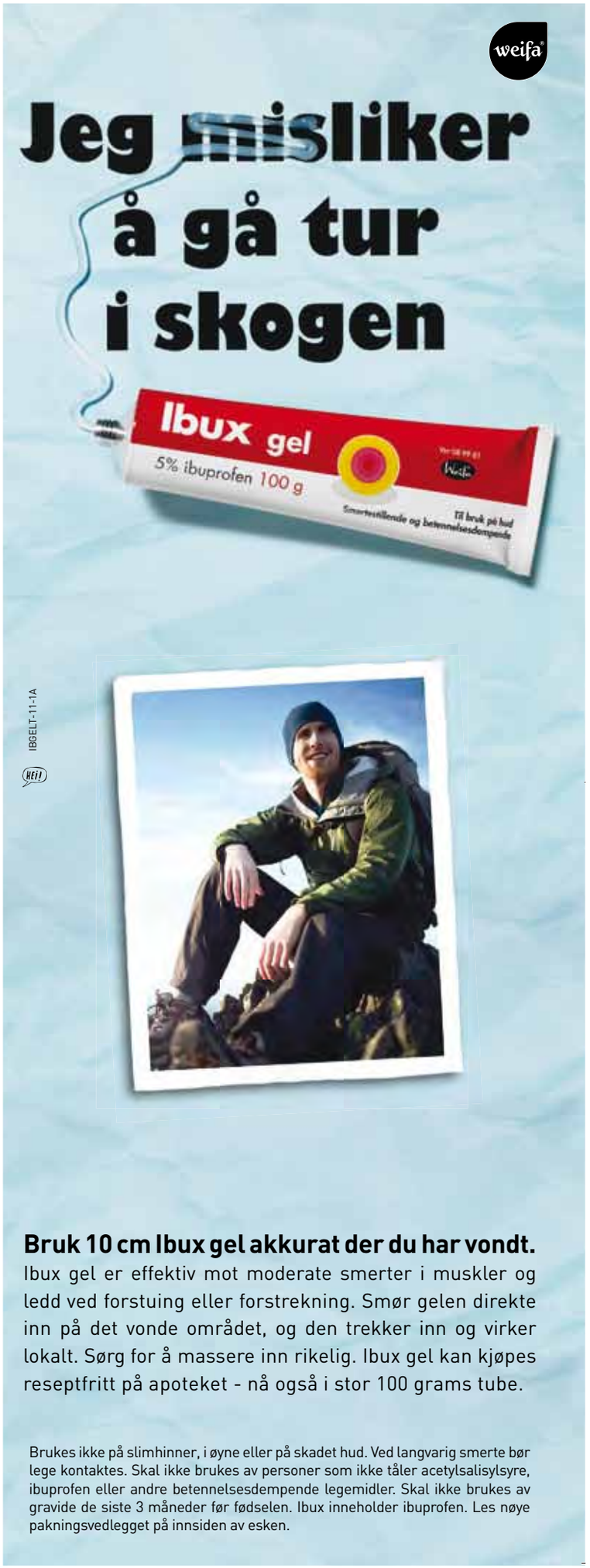
*Kilde: Karolinska Institutet*

## Varme lindrer babysmerte

Når babyer får en sprøyte er det vanlig i USA å gi dem en sukkerpille eller en smokk før injeksjonen settes, for å lindre smerten. Nå har en amerikansk studie publisert i tidsskriftet Pain, vist at varmere babyer gråter og grimaserer mindre enn de som får konvensjonell smertelindring.

Forskerne testet 47 friske spedbarn og delte dem inn i tre grupper: varme, sukkerpille og smokk, før de ga dem hepatitt B-vaksine. Gråt, grimasering og hjerterytme ble målt. De som ble varmet, stoppet å gråte før de andre og en firedel av dem gråt ikke i det hele tatt, mens i sukkergruppen gråt alle.

*Kilde: BBC*



## Historier som fenger

**BØKER UTEN NERVE** er traurige greier. Som bokanmelder for en mindre avis opplever jeg noen ganger at verken handlingen eller karakterene griper meg. Kanskje er jeg kravstor, men det enkle ordtaket «Livet er for kort til å drikke dårlig rødvin» kan fint omskrives til «Livet er for kort til å lese dårlige bøker».

Det finnes tusenvis av gode romaner fra inn- og utland jeg gjerne skulle ha lest, og som jeg gjerne skulle anbefalt til andre. Da kan det å måtte pløye seg gjennom en bok som ikke fenger bli en langtekkelig tålmodighetsprøve. Ikke kan jeg legge boka fra meg, heller. Noen bøker blir bare ord som flyter av sted, uten spenningstopper, uten mennesker jeg bryr meg om, jeg forblir likegyldig og uengasjert.

Slik sett kan bokanmeldervirksomheten forsvares. Klarer jeg å få leserne til å styre unna dårlige bøker, eller det jeg mener er dårlige bøker, og heller lese de gode bøkene, blir jeg fornøyd. For de gangene en bok virkelig fenger meg er det en fryd å anmelde den etterpå. Da har historien truffet, da har hovedpersonene blitt levende mennesker av kjøtt og blod, mennesker jeg kan identifisere meg med og har lyst til å bli kjent med.

Det kan like gjerne være i gode krimbøker som i familiedramaer eller i historiske dramaer. Jeg må bry meg om karakteren og tro på den, jeg må tro på historien, om den er aldri så fantasifull. For i bøkenes verden er alt tillatt, bare det er godt skrevet.

Kjetil Slotte

# Bytta bort turnusen

Elin Furubotn har valgt en «heilt nye vei». Sykepleieryrket er lagt til side til fordel for artistlivet.

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Stig M Weston**

Tenk deg Suzanne Vega i Kaizers orchestras skarrende språkdrakt og med vokallyder som tværes til de nesten blir to. Legg til Madonna-mellomrom mellom fortennene, en Rickie Lee Jones-aktig lekenhet på scenen og en yrkesfortid i både psykiatrien og demensomsorgen. Summen blir en smilende Elin Furubotn (49), storfornøyd med alle terningene i landets aviser som viser fem for hennes femte album «Heilt nye vei».

I Morgenbladet står det at visepop/jazz-artisten bare blir bedre og bedre for hvert album.

– *Da må ditt sjette album få seks?*

– Det må jo det. Kem vett?

Første gangen Furubotn trente lungekapasiteten, befant hun seg i en av Norges rikeste kraftkommuner, Tydal i Sør-Trøndelag, hvor hun bodde til hun var fire. Deretter bar det til et annet kraftsenter, Nesflaten i Rogaland, hvor familien bodde i to år, før de slo seg ned i Tonstad i Sirdalen. Faren jobbet som ingeniør i kraftindustrien og moren som sykepleier.

Artistdebuten skjedde på basaren i Tonstad bedehus. «Jeg vet en deilig have» fremført med harpeleik, egenhendig traktert av Furubotns seks år gamle småfingre. Som fjortis spilte hun Beatles i jenteband. Furubotn på bass som Paul. Sammen med de to søstrene sine sang hun også a cappella på tilstelninger hist og pist. Og etter hvert fikk hun sitt eget band med gutta - Elin Furubotn band.

Etter videregående i Flekkefjord bosatte hun seg i Stavanger hvor hun fremdeles bor når hun ikke er innom Oslo eller på turné.

Sykepleier ble hun i 1988.

– Jeg var genuint interessert i faget og tenkte at det var et yrke som kunne kombineres med å reise ut i verden. Søsteren min Kristi er anestesisykepleier også.

Ganske raskt spesialiserte hun seg i psykiatri og tok også sykepleievitenskap på universitetet i Bergen. En periode var hun sykepleielærer i Stavanger hvor hun veiledet studenter. Hun har også vært avdelingsleder på en demensavdeling på et sykehjem.

– Det var kjekt fordi det var så lett å forbedre hverdagen til pasientene. Det var et gammeldags system da jeg kom.

**«De spiste fort og alle stod opp på likt - nesten som i en skrekkfilm.»**

De spiste fort og alle stod opp på likt – nesten som i en skrekkfilm. Så jeg sa at her sitter alle og spiser så lenge de vil og står opp når de vil. Vi gikk på kino med dem hvor de lo og gråt og koste seg. Da vi kom hjem husket de ikke hvor de hadde vært.

De fleste årene som sykepleier har Furubotn tilbrakt i psykiatrien, hvor hun blant annet befattet seg med spiseforstyrrelser, rus, vold og poliklinisk gruppeterapi.

– Gruppeterapien var veldig bra. Vi brukte både kunstterapi og leste eventyr. Det kroppslige og det fysiske ble godt integrert også.

– *Hva savner du ikke fra sykepleieryrket?*

– Kjøret. Ni til fire-greia. Nå er det jobb, nå er det slutt. Og systemet i psykiatrien: Det er så veldig opp til de folkene som jobber der hvordan tjenestene blir, og folk er forskjellige, ergo blir tilbudet forskjellig. Jeg liker heller ikke hierarkiet på avdelinger. At noen fagfolk har mer «status» eller er viktigere enn andre fagfolk, har jeg aldri skjønt noe av. Psykiatriske sykepleiere gjør en svært viktig jobb, de er nær pasientene. Lønnen bør heves og psykiatriske sykepleiere må mer frem.»

Furubotn har holdt på nærmest i det stille og gitt ut album etter album fra 1999 uten å bli noen landeplage som alle kan navnet på. I 1994 var hun med i den norske finalen i Melodi Grand Prix hvor hun tok en solid sisteplass.

– Den gangen hang jeg meg opp i at det var et dårlig opptak med dårlig klang og bla-bla…

Men bakgrunnen som psykiatrisk sykepleier og alt hun har lært om kognitiv terapi og tankenes makt, har ikke vært forgjeves. I dag sier hun bare:

– Ha-ha. Det gjorde ingen ting, det var helt greit!

Furubotn hevder hun bygger sangene på mye av erfaringen hun har fått som psykiatrisk sykepleier.

– *Er det pasientene, kollegene eller situasjonene du tenker på da?*

– Det er helst situasjonene. Men jeg bygger selvfølgelig på all livserfaring

# med gitar

## Elin Furubotn

**Aktuell med: Heilt nye vei**

jeg har gjort meg, både i og utenfor sykepleieryrket.

Sangen «Du vett godt ka eg e sure for», er eksempel fra hverdagspoesien til Furubotn. Hun overhørte et kvinnemenneske si denne kommentaren til sin mann som svarte «Eg vett det e min feil, men kan du være så snill å fortelle meg ka eg har gjort?»

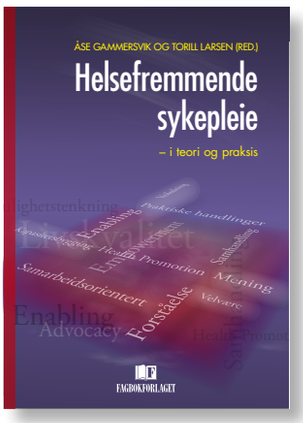
– Det er humoristisk, men et dypt alvor der også, sier hun.

Det er for disse hverdagsproblemene, disse sutregreiene, at Furubotn mener kognitiv terapi kan hjelpe. Det å bli bevisst på hvilket tankemønster man har og hva tankene gjør med oss. Det handler sangen «Tankane har farger» om. Noen tanker er ikke hensiktsmessige. Da må vi lære å slippe dem og tenke på nye måter. Det handler sangen «Slepp tvilen fri» om.

– Men det er ikke så enkelt at man bare kan si «tenk positivt». Det blir flosklete. Noen ganger må man inn i sorgen for å få innsikt. Dette er kanskje ikke den beste metoden for de med alvorlige traumer fra barndommen.

Furubotn er allerede internasjonal. Nylig har platen også blitt sluppet i Tyskland, med teksthefte oversatt til tysk. For tiden spilles sangene hennes på både tysk og spansk radio. Alle sangene på den norske utgivelsen er oversatt til engelsk og to av dem er også innspilt på engelsk i tillegg til norsk.

Elin Furubotn står ofte for det kulturelle innslaget på diverse fagseminarer og konferanser for psykologer og helsepersonell i psykiatrien. Det liker hun godt. Enten kommer hun bare med gitaren og seg selv, eller hun får med seg saksofonist Karl Seglem, som har en dominerende plass i lydbildet på det siste albumet. For tiden turnerer de to sammen i Norge. Før de tar Berlin...




**Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis**
Av Åse Gammersvik og Torill Larsen (red.)
Fagbokforlaget, 2012
229 sider
ISBN: 978-82-450-1139-5
Anmelder: Karl-Henrik Nygaard, rådgiver

# Mye kunnskap

**ANMELDELSE:** Denne boken handler om noe av det som er viktigst i norsk helsevesen for tiden: Hvordan helsen kan fremmes i befolkningen og hvilken rolle sykepleierne har i dette arbeidet. Det er grunnleggende problemstillinger i alle bokens artikler. Stimulert av Samhandlingsreformens faglige og politiske budskap, klarer de elleve forfatterne å gripe meg både som leser og politisk orientert sykepleier. Da jeg i tillegg også har hørt flere av forfatterne i seminarsammenheng, slår det meg hvilken høy kompetanse vi har innenfor yrket vårt og som gjenspeiler seg i denne boken.

Boken har en naturlig tredeling med fokus på det helsefremmende arbeidet, sykepleiernes rolle og arbeidsmetoder og aktuelle arenaer for dette arbeidet.

De ulike nivåene for helsefremmende arbeid kommer godt fram. Forfatterne argumenterer for helsefremmende arbeid både på individ-, gruppe- og samfunnsnivå. Helsefremmende arbeid skilles klart fra forebyggende helsearbeid. Begrepet sykdomsforebygging forstås som det å fjerne eller redusere risikofaktorer for sykdom, skade og død. Det helsefremmende ligger i det arbeidet som styrker helsen blant folk.

