

Rejsebrev fra Gjøvik

Faktuelle oplysninger

Studerendes navn:	Sine Malene Lykke Nielsen
Hjeminstitution:	Svendborg sygeplejeruddannelse hold. SSS11
Udvekslingsland:	Norge
Værtsinstitution:	Høgskolen Gjøvik
Klinik:	Sykehuset Innlandet, indremedicin hjerte- og lungeafsnit 2E
Periode:	4. februar – 12. april 2013 modul 6

Rejsebrev

Det at skrive et rejsebrev er forekommet som en større udfordring end jeg havde troet; hvad skal inkluderes og hvad skal undlades – og hvilke kulturforskelle havde man egentlig oplevet? Og var det overhovedet en kulturforskel eller kunne det lige så godt have været hændt på en dansk medicinsk afdeling?

Jeg fandt ud af, at 10 uger føles som uendelig lang tid, når man længes hjem, men som utrolig kort tid når man skal nå at komme under huden på en anden kultur. Jeg blev ofte stillet spørgsmålet på afdelingen ”*hvordan gør i Danmark?*”, hvorfor nordmændenes interesse for hvordan deres søsterland håndterer sundhed og sygdom absolut er stor. Desværre var jeg dem ofte svar skyldig, da jeg ikke tidligere har været på dansk medicinsk afdeling. Det ville klart have gjort det lettere for mig at vurdere de kulturelle forskelle, hvis jeg havde kendt lidt til slagets gang på en dansk medicinsk afdeling. Men til trods for min manglende viden om de medicinske afdelinger herhjemme, skal rejsebrevet jo skrives – så her er min beretning om og fortolkning af 10 ugers praktikophold i Norge.

Praktisk og faglig forberedelse

Jeg ønskede udvekslingspraktik, fordi jeg tænkte det ville gavne min uddannelse, at se hvordan sygepleje udføres, og hvordan sundhedssystemer fungerer uden for Danmark. Jeg var dog lidt sent ude med min ansøgning, hvorfor der ikke var så mange muligheder at vælge imellem, men da jeg fik tilbuddet om Norge, slog jeg til og tænkte, at Norge ville være rigtig fint for mig. Der ville helt sikkert være nogle kulturelle forskelle, men da Norge nærmest er søsterland til Danmark, ville der også være en masse sammenligninger på tværs af landegrænserne. Jeg fik en veninde med på ideen, hvilket jeg er rigtig glad for, det har været en vigtig støtte at have en at dele både glæde og frustrationer

med. Vi boede på samme kollegium, men havde hver sit værelse. Dertil havde vi praktikplads på hver sit sygehus.

De praktiske forberedelser bestod meget i formelt papirarbejde og mailkorrespondance mellem vejlederen i Norge, min uddannelseskoordinator og jeg selv. Herudover skulle vi søge bolig og arrangere transport. Til trods for hjælp fra uddannelseskoordinator oplevede jeg alt den her mailkorrespondance frem og tilbage mellem mange personer – man ikke kendte – som ret kaotisk og stressende. Denne kaotiske og stressende start blev også underbygget af, at praktiske ting som; kliniske undervisningssted, boligforhold mm. Først meget sent faldt på plads. Jeg var heldig at modtage et legat fra Erasmus på 650 euro, hvorefter jeg selv spenderet ca. 15.000 kr. på opholdet. Der var endvidere krav om, at jeg kunne påvise en negativ MRSA test (methicillin-resistent staphylococcus aureus) for at kunne arbejde på den norske afdeling – hvilket er et generelt krav for at kunne arbejde i det norske sundhedssystem.

