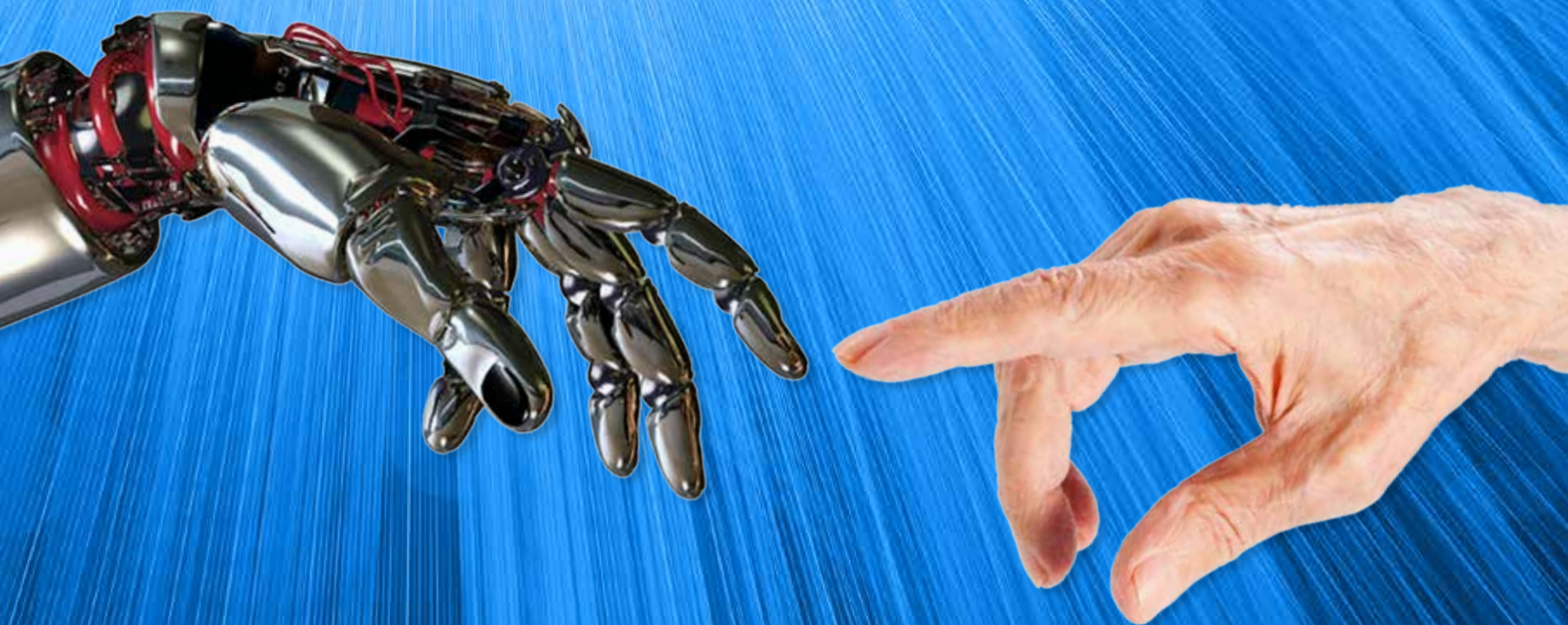


07
2015

Sykepleien

Tema-
nummer



Hvem skal pleie oss om 20 år?

Ovesterin® østriol

Noen plager i overgangs- alderen er helt nødvendige

- behandling med reseptfritt
Ovesterin® (østriol) er effektivt



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

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

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

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

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

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

Ovesterin® vaginalkrem (østriol)



Ovesterin® vagitorier (østriol)



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

 Navamedic



Kinas høydepunkter



Juleshopping i Beijing og Shanghai

Oriensens dronning Shanghai, keiserbyen Beijing og spennende togreise

Besøk Kinas to største og mest spennende byer! I Beijing venter store opplevelser: Oppfyll drømmen om å gå på Den kinesiske mur, tre inn i Den forbudte by og stå på Den himmelske freds plass. Hils på Mao i Maos mausoleum. Stå ansikt til ansikt med de hellige Ming-grovene. Og gjør et kupp på de spennende kinesiske markedene. Opplev det ekte Kina på en spennende togreise. Ta pulsen på hypermoderne Shanghai. Speid utover byen fra 88. etasje i Jin Mao-bygningen. Seil på Huangpu-elva og besøk byens gamlefascinerende basar. La deg fortrylle av idylliske kanalbyer.

Reisens varighet: 9 dager
Avreise 5/11 & 24/11 2015

Pris

24 998,-

Nyhet!



Julemarked i Reykjavik

Julestemning, spa, nordlys og geysirer

Miniferie i Islands livlige hovedstad når den er kledd i sine festligste julefarger! Du besøker det stemningsfulle julemarkedet i både Reykjavik og Hafnarfjörður, der boder selger kunsthåndverk, godterier og julepynt, og innimellom innkjøpene kan man varme seg på en kopp varm kakao eller dampende gløgg. Det kullnariske nivået er som kjent høyt i Island, og du får også smake forskjellige av landets spesialiteter og meske deg i en nydelig julebuffé.

Den enestående naturen like utenfor døren går du heller ikke glipp av – den første kvelden skal vi ut og se etter nordlys, og på programmet står også utflukten Den gylne sirkel til Geysir, Gullfoss og den UNESCO-fredede Thingvellir nasjonalpark.



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

Pris

5 998,-

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

Medl. Rejsegarantifonden Danmark | Forbehold for trykkfeil og utsolgte avganger

Gjør bestillingen enklere!
Opplys reisekode

SP32

Albatros

Reis med hjerte, hjerne & holdning.



Treff jobbsøkere i **SYKEPLEIEN!**

I Sykepleien treffer du de passive jobbsøkerne. De som ikke visste at de ville skifte jobb før de så din annonse. Vi tilbyr blad og nett til en pris, eller kun nett.

Kontakt oss på
tlf 97 74 21 20 eller e-post
maud.kaino@sykepleien.no

Sykepleien

C VAQTA Sanofi Pasteur MSD

Vaksine mot hepatitt A (inaktivert).

ATC-kode: J 07 B C 02

INJEKSJONSVÆSKE, Suspensjon i ferdigfylt sprøyte: *En dose (1,0 ml) inneholder:* Hepatitt A-virus (Stamme CR 326F) (inaktivert) 50 enheter, natriumborater, natriumklorid, aluminium (som amorf aluminiumhydroksyfosfatulfatadjuvans) 0,45 mg/ml, vann til injeksjonsvæsker.

Indikasjoner: Profylakse mot hepatitt A hos voksne fra 18 år og eldre. Bruk av VAQTA skal baseres på offisielle anbefalinger. **Dosering:** Vaksinasjonen består av en primærdose og en boosterdose som gis etter følgende skjema: **Primærdose:** En enkel vaksinedose på 1,0 ml (50 E) på en valgt dato. **Boosterdose:** En boosterdose på 1,0 ml (50 E) 6 til 18 måneder etter første dose. Antistoffene mot hepatitt A-virus (HAV) vil vare i minst 6 år etter andre dose (dvs. booster-dosen). Basert på matematisk modellering av antistoffenes virkning, antas det at de vil vare i minst 25 år. **Boosterdose med VAQTA etter primærvaksinasjon med annen hepatitt A vaksine:** En boosterdose med VAQTA kan gis ved 6 til 12 måneder etter den primærdosen av andre inaktivert vaksiner mot hepatitt A. **Voksne med HIV:** HIV-smittede voksne bør få én enkelt dose på 1,0 ml (50 E) på en valgt dato, etterfulgt av en boosterdose på 1,0 ml (50 E) 6 måneder senere (se punkt 5.1). **Pediatrik populasjon:** En pediatrik formulering er tilgjengelig for barn og ungdom. For ytterligere informasjon se preparatomtale for VAQTA 25 E/0,5 ml. **Administrering:** Vaksinen skal gis intramuskulært i deltoidregionen. Vaksinen skal ikke gis intradermalt fordi dette kan føre til en ikke-optimal immunrespons. Til pasienter med blødningssykdommer med risiko for blødning etter intramuskulær injeksjon (for eksempel blodere) kan vaksinen unntaksvis gis subkutan.

Kontraindikasjoner: Tidligere overfølsomhet overfor virkestoffet(ene), overfor noen av hjelpestoffene listet opp i pkt. 6.1, overfor neomycin eller formaldehyd (som kan finnes i spormengder). Vaksinasjonen skal utsettes i tilfelle av alvorlig infeksjon med feber.

Forsiktighetsregler: Pasienter som utvikler symptomer på overfølsomhet etter en injeksjon med VAQTA, bør ikke få ytterligere injeksjoner med vaksinen. Denne vaksinen kan inneholde rester av neomycin og formaldehyd som benyttes i fremstillingsprosessen. **VAQTA må ikke injiseres intravenøst.** Vis forsiktighet ved vaksinasjon av lateksensitive personer siden sprøytestempelet og nålkorken inneholder naturlig tørket lateks gummi som kan gi allergiske reaksjoner. Basert på sannsynligheten for tidligere hepatitt A-virusinfeksjon, bør kvalitativ testing for antistoffer mot hepatitt A overveies for eventuell vaksinasjon av personer født i høydemiske områder, og/eller pasienter som har hatt gulsott. VAQTA gir ikke øyeblikkelig beskyttelse mot hepatitt A. Det kan gå 2 til 4 uker før antistoffer kan påvises. VAQTA beskytter ikke mot hepatitt forårsaket av andre patogen agens enn hepatitt A-viruset. På grunn av den lange inkubasjonsperioden (cirka 20-50 dager) for hepatitt A, kan infeksjonen være til stede, men ikke klinisk åpenbar, på vaksinasjonstidspunktet. Hos disse pasientene er beskyttende effekt usikker. Som ved enhver vaksinasjon, skal nødvendig behandlingstiltak og medisin som f. eks. epinefrin (adrenalin) være tilgjengelig for øyeblikkelig bruk dersom det skulle oppstå en anafylaktisk eller anafylaktoid reaksjon. VAQTA kan gis subkutan når det er klinisk relevant (f.eks. hos personer med blødningssykdommer med risiko for blødning), selv om kinetikk og serokonversjon er langsommere etter første subkutane dose av VAQTA sammenlignet med historiske data for intramuskulær administrasjon. Som med alle vaksiner er det ikke sikkert at VAQTA utløser en beskyttende immunrespons hos alle som vaksineres.