Boken gir gode forklaringer på begrepene som brukes. Det gjelder også begrepet salutogenese. Det handler om, og legges vekt på, de positive ressursene knyttet til helse. Gode allegorier synliggjør godt hva det innebærer å drive med helsefremmende sykepleie. Der hvor forebyggende arbeid kan sammenliknes med det å luke, er det helsefremmende mer synonymt med det å vanne – å tilføre næring.

Det skrives ellers godt om empowerment-begrepet, personsentrert terapi og hvordan stress også kan være en positiv ressurs.

Boken er som helhet preget av en positiv tilnærming til helsefremmende arbeid og sykepleiernes rolle i dette arbeidet. Satsingen på det som fremmer helse forankres i WHO's Ottawa Charteret fra 1986, og de nye helselovene fra i år. Interessant beskrevet er også den viktige rollen sykepleierne historisk sett har hatt i det helsefremmende arbeidet. Florence Nightingale er spesielt nevnt som en pådriver gjennom sitt helhetlige perspektiv og vitenskapelige fundament.

Dermed er sirkelen sluttet og sjelden har vel sykepleiernes helhetlige kunnskap vært viktigere enn nå. Det gjelder å bruke den og innta de posisjoner der kompetansen kan komme best til nytte for faget, men først og fremst for alle de som trenger hjelp og støtte for å fremme egen helse.

Hvert kapittel har gode og nyttige referanser. Her er gode kryssreferanser, og nyttige sammendrag etter hvert kapitel. Layoutmessig er boken tiltrekkende og den har et godt språk og en god pedagogisk form. Den hadde imidlertid fortjent et godt stikkordregister. Det bør komme med i neste opplag.

Totalt sett er dette en godt tilrettelagt lærebok som bør inspirere til studier og lyst til å delta i en viktig satsing til folkehelsens fremme.

**Hverdagsliv med psykiske og rusrelaterte problemer**
Av Hanne Thommesen
310 sider
Gyldendal Akademisk, 2012
ISBN: 978-82-05-39440-7
Anmelder: Kjetil Skotte, sykepleier og frilansjournalist

# Individuelle koordinatorer søkes

**ANMELDELSE:** Hva kom først, de psykiske problemene eller rusmisbruket? Er rus årsaken til psykiske lidelser, eller er psykiske lidelser årsak til rus? Dette er ett av de viktige temaene Hverdagsliv med psykiske og rusrelaterte problemer tar opp. En bok som belyser hvor sammensatt og utfordrende det er for den enkelte å bli fri fra sitt rusmisbruk. Den viser også hvordan hjelpeapparatet bruker lang tid på å klare å gi den enkelte adekvat bistand. Da har det gjerne gått mange, lange år, og mottakeren av hjelpen har vært kasteball mellom ulike fagetater, behandlere og institusjoner. Boken er en bearbeiding av forfatterens doktorgrad, der hun intervjuet 17 unge mennesker (snittalder 26 år) over en toårsperiode, og har fulgt dem noe siden. Alle har en eller flere medisinske diagnoser, og utfordringer med rus. Noen ruser seg mye, andre mindre. Fellesnevneren er at de har opplevd overgrep, vold, mobbing eller voldtekt og lignende. De har tankekjør, kroppslig uro, angst og depresjoner, og de bruker rus for å klare å takle disse vanskene. Flere sier også at rusen har reddet livet deres, at den gir frihet fra uro og tankekjør.

Intervjuobjektene forteller hvordan de blir definert som rusmisbrukere så lenge de skaffer seg legemidler illegalt, for eksempel Ritalin mot ADHD, men at de er legemiddelbrukere så snart de får diagnosen og resept på legemiddelet. Slik kommer boka også inn på samfunnets syn på rusmisbrukere og hvor lett det er å skjære alle over en kam. En rusmisbruker er en rusmisbruker, ikke et individ med individuelle utfordringer. En hovedkonklusjon er at jo før den enkelte får en fast koordinator til å følge seg gjennom hele behandlingsforløpet, jo bedre.

Intervjuobjektene ønsker en og samme kontaktperson i det offentlige hjelpeapparatet. En som kjenner dem og deres spesielle situasjon bedre enn alle de andre, en som har oversikt og som koordinerer støtten til den enkelte. Flere av personene har flere eksempler på at akkurat den ene koordinatoren var den som hjalp, slik at livet snudde i riktig retning.

Jeg lærte mye av å lese denne boken. Den ga meg økt innsikt og forståelse for temaet, og hvordan man kan hjelpe. Takket være at intervjuobjektene kommer så godt til orde, samtidig som forfatteren trekker sine konklusjoner, kommer budskapet og mulighetene for veien videre fram.

**«Menneskets beherskelse av språket er det viktigste. Ved siden av å kysse, er dette den mest spennende form for kommunikasjon.»** *Oren Arnold*

# Endelig en bok om praktisk klokskap

**ANMELDELSE:** Jeg ble raskt fanget av bokens tittel og forfatterens modige og ambisiøse intensjoner. Tre store fagområder, filosofi, etikk og religion, veves sammen i en og samme bok med helsetjenestens menneskesyn i sentrum.

Begrepet livsanskuelser fokuserer på menneskets tenkning, dets eksistens, livsvilkår og alt det som er større enn mennesket selv, det vil si naturen og Gud.

Boken introduseres som den første grunnbok om livsanskuelser for utdanning av helsepersonell, der særlig pleiepersonell og leger er målgrupper.

Jens Rasmussen er en meget erfaren sykehusprest, underviser, forfatter og teolog. At nettopp han har gått løs på begrepet livsanskuelser i helsetjenesten i vår tid gjør boken særlig interessant. Fagfeltet er sårbart og omfattende, og forfatteren evner både forenklingens kunst, det tidsaktuelle, det multikulturelle, det tverrprofesjonelle og det praksisnære på en treffende måte.

Boken er organisert i fire hoveddeler.

Del I omhandler filosofihistorie, den tankemessige bakgrunn for forskjellige livsanskuelser, der forfatteren tegner både et historisk og tidsaktuelt bilde av sentrale utviklingstrekk.

Del II handler om etikk, problemstillinger og dilemma. Vi inviteres inn i et fyldig kapittel om kompleksiteten i moralsk praksis, praksisnære tidsaktuelle eksempler som designerbabyer, abortlovgivning, barnløshet, anonyme sæddonorer, ventelister, genteknologi, organdonasjon, aktiv dødshjelp og palliativ kultur. Relevante og kontroversielle eksempler presenteres på måter som gir plass for ulike livsanskuelser og normative ståsted.

Del III setter søkelyset på den åndelige omsorgen, om samtalen ved eksistensielle og religiøse problemstillinger. Med utgangspunkt i Løgstrups suverene livsytringer inviteres vi inn i krisesamtalene, kriseregion og lidelsens problem i omsorgen.

Del IV setter søkelyset på religiøse livsanskuelser, kristendom, islam og hinduisme der den religiøse og tverrkulturelle dimensjon beskrives grundig med forskrifter og ritualer. Deretter følger et fyldig kapittel om samtalen på bakgrunn av livsanskuelser.

Boken egner seg også godt som oppslagsverk. De praksisnære beskrivelser med flere gode case vil være nyttige i utdanningssituasjoner.

Boken har omfattende referanselister og begrepsregister, den er overraskende lettlest med repeterende pedagogisk struktur og oversiktlig framstilling. Den har tiltalende layout med rødoransje tekstbokser som gjør kjernespørsmål i alle kapitlene tydelige.

Boken er svært relevant for sykepleiere både i grunn, videre- og etterutdanning, og for helse- og omsorgsarbeidere generelt. Vi må erkjenne at den eksistensielle og åndelige omsorgen utøves med stor grad av tilfeldighet, og preges av utydelige kriterier til kompetanse og kvalitet. Kompleksiteten i vanskelige valg og etiske dilemma fremmer i tiltakende grad krav til relasjonell, eksistensiell og etisk kompetanse. Denne boken kommer i rett tid.

**Livsanskuelser – filosofi, etikk og religion**

Av Jens Rasmussen
186 sider
Nyt Nordisk forlag Arnold Busck i samarbeid med Dansk sygeplejeråd, 2011
ISBN 978-87-17-04234-6
Anmelder: Marie Aakre, seniorrådgiver etikk og ledelse

## Hva leser du nå?

## Foreløpig mye tragedie

– Nå leser jeg «Morgen i Jenin» av Susan Abulhawa, forteller helsesøsterleder **Astrid Grydeland Ersvik.**

– Det er en bok jeg lenge har tenkt å lese, og som blant andre datteren min har anbefalt.

Boken handler om konflikten mellom Israel og Palestina, og forteller en historie sett fra begge sider.

– Den følger en palestinsk familie fra 1940-tallet, så langt er jeg kommet til 1960-tallet. Det er mye tragedie, men jeg tror det blir mer håp, kjærlighet og forsoning etter hvert, sier hun.

– Boken gir kunnskap om en konflikt mange nok synes er vanskelig å forstå. Jeg må si jeg undrer meg over at et folk som er blitt så dårlig behandlet som israelerne, kan bruke mange av de samme metodene mot et nabofolk.

Av bøker leser hun det meste, men liker best de som får henne til å tenke og reflektere.

– Det er bøker jeg ikke glemmer, sier hun.

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Marit Fonn**

**Anne-Grethe Naustdal,** høgskulelektor/leiar av studieutvalet/skikka-ansvarleg i Høgskulen i Sogn og Fjordane.

# Skikka eller uskikka?

For å vurdere om ein student er skikka til sjukepleiaryrket, må ein vurdere både faglege og personlege føresetnadar.

Er studenten skikka til sjukepleiaryrket? Dette sentrale spørsmålet må både utdanningsinstitusjonane og praksisfeltet kontinuerleg stille seg i arbeidet med utdanning av sjukepleiarar.

**«Gro»**

Gro på 25 år går i 2. semester på sjukepleiarutdanninga og skal snart ut i praksisstudiar på sjukeheim. Pasientane Gro skal møte har høg alder, mange og samansette sjukdommar, og demenssjukdom av ulik grad. Studieleiar ved sjukepleieutdanninga har fått bekymringsmeldingar frå lærarar og medstudentar over Gro si sosiale åtferd og faglege kompetanse. Både i teoriundervisning og ved praktiske øvingar opplever fleire at Gro ikkje klarar å følgje med. På forelesingar spør Gro det same spørsmålet om att fleire gongar, og lærar opplever det vanskeleg å nå fram med forklaringane. I gruppearbeid må medstudentar rettleie Gro i høve grunnleggande kunnskap. Kommentarane Gro kjem med i gruppearbeid og under førelesingar har ofte ikkje samanheng med det aktuelle temaet. På øvingsposten gjer ikkje Gro seg nytte av faglege kunnskapar som skulle ha vore tileigna før gjennomføringa av praktiske prosedyrar. Ho klarar ikkje å finne fram i elektroniske prosedyrar (PPS) som er tilgjengeleg via datamaskin som står ved kvar seng på øvingsrommet. Lærar rapporterar om uheldige episodar når Gro skal gjennomføre prosedyrar med medstudentar som øvingsobjekt. Gjennomføringa vert opplevd ubehageleg for pasient (medstudent), men Gro justerar likevel ikkje prosedyreframgangsmåten. Gro vert kalla inn til fleire samtalar med studieleiar. Det kjem her fram at Gro har vanskar både av psykisk, sosial og fysisk karakter. Ho har problem med kommunikasjon, konsentrasjon og koordinering, og med å inngå relasjonar til andre og såleis med å fungere i team. Studieleiar er bekymra for denne studenten og ikkje minst for pasientsikkerheita når Gro skal ut i praksisstudiar. Dei teoretiske eksamenane og arbeidskrava i studiet er bestått, om enn med lågaste godkjende karakter. Er det forsvarleg å sende Gro ut i praksisstudiar der ho vil vere i direkte møte med alvorleg sjuke pasientar?

**Retteleiing**

Ved universitet og høgskular vil fleire som arbeider i sjukepleieutdanninga ha opplevd liknande situasjonar. I Sykepleien nr. 4-2011 blir det beskrive kor gale det kan gå med ein sjukepleiar som i studietida fekk prøve igjen og igjen på å få beståtte praksisperiodar og eksamenar (1). Korleis handterar utdanninga desse studentane? På den eine sida skal utdanningsinstitusjonen gje studentar som er kvalifisert for det (oppfylt inntakskrava) muligheit til å gjennomføre studia sine innanfor den profesjonen dei ynskjer. På den andre sida skal vi også sikre brukarane sine rettar og sikkerheit i møte med studenten eller den uteksaminerte kandidaten (2,3).

Forskrift om skikkethetsvurdering og rundskriv F-14-06 slår fast at det er universitet og høgskular sitt ansvar å sjå til at dei tilsette ved utdanninga, inkludert praksisfeltet, har den nødvendige kunnskap og kompetanse til å kunne foreta ei løpande vurdering av om studenten er skikka (4,5). I helse- og sosialfaglege utdanningar hadde vi fram til 2006 berre muligheit til å nytta verkemiddel som ligg i dei faglege krava utdanninga stiller, altså stryk/ikkje bestått i teori eller praksis. Det vart også forsøkt å rettleie ut av studiet dei studentar som ein såg ikkje passa til yrket, dette med meir eller mindre hell. I mi tid som studieleiar ved sjukepleieutdanninga ved Høgskulen i Sogn og Fjordane frå 2000–2007, møtte eg studentar der grunngjevne og velmeinte råd om å avslutte studiet ikkje nådde fram. Dette trass i at råda var gitt både skriftleg og munnleg.