I forhold til de faglige forberedelser kom jeg ret sent i gang med at forberede mig, dels fordi jeg meget sent i forløbet fik at vide, hvilket speciale jeg skulle arbejde med, og dels idet jeg parallelt med planlægningen af mit udvekslingsophold også havde krævende undervisning og en eksamen jeg måtte forholde mig til. Det ville absolut have været godt for mig, at have været bedre fagligt forberedt end jeg var, da jeg rejste. I starten af opholdet, hvor alt er meget nyt, bruger man utrolig mange kræfter på bare at være ”til stede” og fordøje alle de nye indtryk; et nyt sprog og anden kultur. Derfor var overskuddet til at sætte sig ned og fordybe sig i faglitteratur minimalt. Jeg føler dog ikke, at jeg har fået mindre ud af mit ophold af den grund, men det gjorde, at jeg måtte læse en del bagud. Netop i den sammenhæng giver brugen af en individuel studieplan giver meget mening, og det kan derfor godt betale sig at lægge en del tid i at udfylde den grundigt – det kommer absolut en selv til gode i udvekslingsperioden!

Kulturopfattelse

Det er svært at definere norske kulturtræk, norsk kultur er som andre kulturer *”det komplekse hele som inkluderer norske tradisjoner for kunnskap, tro, kunst, lover, moral, skikker, ferdigheter og vaner som er utviklet gjennom vår historie og som vi har lært i egenskap av å være medlemmer av det norske samfunn.”*norskkultur.com 2009

I Norden har vores nationalkulturer mange fællestræk: vi er alle en del af den nordiske kulturkreds, som igen er en del af det vesteuropæiske civilisationsfællesskab. Derfor er mange kulturtræk fælles til trods for den geografiske afstand(1). Disse fællestræk er især blevet forstærket af bedre og hurtigere kommunikationsmuligheder, transportmuligheder og den øgede handel og samarbejde mellem landene. Opretholdelsen af nationale kulturer er blevet mere udflydende og den internationale kultur bliver gradvist mere dominerende.

Der er dog kulturting, som jeg er blevet opmærksom på under mit udvekslingsophold på Gjøvik. Hvis man vil have succes med kulturudbytte, kræver det, at man er åbne og imødekommende over-

for andres måde at løse tingene på og derfor ikke tolke alt, hvad man ser ud fra ens egen kulturforståelse. Hvis ikke man formår det, virker andres kultur som en dårlig *efterligning* af ens egen. Dermed bliver det svært at oparbejde tillid og et godt samarbejde(2).

Jeg rejste til Norge med en forestilling om, at de rent teknologisk var længere end Danmark. Derfor var jeg noget undrende over at patienternes indlæggelsesjournal og medicinpapirer stadig var i papirform. Det gjorde bl.a. at der var et værre hyr med at holde styr på diverse mapper. Alle medicinskemaerne var skrevet sjuksket op i hånden og ofte med en ulæselig lægehåndskrift, seponering af medikamenter foregik med en lille krusedulle eller en gul tus, og nye medikamenter blev skrevet op oven i alle de gamle! Generelt var det et værre roderi og en usikker metode, hvor fejlmedicinering let kunne forekomme. Det kom som en stor forundring for mig, at personalet syntes at måden fungerede helt fint, at de ikke ønskede ændringer eller at de ikke så problemer i den måde at håndtere vigtige oplysninger på. Jeg kendte til bedre håndtering hjemmefra, men i stedet for at blive irriteret over den i min verden lidt lemfældige tilgang med vigtige patientoplysninger, prøvede jeg at forstå det fra deres side. Nok er jeg ikke enig i, at det er en god og sikker måde at gøre tingene på, men hvis jeg forsøgte at sætte mig i deres sted, kunne jeg godt se det gav mening for dem. For personalet ville det ikke være en fordel at have det hele elektronisk, da deres kendskab og brug af computer er meget mindre end herhjemme. Papirversionen bliver fra deres side opfattet som mere sikker håndtering, fordi de mangler både viden og de rette redskaber til at føre patientoplysningerne og medicinskemaer elektronisk.