Interaksjoner: Hvis VAQTA brukes hos individer med malign sykdommer, personer som gjennomgår immunsuppressiv behandling eller har nedsatt immunforsvar av annen årsak, kan det hende at forventet immunrespons ikke oppnås. *Kjent eller antatt eksponering for HAV/reise til endemiske områder* **Bruk med immunoglobulin:** VAQTA kan gis samtidig med immunoglobulin til personer som har behov for profylakse etter hepatitt A-eksponering, eller til personer som trenger både umiddelbar og langvarig beskyttelse mot hepatitt A (f.eks. personer som med kort varsel skal reise til endemiske områder). Injeksjonene med VAQTA og immunoglobulin skal gis på forskjellige injeksjonssteder, og det skal benyttes separate sprøyter. Oppnådd antistofftiter blir i slike tilfeller sannsynligvis lavere enn når vaksinen gis alene. Den kliniske relevansen av denne observasjonen er ikke fastslått. **Samtidig bruk av andre vaksiner:** VAQTA kan gis samtidig med vaksiner mot gulfeber og vaksiner mot tyfooidfeber (polysakkarid) på separate injeksjonssteder (se pkt. 5.1). Selv om det ikke foreligger data for individer fra 18 år og eldre, viser studier hos barn fra 12 til og med 23 måneder at VAQTA kan gis samtidig med vaksiner mot meslinger, kusma, røde hunder vannkopper 7-valent pneumokokk-konjugat vaksiner og inaktiverte poliovaksiner. Det foreligger ikke tilstrekkelige immunogenitetsdata for å støtte en samtidig vaksinasjon med VAQTA og DTap (difteri, tetanus og kikhoste (acellulær)). Når det er nødvendig å gi flere vaksiner samtidig, må ikke VAQTA blandes med andre vaksiner i samme sprøyte og det må benyttes forskjellige injeksjonssteder for vaksinen.

Graviditet, amming og fertilitet: **Graviditet:** VAQTA anbefales ikke til gravide med mindre det foreligger høy risiko for hepatitt A-infeksjon, og legen vurderer at mulige fordeler ved vaksinasjon oppveier risikoen for fosteret. **Amming:** Det er ikke kjent om VAQTA overføres i morsmelk. Det er ikke undersøkt om barn som blir ammet påvirkert når moren er vaksinert med VAQTA. Derfor bør VAQTA brukes med forsiktighet når det gjelder ammende kvinner. **Fertilitet:** Det er ikke utført fertilitetsstudier eller dyreproduksjonsstudier med VAQTA.

Bivirkninger: *Svært vanlige (≥1/10):* Øvrige: Ømhet, smerte, varme, hevelse og erytem på injeksjonsstedet. *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Neurologiske: hodepine. Muskel- og skjelettsystemet: Armsmerter (i injisert arm), Øvrige: Asteni/tretthet, feber, ekkymose, smerte/sårhet på injeksjonsstedet. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Infeksiøse: Faryngitt, infeksjon i de øvre luftveiene. Blod/lymf: Lymfadenopati. Neurologiske: Svimmelhet, parestesi. Øre/labyrint: Øresmerter. Vaskulært: Hetetokter. Luftveier: Tetthet i luftveiene, tett nese, hoste. Gastrointestinale: Kvalme, diaré, gastroenteritt, flatulens, oppkast. Muskel- og skjelettsystemet: Myalgi, stivhet, skuldresmerter, muskelskjelettsmerter, ryggsmerte, artralgi, smerter i bena, nakkesmerter, muskelsvakhet. Hud: Pruritus, urtikaria, erytem. Øvrige: Pruritus, stivhet/stramhet på injeksjonsstedet, smerter, hematom på injeksjonsstedet, frysninger, magesmerter, sykdomsfølelse, indurasjon og nummenhet på injeksjonsstedet, kuldefølelse, influensalignende sykdom. *Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):* Infeksiøse: Bronkitt, smittsom gastroenteritt. Stoffskifte/ernæring: Anoreksi. Psykiatrisk: Apati, søvnløshet. Neurologisk: Søvnighet, migræne, skjelving. Øye: Kløe i øyet, fotofobi, tåredannelse. Øre/labyrint: Vertigo. Luftveier: Faryngealt ødem, sinusforstyrrelse. Gastrointestinale: Munnørthet, munnsår. Muskel- og skjelettsystemet: Muskelkrampe, albuesmerter, hoftesmerter, kjevesmerter, spasmer. Forplantingsorganer: Menstruasjonsforstyrrelser. Øvrige: Sveie og, indurasjon på injeksjonsstedet, muskelykninger, utslett, oppblåst mage, brystsmerte, smerter i siden, irritabilitet. *Ukjent:* Blod/lymf: trombocytopeni. Neurologisk: Guillain-Barré-syndrom.

Overdosering: Det foreligger ingen opplysninger vedrørende overdosering.

Egenskaper: *Klassifisering:* Virusvaksiner, hepatitt A, inaktivert, hele virus ATC-kode: J 07 B C 02 VAQTA inneholder inaktivert virus fra en kjent svekket hepatitt A virusstamme som er ytterligere dyrket i flere omganger for vaksineproduksjon. Viruset dyrkes, høstes, renses, formalinaktivteres og adsorberes deretter til aluminium hydroksyfosfatulfat. Med bakgrunn i analysens grenseverdier, inneholder en dose VAQTA (50 E) mindre enn 0,1 mikrogram ikke-viralt protein, < 4 x 10⁻⁶ mikrogram DNA, < 1x10⁻⁴ mikrogram bovint albumin og < 0,8 mikrogram formaldehyd. Andre kjemiske reststoffer fra prosessen utgjør < 10 deler per milliard (ppb). *Virkemekaniske:* Hepatitt A-vaksine fremkaller tilstrekkelig sirkulering av antistoffer som nøytraliserer Hepatitt A-viruset til å gi beskyttelse mot viruset.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares i kjøleskap (2-8 °C). Må ikke fryses.

Sist endret: 04.08.2015. Basert på SPC godkjent av SLV: 22.04.2015


sanofi pasteur MSD
vaksiner for livet

VAQTA[®]
 Hepatitt A vaksine, inaktivert, adsorbent

Nå er Vaqta[®] tilgjengelig

for bestilling hos Folkehelseinstituttet!

Vaqta[®] er en vaksine til forebygging av hepatitt A-infeksjon.¹

Hepatitt A vaksine anbefales til:²

- Reisende til områder hvor hepatitt A er en vanlig sykdom (eks. Afrika, Asia).
- Stoffmisbrukere.
- Personer med visse sykdommer eller tilstander som medfører økt risiko for hepatitt A eller komplikasjoner ved sykdommen.
- Særlig smitteutsatte personer ved større utbrudd i Norge.

De tre siste gruppene ovenfor kan få hepatitt A vaksine dekket av folketrygden på blå resept §4 nr.3.³


sanofi pasteur MSD
 vaksiner for livet

www.spmsd.no

1. Godkjent preparatomtale www.legemiddelverket.no (03.08.2015)

2. Folkehelseinstituttet: www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6594&Main_6157=6263:0:25,6566&MainContent_6263=6594:0:25,7070&Content_6594=6430:83019:0:6592:2:0:0 (03.08.2015)

3. Folkehelseinstituttet: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,7059&MainContent_6263=6464:0:25,7060&List_6212=6218:0:25,7113:1:0:0:0:0 (04.08.2015)

Hva skjer. Fra Instagram



 Følg Sykepleien på Instagram.

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



@rut91
Sola skinner, vi trimmer! Kjekt å våkne litt 04.00 på nattevakt. Supert triks for å våkne litt!



@tuvatapetfjes
En time på øyet! #langvakt



@aawzml
Nurse off, party on



@rut91
Unnet meg lett denne etter 14,5 timer på jobb! Woop woop



@anette_pladsen
Plukka en neve til meg og en til pasienten min ikveld. Hun ble så glad hun! Ikke så mye som skal til for å glede noen.



@christinasandholm
Brugt efter 4 aftenvagter i streg. Men med de skønneste kollegaer er det en fest at gå på arbejde!



@lpjel
Dårlig med søvn i kveld



@ninabarek
FERIE!



@anders88
Back in white scrubs

Innhold



07 | 2015 Sykepleien

Utgivelsesdato: 13. august

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



Hva skjer

- 08 Aksjonisten
- 11 Islandske sykepleiere vil jobbe i Norge
- 12 Samhandlingsreformen: Løsningen har blitt del av problemet
- 13 Trenger flere ABIO-sykepleiere
- 15 I nyhetene: Desiré Madah Amiri
- 16 Tema: Hvem skal pleie oss om 20 år?

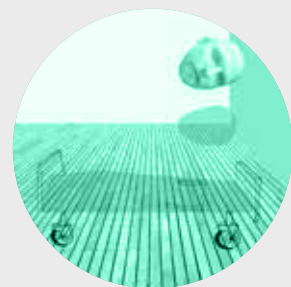


Nesespray mot overdose. **15**



Sykepleie

- 58 Salutogenese gir bedre barnehelse
- 62 Vil ha kjønnsdelt seksualundervisning
- 65 Min jobb: Torill Midtgaard Gaustad
- 66 Pasientrettet eldreomsorg
- 70 Etikkk: Berit Daae Hustad om den ensomme døden
- 72 Lik dokumentasjon sikrer kvaliteten



Etikk: Om å dø alene. **70**



Påfyll

- 76 Bokanmeldelser
- 77 Hva leser du nå?
- 78 Kryssord og Quiz



Bok: Tiden etter 22. juli. **77**



Meninger

- 80 Eli Gunhild By om valgkampen
- 81 Lesermeninger
- 82 Minneord
- 83 Innspill: Linda Øye
- 84 Kronikk: Kristian Imingen Skjellet
- 86 Min opplevelse: Sykehjemspasient i et døgn



Journalist testet sykehjemslivet. **86**

Forsideillustrasjon: Hilde Rebård Evensen og Sissel Vetter/Colourbox

Ansvarlig redaktør Barth Tholens tlf. 22 04 33 50 / 40 85 21 79, barth.tholens@sykepleien.no **Journalister:** Bjørn Arild Østby, Ann-Kristin Bloch Helmers, Kari Anne Dolonen, Marit Fonn, Nina Hernæs, Eivor Hofstad. **Fagartikler:** Torhild Apall Dybvik. **Sykepleien Forskning:** Marit Leegaard. **Desk:** Ellen Morland, Johan Alvik, Susanne Dietrichson, Trine-Lise Gjesdal, Ingvald Bergsagel, Ole Morten Vindorum.

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

Fagpressen F
OPPLAGSKONTROLLERT



Kontingent. Flere bør interessere seg for hva NSF bruker medlemmenes penger til.

Hallo. Det handler om dine penger!



Fakta

Barth Tholens

Ansvarelig redaktør i Sykepleien

Fagbevegelsen har spilt en sentral rolle i utviklingen av den norske velferdsstaten. For 100 år siden skjedde det meste gjennom konflikter, men gradvis har arbeidsgiverne og myndighetene forstått at den gode dialogen med de fagorganiserte utgjør selve bærebjelken i suksessen til den «nordiske modellen».

Fra å være rene kamporganisasjoner i det forrige århundre, har de store fagforeningene i dag utviklet seg til profesjonelle og til dels svært ressurssterke organisasjoner med mange oppgaver: De skal være samtalepartnere for viktige samfunnsaktører, de skal drive forhandlinger og de skal utvikle et medlemstilbud som sikrer tilsig av stadig nye medlemmer. Profesjonsorganisasjoner, som Sykepleierforbundet, skal i tillegg sikre at «faget» får gode utviklingskår og en viktig plass i myndighetenes planer for å utvikle tjenestetilbudet til befolkningen.

APPETITT. I motsetning til de fleste andre land i Europa, er det ikke noe i veien med det norske folks appetitt på å være med i en fagforening. Organisasjonsprosenten er skyhøy, selv om enkelte gir uttrykk for at de synes kontingenten er i drøyeste laget. Medlemsfordelene anses tydeligvis som såpass gode at man gladelig betaler for å være en del av det fellesskapet som en fagforening tilbyr. Det hjelper selvfølgelig at kontingenten kan gi fradrag på skatten.