Med forskrifta om særskilt skikkavurdering gjeldande frå 2006 fekk utdanningsinstitusjonane eit nytt verkemiddel til å handtere studentar som ikkje er skikka. Framleis skal likevel den løpande skikkavurderinga, altså stryk/ikkje bestått i teori og praksis, og å rettleie studentar som ikkje er skikka til yrket ut av studiet, vere dei vanlege måtane å gjere det på. Men kva skjer når desse verkemiddela ikkje fungerar? Kva skjer når studieleiar opplever at ein student er uskikka til å verta sjukepleiar, men studenten består teoretiske eksamenar og arbeidskrav? Kva skjer når den same studenten heller ikkje let seg rettleie ut av studiet? Frå 2006 har underteikna vore institusjonsansvarleg for skikkavurdering ved Høgskulen i Sogn og Fjordane og har slik fått høve til å arbeide konkret med desse spørsmåla.

**Sårbare grupper**

Å vurdere om ein student er skikka til yrket vedkommande utdannar seg til, omfattar ei vurdering av både faglege og personlege føresetnadar. Ei heilskapleg og løpande vurdering av studentane må finne stad (6). Forskrifta om skikkavurdering har klare kriterium ein skal vurdere

## Hovedbudskap

Sjukepleiestudentar skal bli skikkavurdert som ledd i utdanninga. Skikkavurderinga skal sikre at studentane har dei faglege og personlege eigenskapane som trengs for å fungere i sjukepleieyrket. Eit større fokus og betre system for skikkavurdering kan synast nødvendig for å ivareta sårbare pasientgrupper.

## Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.
› Skikkethet › Sykepleierutdanning › Sykepleierstudent

DOI-nummer: 10.4220/Sykepleiens.2012.0040

**IKKJE ALLE** studentar er skikka for sjukepleiaryrket sjølv om dei består arbetskrav og eksamen. (Studentane på biletet har ingen ting med emnet i artikkelen å gjere.) Arkivfoto: Stig Weston.

etter, men likevel ligg det mykje bruk av skjønn i vurderingane. Å utøve skjønn i høve til studentane sine personlege eigenskapar når det gjeld dei kriteria yrkesprofesjonen krev, er eit ansvar utdanningsinstitusjonane er pålagt og som må utførast på best mogleg måte for alle involverte partar. Heilt overordna ligg omsynet til pasientane og brukarane av helse- og sosialtenestene. Det må komme fyrst! Formålet med innføringa av skikkavurderinga var nettopp å beskytte sårbare grupper (4,7). Som student har Gro mange rettigheitar i høve lover og forskrifter, men hennar studierett nedfelt i Universitets- og høgskulelova (2) og ynskje om å bli sjukepleiar må vektleggast mindre i ei skikkavurdering. På sikt vil det også vere uheldig for Gro å vere sertifisert for eit yrke ho med rimeleg stor grad av sikkerheit ikkje vil vere egna til å utføre (6). Vi må hjelpe studentane til å få eit realistisk forhold til yrkesvalet. Når det ikkje går å rettleie studentane ut av utdanninga ved samtalar, må vi nytte reglane som ligg til skikkavurdering. Det vil seie at vi må gjennomføre ei særskilt skikkavurdering. Den løpande skikkavurderinga har alle som kjem i kontakt med studentane eit ansvar for å gjennomføre. Når det kjem til særskilt skikkavurdering, får den institusjonsansvarlege for skikkavurdering eit særleg ansvar (5).

## Skjønnsvurdering

Kvar høgskule og universitet i Noreg skal ha ein institusjonsansvarleg for skikkavurdering. Denne personen har eit ansvar for å sette skikkavurdering på dagsorden i organisasjonen ein arbeider, og ein må gje området merksemd og diskutere det i kollegiet (4, 5). Mykje tyder på at det bør rettast meir fokus på skikkavurdering i utdanningane (7). Ein treng lærarar med mot og vilje til å ta tak i vanskelege studentsaker. I og med at sjukepleieutdanninga består av ein god del praktisk læring, vil også helsetenesta utgjere viktige arenaer for å fange opp studentar som ikkje er skikka. Eit godt samarbeid med praksisfeltet vil vere avgjerande for å utdanne kompetente yrkesutøvarar. Om ei skikkasak vert reist medan studenten er i praksis, må lærar og kontaktsjukepleiarar stå saman om handteringa. Det er då viktig at begge partar har kunnskap om skikkavurderingsordninga. Med relativt få slike saker i løpet av eit år, må vi sikre erfaringsdeling kring korleis ein kan handtere denne type saker. Å utøve skjønn i faglege vurderingar kan vere vanskeleg. Enda meir krevjande er det å utøve skjønn i høve personlege eigenskapar for å tilfredstille krav og forventningar til yrkesprofesjonen. Det kan vere lett å la tvilen kome studenten til gode i slike saker og la studenten passere studiet. Men tvilen må i staden kome sårbare grupper til gode i skikkasaker (7,8).

Om vi til dømes fylgjer Gro si sak vidare, så vil eg som skikkaansvarleg av omsyn til pasientane la denne studenten gjennomføre eit utvida rettleiingsprogram før ho eventuelt får framstille seg for praksis på sjukeheimen (5). Ei utvida personleg rettleiing kan gje nærmare greie for kva som er utfordringane til Gro. Kanskje finn ho under rettleiinga ut at det er andre utdanningar som vil passe henne betre. Kanskje finn vi saman ut at det er nødvendig med profesjonell hjelp frå helsetenesta. Her er det mange ulike vegar å gå og eg har god erfaring med å nytte utvida rettleiing til hjelp i skikkaarbeidet. I denne type rettleiing kan det vere fornuftig å leige inn ein ekstern rettleiar, som kan møte studenten med «nye auge». Rettleiaren bør kjenne godt til yrkesprofesjonen. Gjennom denne rettleiinga har det blitt klart for nokre studentar at dei kan halde fram utdanninga med ein del forbetringar. For andre er det klargjort at utfordringane er så store at saka vert reist for skikkanemnda i høgskulen. Nokre studentar velgjer også sjølv å avslutte studiet under eller etter den utvida rettleiinga.

## Utfordringar

Ein nasjonal rapport om skikkaarbeidet i UH-sektoren syner til mange samanfallande utfordringar i arbeidet med å sikre at uteksaminerte kandidatar er skikka for yrket. Rapporten peikar mellom anna på at det synest å vere manglande fokus på arbeid med skikkavurdering ved institusjonane, dagens lov- og regelverk vert oppfatta uhensiktsmessig og uklart, og verkemiddel og rutinar for handtering av skikkasaker vert rekna for krevjande og arbeidsmessig belastande å ta i bruk. Det må skapast ein kultur og ei haldning både i sjukepleiarutdanninga og i helsevesenet for å la skikkavurdering bli ein viktig og sentral del av det ansvaret ein har når ein er i kontakt med studentar. For å kunne skape denne gode kulturen må det settast av tid og ressursar til arbeidet og det trengs eit tydlegare og betre regelverk. Det er å håpe rapporten «Skikkethetsarbeid i UH-institusjonene» (7) kan bidra til å få fortgang i forbetring av denne ordninga som er så viktig for å sikre sårbare grupper sine rettar og sikkerheit og også for å ivareta studentane på ein god måte. ||||

**LITTERATUR**

1. Helmers Bloch AK. En ny skole for en ny tid. Sykepleien 2011; 4: 28-35.
2. Lov om universiteter og høyskoler (2005). Kunnskapsdepartementet. LOV-2005-04-01 nr 15
3. Lov om pasientrettigheter (1997). Omsorgsdepartementet. LOV-1999-07-02 nr 63
4. Forskrift om skikethetsvurdering (2006). Kunnskapsdepartementet. FOR 2006-06-30 nr 859
5. Rundskriv F-14 (2006) Forskrift om skikkethetsvurdering i høyere utdanning. Kunnskapsdepartementet.
6. Gabrielsen E, mfl. Skikkethetsvurdering. Oslo: Universitetsforlaget, 2004.
7. Ohnstad F, mfl. Skikkethetsarbeid i UH-institusjonene. Rapport utarbeidet av enarbeidsgruppe nedsatt av nasjonalt råd for helse- og sosialfagutdanning og Nasjonalt råd for lærerutdanning. Oslo: Universitets- og høgskolerådet, 2011.
8. Lorentzen RS. Skikkethetsvurdering i praksis: et etisk perspektiv: et innspill til øvingslæreres mange utfordringer. Trondheim: Høgskolen, 2005.

**Berit Daae Hustad**
er leder av Rådet for sykepleieetikk.



# Når lederen tier om avvik

En ufaglært på et sykehjem satte insulininjeksjon uten å vite at det fins flere typer insulin. Det holdt på å gå riktig galt.

Det er svært sjeldent at vi mottar saker til Rådet for sykepleieetikk fra ledere, enten det er sykepleiere eller andre ledere. Vi vet at sykepleieledere, eksempelvis avdelingssykepleier, ofte føler seg mellom «barken og veden». De kjenner seg ofte skviset mellom faglig forsvarlighet på den ene side og kravet om ikke å overskride budsjett på den andre. Vi i Rådet for sykepleieetikk ønsker å være en naturlig adresse for alle sykepleiere som opplever vanskelige situasjoner – også for sykepleieledere.

### Mange hull i turnusen

Jeg vil fortelle om en hendelse som jeg fikk fortalt av en ansatt sykepleier på et sykehjem. De hadde i lengre tid manglet sykepleiere både på grunn av sykmeldinger og ubesatte stillinger, så belastningen ble stor på dem som var igjen. Det var spesielt helgevakter og annen ubekvem arbeidstid som var vanskelig å dekke opp med sykepleiere til enhver tid.

> «Det var på et vis en stilltiende aksept for en slik praksis.»

På grunn av denne mangelen ble andre ansatte, enten det var helsefagarbeidere eller ufaglærte, ofte satt til å utføre prosedyrer som medikamenthåndtering, sårskift og annet som de ikke var kvalifisert til. Det begynte forsiktig i helger og høytider, og det var mest ferdigdoserte medikamenter som ble delt ut.

### Flere sykepleieoppgaver

Diabetes er en sykdom med stor økning de siste årene. Det er blitt mer vanlig og insulinbehandle diabetespasienter, også type 2. Det har medført at behovet for kvalifisert personell for å utføre slike prosedyrer har økt. I stedet for å øke antallet sykepleierstillinger for å imøtekomme denne økningen, har man enkelte steder senket kravene for å få «kartet til å stemme med terrenget». På sykehjemmet hendelsen fant sted, ble ufaglærte og andre forespurt/pålagt å sette insulininjeksjoner. I begynnelsen var det en del protester blant sykepleierne, men i fare for enda flere helgevakter, stilnet protestene. Det var på et vis en stilltiende aksept for en slik praksis.

### Pasienten var bevisstløs

Hendelsen skjedde en lørdags kveld da en ufaglært pleier oppdaget en pasient som ikke var kontaktbar. De prøvde å riste litt i pasienten, men han virket bevisstløs. Det var ingen sykepleier på vakt den kvelden, men de hadde telefonnummer til avdelingssykepleieren som de kunne ringe hvis de trengte noen å rådføre seg med. Den ufaglærte pleieren var en betrodd medarbeider, og hun hadde ansvaret for medisinen denne kvelden. Hun hadde delt ut den ferdigdoserte medisinen. I tillegg hadde hun gitt insulin til mannen som nå var bevisstløs.

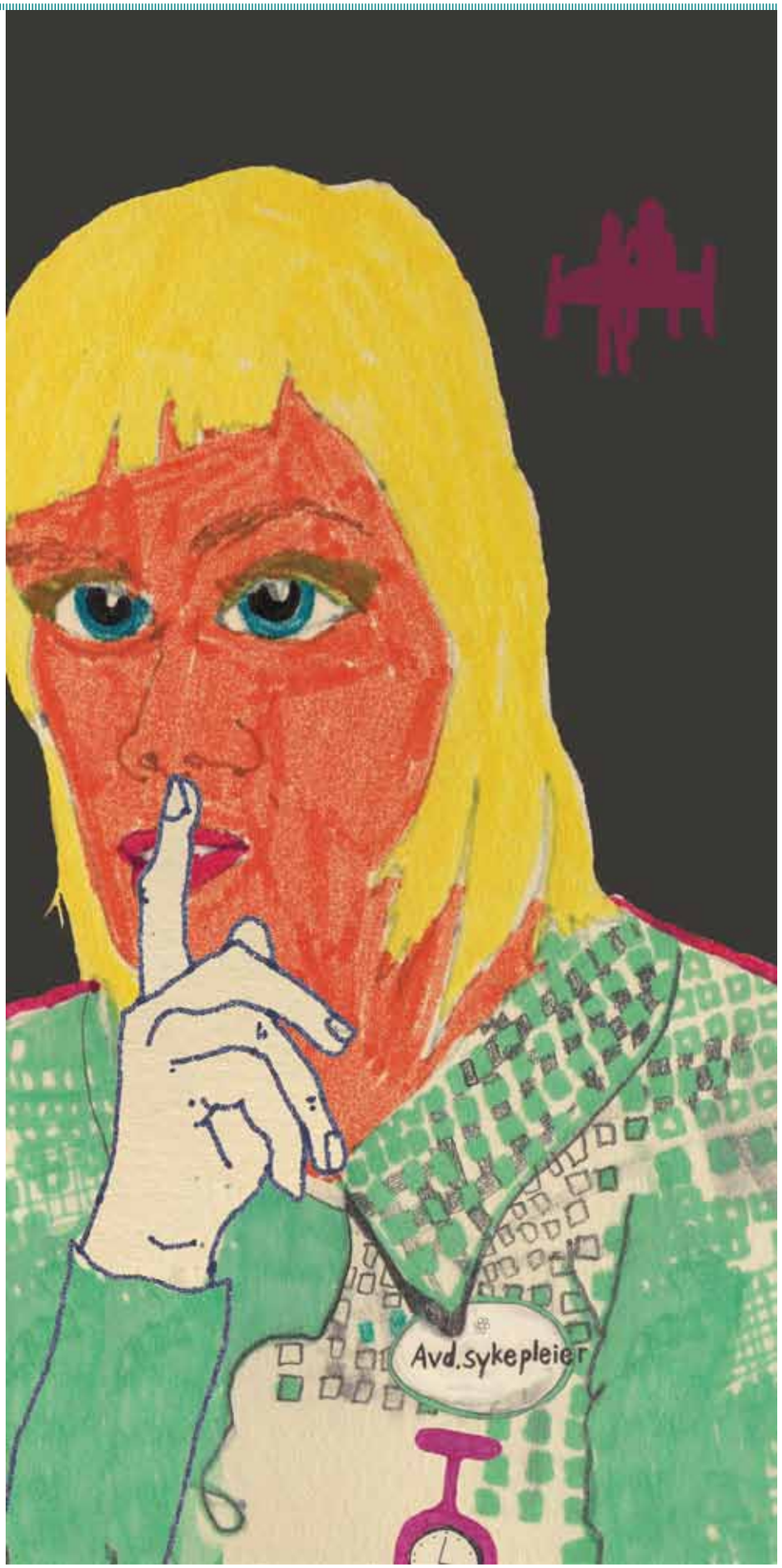
Hun ringte avdelingssykepleieren, som kom på kort varsel. Den ufaglærte pleieren viste avdelingssykepleieren insulinglasset og hvor mye hun hadde gitt pasienten. Det viste seg at pleieren ikke var klar over at det fantes flere typer insulin, både hurtigvirkende og langtidsvirkende. Derfor hadde hun om kvelden gitt hurtigvirkende insulin, men med dosen som det langsomtvirkende insulinet var dosert til. Pasienten hadde ikke målbart blodsukker og var derfor i en dramatisk situasjon.