Jeg fandt altså ud af at en afbalanceret blanding af etnocentrisme og kulturrelisme klart vil give den bedste tværkulturelle kommunikation, men det er et kunststykke at finde den rette balance, for man kommer let til at tolke tingene ud fra en forkert kontekstualisering og så bliver etnocentrisme det dominerende element, hvormed kulturkløfterne vil blive større end de måske i virkeligheden er(2).

Afdeling 2E: indre medicin hjerte- lungeafdeling

Afdeling 2E er en afdeling med 26 sengepladser, hvoraf der er 4 firmandsstuer, 2 tomandsstuer og 8 enerum. De fysiske rammer er noget mindre og ældre end dem, man ser på en dansk afdeling. Det kan til tider gøre det svært at bevare en ordentlig etik, når mange patienter ligger samlet på et lille areal kun adskilt af slidte korte gardiner. De etiske problemer ses eksempelvis ved stuegang, hvor pårørende og patienter kan sidde og overvære en personlig samtale mellem lægen og medpatienterne eller når patienter må på bækkenstol, som foregår næsten på skødet af medpatienten. Det er utilfredsstillende og krænkende for patienterne og kan tillige forhindre en ordentlig elimination, hvor ved der kan opstå tilstødende komplikationer som mavesmerte og obstipation (3). Det skal dog nævnes, at langt det meste af personalet på afdelingen gør en stor indsats for at bevare bedst mulig etik for patienterne, til trods for de lidt svære vilkår.

Forflytningsteknikker og opklippede affaldssække

Min opfattelse er, at den norske stat ikke passer ret godt på sine sygeplejersker, idet forflytningsudstyr og tekniske hjælpemidler ikke er noget, der økonomisk bliver prioriteret ret højt. Man kan godt undre sig over, at Norge har et af verdens dyreste sundhedssystemer (4), når afdelingerne er nedslidte, forflytning af patienterne må foregå med opklippede affaldssække og elektroniske senge (der virker) er ønsketænkning! Det var helt sikkert ikke noget jeg havde forventet at se på et norsk sygehus.

Manglende evidens

Personalekapaciteten på afdelingen er ca. 7 sygeplejersker, 2 hjælpeplejer og en masse studerende. Den høje personalebemanning, sikre en rolig, nærværende, og tryk omsorg for patienterne, hvilket er en vigtig del af behandlingen med hjerte/ lungen patienten, da de ofte er angste og utrygge, fordi følelsen af dysfunktionel hjerte/lunge funktion kan give oplevelsen af livstruende(5). De indlagte patienter på afdelingen har en gennemsnitlig indlæggelses tid på 4,6 dage, og det er primært kroniske hjerte/lunge patienter. Mange af patienterne har sekunder diagnoser, som nyresvigt, diabetes, apoplexi mm, det kan ofte gøre behandling bliver komplicerede og med inddragelse af en bred vifte af medikamenter. Jeg lærte derfor en del om virkning/ bivirkning af medicin, og fik trænet færdigheder i medikament beregning og infusionsblandninger.

Norge stå over for en stor udfordring i forhold til medicinering af kroniske patienter, både fordi komorbiditeten af deres sygdom er så kompleks, og fordi evidensen bag mange af de præperrater der bliver givet ikke tilstrækkelig. Det betyder at præperraternes indbyrdes virkning/ bivirkning i mange sammenhæng ikke er kendt, og det kan i sidste ende resultere i utilsigtede gener og dårligere behandling for patienten(5).

Kliniske observationer

Under min praktik fik jeg både trænet, og lærte vigtigheden af kliniske observationer som puls, blodtryk, respirationsfrekvens, respirationslyde mm. På en afdeling som 2E, kan patienternes heldbreds situation hurtigt ændre sig, og her er det vigtig at kunne værdisernes intervaller, observere dem og vide hvilke behandlingstiltag der relevante for at stabiliserepatienten og sikre den bedst mulige behandling. Min Lommeborg blev derfor brugt flittig, og den var et rigtig godt redskab.