Oppslutningen om fagforeningene i Norge har også medført at de store fagorganisasjonene er blitt enorme pengemaskiner. Her skal jeg forøvrig holde meg til Sykepleierforbundet: Årlig har NSF en halv milliard kroner i inntekter, hvorav mesteparten kommer fra medlemmenes lommer. Dette beløpet har økt jevnt og trutt de siste årene, i takt med medlemsveksten. Med 103 000 medlemmer i ryggen, har Sykepleierforbundet god økonomi. «NSFs finansielle stilling er meget solid», heter det i årsrapporten. Dette gir organisasjonen massive muskler til å gjøre seg gjeldende i samfunnet, noe som selvfølgelig også kommer medlemmene til gode.

GODE NOK? Men det ligger som kjent alltid en fare i å være «velstående»: Blir ressursene utnyttet godt nok, til beste for

medlemmene? Er organisasjonen effektiv nok? Og ikke minst, oppnår den egentlig de resultatene en bør forvente når den forvalter så store summer på vegne av sine medlemmer?

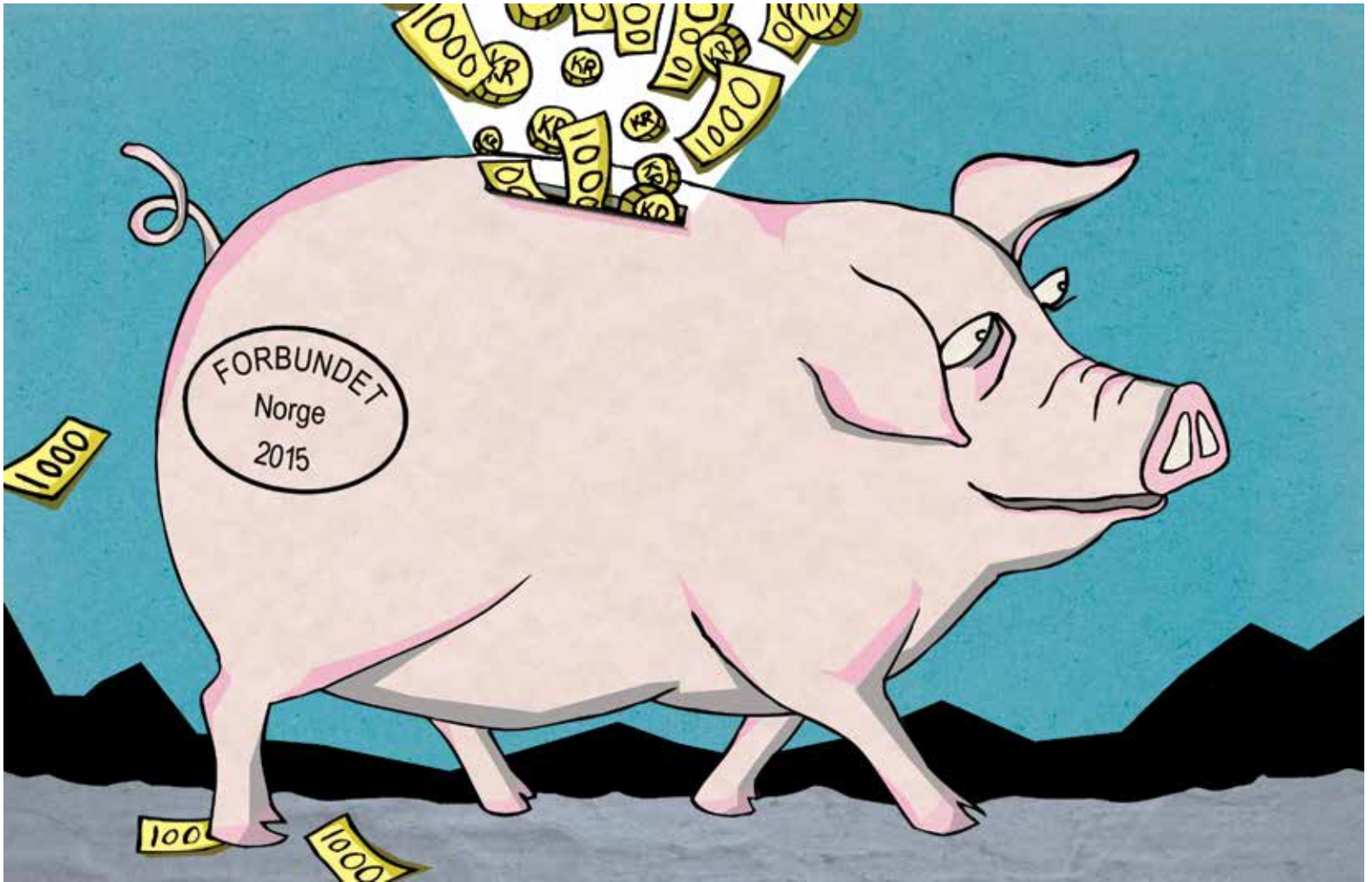
Svaret på disse spørsmålene er sammensatte og avhengig av hvilket perspektiv du har. Er man primært opptatt av lønn, har utviklingen ikke gått sykepleiernes vei. De har ikke fått en relativt bedre lønnsutvikling enn andre yrkesgrupper det er naturlig å sammenlikne seg med, til tross for at NSF årlig bruker store summer på sitt forhandlingsapparat for å oppnå nettopp det.

Er man mest opptatt av utviklingen av sykepleierprofesjonen, har NSF bidratt med tunge innspill til myndighetene om hvordan helsetjenesten bør innrettes. Men kampen om bedre helsesøsterdekning, som er en av de mer vellykkete offensiver som NSF har initiert de siste årene, viser hvor vanskelig det er å vinne de virkelig store politiske sakene. På mange områder har lite skjedd, til tross for vedvarende og kostbar lobbyvirksomhet, dyre informasjonskampanjer og en voksende hær av ansatte.

LITE DEBATT. Selvfølgelig må alt dette ses opp mot hva som ville ha skjedd dersom NSF ikke hadde vært like stor, rik og mektig. Utviklingen kunne ha gått i feil retning. Men med det forestående landsmøte i november, er det grunn til å spørre hvorfor det er så lite debatt om pengebruken i en organisasjon som økonomisk sett går som det suser. Ja, så bra går det med NSF, at inntektene langt overstiger utgiftene hvert år. I 2014 var overskuddet på hele 76 millioner kroner, mens det var på 160 millioner gjennom hele landsmøteperioden på fire år.

Følgelig øker NSF's egenkapital år for år, og verken hovedkontoret i Oslo eller 12 av 19 fylkesavdelinger klarte i 2014 å «bruke opp» pengene det var budsjettert med. Årsakene til underbruket er ymse, men det er ikke noen vågal konklusjon å hevde at NSF er en «sparegris» utenom det vanlige.

DET STORE FALLET. «Tilbakegangen begynner i framgangsrike år», skrev toppidrettssjef Børge Stensbøl for en tid tilbake. Han mener at nettopp organisasjoner som har opplevd stor suksess, må fokusere på å skru opp sine ambisjoner.



Illustrasjon: Marie Rundereim

Det finnes mange eksempler på store selskaper og organisasjoner som har gått rett i grøfta fordi de ikke brukte de gode tidene på å tenke på hva kundene kunne trenge i fremtiden. Det er nok å nevne Kodak og Nokia. I boken «How the mighty fall», beskriver forfatteren Jim Collins hvordan suksessbedrifter spises opp av økende byråkrati og rop etter stadig mer penger. Når ledere ser på dagens resultater som en indikasjon på framtidig utvikling, er veien til klip-pene kort.

Som virksomhet med en årelang vekst og overskudd, risikerer også NSF å «bomme på» framtiden. Derfor er jeg personlig noe bekymret over den harmonien som rår omkring disponeringen av alle millionene. Selvfølgelig er det fint at NSF bygger opp en solid reservepott. Den kan komme godt med når organisasjonen havner i en langvarig konfliktsituasjon med arbeidsgiverne, slik lærerne gjorde i 2014.

Men handlingsrommet bør først og fremst brukes til å stille de kritiske og ubehagelige spørsmålene om hvordan ting kan gjøres bedre: Er NSF's forhandlingsapparat godt nok organisert? Burde de 40 millioner kronene som NSF drar inn på salg av forsikringer til medlemmene, brukes på en annen måte?

Trenger NSF kompetanse til å tenke ut selvstendige løsninger i helsetjenesten – framfor kompetanse på å være uenig i andres planer? Trenger det 19 fylkeskontorer og 34 faggrupper? Får medlemmer like god juridisk bistand fra NSF over hele landet? For bare å nevne noen ting man kunne ta fatt i.

HENT INN KRITIKERNE. Stilt overfor slike utfordringer, er den harmonien vi ser i egen organisasjon ikke det beste svaret. Fravær av kritiske røster kan tolkes som stor tillit til dagens



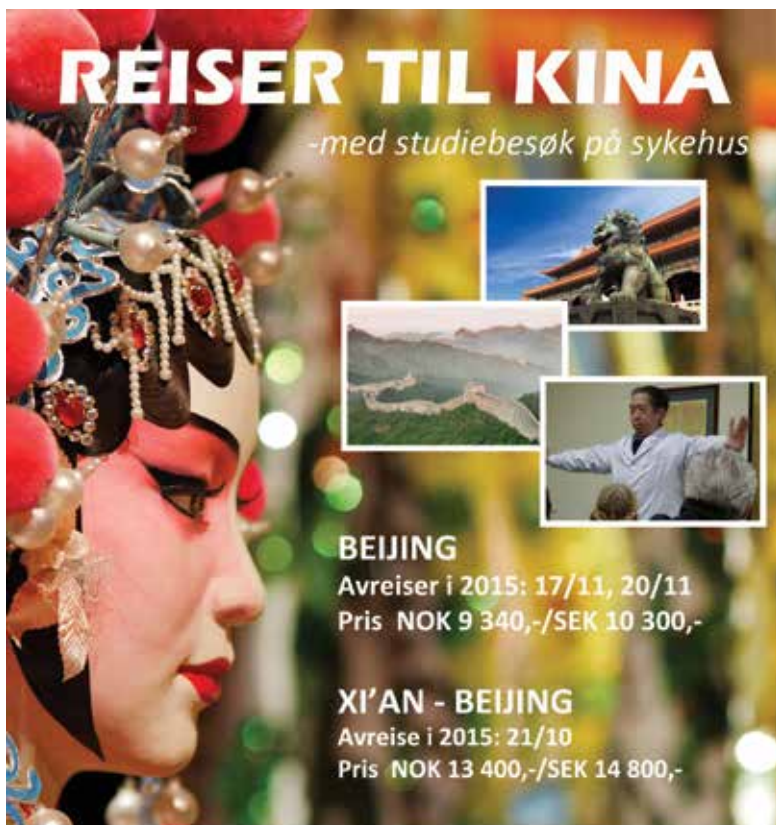
«Handlingsrommet bør brukes til å stille de ubehagelige spørsmålene.»

ledelse, men like mye som et tegn på at NSF som «pengemas-kin» er blitt ganske uoversiktlig for medlemmer flest. Derfor bør NSF's ledere (på valg i november) investere tungt i å bygge opp et medlemsdemokrati som kan gjøre livet «surt» for alle som ønsker å videreføre det bestående. Mobiliser skeptikerne. Hent inn kritikerne. Løft opp de debattglade! ●

barth.tholens@sykepleien.no

REISER TIL KINA

-med studiebesøk på sykehus



BEIJING
 Avreiser i 2015: 17/11, 20/11
 Pris NOK 9 340,-/SEK 10 300,-

XI'AN - BEIJING
 Avreise i 2015: 21/10
 Pris NOK 13 400,-/SEK 14 800,-

Reisene arrangeres i samarbeid med det Svenska Vårdförbundet.
 Mer informasjon på vår hjemmeside:
www.phoenixtravel.se/vardforbundet
www.vardforbundet.se/medlemsformaner/resor
mail@phoenix.se
 Tel: 22 33 04 00



Hva skjer. Legevakt



Nytt legevaktnummer

• Tekst **Kari Anne Dolonen**

ETT NUMMER: 1. september får hele Norge felles legevaktnummer: 116117.