Avdelingssykepleieren innså alvoret i situasjonen, men ønsket ikke at pasienten skulle innlegges i sykehus. Det hele ble dysset ned, og hun ga pleieren beskjed om å tie om hendelsen. Natten igjennom fikk pasienten store mengder honning som smeltet i munnen, og i tillegg glukose intravenøst. Avdelingssykepleieren var selv og passet pasienten gjennom natten. Blodsukkeret ble målt utallige ganger, og tidlig på morgenen våknet pasienten opp.

### Ingen avviksmelding

Hele saken ble lagt lokk på av avdelingssykepleieren. Den ble ikke rapportert, verken skriftlig eller muntlig. Det ble heller ikke skrevet avviksmelding. Å unnlate å dokumentere er i juridisk forstand en form for dokumentforfalskning, men hendelsen kunne i tillegg vært

**Rådet for sykepleieetikk** tar imot spørsmål og innspill om etiske dilemma.
Telefon: 99049169, e-post: berit.daae.hustad@sykepleierforbundet.no




Illustrasjon: Kathrine Kristiansen

en gylden mulighet for ledelsen i kommunen til å se behovet for flere sykepleierstillinger. Det hadde vært svært gunstig å be Rådet for sykepleieetikk om råd/hjelp eller anvendt en refleksjonsmodell for å kunne analysere og se saken fra flere sider. I tillegg kunne hendelsen vært brukt i læreøyemed og til å få slutt på en uverdig og livsfarlig praksis.

I selve grunnlaget i de Yrkesetiske retningslinjer er det formulert pliktetisk: «All sykepleie skal være kunnskapsbasert.» Hvordan kan det da ha seg at «hvem som helst» kan sette injeksjoner i kommunehelsetjenesten, mens det i spesialisthelsetjenesten er helt utenkelig? Pasienter har i dag kortere liggetid på sykehus. De overføres til kommunehelsetjenesten med ganske komplekse tilstander. Hvordan kan vi forsvare en slik praksis?

I sykepleierutdanningen er også kravene strenge. Medikamentregningstesten er ikke bestått før alt er feilfritt. Ved medikamenthåndtering kontrolleres alt av sykepleier før det blir delt ut. Hvordan kan det ha seg at i kommunehelsetjenesten gjøres det samme av ufaglærte, og mange ganger uten kontroll?

Å handle kunnskapsbasert vil også si å handle faglig forsvarlig. Vi må hjelpe sykepleieledere slik at vi kan få flere sykepleierstillinger og «ta tilbake» faget vårt. Kunnskapsbasert praksis vil si at vi har en praksis som tåler dagens lys. Hva ville du ha gjort i en liknende situasjon? ||||

# Quiz

Er du en kompetent sykepleier?

Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

**1 Hvilket land hadde lavest medisinforbruk i Norden i 2011?**
A Norge
B Sverige
C Finland

**2 Hvor mange nordmenn bruker reseptpliktige legemidler hvert år?**
A 1,2 millioner
B 2,3 millioner
C 3,4 millioner

**3 Hva er Rickettsia?**
A En tropesykdom
B En mellomting mellom bakterier og virus
C En rakettaktig diarésprut

**4 Hvor i kroppen brukes cochleaimplantat?**
A I øret
B I nesen
C I pungen

**5 Hvor i kroppen kan Dupuytrens kontraktur oppstå?**
A I hånden
B I foten
C I anus

**6 Gertrude B. Ellion fikk Nobelprisen i fysiologi og medisin i 1988. Hva var hun mest kjent for?**
A 6-merkaptopurin (Purinethol), den første behandlingen for leukemi
B Arbeidet med å identifisere DNA-molekylet
C Kartlegging av et nettverk av elektriske signaler i nervesystemet

**7 Når var den siste malaria-epidemien i Norge?**
A På 1500-tallet
B På 1800-tallet
C Første halvdel av 1900-tallet

**8 Hvor ble de første tilfellene av AIDs påvist for første gang, i 1981?**
A I Etiopia
B I USA
C I England

**9 Hvilket av disse organene egner seg ikke for organdonasjon?**
A Leveren
B Tolvfingertarmen
C Bukspyttkjertelen

**10 Hva er spolorm?**
A En orm som liker seg i tarmen
B En antatt ufarlig orm som plutselig har begynt å produsere gift
C Et hjelpemiddel til å få pasienter opp av sengen

**HVEM SPISER MINST:** Ligger Norge på topp eller bunn i Norden i forbruk av medisiner? Foto: Colourbox.

**10 POENG:** Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)

**6-9 POENG:** Lovende. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.

**3-5 POENG:** Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?

**0-2 POENG:** Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

**SVAR:** 1A Norge 2C 3,4 millioner 3B En mellomting mellom bakterier og virus 4A I øret 5A I hånden 6A 6-merkaptopurin (Purinethol), den første behandlingen for leukemi 7B På 1800-tallet 8B I USA 9B Tolvfingertarmen 10A En orm som liker seg i tarmen

# Færre infeksjoner etter keisersnitt

Før fikk 16 prosent infeksjon etter keisersnitt på Bærum sykehus. Nå er det nye tider. Tekst **Eivor Hofstad** Foto **NFKH**

I 2006 og 2007 var fødeavdelingen ved Bærum sykehus blant de dårligste i landet på infeksjon etter keisersnitt. 16 prosent av kvinnene som hadde gjennomgått keisersnitt fikk en sårinfeksjon etterpå. Landsgjennomsnittet er på 8 prosent.

Etter et tverrfaglig kvalitetsforbedringsprosjekt sank infeksjonsfrekvensen i 2008–2010 til 3 prosent. I hele 2010 var den på 2,1 prosent og i 2011 var den på 3,8 prosent.

– Prosessen var ledelsesforankret og alle prosedyrene ble revidert opp mot gullstandard, forteller avdelingssjef Marit Kristoffersen.

*– Hva gjør dere annerledes?*

– Flere ting: Før var det vanlig i Norge å gi forebyggende antibiotika idet barnet var ute. Nå følger vi Cochrane-databasens anbefalinger som sier at man skal gi antibiotika før man opererer.

– I tillegg har vi endret tråd til en type som er dekket av antibiotika. Vi har også endret atferd på operasjonsstua: Huden til kvinnen lufttørkes og må være helt tørr etter å ha blitt sterilisert før den dekkes med plast, slik at dekket ikke løsner. Tidligere var vi ikke så nøye på det.

– Videre har vi begynt å behandle sår med samme respekt man gjorde for 30–40 år siden: Vi lar bandasjen sitte på i minst fem døgn. Den er helt tett og dekket med plast, slik at vi kan se gjennom. Hvis den likevel må skiftes, sørger sykepleier eller jordmor for å gjøre det med steril teknikk. Tidligere tok vi av bandasjen etter et døgn og sa at kvinnene kunne dusje.

Og sist, men ikke minst: Kristoffersen understreker at de er veldig nøye med håndhygienen. Ingen ringer, smykker eller klokker er lov på barsel.

*– Hva med mobiltelefoner?*

– Jo, det må legene få ha med seg. Men hvis de bruker dem, må de vaske og sprite etterpå, sier «hygienepolitimester» Marit Kristoffersen. ||||

Etterspørsel gir ikke mer lønn. Side 74

Arbeidstiden skal være forsvarlig for alle. Side 80

Ny i jobben og gravid, hva gjør jeg? Side 88

# Mennesker & meninger

Sykepleien

Sterke synspunkter? Skriv til oss!

Send inn din mening på e.post til: redaksjonen@sykepleien.no eller som brev til: Sykepleien, p.b. 456 Sentrum 0104 Oslo

TETT PÅ JOMAR STAVERLØKK

## «Når den mineskadde pasienten er barn, blir krigen veldig tydelig.»

82

KRONIKK ANITA ELLEFSEN

## «Mange ideer og innovative løsninger ligger mye nærmere oss enn Danmark.»

78

NSF HAR ORDET

Forbundsleder Eli Gunhild By

Stilling: **Forbundsleder i NSF**
E-post: **eli.gunhild.by@sykepleierforbundet.no**

# Markedsmekanismer, lønn og sykepleiermangel

Den økonomiske avkastningen av utdanning er for lav for arbeidstakere i Norge sammenliknet med andre land.

Lønnsgapet mellom kvinnedominerte grupper med høyere utdanning i offentlig sektor og tilsvarende mannsdominerte grupper med like lang utdanning i privat sektor, er på om lag 150 000 kroner. Årets tariffoppgjør må bidra til å redusere dette lønnsgapet og å øke verdsettingen av kompetanse.

Sykepleiere og andre kvinnedominerte høyskolegrupper har en lavere livslønn enn arbeidstakere med bare videregående opplæring. Dette er uakseptabelt og bidrar i liten grad til å sikre rekrutteringen til yrket. Det gir heller ikke et signal om at den viktige funksjonen sykepleierne har og den viktige jobben som utøves hver dag, hele døgnet og året rundt, verdsettes, selv om det ofte blir nevnt i festtaler og valgkamper.

Mange mener mangt om sykepleiere og lønnsdannelse: Dagens Næringsliv skriver i sin leder 5. mars at det er meningsløst at sykepleiere insisterer på å få samme lønn som ingeniører når markedet ikke synes å være interessert i å konkurrere om sykepleiere. Lederen peker på at «den frie lønnsdannelsen nettopp skal sende signaler om hvilken arbeidskraft det er mangel på».

Til dette: Helsetjenester er et offentlig ansvar, enten de utføres i offentlig eller privat regi, og da med den konsekvensen at det ikke er noen tilsvarende markedsmekanismer i helsesektoren som i det private næringslivet. Selv om helsesektoren består av flere foretak og kommuner, hører de hjemme i den samme offentlige sektoren som i realiteten ikke konkurrerer på lønn.

Da blir det etter vårt syn viktig å ha med seg: Når sykepleierne ikke opererer i et marked, kan ikke fraværet av «markedsrespons» tolkes som et bevis på at sykepleiermangelen ikke utgjør et problem i årene som kommer.

Det er godt kjent at den demografiske utviklingen og nasjonale reformer fører til et behov for sykepleiere og andre med høy helsefaglig kompetanse, både innenfor spesialist- og kommunehelsetjenesten. Disse har og vil få en sentral rolle i reformene. Skal vi lykkes med å få et høyt faglig nivå på helsetjenestene, må arbeidsgiver tilby lønns- og arbeidsvilkår som viser at kompetanse og kvalitet blir verdsatt. I tillegg må det tilbys hele og faste stillinger uten krav til den enkelte om økt helgebelastning. Dette innebærer at det må tilrettelegges for gode arbeidstidsordninger, tilstrekkelig bemanning og robuste fagmiljøer som muliggjør høy arbeidsdeltakelse helt frem til pensjonsalderen.

**HVA SKAL VI BLI?** Etterspørselen presser ikke opp lønna for ansatte i offenlig sektor, og NSF-lederen er bekymret for rekrutteringen til sykepleieryrket. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Flere forskningsrapporter underbygger at ansatte med høy kompetanse gir høyere kvalitet og lavere kostnader for virksomhetene. Eksempelvis viser en rapport fra Asplan Viak AS i samarbeid med Fafo (2010) at riktig og god kompetanse sikrer kommunen kvalitet i tjenestene, effektiv ressursutnyttelse, innovasjon, utvikling og et godt omdømme som attraktiv arbeidsgiver.

Derfor er det viktig at arbeidstakerne stimuleres til å videreutvikle sin kompetanse. I lønns- og forhandlingsbestemmelsene må det etableres en mer forutsigbar og tydelig sammenheng mellom kompetanse/kompetanseutvikling og lønnsnivå. De sentralt avtalte lønnsnivåene må heves og i større grad avspeile utdanningsnivået og sikre både en høyere begynnerlønn og en lønnsutvikling for de med lengre erfaring.

Vi er oppriktig bekymret for signalene som sendes til yngre generasjoner som står overfor utdanningsvalg, og til sykepleiere som står overfor videreutdanningsvalg.

Vi skal i løpet av våren gjennomføre hovedtariffoppgjør både i Spekter, KS, Oslo kommune og staten. Vi er forberedt på harde tak, men jeg kan love dere at vi skal gjøre vårt beste for å oppnå økt verdsetting av kompetanse og bidra til å tette lønnsgapet.