Det nordiske sundhedssystem - et fælles værdigrundlag:

I Norden bygger vi vores velfærdsstat på ens politiske intentioner om en stærkt sammenhængskraft i samfundet, vi bygger på den universale velfærdsordning, der er kendetegnet ved kærneværdier som lige muligheder, social solidaritet og tryghed for alle borgere i samfundet (6). Det danske og norske sundhedssystem minder derfor meget om hinanden - hvilket også gør, at forskellen på hvordan vo-

res sundhedssystemer fungerer, er ret så små, og de udfordringer sundhedssystemer har, er meget ens.

koniske sygdomme

Kroniske sygdomme er et stort omdrejningspunkt i hele norden, og langt de fleste patienter jeg mødte 2E var kronisk syge. Man ved ikke hvor mange nordmænd, der har en kronisk lidelse, men det anslås omkring 1 million. Dette ligger tæt på Danmark, hvor antallet er mellem 1 og 1,5 million, derfor er det et alvorligt problem. Ifølge WHO bliver kronisk sygdomme dette århundrede største problem inden for sundhed i vesten, så det er altså ikke bare i norden det ser dystert ud (5). For at gøre noget ved denne triste statistik, er Norge og Danmark blevet enige om at foretage en forebyggelse af fremtiden, men *hvordan* skal forebyggelsen prioriteres, når de økonomiske midler er begrænsede. Man ved at kroniske sygdomme hænger sammen med livsstil, og undersøgelser viser, at en uhensigtsmæssig livsstil følger tydeligere sociale mønstre i befolkningen. Dette citat er fra det norske helsedirektorat.

”Det generelt slik at grupper med høyere sosioøkonomisk status har helsemessig gunstigere levninger enn grupper med lavere sosioøkonomisk status.”
(Det norske helsedirektorat 2008)

Ifølge det norske helsedirektorats konklusion må den primære profylakse rette indsatsen mod de grupper i samfundet, der er socialt udsatte og/eller har lav indkomst. Men da opstår der en ny problemstilling for Norge (7), idet der findes to idealtypemodeller inde for opnåelse af lighed i sundhed - den *selektive model* som retter indsatsen mod de dårligst stillede i samfundet, og så den *universelle model* der retter sig mod hele befolkningen(8). I Danmark er vores vældfærdsstatspolitik i overensstemmelse med den selektive model, men i Norge er de mere i tvivl om hvilken håndtering, der er den korrekte. De ser fordele i den selektive model, men frygter også, at den kan have stigmatiserende effekt og dermed bidrage til en negativ virkning. Norge har derfor valgt, at den primære profylakse både må indeholde den universelle og selektive model. (Det kongelige helse- og omsorgsdepartement 2007).

I forhold til sekundær profylakse er fokus: en tidlig indsats mod sygdomme, så de ikke videreudvikler sig (7). Den form for sekundær profylakse, som jeg observerede på 2E var i form af information, træning og kurser. Det var bl.a. lugefysioterapi, tilbud om rygestopkurser, hjerteskolet og kostvejledning mm. Sygeplejerskens job blev meget at informere, vejlede og støtte patienten i at deltage og fortage de nødvendige livsstilsændringer. Jeg prøvede selv at være en aktiv del af denne kommunikative sygepleje, men det var lidt svært med kommunikationen pga. sprogforskellene.