I flere år har myndighetene jobbet for å få til løsninger slik at landets legevakter kan nås via ett felles nummer. Når du ringer dette nummeret skal du loses til nærmeste legevakt automatisk. Nå er løsningen klar og er prøvd ut i blant annet Østfold fylke. Fra 1. september får alle legevakter nummeret 116117 (uttales hundreogseksten-hundreogsyttten). Nummeret skal fungere både fra fasttelefon, mobiltelefon og er gratis å bruke.

Helsedirektoratet sier at grunnen



Foto: Colourbox

116117

til at alle legevakter skal over til ett nummer, er for å gjøre det lettere for befolkningen å huske det.

Selv om det blir felles nummer fra 1. september, vil de gamle legevaktnummerne fremdeles virke.

(Lenger versjon ligger på sykepleien.no) •

kari.anne.dolonen@sykepleien.no

Få sår til å gro raskere med



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

Ønsker du mer informasjon? Ta kontakt på info@biotec.no

Tilgjengelig her
biotec.no/wbg



Islandske sykepleiere vil til Norge

● Tekst **Trine-Lise Gjesdal**

REKRUTTERING: Den økonomiske krisen på Island er langt fra over. Nå er det helsetjenesten som får føle etterdønningene. 20 prosent av landets sykepleiere har sagt opp stillingene sine. Samtidig.

De 311 islandske helsearbeidere sa opp jobbene sine 13. juli etter at en streik i den islandske helse-sektoren ble møtt med tvungen lønnsnemnd. Av disse var 258 sykepleiere, ifølge Klassekampen.

SYKEPLEIERMANGEL. Mange av sykepleierne ser nå etter fast jobb i Norge, hvor flere av oss allerede

pendler i ferier, forteller Ólafur G. Skúlason, lederen for den islandske sykepleierforeningen i intervjuet med Klassekampen. Skúlason har – siden 2010 – selv pendlet til Norge hver sommer for å jobbe.

Det er allerede mangel på sykepleiere ved islandske sykehus. Og når de om lag 300 slutter 1. oktober, kan jeg ikke se for meg at sykehusene klarer å tilby kvalitets-sikkert arbeid, sier lederen for den islandske sykepleierforeningen.

ETISK REKRUTTERING. Helsedirektoratet har tidligere uttalt at de

er bekymret over at rekrutteringsbyråer aktivt rekrutterer fra land som selv har behov for helsepersonellet. I 2011 besluttet Helse- og omsorgsdepartementet at Verdens helseorganisasjons (WHO) globale kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell skal etterleves i Norge.

Forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund, Eli Gunhild By, mener at det først og fremst er islandske myndigheter og arbeidsgivere som bør ta dette på alvor gjennom å imøtekomme sykepleierne med tilfredsstillende

lønns- og arbeidsbetingelser.

– Selv om Island har økonomiske problemer, så er det ikke rekruttering fra nordiske land vi tenker på når det gjelder etisk rekruttering. Hvis jeg skal gi et råd til sykepleiere som ønsker seg til Norge er det å søke på ordinære ledige jobber, og ikke la seg lokke av rekrutteringsbyråer, som blant annet har forsøkt å rekruttere dem gjennom SMS-kampanjer, sier By til Sykepleien.

(Lenger versjon ligger på sykepleien.no) ●

tlg@sykepleien.no

OPP TROLLSTIGEN ELLER BARE EN TUR PÅ STRANDEN?



BH Emotion Evo Cross
Terminnkast 6 fra dinside.no mai 2015



BH Emotion Jet

Med en elsykkel vil enhver motbakke fremstå som helt flat. Uansett hvor du har tenkt å legge sykkelturen i sommer, har vi en elsykkel som passer for deg.



EVO ELSYKLER

Hele utvalget av kvalitetselsykler og alle landets forhandlere finner du på www.evoelsykler.no





Etter samhandlingsreformen. Arbeidsbelastning har økt, bemanningen er ikke styrket og det er for liten tid til hver pasient.

Løsningen er blitt del av problemet

• Tekst **Bjørn Arild Østby**

Ni av ti sykepleiere opplever økt arbeidsbelastning og større kompleksiteten i de sykepleiefaglige oppgavene etter samhandlingsreformen.

Det er sykepleiernes hverdag i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene tre år etter startskuddet gikk for samhandlingsreformen, ifølge en ny undersøkelse Telemarksforskning har laget på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund (NSF).

BEMANNING. Undersøkelsen viser at sykepleierne opplever at de kommunale pleie- og omsorgstjenestene etter innføringen av samhandlingsreformen har ansvar for flere pasienter enn før, og at økt pleiebehov blant pasientene krever tettere oppfølging. I likhet med de ansatte er 87 prosent er lederne enige i at arbeidsbelastningen har økt.

«Ett av spørsmålene som ble stilt i undersøkelsen var: «Er bemanningen i din tjeneste økt for å ta imot det voksende antall pasienter?» Færre enn tre av ti sykepleiere svarer at den samlede helsefaglige bemanningen er styrket i løpet av de tre årene som er gått siden samhandlingsreformen ble innført.

Videre ble det spurt om tjenesten i dag har tilstrekkelig bemanning til å klare å ta imot pasienter fra sykehuset? Kun halvparten mener tjenesten har nok

sykepleiere. Samtidig svarer sju av ti sykepleiere at det i deres tjeneste er stort behov for flere sykepleiere med videreutdanning eller master.

TJENESTEKVALITET. Sykepleierne ble bedt om å vurdere en rekke påstander om kvaliteten på tjenestene de tilbyr sine brukere og pasienter.

Ifølge sykepleiernes egne vurderinger klarer de å ivareta pasientenes primærbehov, som for eksempel hygiene. Men under 40 prosent av sykepleierne opplever at de har nok tid til å ivareta pasientenes behov for omsorg, sosial kontakt og fellesskap.

Undersøkelsen viser videre at sykepleierne opplever at de bruker for lite tid på den enkelte pasient (73 prosent), og at avviksmeldinger ikke tas på alvor og følges opp i tilstrekkelig grad (59 prosent).

Kompleksiteten i arbeidsoppgavene har økt de siste tre årene, men det har også bruk av tid på administrasjon og koordinering mener seks av ti sykepleiere. De er også

tydelige på at de har for liten tid til å dokumentere arbeidet de gjør (71 prosent).

KOMPETANSE. Sykepleierne ble også spurt om det er områder i tjenesten hvor det er behov for økt kompetanse for å gi brukerne bedre oppfølging og behandling. Over ni av ti krysser av for at det er områder med behov for økt kompetanse. Og hele tre av fire sykepleiere gir uttrykk for at de selv har behov for økt kompetanse gjennom videreutdanning eller master i deres nåværende jobb.

Når det gjelder tilrettelegging for kompetanseutvikling på arbeidsplassen, svarer kun 35 prosent at arbeidsgiver i «stor eller noen grad» oppmuntrer eller stimulerer sine ansatte til å ta formell videreutdanning eller master. En av tre svarer at dette ikke skjer «i det hele tatt».

Hver femte arbeidsgiver kompenserer heller ikke sykepleiere som har tatt videreutdanning eller master med høyere lønn eller annen stillingskode.

Kommunenes måte å løse utfordringene med større kompetansebehov skjer gjennom mindre kurs og opplæring som gir økt realkompetanse, men ikke formalkompetanse.

(Lenger versjon ligger på sykepleien.no) •

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

Fakta ●●●●

Om undersøkelsen

Spørreundersøkelsen er besvart av 2 705 sykepleiere ansatt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Hensikten er å kartlegge hvordan sykepleiere opplever ulike sider av sin hverdag, tre år etter at Samhandlingsreformen ble iverksatt. I tillegg ble det gjennomført fokusgruppeintervjuer i fem kommuner. Til sammen ble rundt 60 personer intervjuet.

Undersøkelsen er gjennomført av Telemarksforskning på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund.

Rapport: «Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Sykepleieres erfaringer», Telemarksforskning 2015.

Sju av ti mener det er stort behov for flere sykepleiere med videreutdanning eller master.



Trenger flere ABIO-sykepleiere

• Tekst **Kari Anne Dolonen**

SYKEPLEIERMANGEL: De neste årene vil mange spesialsykepleiere i operasjon-, intensiv-, anesthesi- og barnesykepleie (ABIO) gå av med pensjon, og det utdannes ikke nok nye til å kompensere for frafallet.

En ny undersøkelse gjennomført av Analysesenteret på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund (NSF), gir varsel om en framtidig mangel på ABIO-sykepleiere. Dataene viser at slike spesialsykepleiere er godt voksne, med en gjennomsnittsalder på 48 år.

Barnesykepleiere har den laveste gjennomsnittsalderen i gruppen, med 45 år, mens operasjonssykepleierne er de «eldste» og har en snittalder på 50 år.

– Vi har lenge visst at vi har en eldre garde, men nå har vi faktiske tall å forholde oss til, sier leder av Anestesisykepleierens landsgruppe av NSF (ALNSF), Therese Jenssen Finjarn.

MANGLER OVERSIKT. Nasjonalt finnes det ingen oversikt over hvor mange sykepleiere som i dag har en spesialutdanning innen ABIO. Ifølge Analysesenteret gjør dette det vanskelig å si nøyaktig hvor mange som må utdannes for å dekke opp mangelen de neste 10–15 årene.

– Behovet varierer rundt om i landet og i de forskjellige faggruppene. Det nytter ikke å utdanne intensivsykepleiere i Oslo hvis du trenger operasjonssykepleiere i Bergen, påpeker Finjarn.

Analysesenteret har sendt ut spørreskjema til alle medlemmene i NSF's faggrupper innen ABIO. Totalt dreier det seg om 6 218 sykepleiere. Av dem har 3 734 svart på spørsmålene. Det er også sendt ut spørreskjema til enhetsledere og utdanningsinstitusjoner

som utdanner ABIO-sykepleiere.

Halvparten av utdanningsinstitusjonene sier at mangelen forutsigbarhet fra sykehuseiere gjør det vanskelig å tilpasse utdanningstakten.