Eli Gunhild By

Vi er oppriktig bekymret for signalene som sendes til yngre generasjoner.

# Tror beslutningen om døende pasient var feil

Jeg ønsker å komme med noen betraktninger til høyskolelektor Siv Venke Gran sin fagartikkel om «Sykepleieteori i møte med pasienten», som sto på side 66 i Sykepleien nr.4, 2012.

Først vil jeg takke for et fantastisk flott fagblad for oss sykepleiere! Jeg synes Sykepleien blir stadig mer interessant! Ansvarlig redaktør Barth Tholens, redaksjonen og innspill fra lesere gjør dette til et særdeles leseverdig blad! Selv er jeg aller mest nysgjerrig og opptatt av det dere skriver om etikk, både teori og utøvelse. Intervjuet av vår kjære professor og leder ved Senter for medisinsk etikk Per Nordtvedt, var bladets beste denne gang (nr.4, 2012). Begrepet «moralsk sensitivitet» var nytt for meg, og det gir meg mange tanker og refleksjoner som jeg med glede tar med meg.

Så til den aktuelle saken: Høyskolelektor Siv Venke Gran sin artikkel om «Sykepleieteori i møte med pasienten». Hennes opplevelse sett i lys av Suzie Kim sin sykepleierteori var både informativ og god! Selv vokste jeg som sykepleier opp med Orem og Travelbee i hver sin ende av skalaen, og ble ganske frustrert av dem begge, selv om jeg klart beveget meg mot Travelbee sin teori. Men hvor ble det av hennes grensesetting og balansen mellom nærhet og distanse?

Jeg iler til med å påpeke at jeg ikke på noen måte kan påberope meg å se bildet som er beskrevet mer fullstendig enn den sykepleieren som selv opplevde den, samt at hun nødvendigvis ikke kan klare å beskrive hele virkeligheten. Og hva er egentlig hele virkeligheten? Den kan vel aldri bli fullstendig og den vil alltid innebære en viss tolkning.

Jeg reagerer på Gran sitt valg, og jeg tror at denne beslutningen var feil! Hva får meg til å si det? Jeg vil forsøke å forklare gjennom kommentarer til noen av sitatene. Mye mer kunne vært sagt, men jeg velger å begrense meg til dette.

«Jørgen var motorisk urolig, og han anstrengte seg hele tiden for å komme ut av sengen. Han strakte hendene oppover mot taket, det så ut som om han ville ha fatt i noe. Det var ingen synlige tegn på at han så eller hørte noen andre i rommet. Han ynket seg ofte, og innimellom skrek han høyt. Han var tungpusten og surklete. Pårørende oppfattet Jørgens uro som et uttrykk for at han hadde smerter, og de ville at vi skulle gi ham mer smertestillende medikamenter slik at han fikk hvile.»

Pasienters uro rundt deres egen død har svært mange årsaker. For en del år siden kunne jeg gi meg ut på et forsiktig forsøk på å snakke om fysiologi og dødsprosess, og at pasienten nok ikke alltid kan kjenne det vi oppfatter som smerter ut fra det vi ser. Jeg gjør det ikke lenger. Som sykepleier gjennom nesten 30 år og som kreftsykepleier de siste 6 årene, er jeg langt mer raus med de smertestillende og beroligende medikamentene som legen har forordnet for å oppnå en best mulig palliasjon for en døende pasient.

Det sies for eksempel heller ingenting om hvordan man forsøker å lindre tungpustenhet og surkling. Heldigvis har vi nå god medikasjon for slike plager, selv om det vi omtaler som dødsralling nok er kroppens måte å trekke seg tilbake på fordi respirasjonen gradvis vil opphøre.

Jeg ville uansett ha forsøkt både en lindring gjennom mer smertestillende og mer beroligende.

«Hva er det viktigste? Er det å lindre pasientens lidelse selv om det kanskje forkorter livet hans? « Ja, jeg mener klart at det viktigste i denne situasjonen er å lindre pasientens lidelse selv om det kanskje forkorter livet hans! Hva slags liv har han nå? Han er inne i en dødsprosess, alle tegn tyder på at pasienten kun har dager, kanskje timer igjen å leve.

Kona hans sier: «Dette kommer jeg til å få mareritt om i lange tider. Det er jo helt umenneskelig at han skal lide slik!»

Skal de pårørende leve videre med dette bildet på netthinnen? Tror vi som sykepleiere at pasienten ville opplevd dette som verdig om han kunne se seg selv, uavhengig om hans atferd skyldtes fysiske smerter? Omstendigheten rundt fødsel og død er det mest sårbare vi skal oppleve i livet. Hva med tankene rundt vår alles forestående dødsprosess?

«Hadde Jørgen smerter eller var det hans naturlige måte dø på?» Vi vet ikke svaret, og kan heller aldri det. Men uansett: Er dette svaret det viktigste når de pårørende opplever det de gjør, der de sitter og våker over sin kjære som lever sine siste timer?

Ja, jeg tror at din beslutning var feil. Med støtte i det jeg her har påpekt og med omsorg- og nærhetsetikkens moralske sensitivitet, ville jeg tatt en annen avgjørelse.

*Med vennlig hilsen Line Christensen, kreftsykepleier ved Senter for lindrende behandling og medlem i Klinisk etikk-komitè, Sykehuset Østfold*

**SIDEN SIST**

Siden sist inneholder korrigerte og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe? Kontakt oss på interaktiv@sykepleien.no

## Bra med nye abortregler i Texas

Jeg er en spesialsykepleier (anestesi) – en eldre sådan, og har jobbet siden 1968.

Jeg reagerte kraftig på en artikkel som sto i siste Sykepleien på siden «Der ute», et bilde av en kvinne inne i en boble med teksten «Kvinners abortrettigheter truet i USA».

Jeg vil påstå at guvernøren i Texas gjør ting helt riktig. Han vil bevisstgjøre befolkningen og kvinnen om hva som egentlig foregår ved en abort. Kanskje hun vil ombestemme seg og la barnet sitt leve når hun blir litt mer kjent med det gjennom å se og høre det. Det bør vel være i alles interesse at aborttallene går ned? At det gjøres nye grep for en forandring bør hilses velkommen.

For meg vitner denne bestemmelsen om at USA går nye veier for å beskytte barnet i mors liv, og i tillegg gjør mor en stor tjeneste. Det er en kjensgjerning at mange som har vært gjennom en provosert abort sliter i årevis med samvittigheten sin og får psykiske problemer.

Det siste sitatet er ille, «– Dette er statlig godkjent misbruk». Hvorfor i all verden er det det? Hva består misbruket i egentlig? At mammaen ser og hører barnet sitt? De fleste som skal til et inngrep vil jo vite hva som foregår, men ikke dette, dette skal dysses ned og være totalt tabu, mor skal ikke høre med et ord at barnet hennes blir avlivet.

Skam dere, sykepleiere som skjuler sannheten og fordømmer det som kan være et barns redning!

*Mvh. Ragna Kristina Enstad*

# Få Palestinakomiteen ut av NSF!

Årets 8. mars-arrangement i Trondheim ble preget av at en blodrød venstreside, inkludert Palestinakomiteen, brukte demonstrasjonen og fakkeltoget til å fronte parolen «Boikott Israel». Norsk Sykepleierforbund Sør-Trøndelag støttet demonstrasjonen, og oppmuntret sine medlemmer til å ta del i toget. Fylkesleder i NSF, Knut Jørgen Rotabakk, sier at fylkeslaget bare støttet de parolene de selv gikk under. Dette fikenbladet er for lite til å gjemme seg bak. NSF ved St. Olavs Hospital oppfordret sine medlemmer til å delta på et arrangement der blant andre Palestinakomiteen var medarrangør, der motivet helt åpenbart var å ensidig demonisere Israel. NSF Sør-Trøndelag burde fremme en profil som er samlende for den brede medlemsmassen det har. Det gjør en ikke ved å støtte opp om ensidige, forvrengte paroler som dette, og politiske aksjonsgrupper på ytterste venstre fløy. Vi er flere medlemmer som har sett oss trette på den ensidige palestinapropagandaen i det som skulle være en fagforening for alle sykepleiere, og vurderer vårt medlemskap etter dette.

*Ståle Hagen, Elin Aarebrot Fiskvik, Hanne Grethe Hansen, Trondheim*

# Barna og fedme

Debatten om fedmeoperasjoner på barn helt ned i 13-årsalderen viser at myndighetene ikke har gjort jobben sin når det gjelder andre tiltak overfor disse.

Alt annet må ha vært prøvd før man går til et slikt drastisk tiltak som fedmeoperasjon.

Og hva med barnets beste oppe i alt? Det kan langt fra være barnets beste at man midt i en hormonfull voksealder vil operere bort et problem. Et problem som kanskje skulle – og kunne – vært gjort noe med lenge før.

Jeg velger å tro at foreldre vil det beste for sine barn. Og da er det av og til slik at det man tror er det beste, faktisk ikke er det. Mange trenger kanskje veiledning og dialog med andre. Foreldre har jo innebygd at man skal være snill med sine barn, men når det kommer til feil ernæring så er det ikke lenger snillhet, men kanskje uvitenhet det kommer an på.

Fra et barn er født går det til jevnlige kontroller når det gjelder utvikling, måling og veiing. Her er det lege og helsesøster som følger opp sammen med foreldre. Det er vanskelig å si til et foreldrepar at de må vurdere å endre kosthold og øke aktivitetsnivået for barnet. Men jeg tror det må til. Ofte er det kanskje nettopp dette som skal til for at man «våkner».

En god oppfølging av familien blir da i etterkant enda viktigere. For skremselen langt der framme vil være en eventuell operasjon. Og det er ikke noe man bør ha som et mål.

*Laila Marie Reiertsen (FrP), stortingsrepresentant*

## MINNEORD

# Tone Birgit Rosenberg

Tone Birgit Rosenberg døde 21.1.12 bare 48 år gammel.

Tone var et flott menneske og en usedvanlig god kollega. Hun vokste opp på Skedsmokorset og var aktiv både innen musikk og idrett. Sykepleierutdanningen tok hun på Telemark Sjukepleierhøgskole i 1987. Hun jobbet som sykepleier både i Sverige, USA og ved Ahus. Hun videreutdannet seg ved Institutt for Sykepleievitenskap og var ansatt i Rælingen kommune, hvor hun gjorde en svært viktig jobb som fagkonsulent ved Løvenstadtunet.

Fra 1. januar 2008 var hun ansatt på Høgskolen i Akershus, først som lektor og deretter som studieleder i sykepleierutdanningen. Tone hadde et stort faglig engasjement. Hun var sykepleier både i hodet og hjertet. Hun gjorde en strålende jobb med å videreutvikle fagplanen for bachelorutdanningen i sykepleie, og andre utviklingsarbeider i høyskolen. Dette ble lagt merk til av sentrale myndigheter, som ønsket hennes kompetanse inn i ulike fora.

Tone så sine medmennesker, og hun hadde alltid en åpen dør. Hun fikk oss til å vokse både som fagpersoner og som mennesker. Når det gjaldt respekt for andre var hun kompromissløs. Hun satte store krav til seg selv og ga seg ikke før hun hadde nådd sine mål. Tone hadde stor arbeidskapasitet. Det var en fryd å jobbe sammen med henne. Hun var en mester i å levere.

Tone hadde en velutviklet sans for humor og kunne ofte løse opp i vanskelige ting med sitt gode humør. Hun var åpen om sin sykdom og delte både opp- og nedturer med oss. Den siste tiden brukte hun til å gjøre ting som var viktig for henne og hennes nærmeste.

Våre tanker går først og fremst til Tones mann og tre barn som har mistet sin dyrebare og omsorgsfulle kone og mamma. Vi vil alltid minnes Tone med glede, takknemlighet og respekt.

*På vegne av tidligere kollegaer,*
*Kirsten Vistnes og Bente S. Austrått*

## Randi Berg

A7 sin løvemor er død, bare 66 år gammel. Dette var en betegnelse Randi Berg selv brukte om egen person, og er en god beskrivelse for hva Randi som avdelingssykepleier var for de ansatte på avdeling A7 på Radiumhospitalet. Hun døde etter kort tids sykdom 21. februar etter ett år som pensjonist.

Randi hadde en unik evne til å favne om alle, og målet var alltid pasientens beste. For å kunne yte best mulig omsorg til alvorlig syke og døende, visste Randi at det var viktig å også ivareta sine ansatte. Hun sørget for et nært samarbeide på tvers av yrkesgruppene, og skapte et fellesskap hvor alle følte at de hadde en viktig funksjon. Vi var et team på A7!

Randi brant for jobben sin. Hun var tydelig og klar på hvordan hun ville ha det. Hun var ikke redd for å brette opp ermene, og deltok gjerne i arbeid ute i posten dersom det var behov for dette. Døren til kontoret hennes var alltid åpen.

Randi hadde en fantastisk flott og befriende humor. Det var høyt under taket og rom for mye latter i Randis nærvær. Hun var født og oppvokst i Nordland, og humoren hennes var preget av dette.

Hun delte også mye av sitt privatliv med oss. Hennes mann, Petter, samt de tre barna og barnebarna snakket hun mye om. Byggøya sto hennes hjerte svært nær.

Randi viste også til fulle sin gjestfrihet ved å åpne hjemmet sitt på Nesbru ved flere anledninger, og da var det Petter som sto for fantastisk mat.

Vi savner Randi, og takker for alt hun var for så mange av oss.

*På vegne av alle som var så heldige å få jobbe sammen med Randi, Gro L. Thoreid, Ingjerd Solvoll, Rigmor Medhus, Paal Fr. Brunsvig, Eldrun Detlie, Anne Grasbakken, Åshild Sandal og Ellen Valebrokk*

## Heidi Rismyhr Olsson

Heidi Rismyhr Olsson døde fredfullt mandag 30. januar etter 10 års sykdom.