Nogle patienter ender ud i mere alvorlige og komplekse forløb med flere genindlæggelser, og hvor der bliver behov for målrettet rehabilitering og tærter profylakse. Den støtte og hjælp patienterne

modtager er meget afgørende for hvor succesfuldt et rehabiliteringsforløb de får. Et succesfuldt rehabiliteringsforløb afhænger af et godt samarbejde mellem forskellige sektorer. Norge fik en ny sammenfatningsreform i starten af 2012(9). En reform som skulle sikre en stærke kommunaltjeneste. Dette skulle ske ved at prioritere flere økonomiske ressourcer til den kommunale tjeneste og ved at give undervisning til de ansatte i håndtering og rehabilitering af kronisk syge. Reformen skulle og forbedre og sikre den koordinerede indsats og kommunikation mellem sektorerne(9)(5). Om det er reformen, der allerede har haft virkning, eller om det er fordi de norske kommuner er ti gange mindre end de danske, ved jeg ikke, men jeg var ikke langt i praktikken på Gjøvik, før det gik op for mig hvor velfungerende samarbejdet mellem kommune og sygehus er. Det var virkelig en positiv oplevelse at opleve. Generelt virkede arbejdet med forebyggelse meget organiseret og professionelt.

Studenterposten

Afdelingen er en studenterpost, hvilket gør at alt det faste personale er undervist i at vejlede studerende. Jeg havde to overvejledere, hvor den ene var underviser fra skolen og den anden var sygeplejerske på afdelingen. Derudover havde jeg en skiftende daglig vejleder, som var en del af det faste personale. Både skriftlige og mundtlige refleksioner bliver vægtet højt i den norske sygeplejuddannelse, hvorfor jeg skulle skrive refleksioner hver dag, som den daglige vejleder efterfølgende skulle kommentere på. I Norge vægtes desuden et tæt samarbejde mellem skolen og klinikken tungt. Undervisere fra skolen kommer flere gange ud på klinikken for at se og kontrollere om alt går, som det skal for de studerende. Det tætte samarbejde og den øgede kontrol gør at systemet virker meget professionelt, men samtidig tror jeg også, at det hæmmer den selvstændige udvikling og læringsproces, når meget af ansvaret ligger på andres skulder.

Mere praksisviden – mindre teoretisk

Fokus og læringsmålene for de studerende ligger især på praksisviden og sygdomslære og mindre på det teoretiske. Jeg oplevede ikke på noget tidspunkt, at der blev inddraget teorier i plejen af patienterne. Dette kan hænge sammen med, at den norske sygeplejekultur til dels bygger på Kari Martinsen teori. Hun tager stærkt afstand til naturvidenskabelig tilgang til sygepleje. I stedet kæder hun sygeplejen sammen med en omsorgsfilosofi, hvor det faglige skøn, sanserne og tilliden mellem patient og sygeplejerske i den konkrete situation (10). Den teori stemmer godt overens med det indtryk, som jeg har fået af den norske sygepleje/sygeplejestuderendekultur. Dette er dog bare et skøn fra min side, og jeg har ikke kunne finde litteratur, der har kunnet underbygge dette. Men ifølge den norske avis Aftenposten, satser Norge langt færre ressourcer på videreuddannelse, forskning og udvikling end de andre lande norden. Derfor tyder noget på, at udviklingsviden og forskning inde for sundhedsområdet ikke har samme store prioriteringsinteresse i Norge, som i resten af norden (11).

Sociale oplevelser

Jeg har igennem hele forløbet været glad for at komme på 2E, personalet og de andre studerende har taget sig pænt af mig. Men kontakten med de norske kollegaer har primært foregået, når jeg har været på afdelingen. Jeg har derfor ikke haft noget at gøre med nogen i min fritid. Jeg havde håbet, at jeg ville få lidt mere socialt ud af min tur til Norge. En anden ting, der også har skuffet mig, var buddyordningen, som ikke fungerede optimalt. Til trods for at det ikke blev til så mange norske venskaber, har min veninde og jeg bestemt haft det hyggeligt og sjovt. Vi har brugt mange gode timer på gåture i smukke sneklædte skove, endevendt byens indkøbscenter, set alt hvad der findes på DR1's net tv og lavet en masse god mad ud af de ingredienser, der nu var råd og lyst til, for titler som *kværnet kjøttdeig af flæsk* inspirerer ikke just til det store gourmetkøkken. Selvom alkohol koster mere end guld i Norge blev der alligevel også tid til et par festlige turer i byen, hvor vi ihærdigt fik trænet vores norske sprogkundskaber.