OVERTID. Av andre funn i undersøkelsen som er interessante, trekker landsgruppelederen frem følgende:

– Det er lite reserver å hente. Hele 44 prosent sier de jobber overtid og dekker opp for til sammen 380 årsverk for hele

«**Spesialsykepleiere har en gjennomsnittsalder på 48 år.**» Therese Jensen Finjarn

ABIO, dersom de som har svart er representative for gruppen. Det viser at det allerede er et stort underskudd av ABIO-sykepleier.

For anestesi er det beregnet at 58 årsverk dekkes inn av overtid.

TIDLIG PENSJONERING. – I tillegg sier hver tredje i undersøkelsen at de vil gå av med AFP når de fyller 62 år. At unge ABIO-sykepleier ikke ser for seg å være i sykehus frem til pensjonsalder, er nytt. ABIO-ere har vært trofaste arbeidstakere frem mot pensjonsalder, sier Finjarn.

Utdanningen har en enkel løsning: Det må flere stillinger til, lyder konklusjonen i Analysesenterets rapport.

(Lenger versjon av saken ligger på sykepleien.no) •

kari.anne.dolonen@sykepleien.no

med · kjemi

leverandør til helsesektoren i 60 år!!

Med fokus på sikkerhet

Fe-Col® en bedre opplevelse for dine pasienter



Mange pasienter finner det vanskelig å ta fæces prøver enkelt og hygienisk. Fe-Col® løser utfordringen for dine pasienter, på en enkel måte.

Fe-Col® er perfekt sammen med Hemo-Fec® eller andre tester der man tester på fæces®.

FC2010 Fe-Col®, stk.
MK101 Hemo-Fec, reag. A+B, 200 tester
MK120 Hemo-Fec slides, 100 stk
MK360 Hemo-Fec Komplett, 50 tester



Mini-Mix - Unngå preanalytiske feil og bland dine blodprøver riktig, hver gang!



MM1000

Vippen er spesialutviklet for optimal blanding av blodprøverør. Mini-Mix sparer tid og gjør at du unngår feil i analysen. Både nettspenning og batteridrevet. Vippen kan derfor lett tas med.

Super-T - et supert engangstasebånd

Super-T kan strammes og slakkes med en hånd, super enkelt!

Super hygienisk- Super-T unngår smitte og behold egenskapene til et vanlig stasebånd



G840056 Vacuette Super-T 80 stk. pr. pakke

Ta kontakt med oss for vareprøver og priser

www.med-kjemi.no
firmapost@med-kjemi.no
66 76 49 00



Sykepleien på dine premisser!

Hold deg oppdatert og gjør Sykepleien til en naturlig del av hverdagen! Papirmagasinet kjenner du godt fra før, og med Sykepleiens app kan du laste ned og lese magasinet når du er på farten. Våre nettsider, sykepleien.no, fungerer med sitt brukervennlige design like bra på PC, nettbrett og smartphone. Del dine meninger med andre sykepleiere på vår Facebook-side. Vi er her for deg!

Sykepleien

INTERNASJONALT LEDERUTVIKLINGS-PROGRAM FOR SYKEPLEIERE



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

Lederprogrammet strekker seg over et år og blir avholdt i Oslo-området på følgende tidspunkt:
Kursuke I: 18. – 22 januar 2016 • Kursuke II: 13. – 17 juni 2016 • Evaluering og avslutning: 16. -17 januar 2017
Selvstudie, veiledning og gruppearbeid mellom kursukene.

MÅLGRUPPE

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

Søknadskjema og informasjon er tilgjengelig på www.nsf.no.
Søknadsfrist: 1. oktober 2015. Søker må være medlem av NSF.

KOSTNADER

NSF dekker kurs- og oppholdsutgifter. Det kan søkes reisestipend. Deltakerne må ved behov søke permisjon fra arbeidsgiver. Ved opptak forplikter deltakerne seg til å gjennomføre hele kurset.



Desiree Madah-Amiri

Kan redde liv med nesespray

● Tekst og foto **Marit Fonn**

Fakta

Aktuell som

Sykepleier og doktorgradsstudent ved Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF), Universitetet i Oslo.

Alder: 30 år

Bakgrunn: 31. august er det verdens overdosedag, og i Bergen blir det overdosekonferanse. Der er temaet blant annet nalokson, nesespray mot overdose. Norge er kjent for å ha mange overdosedødsfall. Amerikanske Desiree Madah-Amiri er stipendiat i et prosjekt der nalokson prøves ut i Bergen og Oslo, blant annet av sykepleiere. Hun er særlig opptatt av at bruken av nesesprøyen skaper «empowerment», som dreier seg om å gi folk kraft og motivasjon til å løse egne problemer.

Hva er nalokson?

– En motgift som reverserer effekten av en opiatoverdose. Den får pasienten til å puste igjen.

Hva er opiater?

– En type rusmiddel, som heroin og morfin.

Hva vil dere finne ut i prosjektet?

– Om kameratredning har effekt på overdosestatistikken.

Hvordan ser det ut så langt?

– Vi har ganske positive resultater. Tilbakemeldingene fra både rusbrukere og ansatte flere steder er gode. Ikke minst gir det en mestringsfølelse å få vite at man kan redde liv. Det er ganske kraftfullt, både for brukere og personell.

Hvem kan bruke slik spray?

– Alle som risikerer å være vitne til eller oppdage at noen har tatt overdose.

Inkludert familie?

– Ja.

Du er selv sykepleier?

– Ja, en form for. Jeg er utdannet i USA som «nurse practitioner», en veldig klinisk utdanning. Jeg har jobbet på poliklinikk for rusbrukere i Baltimore.

Er nalokson vanlig i USA?

– Noen steder. Det varierer fra stat til stat. Noen har 20 års erfaring.

Og nå har du kommet til Norge for å hjelpe?

– Hehe, nei, jeg kom på grunn av kjæresten. Han er norsk.

Hvordan mottas sprøyen av sykepleierne i felt?

– De ser det som en praktisk løsning. Jeg har hørt dem si: «Hvorfor ikke prøve?» Sprøyen er lett å bruke og så ser de jo hva det gjør med folk når de får vite at de kan redde kameraters liv.



Bør de ha med seg sprøyen hele tiden?

– Ja, det er best, for man vet aldri. Vi sier også at de må komme for påfyll hvis den er brukt, eller for å få ny hvis de har mistet den.

Hva synes myndighetene om prosjektet?

– Det er jo del av Helsedirektoratets nasjonale overdoseprosjekt. Vi vil rapportere om effekten. Dette er et treårig pilotprosjekt.

Er dette det eneste statsstøttede nesesprayprosjektet i verden?

– Ett av dem. Først ute var Skottland.

Hva skjer videre?

– Vi skal fortsette med opplæring og utdeling. Og vi fortsetter med å overvåke og evaluere prosjektet.

Er det forskjell på Bergen og Oslo?

– Strax-huset i Bergen, et dagsenter for rusavhengige, har vært ekstremt effektiv med å dele ut nalokson. Ledelsen har vært veldig støttende i prosjektet. Også Sykepleie på hjul i Oslo har vært veldig aktive.

Er det enkelt å lære opp folk til å bruke sprøyen?

– Det tar to timer å lære opp helsepersonell og sosialarbeidere. Så bruker de ti minutter på å lære opp rusbrukerne.

Noen ulemper med nalokson?

– Det kan oppstå abstinenssymptomer. Men det er jo bedre enn å dø. Og abstinensen er bare midlertidig. ●

marit.fonn@sykepleien.no



Hvem skal pleie oss om 20 år?

For lite folk. Skal vi unngå at eldreomsorgen bryter sammen i 2035 på grunn av personalmangel, må drastiske tiltak til. På de neste sidene finner du 6 grep som kan redde oss fra en varslet krise.

• Grafikk Hilde Rebård Evensen og Sissel Vetter/Colourbox





VELFERDS-
TEKNOLOGI. **20**



IMPORTERT
ARBEIDSKRAFT. **26**



NORSKUTDANNETE
SYKEPLEIERE? **30**



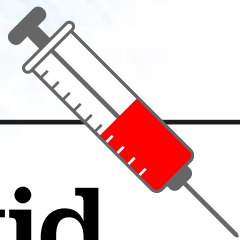
MENN. **33**



PÅRØRENDES
INNSATS. **36**



HELSEFAGARBEIDERE
OG UFAGLÆRTE. **44**



Fremtid. En varslet krise

Statistikerne har advart i flere år. Diskusjonene har gått. Vi vil garantert få høre om det i høstens valgkamp: Sykepleiermangelen innen eldreomsorgen som det jamres over i dag, er et lite vindpust sammenlignet med stormen som vil rase om 20 år.

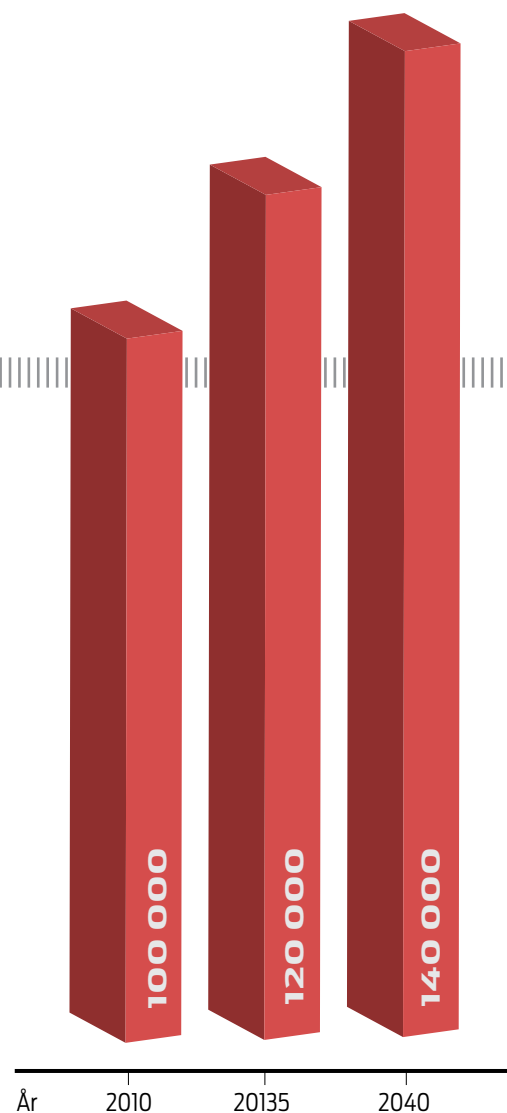
Tekst **Ellen Morland og Ingvald Bergsagel** • Grafikk **Hilde Rebård Evensen og Sissel Vetter/Colourbox**



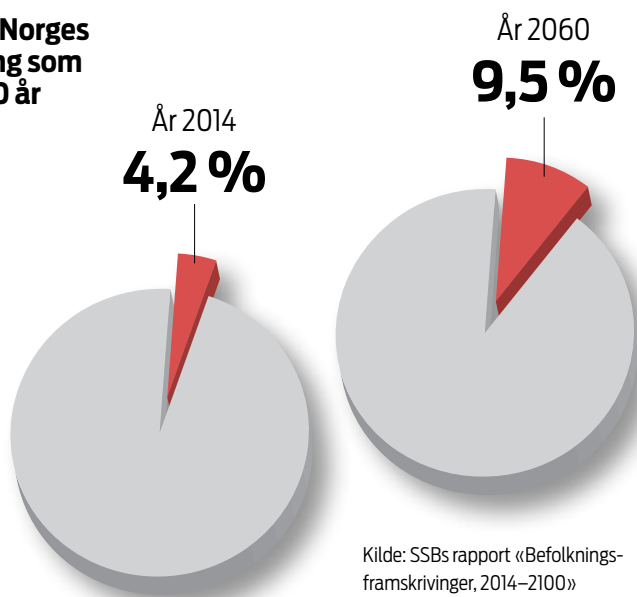
Grafene sier sitt. Krigsbarna har rundet 70. Mange er fremdeles spreke – perser i Birken, bestiger Kili-manjaro med venner og bygger ny platting på hytta. Men i 2035 har de blitt skrøpeligere og trenger mer helsetjenester. Da har eldrebølgen skyllet inn over helsetvesenet for alvor. Kommer vi ikke opp med

en drastisk god plan snart, vil vi mangle både hender og kompetanse til oppgavene som venter.