Heidi ble født i Larvik 20. september 1960, som yngst av 4 søsken. I januar 1981 begynte hun på Diakonissehusets sykepleierskole, Lovisenberg, der vi var så heldige å bli kjent med henne. Etter endt utdannelse arbeidet hun som menighetssøster i Oslo i 1 ½ år, før hun giftet seg med sin Jan og flyttet til Göteborg. Her arbeidet hun ved Sahlgrenska sykehus, etter hvert som røntgensykepleier, etter å ha tatt spesialutdanning.

Med sitt smittende humør var Heidi et muntrasjonsråd, med sin omsorg for andre var hun en sosial varmestue. Dette var egenskaper hun beholdt og utviklet i løpet av 10 år med kreftsykdom. Spurte man Heidi hvordan det gikk, dvelte hun ikke ved sine egne plager, men rettet fort spørsmålet tilbake; men hvordan er det med DEG? Dette er ikke bare vår erfaring. I begravelsen fikk vi vitnesbyrd om at denne omsorgen nådde til naboer, nåværende og tidligere kollegaer, venner, og selvfølgelig familien.

Det er med sorg vi tar inn over oss at Heidi er borte. Som sykepleierstudent, kollega og venn er det en stor glede å ha hatt Heidi i våre liv i 30 år. Desto dypere er sorgen over at vi aldri mer skal høre hennes trillende og forløsende latter og se hennes glade og rampete smil. Fordomsfri, livsglad, åpen og inkluderende, alltid interessert i sine medmennesker, det er slik vi kjente Heidi. Hun delte raust av tanker og erfaringer, og lot oss også få del i stoltheten over datteren Anna Stina, som dessverre bare ble 17 år.

Heidi døde med sine nærmeste rundt seg, i vissheten om at nå skulle hun få møte Anna Stina igjen. Vi lyser fred over Heidis minne.

*På vegne av VK 81, Karin, Kari og Karen Berit*

## Marianne Elisabeth Hanssen

Vår gode kollega og trofaste venn døde så altfor tidlig. Marianne hadde etter 25 år som anestesisykepleier ved Diakonhjemmet sykehus besluttet å pensjonere seg, og avsluttet sin yrkeskarriere i september 2011. Kort tid etter ble hun syk, og 7. februar 2012 døde Marianne 64 år gammel.

Det er vanskelig å forstå at Marianne ikke er blant oss mer. Vi er mange som står igjen med et stort tomrom og savn. Marianne bød på seg selv på jobb og privat. Utallige kolleger og venner har nytt godt av hennes evne til å se andre, gi ros og oppmuntring, komplimenter, vennlige ord i forbifarten, trøst og omsorg. Hun var den som husket på alle, brydde seg om alle og ville alle godt. Marianne var ikke opptatt av titler eller posisjoner, men av rettferdighet og den enkeltes ve og vel.

Mariannes karriere som sykepleier og anestesisykepleier startet i 1971, da var hun ferdigutdannet sykepleier fra Røde Kors sykepleieskole. Etter et par år som sykepleier i Danmark bestemte hun seg for å ta videreutdanning og var ferdig utdannet anestesisykepleier fra Ullevål sykehus i 1974. Hun ble værende på Ullevål sykehus og jobbet her fra 1974 til 1986. I løpet av disse årene utviklet Marianne seg til en sikker og dyktig anestesisykepleier som også påtok seg veileder- og lederansvar. Hennes reiselyst medførte et par lengre perioder hvor hun var ansatt som anestesisykepleier på cruisebåter. Mariannes faglige engasjement kom også til uttrykk gjennom hennes aktivitet i lokalgruppen for anestesisykepleiere i Oslo og Akershus/ALNSF. Hun deltok særdeles aktivt i arbeidet for å synliggjøre og styrke anestesisykepleien som egen spesialitet.

I 1986 ble Marianne ansatt ved anestesiavdelingen på Diakonhjemmet sykehus. Her ble hun også raskt en godt likt kollega og en viktig ressurs for arbeidsmiljøet. Hennes gode humør og arbeidsglede ble høyt verdsatt. Mariannes erfaring i anestesifaget ble en stor ressurs for avdelingen, og hun delte sin kunnskap og erfaring med alle. Som veileder var hun ettertraktet på grunn av sin faglige styrke og sin positive væremåte. Marianne var aldri redd for å ta i et tak. Ingen oppgave for stor eller liten, og var hun et sted hvor det trengtes hjelp, ja, så hjalp hun. Marianne var ikke så opptatt av profesjoner, hun var mer opptatt av at alle gjorde sitt beste. For Marianne var pasienten alltid i sentrum, det var hennes hjertesak å sørge for pasientens beste helt ned til minste detalj. Mang en pasient er blitt beroliget og informert av Marianne på en måte som har gitt dem tillit og trygghet.

Marianne hadde styrke og mot, hun stilte kritiske spørsmål der hvor andre tiet, men hun var heller ikke redd for å vise sine svakheter. Hun snakket åpent om sine egne problemer og var ærlig og direkte.

Å reise og oppleve, å nyte musikk og sang, å lage god mat til venner og dekke vakkert opp var sider av den private Marianne. Hun var estetiker, og det gjenspeilet seg i alt hun gjorde. Familien var rammen om Mariannes liv. Mye av sin fritid delte hun også med sin store og trofast venneskare. Alle vi som var hennes kolleger ved Diakonhjemmet sykehus vil takke for de mange fine årene vi fikk jobbe sammen med Marianne. Våre tanker går til hennes tre brødre med familier, Per Olav, Kristian og Lars Erik.

*Karen Kaspersen, Birthe Aamlid Vang og Kerstin Olsson*

**Anita Ellefsen,** daglig leder
Engelsborg ressurssenter for eldre
og pårørende, Kirkens Bymisjon



# Over bekken etter vann?

Vi må ikke til Danmark for å lære at forebygging og aktivitet gir bedre helse for eldre. Men nytenkning og gode erfaringene må inn i faste former så vi får brukt ny kunnskap.

Omsorgssektoren står ovenfor svære utfordringer. Vi lever lenger, blir flere eldre og samtidig færre i arbeidsfør alder. Situasjonen tilsier at tiden er overmoden for nytenkning i omsorgssektoren. Dette er da også en viktig forutsetning for Samhandlingsreformen som i disse dager settes ut i live, og det er selve grunnlaget for den nylig fremlagte NOU-en kalt Innovasjon i Omsorg.

La det være sagt med en gang – jeg er stor tilhenger av å se hva andre gjør, diskutere med andre (fag-) miljøer, reise, prøve ut, ja kort sagt å lære. Åpenhet og undring er vesentlig når målet er forbedring og å skape noe nytt. Skal vi utvikle omsorgssektoren, må vi tenke ut av «boksen» og utfordre våre vante tankebaner.

Og likevel, denne vinteren har jeg tatt meg selv i å bli forundret over hvor vi henter vår inspirasjon fra, hva vi bruker vår nyvunne kunnskap til og hvordan vilkårene for nybrotts- og utviklingsarbeid er her hjemme.

### Vi har egne modeller

Denne vinteren har vi sett at delegasjon etter delegasjon av myndighetspersoner (og journalister) har satt seg på Danskebåten, for å se danskenes innovasjon i omsorg.

> Fredericia-modellen er slett ikke så ny som de siste ukers diskusjoner kunne tyde på

Fredericia er en kommune i Danmark hvor de i 2007 startet et prosjekt kalt «Længst mulig i eget liv». Ved å mobilisere brukernes ressurser og i større grad jobbe med hendene på ryggen, har de oppnådd mer fornøyde brukere og ansatte, samt store økonomiske besparelser.

Fredericia-modellens overordna visjon er synonymt med tittelen på prosjektet: Å leve lengst mulig i eget liv. Det er ingen liten ambisjon, og samtidig en selvsagt ambisjon. Vinterens medieomtale av Fredericia har vektet deres fokus på å få gamle ut fra sykehuset, og forebygge at de kommer dit eller til sykehjemmet. Dette gjøres gjennom massiv rehabilitering-/treningsinnsats. Denne forståelsen av Fredericia-modellen samsvarer godt med de økonomiske insentivene i Samhandlingsreformen. Men Fredericia er mer; de vektlegger samhandling mellom innbyggerne og kommunen både hva gjelder rehabilitering og forebygging.

Rehabilitering kan telles i liggedøgn, gevinsten av forebygging kan aldri vites med sikkerhet. Tidlig intervensjon er vel dokumentert. Derfor er det fokuset vi i dag ser på å skrive ut ferdig behandlete pasienter til rehabilitering i kommunal regi en viktig vei og gå. Vi må samtidig fokusere på det som skjer mellom hjem og sykehjem, som kan utsette behovet for heldøgns pleie- og omsorg og bidra til at mennesker kan bo lengst mulig i eget hjem.

Min påstand er at Fredericia-modellen slett ikke er så ny som de siste ukers diskusjoner kunne tyde på. Og kunnskapene, holdningene og verdiene den er tuftet på er levende hos oss. Vi vet at aktivitet, fellesskap og mening er avgjørende for opplevelse av trivsel og for å opprettholde god helse. Vi vet at forebyggende arbeid er veien til målet. Vi har erfaringer og modeller hos oss. Problemet er etter min mening politikkutformingen og hva det bevilges penger til, hvordan man følger opp erfaringer og læring fra utviklingsprosjekter og hvilke vilkår innovasjon i omsorg blir gitt. Med tro på egne ideer, samt mot og nytenkende vedtak kunne de nye innovative eksemplene like gjerne hett; Dovre-modellen, Nesna-modellen, eller Østensjø-modellen.

### Vil dele kunnskap

I en tid der trenden i omsorgssektoren er kommersialisering og konkurranse, settes viktige verdier på spill slik jeg ser det. De konkurrerende aktørene blir opptatt av å holde kortene tett til brystet og skjule sine «forretningshemmeligheter» (for å vinne neste anbud). Man risikerer en situasjon der de gode ideene ikke blir løftet frem og delt til fellesskapets beste. Dette truer innovasjon og nyskapning.

En sterk drivkraft for Kirkens Bymisjon i omsorgssektoren er nettopp fokus på kvalitet og nybrottsarbeid. Vi er samarbeids- og alliansesøkende. Vår filosofi er at skal man lykkes i dette, må nyvunne kunnskaper og erfaringer deles med andre i feltet. Vårt

**EGET LIV:** Det danske prosjektet «Længst mulig i eget liv» har ideer som er kjent fra prosjekter her hjemme. Foto: Colourbox.

oppdrag er å være en bidragsyter til å løfte feltet både hva gjelder kvalitet, kunnskap, kreativitet og status. Derfor er vi opptatt av å dokumentere utviklingsprosjekter og gjøre dette tilgjengelig for andre. Videre er et sentralt poeng for oss at offentlige myndigheter må være nysgjerrige og etterspørre resultater og erfaringer (og gjerne delta aktivt i prosjektene). Uten et slikt engasjement står viktig innovativt arbeid i fare for å bli resultatløst, fordi potensialet det representerer ikke blir utnyttet. Vi har for eksempel viktige erfaringer på forebyggingsfeltet i vårt omsorgsarbeid blant eldre som har i seg mye av det den omtalte Fredericia-modellen står for. Vi etterlyser noen ganger at myndighetene viser interesse for dette.

### Noen innovative eksempler

Engelsborg er et senter for aktivitet, fellesskap og utviklingsarbeid innenfor eldreområdet, lokalisert til bydel Grünerløkka i Oslo. Senteret drives i stor grad av frivillige. Her jobbes tverrfaglig. Læring på tvers ved gjensidig involvering i tiltak og prosjekter, gjennomsyrer arbeidsformen.

Engelsborg drives med basis i det som kalles «Storbymodellen». I dette ligger at sosialtjenesten til bydelens innbyggere over 65 år er lagt til senteret. Modellen ble initiert av Bymisjonen, utviklet og dokumentert i nært samspill med bydelen, som i sin tur har vurdert erfaringene som gode og lagt det til grunn i sin eldrepolitikk.

Pårørendeskolen i Oslo var første i sitt slag. Den ble utviklet i et samarbeid mellom Demensforening og Bymisjonen, i nært samspill med Oslo kommune. Det som en gang var et innovativt prosjekt, er i dag et av demenstiltakene i Oslo, og det spres nå over hele Norge.

Bevegelse fra hjertet er en metode med bruk av bevegelsesveiledning ovenfor personer med demens. Åpenhet for andre fags (dansepedagoger) relevans i demensomsorgen og prosjektmidler fra Extrastiftelsen og midler fra Bymisjonen, muliggjorde starten. Godt samspill med statlige helsemyndigheter har vært avgjørende for at tiltaket i disse dager lanseres nasjonalt.

Forum for menn er et tiltak for enslige eldre menn, som tar på alvor statistikk som viser at denne gruppen er spesielt utsatt for ensomhet og depresjon. Tiltaket bidrar målrettet mot denne gruppens livskvalitet. Det ble etablert ved hjelp av TV-aksjonsmidler, og har gjennom godt samspill med Oslo kommune fått varig status.

Utvikling av et treningsakademi for eldre initieres i disse dager. Gjennom midler fra Extrastiftelsen er målet å utvikle et konsept som kan bli en modell til bruk for eldresenter. For å lykkes med integrering og spredning av ideen, er vi avhengig av et godt samspill med det offentlige.

Grønn omsorg i storbyen er et dagtilbud for hjemmeboende personer med demens i Oslo, lokalisert til en gård. Tiltaket er det første i sitt slag i en by og har i den 3-årige prosjektperioden vært underlagt systematisk dokumentasjon. Erfaringene er meget gode, men i skrivende stund er det ikke klart hvorvidt tiltaket videreføres som et varig tiltak.