Under opholdet fik jeg besøg af mine forældre, som havde alverdens savnede forsyninger med til mig. Der er noget helt magisk over at få ting hjemmefra, når man er ude at rejse i længere tid. Sammen med mine forældre var min veninde og jeg også en tur i Lillehammer, og så skulle de selvfølgelig også vises rundt afdelingen, hvor jeg var i praktik. Midt i forløbet var vi på skiferie, i Trysil, med min venindes familie. Det var en rigtig hyggelig tur og perfekt med et par dages afbræk fra praktikken.

Til slut vil jeg sige, at selve udvekslingsprocessen på Gjøvik, har været noget nær problemfri og gnidningsløs. Norge er et land, som på alle måder er taknemmeligt at arbejde og studere i. Den erfaring og de oplevelser, som jeg har høstet de sidste 10 uger – både fagligt og personligt – er uvurderlige og noget jeg helt sikkert vil kunne bruge fremadrettet i min uddannelse og sygeplejekarriere. Udvekslingen er hårdt, spændende og lærerigt, men er man rejselysten, kan klare lidt modvind og er nysgerrig, kan jeg kun anbefale et udvekslingsophold i Gjøvik.

Litteratur

- (1) Hvad er norsk kultur set d. 21-4-13
<http://www.norskkultur.com/index.php?/nor/Hva-er-norsk-kultur>
- (2) Thomas H. Eriksen, Torun A. Sørheim, Kulturforskelle - 'kulturmødet i praksis. Munksgaard Danmark, 2 udgave 2005, kapitel 2
- (3) Nina J. Kristoffersen, Finn Nortvedt, Eli Anne Skaug, Grundlæggende sygepleje 2, Munksgaard Danmark, 1 udgave 2010, kapitel 12

- (4) Skapes helse skapes velferd- helsesystemet rolle i det norske samfunnet (rapport) set d. 21-4-13
<http://www.hesledirektoratet.no/publikasjoner/utviklingstrekkrapport-2008-skapes-helse-skapes-velferd-helsesystemets-rolle-i-det-norske-samfunnet/Publikasjoner/utviklingstrekkrapport-2008-skapes-helse-skapes-velferd-helsesystemets-rolle-i-det-norske-samfunnet.pdf>
- (5) Svend Schulze, Basisbog i sygdomslære, Gyldendals akademisk forlag, 2 udgave 2010, kapitel 6 og 8
- (6) Den nordiske velfærdsmodel set d. 21-4-13
<http://www.norden.org/da/om-samarbejdet/samarbejdsomraader/den-nordiske-velfaerdsmodel>
- (7) Birthe K. Nielsen, Vibeke Skov, epidemiologi for sundhedspersonale – en introduktion, Gads forlag, 1 udgave 2008, kapitel 4
- (8) Social ulighed i sundhed – et mangetydigt fænomen set d. 21-4-13 (artikel)
http://www.kritiskdebat.dk/articles.php?article_id=101
- (9) KL - Norge har succes med at prioritere det nære set d. 21-4-13 (artikel)
<http://www.kl.dk/Sundhed/Norge-har-succes-med-at-prioritere-det-naere-id104527/>
- (10) Dansk Sygeplejeråd – Kari Martinsens sanselige sygepleje set d. 21-4-13 (artikel)
<http://www.dsr.dk/Sygeplejersken/Sider/SY-1997-07-18-1-Sygepleje.aspx>
- (11) Aftenposten – Forskere er en truet art i Norge set d.21-4-13 (artikel)
<http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Forskeren-en-truet-art-i-Norge-6486976.html#.UXQYq6KpaxB>



Udsigtspunkt, med kig nedover Gjøvik by