MULIGE LØSNINGER. På de følgende sidene kan du blant annet lese om ny velferdsteknologi (side 20) og import av arbeidskraft (side 26) – to faktorer som kan bidra til å minske



Andel av Norges befolkning som er over 80 år

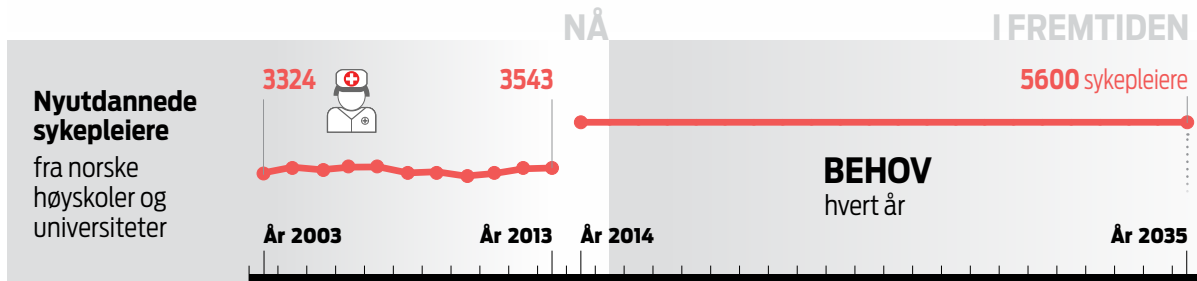


Kilde: SSBs rapport «Befolkningsframskrivinger, 2014–2100»

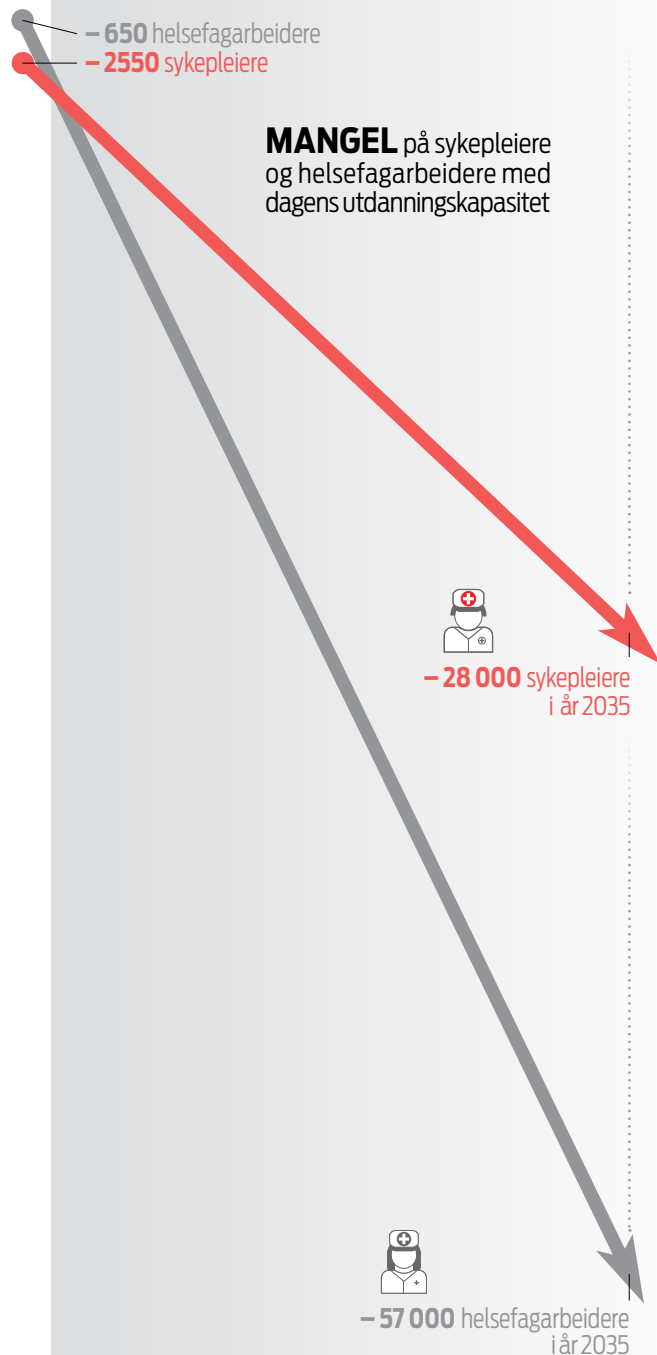
Behov for årsverk med omsorgsinnsats fra frivillige eller pårørende

Kilde: Estimer fra SSBs rapporter «Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035» og «Behovet for arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren fremover»

Utdanningskapasitet



Kilde: Database for statistikk om høyere utdanning og estimat fra SSBs rapport «Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035» under forenklete omstendigheter.



behovet for flere sykepleiere utdannet i Norge. Å utdanne betydelig flere i Norge (side 30), motivere flere menn til å bli sykepleiere (side 33) eller å la familien overta større deler av omsorgsansvaret (side 36) er andre, mulige scenarier. Uansett må oppgavene i eldreomsorgen trolig fordeles annerledes, sier forsker Pia Bing-Jonsson (side 44).

SPURTE SYKEPLEIERNE. Sykepleien har også laget sin egen spørreundersøkelse blant dagens sykepleiere om hvordan de selv tror fremtidens utfordringer bør løses. Her kom det blant annet frem at mange ikke kan tenke seg å bo på institusjonen de selv jobber på når de blir gamle. Et flertall tror kvaliteten på eldreomsorgen blir dårligere, men mange vil likevel anbefale sykepleieryrket til de unge (side 50). ● ellen.morland@sykepleien.no



Sykepleien APP og Sykepleien.no

Se mer:

Fakta på Sykepleiens app og på sykepleien.no

Kilde: NAVs bedriftsundersøkelse 2015 og framskrivinger i SSBs rapport «Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035» under forenklete omstendigheter.



Robotene kommer!

(Eller, vent litt ...?)

Er det robotene som skal overta for sykepleierne i fremtiden?

• Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers**



Robotene er her allerede, de, sier Sture Holmstrøm. Trønderen vet mer om roboter enn de aller fleste. Han er forskningssjef i Sintef, avdeling for anvendt kybernetikk, og styremedlem ved Robotnor, senter for avanserte roboter.

– Robotstøvsugere og robotgulvvaskere er tilgjengelig hos mange forhandlere og må kalles etablert teknologi, sier Holmstrøm.

Disse noe kjedelig utseende støvsugerne sammenfaller kanskje ikke helt med bildet mange får i hodet når det er snakk om at robotene – en gang om ikke så lenge – er klare til å rulle inn i eldreomsorgen.

HVA ER SÅ EN ROBOT? En robot ser for det første ikke alltid ut som en robot. Definisjonen er at det er en mekanisk eller virtuell og kunstig agent.

Sintef Helse sier det slik: En robot er kunstig skapt, har sensoregenskaper som gjør at den kan manipulere eller interagere med omgivelsene eller ting, den har innebygd automatisk styring, kan programmeres, har en eller flere akser, og kan utføre koordinerte bevegelser.

Når det blir for få menneskehender til å utføre oppgavene i eldreomsorgen, kan det være god hjelp i slike kunstige agenter. Spørsmålet er hvilke typer og hvilke oppgaver vi skal tørre å overlate til dem.

På helsefeltet er noen roboter mer aktuelle enn andre. I en rapport fra Teknologirådet ramses det opp flere mulige bruksområder:

- Husholdningsroboter for å løse spesifikke oppgaver i hjemmet, slik som støvsuging
- Robotter til personlig service og hygiene. Her kan forenkling av kroppsvasking eller toalettbesøk med innebygget spyling og tørking være aktuelt
- Robotproteser som gjør det mulig å skape erstatninger for tapte kroppsdeler. Her er intelligente roboter aktuelt
- Gjenopptreningsroboter som kan brukes til individuell trening og mosjon, samt til gjenopptrening etter operasjoner eller skader

INTELLIGENTE. Holmstrøm er helt klar på at robotene vi skal bruke i eldreomsorgen må være intelligente.

– Det forskes nå mye på for eksempel hjernebølger til styring av rullestoler.

– Hva er en intelligent robot?

– En intelligent robot påvirkes av omgivelsene,

«Jeg tror roboter har et begrenset virkeområde i eldreomsorgen.»

Øyvind Stavdahl, førsteamanuensis i teknisk kybernetikk

Fakta

Tekno-kroppen

- Kunstig hud. Dette kan en dag bli hud til roboter eller til helsemonitorering. Teknologien er basert på blant annet trykksensitivt display og sensorer.
- 3D-printing. Det forskes nå på bioprinting, printing av for eksempel hjerte, nyrer og andre vitale organer.
- Eksoskjelett. Dette er en slags robotdrakt til å kle på seg. Gjør at mennesker med for eksempel lammelser i beina kan gå.

den senser endringer og kan justere seg. En dum robot vil kræsje i vegg, det vil ikke en intelligent robot.

– Menneskene trenger ikke ta hensyn til en intelligent robot, fordi den tar hensyn til menneskene, sier han.

HUMANOIDE. Fra Japan kommer det stadig vekk meldinger om humanoide roboter – det vil si roboter som ser ut som mennesker.

I februar ble Robear, sykepleierroboten lansert. Med armer, bein og hode kan den minne om et menneske – med bjørneansikt. Sykepleierroboten er råsterk og kan løfte pasientene fra flere forskjellige posisjoner.