### Må ikke bli løsrevne satellitter

Jeg innledet denne kronikken med henvisning til vinterens offentlige entusiasme over Fredericia-modellen og understreker at jeg tror på intensjonene i denne. Min betenkning, dels basert på egne (ferske) erfaringer og dels på andres historier, handler om at vi ikke er flinke nok til å lære av våre egne innovative (og vellykkede) utviklingsprosjekter og benytte disse i ordinær drift. Jeg tror myndighetene bør stimulere til innovasjon og nyskapning i omsorgstjenestene, ved å lyse ut midler til dette formål.

Dernest er det avgjørende hvordan innovative og nytenkende prosjekter integreres og slik blir bærekraftige ved at læring tas videre og ikke blir hengende som løsrevne satellitter uten forankring i planer, mål og daglig drift.

Jeg tror at mange ideer og innovative løsninger ligger mye nærmere oss enn Danmark.

**Ingrid Finboe Svendsen**, direktør Direktoratet for arbeidstilsynet



# Hvorfor kan ikke folk jobbe så mye de vil?

Å arbeide er bra. Men å jobbe for mye er en sikkerhetsrisiko på kort sikt og en helserisiko på lang sikt.

Arbeidstidsreglene skal sikre at arbeidstakere har en arbeidstid som ikke gir unødige helsemessige, sosiale eller velferdsmessige belastninger. Dette vernet skal alle arbeidstakere nyte godt av, enten de jobber på kontor, i helsevesenet eller i industrien.

Arbeidstid har vært tema i samfunnsdebatten i lengre tid, aktualisert med Adecco-saken i fjor og deretter blant annet gjennom Arbeidstilsynets tilsyn med innleie- og utleiebransjen, både i kommuner og i privat næringsliv. Flere har tatt til ordet for at arbeidsmiljøloven bør endres for å komme i takt med samfunnsutviklingen og et generelt mer fleksibelt arbeidsliv. Det hevdes at arbeidsmiljøloven er gammeldags, tar utgangspunkt i industrisamfunnet og er for lite fleksibel.

Arbeidstilsynet er glad for interessen om arbeidstidsreglene. Samtidig er det påfallende lite oppmerksomhet om bakgrunnen for reglene. Hvorfor regulerer loven arbeidstiden? Hvorfor kan ikke folk få bestemme dette selv ut fra egen livssituasjon og egne ønsker?

> Det er påfallende lite oppmerksomhet om bakgrunnen for reglene.

Kravene i arbeidsmiljøloven er basert på forskning om helserisiko ved lang arbeidstid og kunnskap om menneskers behov for regelmessig søvn, hvile og sosial kontakt. Lange arbeidsdager over lang tid kan gi økt risiko for psykiske plager, muskel- og skjelettplager og hjerte- og karsykdommer.

Det er også viktig å huske at det fortsatt er slik at vi har store og viktige ansattegrupper som både arbeidsgiver og samfunnet er avhengig av at stiller til avtalt tid. Dette gjelder blant annet innen helse, politi, undervisning, varehandel, transport, hotell- og restaurant. Det er pasienter som skal tas vare på og behandles, barn som skal undervises og butikker som skal åpnes. Dette kan glemmes i en debatt som ofte preges av innspill fra næringer og yrkesgrupper med mer frihet og stor grad av fleksibilitet når det gjelder oppmøtetid.

Arbeidsmiljølovens utgangspunkt er at daglig arbeidstid ikke skal overstige ni timer, og ukentlig arbeidstid skal ikke overstige 40 timer. Arbeidstakere, arbeidsoppgaver og arbeidsplasser er forskjellige, og loven er et rammeverk som gir rom for et mangfold av tilpasninger blant annet gjennom tariffavtaler og søknad om dispensasjoner. Det betyr for eksempel at det er lov å arbeide 13 timer per dag og opptil 69 timer per uke i enkelte tilfeller. Men det er ikke lov å arbeide doble og tredoble vakter. Hva som anses som forsvarlig, vil ofte variere fra person til person og fra arbeidssted til arbeidssted. Arbeidets art er avgjørende. En arbeidstaker som har tungt fysisk arbeid, eller arbeid som krever fullt fokus, kan ikke jobbe like lenge som en person som tidvis har roligere perioder. Det er også av betydning hvor stor mulighet arbeidstakeren har til å påvirke arbeidsdagen og pausene sine. Selv om arbeidsmiljøloven er fleksibel, kan altså ingen lovlig avtale seg til en ordning som er uforsvarlig for arbeidstakerne.

Arbeidstilsynet gjennomførte 420 tilsyn i satsingen på innleie og utleie i 2011. Vi startet med tilsyn i bemanningsbransjen og i sykehjem, og fortsatte med tilsyn om arbeidstid i sykehus og andre aktuelle bransjer. Det ble gitt reaksjon i 67 prosent av tilsynene, likt fordelt mellom utleiere og innleiere. Eksempler på brudd på arbeidstidsbestemmelsene hos innleier er daglig arbeidstid på 16-19 timer og ukentlig arbeidstid på 85-88 timer. Arbeidstilsynet avdekket at hovedutfordringen for både utleiere og innleiere er at de ikke har systemer for oppfølging og kontroll av arbeidstid.

Arbeidsgivere skal ha rutiner for å forebygge, avdekke og rette opp brudd på arbeidsmiljøloven. De har med andre ord en plikt til å planlegge og kontrollere at ansattes arbeidstid ikke fører til uheldige fysiske eller psykiske belastninger.

Arbeidstiden skal være forsvarlig for alle, og dette er noe alle må forholde seg til. ||||

# Vårens store
# Aktivitetskonkurranse!

## Pisa til Firenze på 60 dager!

26. april — 25. juni

**Teambuilding og aktivitet på arbeidsplassen!**

- Flere nyheter
- Delmålstrekninger
- Vinn reisegavekort

Ansatte fra helsesektoren i Norge inviteres med på en morsom og engasjerende aktivitetskonkurranse som passer for alle, uansett fysisk form! Registrer din daglige aktivitet og nå Firenze på 60 dager. **Få med deg dine kolleger og konkurrer mot andre fra den norske helsesektoren!**

**Innled våren med en engasjerende aktivitetskonkurranse!**

Pris kun 299 kr per deltaker inkl. skritteller. Prisen er eks. mva. Meld dere på her: **www.dytt.no/var**, eller tlf: **22 33 59 00**. Les mer på www.dytt.no. **Påmelding innen 23. april**.

dytt.no

Friskere og Gladere medarbeidere

**TETT PÅ**

# Jomar Staverløkk

Hvorfor: **Fordi han nylig kom hjem fra bistandsarbeid i Afghanistan**
Yrke: **Feltarbeider for Leger Uten Grenser. Midlertidig konsulent på fagavdelingen ved St. Olavs Hospital i Trondheim**
Utdanning: **Sykepleier, Haraldsplass diakonale høyskole i Bergen**
**Kurs i tropemedisin**
Alder: **32 år**

# Ga jernet i Afghanistan

Da Jomar Staverløkk dro i felt, ble han mindre skitten på hendene enn forventet.

Tekst og foto Marit Fonn

Afghanske Vasilla er syv år. Når hun leker med lillebroren, går de på en mine. Broren dør. Vasilla kommer til sykehuset alene, uten mamma og pappa. Hun har store kjøttsår på kroppen og i ansiktet. 70 prosent av huden er brannskadet. Ingen tror hun vil overleve.

Noen måneder senere sitter Vasilla bak på mopeden til pappa. Hun vinker til sykepleier Jomar Staverløkk.

Dette er noe av det siste han ser før han drar hjem fra Afghanistan. Et fint avskjedsbilde etter avsluttet oppdrag for Leger Uten Grenser (LUG). Nå sitter han i en kantine på sin midlertidige arbeidsplass St. Olavs Hospital. Feltarbeid er skiftet ut med fagutvikling. Det går i IKT og papirløse journaler. Serveringen er stengt, men den 196 centimeter lange Staverløkk er fornøyd med et glass vann.

Da han så Vasilla vinke, hadde han vært i felt i 11 måneder. Meningen var seks, men oppholdet ble forlenget. Den lille jenten gjorde inntrykk.

– Hun var ekstremt tapper. Hun var alene på voksenavdelingen, og de andre pasientene passet på henne. Vi var opptatt av at hun skulle få mat og god pleie. I den travle avdelingen ville det vært lett å prioritere henne bort, hun spurte jo ikke om noe.

Det ble titalls sårstell og hudtransplantasjoner i narkose. Hun kom seg.

Mens norske soldater var i nord, var Staverløkk i sør på sitt fjerde bistandsoppdrag. Men krigen merket han godt.

**DET VAR I TANZANIA** hans interesse for bistandsarbeid slo rot. Han var utvekslingsstudent.

– Men det var ikke lett for meg å komme til et afrikansk sykehus, og ikke lett for de tanzanianske studentene å komme til Norge.

For å få oppdrag i LUG som sykepleier, må man ha jobbet i minst to år. Han ble sykepleier i 2003 og jobbet på barneklinikken og nevrokirurgisk sengepost på St. Olavs. I 2006 var han klar til å reise ut i felt.

«First mission» ble en landsby i Somalia. Han var alene som sykepleier med ansvar for 115 ansatte, medisinbestilling og opplæring.

*«Selv om man er kjempemotivert, har man ikke evnene som nybegynner.»*

– Sykepleierne var stort sett ufaglærte gutter. Det var ekstreme forhold.

Han var ikke forberedt.

– Du tror du skal få skitne hender, det får du jo og, men det blir mye logistikk og administrasjon.

– *Ble du stående hjelpeløs?*

– Det var stor avstand mellom egne forventninger og kapasitet. Kapasiteten min var i starten veldig liten. Jeg kjente verken kulturen eller språket. Selv om man er kjempemotivert, har man ikke evnene som nybegynner. Man blir ofte motløs. Men med teamarbeid kom jeg over det, og jeg fikk gjort masse.

Hans lyspunkt var en svensk lege som sa: «Slapp av. Ikke sett i gang med noe uten å være kjent. Etter tre måneder kan du tenke på hva du skal gjøre.»

– Det er en viktig innstilling ikke bare i felt, men også her hjemme på sykehuset. Vær ydmyk, finn ut hvorfor det er gjort som det er gjort. LUG har jo mange lokalt ansatte. Tenk deg å få ny sjef hver sjette måned.

Men han syntes han vokste som sykepleier i Somalia. Han kom hjem med selvtillit nok til å søke jobben som assisterende avdelingssykepleier på nevrokirurgen. Og fikk den.

Neste oppdrag ble også i Somalia. Denne gangen hovedstaden Mogadishu.

– *Verdens farligste by?*

– Ja, kanskje. Vi skulle starte et prosjekt. Men vi måtte dra ut igjen. Det var for farlig.

Da ble det Mission Kenya i stedet. Det var urolig etter valget og økt behov for hjelp.

**I AFGHANISTAN VAR OPPDRAGET** å organisere en poliklinikk. Men da han landet på flyplassen i Kabul, fikk han vite at han også skulle ha ansvar for akuttmottaket. Sånn var det bare.

– Jeg fikk hakeslepp, hadde aldri jobbet på akuttmottak før. Men det er den mest berikende jobben jeg har hatt.

Arbeidet innebar opplæring i triage og medikamentregning, traumemottak, utdelig av medisiner.

– Det var greit å vite hvordan man best kan lære når man ikke kan lese eller skrive.

– *Hvordan?*

– Bedsidetraining. Jeg viser, de prøver. Enten på dukke eller pasient. Du lærer mye om faget når du selv underviser.

I byen Lashkar Gah bor 200 000 mennesker, i Helmand-provinsen 1,4 millioner.

– Provinsen hadde to sykehus med gratis helsetilbud, vi var ett av de to.

I akuttmottaket kom over hundre pasienter hver dag. Bilulykker, fall, krigsskader, luftveisinfeksjoner. Diaré, dehydrering, medfødte misdannelser, forgiftning, drukning. Det var litt av alt.

– *Hvordan merket du krigen?*

– Sikkerheten er alltid godt ivaretatt. Men vi levde isolert, kunne ikke bevege oss utenfor huset vi bodde i. Vi ble kjørt til sykehuset om morgenen.

Men de så helikoptre og hørte skudd.

– Når du står i mottaket og den mineskadede pasienten er barn, det er da krigen blir veldig tydelig.

Lille Vasilla var den pasienten som rørte teamet mest.

– Vi trodde hun skulle dø, men hun var sta, og vi ga jernet. Det var spesielt godt å se henne gjenforent med mor og tante.

Vasilla vil få varige men. Hun vil aldri se normal ut.

– Men hun overlevde. Det er fantastisk å jobbe skulder ved skulder på akuttmottaket i et konfliktfylt område. Som sykepleier kan du dra dit og ta del i livet deres. Alle er opptatt av å hjelpe. Det mest motiverende er samholdet i teamet.

Kjæresten hans, også sykepleier, kom også til Afghanistan. Hun jobbet på operasjonsstuen og hadde mye med Vasilla å gjøre. At kjæresten kom til samme prosjekt, gjorde det enklere å forlenge oppdraget.

– Det er ekstra godt å være sammen i felt. Vi støtter hverandre. Særlig er det fint når vi er hjemme. Få her skjønner hva vi har stått i, og interessen for å høre er lunken. Men vi to kan dele historier.

– *Mange i felt er single?*

– Feltarbeid er en skikkelig couple-breaker. Noen har kjæreste når de drar ut. Men det er ikke bare antall kilometer i avstand som er problemet, det er ulikheten i verdener. Det er ikke lett å forstå livet i felt når man er i Norge. Det blir tøffe måneder på Skype.

**Å VÆRE SYKEPLEIER I FELT** er hardt arbeid og dårlig lønn. Det innebærer utleie av leilighet og ulønnet permisjon.

Ifølge Stortingsmelding 11 som kom i februar, skal Norge være ledende i global helse. Meldingen understreker den akutte mangelen på helsepersonell i verden.