Japan er kjent for å være teknologivennlig. Landet har også et presserende



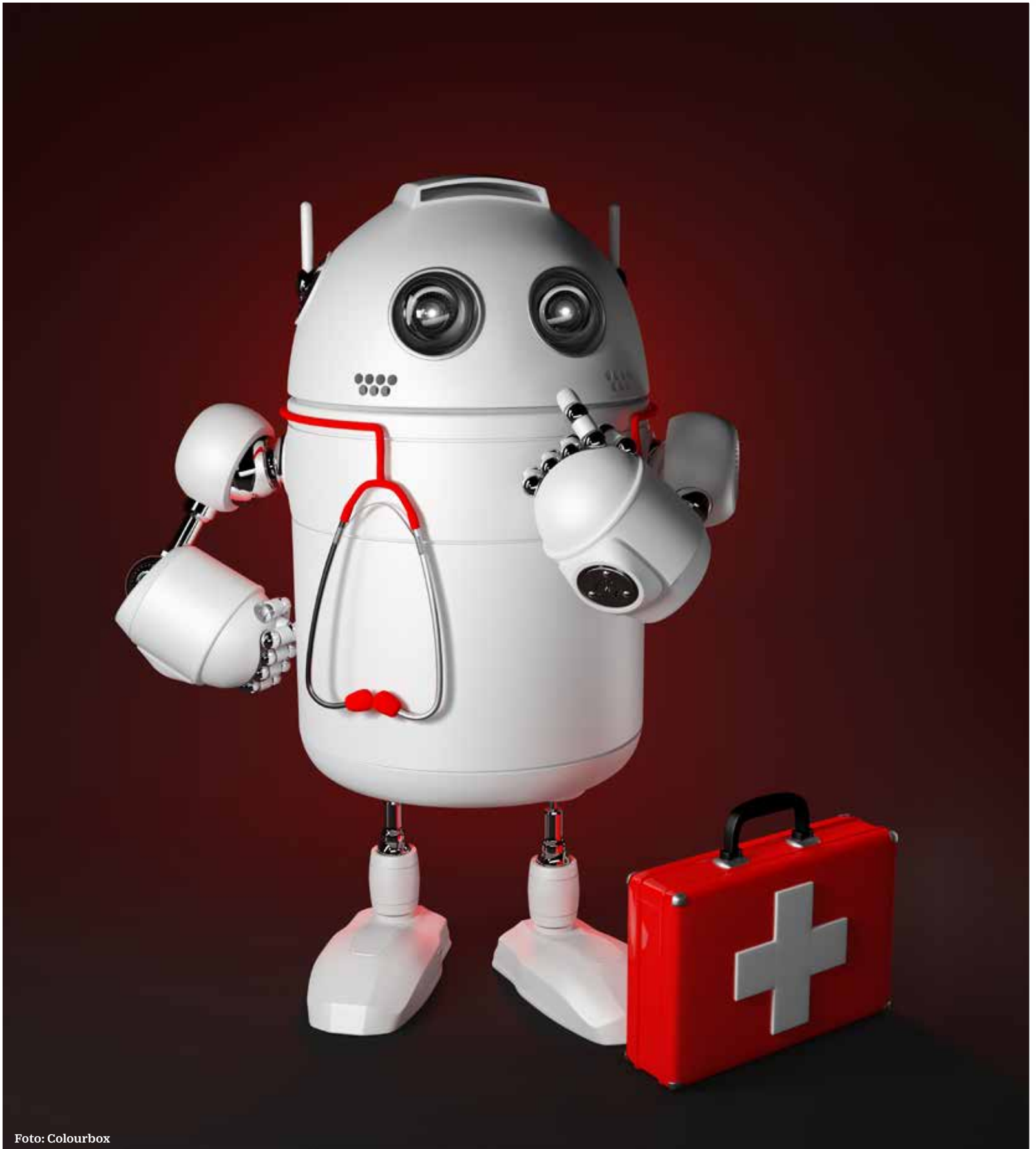


Foto: Colourbox



→ problem med en aldrende befolkning og for få nok hender til å pleie de eldre. Fra Norge har politikere og andre beslutningstakere valgfart til Japan for å se hvordan de gjør det der.

Dr. Toshiharu Mukai er hjernen bak sykepleierroboten.

Han har nylig sluttet i selskapet som utviklet og promoterte sykepleierroboten. Nå jobber han som forsker ved fakultet for vitenskap og teknologi ved Meijo University i byen Nagoya, Japans fjerde største by.

På e-post kan han fortelle at sykepleierroboten ikke brukes i eldreomsorgen i Japan i dag.

– Robear er en forskningsplattform og brukes ikke på sykehus.

På spørsmål om hvordan denne forskningsplattformen har blitt mottatt, svarer han at de eldre har likt den og at sykepleierne i utgangspunktet er positivt innstilt til sykepleierroboter:

– Sykepleierne i Japan vil ha noe som reduserer arbeidsbyrden. Men de har det veldig travelt og har ikke tid til å lære seg nye verktøy.

Han mener at japanere er åpne for humanoide roboter fordi animerte seriefikser har en fremtredende plass i kulturen.

OM 100 ÅR. Animasjonsserien Astro Boy er populær i Japan. Den startet som en mangaserie i

1952 og ble første gang vist på japansk tv på 1960-tallet. Hovedpersonen Astro er en robot som skal erstatte en avdød gutt.

– Vi er sterkt påvirket av av Astro Boy i Japan. Etter som en del av populærkulturen er basert på animasjoner, aksepterer vi at ting kan ha sitt eget liv.

– *Tror du humanoide roboter vil kunne gjøre sykepleierjobber i fremtiden, la oss si i 2035?*

– Om hundre år tror jeg slike roboter vil bli brukt i vårt samfunn. Men når de kommer, det vet jeg ikke, avslutter han.

LIVSKVALITET VIKTIGST. Øyvind Stavdahl er førsteamanuensis ved institutt for teknisk kybernetikk ved NTNU i Trondheim.

Han har i mange år jobbet med forskning på medisinsk teknologi, blant annet med styring av armproteser, og står nå midt oppe i et diabetesforskningsprosjekt.

– Hvis vi lykkes, vil vi ha teknologi som gjør at diabetikere ikke trenger å tenke på insulin eller sykdommen sin i det hele tatt, klar om fem til ti år. Dette er selvsagt med alle mulige forbehold, sier han.

Når han skuer inn i glasskulen og skal spå om hvilken teknologi som skal pleie våre eldre i 2035, mener han at vi skal være litt edruelige når det kommer til hva robotteknologi kan løse:



«Sykepleierne i Japan vil ha noe

som reduserer arbeidsbyrden.»

Dr. Toshiharu Mukai

Fakta

Hva er teknologi?

Teknologi (av gresk tekhné, håndverk, dyktighet, kunst, og logos, lære), læren om teknikk; i snever betydning læren om metoder og hjelpemidler som brukes for å omdanne råstoffer til ferdige produkter; kjemisk teknologi og mekanisk teknologi. Mer generelt kan teknologi defineres som anvendelse av vitenskap i løsningen av praktiske oppgaver, eller som anvendelse av vitenskap for å endre menneskets miljø og leveste.

Kilde: Caplex



VELFERDSTEKNOLOGI: I Sykepleiens undersøkelse (s. 50) har sykepleiere kommet med mange ønsker.

Ønsker: I spørreundersøkelsen «Hvem skal pleie oss i 2035» svarer en av tre sykepleiere at de har liten eller ingen tro på at teknologi skal kunne ta unna for dagens sykepleieroppgaver.

1769 sykepleiere svarte med egne ord hva de kunne ønske seg av teknologi, som de ikke har i dag. Mange ønsker seg GPS på pasienter med demens. En annen gjenganger er blæreskanner.

For en god del er det mer grunnleggende mangler de ønsker å ta tak i: Flere etterlyser et fungerende datasystem for rapportering/dokumentasjon/pasientinformasjon.

En av sykepleierne skriver at han eller hun helst ikke vil ha noe nye teknologi: «Skal vi gjøre en jobb,

må det være ved senga. Det er ved senga god sykepleie utøves.»

En annen ønsker seg rett og slett en steril pose. «Ønsker en steril pose som man kan legge i toalettet for å ta urinprøver. Jobber på en avdeling med demente og det er en utfordring å få tatt urinprøver. Det som ofte blir gjort er å legge en søppelpose i toalettet for å samle opp urin. Dette er jo ikke sterilt og vi får ofte svar på prøvene at de er forurenset. Det kan jo være en av årsakene. Kanskje ikke direkte teknologisk, men det hadde gjort det litt lettere», skriver denne sykepleieren.

En annen ønsker seg veldig kompresjonsstrømper på sprayboks. Det hadde spart både rygg og tid.

Ellers er dette på ønskelisten hos mange:

- Trådløst nett
- Ipad/mobil
- Heiser/forflytningsløsninger
- Sensorer for å overvåke eldre
- Toaletter som vasker, tørker, tar urinprøver
- Bedre nøkkelsystem

Les mer om hva som står på ønskelista for sykepleierne på www.sykepleien.no

• Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers**



SÅNN? Den japanske sykepleierroboten Robear kan ta de tunge løftene. Foto: Riken



→ – Mange snakker om at robotene vil komme og pleie oss. Jeg tror roboter har et begrenset virkeområde i eldreomsorgen. Vi kan se konturene av hva de kan brukes til allerede i dag, sier han:

– Portør oppgaver gjøres allerede i dag av roboter.

Fakta



Hva er en sensor?

En sensor er en enhet som kan konvertere en fysisk eller kjemisk størrelse til signaler som kan leses av en bruker eller et instrument. Innen medisin benyttes ofte sensorer til å måle fysiologiske parametere som blodtrykk, EKG og lignende.

Kilde: SINTEF Helse

Avanserte rullestoler og proteser vil vi se mer av.

MER MOBILE. – Roboter kan hente og bringe. Om du ikke kommer deg inn på badet for å pusse tennene, så kan vi tenke oss at en robot kan hente tannbørsten til deg. Roboter vil gjøre eldre pleietrengende mer mobile, sier han.

– De arbeidstidene som slik teknologi sparer inn, er det viktig at går tilbake til omsorg, aktivisering, menneskelig nærhet og fellesskap, sier førsteamanuensis i teknisk kybernetikk.

Han er noe skeptisk til sosiale roboter som for eksempel den japanske robotselen Paro, som ser ut som en liten sel som blunker, vrir seg og lager koselyder.

– Jeg synes det blir litt innhult. Jeg tror veldig på at sykepleiere og andre som jobber med eldreomsorg skal bruke den sparte tiden på å heve livskvaliteten for de eldre.

– Det er ikke noe mål å leve lengre, for en hver

«Torill! Gå og legg deg!» Stemmestyrtd sensor ved Innovatoriet

pris. Jeg håper vi kommer dit at vi satser på teknologi som gjør at vi lever bedre, ikke nødvendigvis lengre, sier Stavdahl.

VELFERDSTEKNOLOGI. Kanskje skal vi ikke vente altfor utålmodig på at en smart og hensynsfull robot med nesten ekte smil skal komme og stryke oss over kinnet på våre eldre dager.

Mer nærliggende er det kanskje å tenke seg at noen av stolene, sengene eller de sølefreie koppene som er utstilt i Innovatoriet på Campus Vestfold ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold vil komme til å frigjøre tid i fremtiden.

– Velferdsteknologi er et ullent begrep, sier



ELLER SÅNN? Torill Lønningdal og Birgitte Holmene ved Innovatoriet i Vestfold har tro på praktiske løsninger med god design i fremtiden. Foto: Ann-Kristin B. Helmers

Fakta



Hva er velferdsteknologi?

Helseteknologi, helse-it, e-helse, smarthelse, smarthus, mobile pasienter, velferdsteknologi... Kjært barn har mange navn. Velferdsteknologi er et felles begrep for tekniske løsninger og produkter som har til hensikt å understøtte og forsterke brukernes trygghet og sikkerhet og gi mulighet for aktiv deltagelse i samfunnet. Teknologien skal muliggjøre økt selvstendighet, medbestemmelse, livskvalitet og komfort.