– Regjeringen vil hindre fattigdom, barnedødelighet og infeksjonssykdommer. Da bør den investere i sykepleierne. Sykepleierforbundet og Legeforeningen kan sammen lage et utdanningstilbud om global helse, verdensøkonomi og tropemedisin. Norge burde ha et sånt tilbud.

Selv måtte han til Sverige for å ta tropemedisin.

– Har du sagt opp jobben, er du bakerst i køen når du er tilbake. Jeg synes ikke man skal straffe dem som vil ut. Det burde heller være del av spesialiseringer. Vi ser at sykepleiere gjerne drar på ett eller to oppdrag. Så gir de seg. Den selvtilliten og kulturforståelsen de har oppnådd, går tapt. Det koster ikke bare mange penger. Det er også vanskelig å drive prosjekt når man ikke har erfarne folk å sette inn. Sykepleiere trengs sårt. Særlig jordmødre.

– *Konkurrerer dere med Røde Kors?*

– Nei. Lønnen deres er bedre. Men man må finne den organisasjonen man kan identifisere seg med.

Han tar seg en snus og kommer på en hyggelig historie fra Somalia. Der florerte en parasittsykdom, som uten behandling er dødelig. For å bli frisk kreves 30 dager med daglige injeksjoner.

– Men etter 3–4 dager kvikner barnet til, og mor og barn drar fra sykehuset. Vi ga en måneds matrasjon som premie hvis de fullførte behandlingen.

Det ble temadag og rollespill med sykepleierne.

– Så sa vi at hvis ingen forlot sykehuset før tiden i løpet av en måned, skulle vi slakte en kamel og ha fest. Etter dette sprang sykepleierne etter mødrene for å få dem til å bli. Det vart kamelslakt, ja.

– *Godt kjøtt?*

– Fantastisk.

I Afghanistan ble han kjempelettet da han så at de lokale brukte hansker. Men så så han hvordan de tok dem på seg.

– Jeg lærte dem å ta på seg sterile hansker. Og de lærte meg å sy. En flenge i hodet, et avrevet øre. Den slags ordnet han med sting.

– *Hva liker du best i felt?*

– Følelsen av å være der det virkelig er behov. Jeg liker å organisere og å motivere en stab. Jeg er også opptatt av anatomi, fysiologi og patologi. Mekanismer i kroppen.

Krigen gjorde veien farlig, særlig når det var mørkt.

**I AFGHANISTAN:** Barnet ble først stabilisert. Så fikk sykepleier Amir Mohammad øve mens Staverløkk veiledet. (Foto: Cheme Andersen/MSF)

– Flere unger døde i akuttmottaket, fordi de kom for sent. De døde av dehydrering og diaré, som er lett å helbrede. Jeg ble provosert og sint.

En familie hadde krasjet med en annen bil. Far fikk lårbeinsbrudd og knust legg. Ingen puls i foten, store blødninger.

– Vi planla amputasjon for å redde livet hans. For å få samtykke, måtte vi snakke med pårørende. Det ble broren. Han sa nei.

Han ville ta pasienten med i sin Toyota Corolla til Pakistan, for der kunne de ta MR.

– Vi sto der i to timer. Det hjalp ikke hva vi sa. De dro. Vi satte på en tourniquet og sendte med infusjonsvæske. Men turen ville ta fire-fem timer. De kunne umulig lykkes. Jeg har aldri vært så opprørt over folk som ikke forstår. Men de gjenkjente ikke faresignalene og ville ikke høre på oss.

*«Jeg fikk hakeslepp, hadde aldri jobbet på akuttmottak før.»*

Han reflekterer ved kantinebordet:

– Det kan føles som om vi ikke lykkes like ofte som vi lykkes. Det er mye motgang. Men vi tar vare på hverandre. Ser vi stressreaksjoner, sier vi «du er sliten, du bør være hjemme i dag».

– *Blir du reisende i mange år?*

– Vi får se. Kanskje ikke. Da blir mor glad.

Hun hadde det tøft da han var i Mogadishu.

– Det ble ikke bedre da jeg sa jeg skulle til Afghanistan. Men hun har lært å takle det: Hun prøver ikke å tenke på det når jeg er ute.

Svært mange sykepleiere sier til ham: «Det har jeg og lyst til å gjøre.»

– Da får jeg lyst til å si: «Hvorfor gjør du det ikke da?» Men jeg vet at det ikke er like lett for alle, for eksempel om man har barn. Men til dem som har lyst: Det er bare å gjøre det. Gå på et infomøte. Dra.

Snart skal han selv ut igjen. Sammen med kjæresten.

– *Hvor?*

– Jeg drar dit Leger Uten Grenser vil. Men jeg ser gjerne Afrika igjen.

**17. MAI:** Fra Sykepleiens utgave mai 1953.

**POLIOVAKSINE:** Den første vaksineringen mot poliomylitt startet ved Framtun skole ved Nes på Romerike høsten 1956. Helsesøster Ruth Hauge vaksinerer mens distriktslege Øverland følger med.

# Spesialisering og haner

**På 50-tallet dukket helsesøster-stillingsannonser og matoppskrifter opp i Sykepleiens spalter.**

I flere leserinnlegg i Sykepleien etter krigen var det bekymring over den økende spesialiseringen av sykepleieryrket: «Det blir ikke sykepleiersker igjen til den elementære pleie, de spesialiserer seg og vil ikke lenger bære bekken», var omkvedet. Men spesialiseringsiveren var ikke mulig å stoppe.

Spesialistene dannet interessefora i Norsk Sykepleierforbund (NSF). Helsesøstrene var først ute med sin egen landsgruppe i 1955. Lov om helsesøstertjeneste kom i 1957.

I Sykepleien nr 6, 1951, sa helsedirektør Karl Evang at målet var en helsesøster per 3000 innbygger. I tillegg til «kontroll av svangre kvinner, spedbarn og småbarn», skulle de også drive «idrettsundersøkelser og gi veiledning i prevensjon, når flere svangerskap er uheldig».

I Sykepleien nr 16, 1950, søkte Lyngen kommune etter helsesøster til å dekke de tre kommunene Lyngen, Storfjord og Ulsfjord med 6500 innbyggere. Grunnlønna var på 5100 kroner, krisetillegg 925, to alderstillegg á 300, uniformsgodtgjørelse 100 samt tillegg for tre kommuner 455 kroner. Til sammen en årslønn på 7180 kroner. Pluss fri trygdekasse, fri reise til/fra Lyngen ved minst et års tjeneste, ytterligere et alderstillegg etter to års tjeneste og to-roms leilighet i nytt hus til 45 kroner per måned.

Bjørg Ersdal fikk jobben. Hun kom sørfra og skrev et leserbrev om helsesøsterlivet i Nord-Troms i Sykepleien nr 13, 1953. Hun brukte to tredeler av arbeidstiden på veien, enten med bil, sykkel eller båt. Skolebarnundersøkelsene tok hun på egen hånd. 1000 barn fordelt på 20 skoler medførte ofte fordoblet arbeidstid. Hun satt pirquet, BCG-vaksiner, tok syn- og hørselprøver og undersøkte for skabb og utøy. «En finner ennå en del av den slags».

Ersdal klaget på den nye overenskomsten mellom Norges By- og Herredsforbund og NSF, som medførte at distriktssykepleiere mistet en uke av tidligere fire ukers ferie.

På 50-tallet fikk sykepleierne også fri konkurranse om stillinger, bedre boliger og et lønnssystem som ikke var basert på naturalytelser som kost og losji, ifølge boka Kall og kamp av Kari Melby. Flere fikk sin egen hybel eller leilighet med kokemuligheter. Dermed kom matoppskriftene inn i Sykepleiens spalter.

I nr 3, 1954, stod oppskriften under på trykk, kanskje inspirert av de første mannlige sykepleierne som kom på begynnelsen av 50-tallet.

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **NTB scanpix**

## Hane i Vinsaus

*Brun godt i jerngryte en fet hane (ung for all del), legg noen små fleskebiter i gryten sammen med en 10-12 små løk (jevnt store). Når løken er gyllen tas den opp. Trekk gryten litt til side. Nå skal hanen overhelles et glass konjakk, man setter en fyrstikk borttil og avbrenner hanen. Nå kommer løken oppi igjen og en hel flaske alminnelig rødvin helles over, etter at en har strødd over hanen en spiseskje mel. Så tar man salt, pepper, litt timian og laurbærblad, litt cayenne og persille, samt en dach av hvitløk, alt etter ens forstand og fine tunge. Så has en halv kg champignon (hvis man har råd til så meget) oppi, og la alt koke smått og pent til hanens lår blir møre.*

*Kan serveres med kokt ris.*

*Som en ser, en meget krevende hane, men da dette vel ikke er noe nytt for sykepleiersker, anbefales retten.*

**Har du spørsmål om lønn, rettigheter eller forsikring?**
Send en epost til interaktivt@sykepleien.no.
Du kan også gå inn på sykepleien.no og
finne svar på aktuelle spørsmål.

# Bare autorisasjon gir sykepleierlønn

Regler rundt overtid, deltid og avspasering er komplisert og uklart for mange. Her svarer NSFs jurist Lars Petter Eriksen på noen spørsmål fra leserne.

**? Når har deltidsansatte krav på overtidskompensasjon?**

§ Er du deltidsansatt må du jobbe opp til full stilling før du har rett på overtidskompensasjon. Det betyr at overtidstillegg først utløses etter at du har jobbet opp til full stilling per dag og per uke.

**? Jeg har bestått eksamen fra sykepleierutdanningen, men har ikke fått autorisasjonspapirene ennå. Jeg har vært i arbeid som sykepleier siden jeg var ferdig på skolen, men lønnes som assistent. Kan jeg kreve tilbakebetalt lønn som sykepleier fra ansettelsen?**

§ I sykehusene er sykepleierlønn forutsatt av at du er i stilling som krever autorisasjon som sykepleier. Dersom du har jobbet som sykepleier uten autorisasjon vil du etter våre avtaler altså ikke ha krav på sykepleierlønn før autorisasjon er på plass. Det er imidlertid ikke til hinder for å forhandle om høyere lønn. Det har vært praksis at man minimum har vært avlønnet som fagarbeider etter å ha fullført andre året av sykepleierstudiet.

**? Jeg jobber 100 prosent stilling i kommunen og har etter hvert opparbeidet flere avspaseringstimer som jeg aldri fikk avspasert. Ble da enig med sjefen at dette kunne utbetales som lønn. Dette ble da betalt ut, men uten overtid. Er dette rett?**

§ Så fremt det er plusstid som er overført og dette er opparbeidet avspasering så mener jeg at arbeidsgiver har rett. Dette forutsetter at det foreligger en avtale om fleksibel arbeidstid i kommunen etter arbeidsmiljølovens § 10–5 (2).

**? Jeg jobber på sykehjem og fikk plutselig beskjed om å være veileder for en student. Kan avdelingssykepleier/avdelingsleder tvinge meg til å være veileder sånn uten videre?**

§ Det kan være et spørsmål om dette er i strid med den konkrete arbeidsavtale som du har. Jeg regner likevel med at det ikke står noe spesielt om dette i din arbeidsavtale. Ser man på rammeplan for sykepleierutdanningen, så er det en helt sentral målsetting for studiet å gjøre sykepleiere i stand til å veilede studenter. Som det står i pkt. 3.3. i rammeplanen: "Studentene skal etter endt utdanning ha handlingskompetanse til å undervise og veilede medarbeidere og studenter". Sånn sett fremstår veiledning som noe som er en vanlig del av utøvelsen av sykepleieryrket.

Ut ifra dette mener jeg at det er rimelig å hevde at arbeidsgiver i utgangspunktet kan pålegge deg å være veileder.

# Gravid – og redd for å miste jobben

**? Jeg har akkurat begynt i et ett års vikariat. To uker etter at jeg hadde startet, fant jeg ut at jeg var gravid. Noe som absolutt ikke var planlagt. Jeg har vært veldig kvalm i flere dager og måtte være hjemme fra jobb en dag.**
**Jeg er redd for hva arbeidsgiver kommer til å gjøre når jeg sier ifra og lurer på hvilke rettigheter jeg har.**

§ Diskriminering på grunn av graviditet er det enkeltområdet ombudet mottar flest henvendelser om. Gravide og ansatte i foreldrepermisjon er lovbeskyttet mot *diskriminering* i arbeidslivet. Likestillingsloven § 3 forbyr direkte og indirekte forskjellsbehandling av kvinner og menn.

Hvis en kvinne behandles dårligere enn ellers på grunn av graviditet, regnes dette som direkte forskjellsbehandling. Forbudet mot å vektlegge graviditet, amming og foreldrepermisjon gjelder både fast ansatte, vikarer og andre midlertidig ansatte.

Vernet omfatter også graviditetsrelatert sykdom. Arbeidsgiver kan derfor ikke si deg opp selv om graviditeten fører til fravær. Arbeidsgiver vil tvert imot ha tilretteleggingsplikt for deg på grunn av graviditeten. Det forutsetter selvsagt at du informerer arbeidsgiver om at du er gravid.

Det er jo slett ikke sikkert at din arbeidsgiver vil reagere negativt, men ta kontakt med tillitsvalgt og informere om situasjonen. På den måten får du støtte hvis du skulle trenge det.

*Likestillings- og diskrimineringsombudet*

Passer på paragrafene:

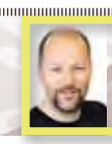
**Kari Tangen**
Konstituert forhandlingssjef i NSF

**Marit Gjerdalen**
Advokat

**Johs Bruvik**
Spesialrådgiver

**Kirsten Nesgård**
Spesialrådgiver

**Oskar Nilssen**
Advokat


**Lars Petter Eriksen**
Spesialrådgiver

**Anne Lise Wien**
Seniorrådgiver

**Anne Lystad**
Seniorrådgiver

**Randi Moan Riiber**
Leder av NSFs Forsikringskontor