Kilde: norskteknologi.no



HUD MOT HUD: Hånden som styrker deg over kinnet skal ikke være en robotarm. Men den som holder tannbørsten din kan være det, mener Øyvind Stavdahl, førsteamanuensis ved institutt for teknisk kybernetikk ved NTNU i Trondheim. Foto: Ronny Manuel Danielsen

Torill Lønningdal og Birgitte Holmene.

De jobber ved Innovatoriet, og viser rundt i det 350 kvadratmeter store utstillingslokalet for det nyeste nye innen velferdsteknologi.

Her er det mange praktiske løsninger:

Et vaskbart tastatur, en drakt med innebygde sensorer som kan roe ned spasmer, en vanlig kjøkenstol med fleksibelt sete som gjør det enklere å flytte seg inntil et bord, en stol som gir det lille dyttet man kan behøve for å komme seg opp og ned med dårlig rygg, en seng som også er en stol – og en stående madrass, en annen seng som senker seg ned til gulvet, for å nevne noe.

– Mange blir skeptiske når de hører begrepet velferdsteknologi. Skal dingser og kald teknologi overta for de varme hendene, sier Birgitte Holmene.

Hun er selv sykepleier, og mener det er på tide å vri begrepet over til å handle om de smarte løsningene som gjør hverdagen enklere. Både for dem som skal yte apleie, og de som trenger pleie.

En utfordring i årene fremover er å få ned sykefraværet, mener de. Enkelte steder er det oppe i 15 prosent. Lønningdal og Holmene mener derfor man bør satse på smarte løsninger som kan avlaste sykepleiere og andre som yter pleie og omsorg og som tar tunge løft og har ugunstige arbeidsstillinger.

De deltar på mange messer rundt om i Europa, på jakt etter de nyeste – og smarteste løsningene.

STILIGERE. Når de ser fremover mot 2035, er det tre hovedområder de har mest tro på:

- Egenmonitorering av helse
- Wearables (klær, klokker, smykker og liknende, som kontinuerlig måler og registrerer forskjellige kroppslige signaler)
- Hjelpemidler til daglige oppgaver, som å spise og å stå opp.

De spår videre at fremtidens hjelpemidler vil se ut mindre som akkurat dét.

– Jeg tror ikke vår generasjon vil akseptere at hjemmet ser ut som en hjelpemiddelsentral. Design vil bli viktigere.

– Hva så med gps og sensorer som kan passe på oss?

– Jeg er skeptisk til det store fokuset på gps og sensorer. Det er viktig å ha et bredere perspektiv, sier Birgitte Holmene.

Torill Lønningdal reiser seg og går gjennom det som er rigget opp som en soveromsdør i utstillingen.

«Torill! Gå og legg deg!» skjærer en høy og myndig stemme gjennom rommet.

Da hun ikke adlyder, gjentar den flere ganger: «Torill! Gå og legg deg!»

Birgitte Holmene nikker mot døren og den strenge stemmen:

– Skjønner du? Sånn kan ikke jeg ha det i mitt hjem når jeg blir gammel. ●

aknbh@sykepleien.no



Annonse

Nasjonalforeningen
for folkehelsen



Har du kontakt med noen som har hjerte- og karsykdommer?

Hjertelinjen har tid til å lytte og svare på spørsmål om å leve med
hjertesykdom.

23 12 00 50

HJERTELINJEN

Nasjonalforeningen
for folkehelsen



Har du kontakt med noen som trenger å snakke om demenssykdom?

På Demenslinjen har vi tid til å lytte og snakke om
hverdagen med demens.

23 12 00 40

DEMENS LINJEN



Sykepleierimport. Vida, Gunta og Violeta pleier numedølene

Nore og Uvdal kommune har redusert sykepleiermangelen ved å gi seks baltere fast jobb og spesialtilpasset turnus.

Tekst **Ellen Morland** • Foto **Erik M. Sundt**



Kommunesenteret Rødberg i Nore og Uvdal kommune har verken sykehus, høyskoler eller et interessant uteliv. Men her er det flotte fjell i nærheten, villrein, mye trær, Numedalslågen med fisk og rike turmuligheter.

Lokkemidler må til for å få folk til å slå seg ned her, og kommuner som dette er på en måte et skritt nærmere 2035-scenariot enn mer tettbygde strøk: Her er det en høy andel eldre blant innbyggerne. Ungdommen velger noe annet å jobbe med enn pleie og omsorg. Dessuten flytter de gjerne fra hjemkommunen uansett yrkesvalg.

INNFLYTTERE ØNSKES. Selve hovedkvarteret for Nore og Uvdals helsevesen er Bergtun omsorgssenter i Rødberg. Tettstedet har 498 innbyggere, og var en gang endestasjonen til Numedalsbanen.

– Ikke blunk når du kommer hit, da, for da går du glipp av det, spøker Tonje Austheim når hun beskriver veien.

Austheim er hovedtillitsvalgt for Norsk Sykepleierforbund i Nore og Uvdal kommune. Selv flyttet hun til stedet for to år siden og fikk lett jobb på omsorgssenteret.

– De sto jo med åpne armer og visste ikke hva godt de kunne gjøre for meg.

MIDT MELLOM ALT. Bergtun omsorgssenter ligger litt oppi lia fra hovedveien som går

gjennom Rødberg. Det rommer et sykehjem, omsorgsboliger, et servicesenter med dagsenter og er base for hjemmetjenesten.

Her oppe i dalen har det vært et strev å få fylt opp sykepleierstillingene. Fra Kongsberg, der det er sykehus, tar det én og en halv time å kjøre. Hadde vi fortsatt videre oppover Numedal, hadde vi kommet til Geilo. Disse stedene lokker mer enn Rødberg, som nok blir for stille for mange, mener Austheim.

– Dette ligger liksom midt mellom alt.

På Bergtun har også Lis Berit Nerli kontor, fagsjef for helse og omsorgstjenester i kommunen. Hun sitter konstant med bemanningskabalen i fanget. Kommunen er avhengig av vikarbyrå for å sikre en faglig forsvarlig tjeneste.

– Enkelte av innbyggerne er nok skeptiske til personer med fremmedspråk, noe som er forståelig, mener fagsjefen.

– Men har du først fått en herfra som venn, har du en venn for livet!

Nettopp dette ser ut til å ha kommet Vida Naujokaityta, Violeta Ratkeviciene og Gunta Taurina til gode.

– Alle er så snille. Norske mennesker er veldig tålmodige. De gjentar og gjentar, siden jeg mange ganger må spørre om det samme igjen og igjen, forteller Violeta på norsk, men med tydelig øst-europeisk aksent.

KOM MED VIKARBYRÅET.

De tre er fra Baltikum; Vida og Gunta fra Litauen, som for tiden er i hjemlandet.

Det er Gunta som skal på kveldsvakt. Vida og Violeta har jobbet natt, og kommer innom etter å ha sovet.

De kom alle til Norge via Orange vikarbyrå. Byrået rekrutterte og ga sykepleierne tre måneders norskkurs i hjemlandet. Da de hadde bestått språktesten, ble de sendt til landet i nord.

Noen av dem har vært i andre kommuner før de kom som vikarer til Bergtun. Her var arbeidsgiveren så fornøyd, at de ble tilbudt fast

Fakta

Bergtun omsorgssenter, Rødberg

Nybygget fra 2005 huser Fagavdeling pleie, rehabilitering og omsorg i Nore og Uvdal kommune. Her fins blant annet sykehjem, rehabiliteringsavdeling, omsorgsboliger, hjemmetjeneste og servicesenter. Har 18 sykepleierstillinger samlet i en sykepleieturnus/sykepleiepool.



Natur: Vida Naujokaitytė, Gunta Taurina og Violeta Ratkeviciene går turer og trener på fritiden. Ski? Nei!

ansettelse. Nå er det altså seks fast ansatte fra Litauen og Latvia på Bergtun.

Jobbene omfatter vakter på sykehjemmet, i omsorgsboligene og i hjemmetjenesten.

Alle har lang erfaring som sykepleiere i sine hjemland. Språket har vært største hinder i møtet de de eldre. Her i Numedal går det ganske greit, men noen har dialektuttrykk det kan være vanskelig å tolke.

Violeta viser frem den velbrukte ordboken.

– En av beboerne ba datteren sin om å lage en liste til meg med dialektuttrykk, så jeg skulle forstå bedre. Det var så hyggelig gjort!

Men første stedet hun var, gikk det ikke like lett. Vikarbyrået sendte henne til Haugesund.

– Det var en veldig vanskelig dialekt å forstå. Jeg gråt!

ULIKT HJEMLANDET. Gunta hadde sin ilddåp i

norsk arbeidsliv i Ørsta for cirka to år siden. Heller ikke enkelt når norskkurset var på bokmål.

I Latvia jobbet hun på akuttmottak som legeassistent, så hun synes det er litt vanskelig å sammenlikne sykehjemsjobbing i Latvia og Nume-

«De har så mye omsorg i seg.»

Tonje Austheim, hovedtillitsvalgt

dal. Det er sykehjem både i Latvia og Litauen, forteller de, men det er organisert litt annerledes, og de pårørende må bidra mer enn på norske sykehjem.

Vida har jobbet lengst på Bergtun, fra 2012. Hun har en datter på 15 år som nå er på besøk hos mor.

Bare én av balterne har tatt med hele familien til Rødberg. Resten pendler.

– Er det ikke vanskelig å være borte fra familien?

– Vida mener det går greit siden de får reist hjem ofte. De andre sier seg enig.

SPESIALTURNUS. Bergtun har lagt opp en egen turnus for balterne. De får samlet 10–14 fridager i hver seksukerturnus.

– Vi gjør dette for å holde på dem, forteller Lis Berit Nerli.

Sjefen og tillitsvalgt får ikke fullrost de baltiske sykepleierne nok.

– Vi har vært så heldige! De er virkelig dyktige, og de har veldig høy arbeidsmoral. De sier aldri nei, sier Nerli.

– Og de har så mye omsorg i seg, supplerer Tonje Austheim, og fortsetter:

– Det er klart det var kulturforskjeller





→ i begynnelsen. De var ikke vant til at man snakket så mye med pasientene og de pårørende. Det var det ikke tid til der de jobbet før.

– Vi var vant til å løpe hele tiden, forteller Violeta.

Så da de kom på første norske vakt, sto de lik-som på startstreken.

– De måtte lære å roe ned og ta seg tid til å snakke med pasienter og pårørende. Ta seg tid til omsorgsbiten, sier Nerli.

Det har vært litt ymse som har kommet via vikarbyråene. Noen har vært for dårlig i norsk og blitt sendt på dør etter opplæringsperioden. Det er særlig om sommeren det kommer vikarer som ikke er like dyktige som de som har fått jobb på Bergtun.

LAV STATUS. Arbeidsforholdene er hovedårsaken til at de tre ønsket seg bort fra hjemlandene. Det var langt flere pasienter på hver sykepleier.

«Her kom jeg og skulle kalle legen for Ingunn!»

Violeta Ratkeviciene

Statusen til sykepleiere er også mye lavere enn her, forteller de tre.

– Forholdet til legen er helt annerledes. Her kom jeg og skulle kalle legen for Ingunn! I Litauen må legen tiltales «doktor». Når han ringte, var det bare å slippe alt man hadde i hendene og løpe til, forteller Violeta.

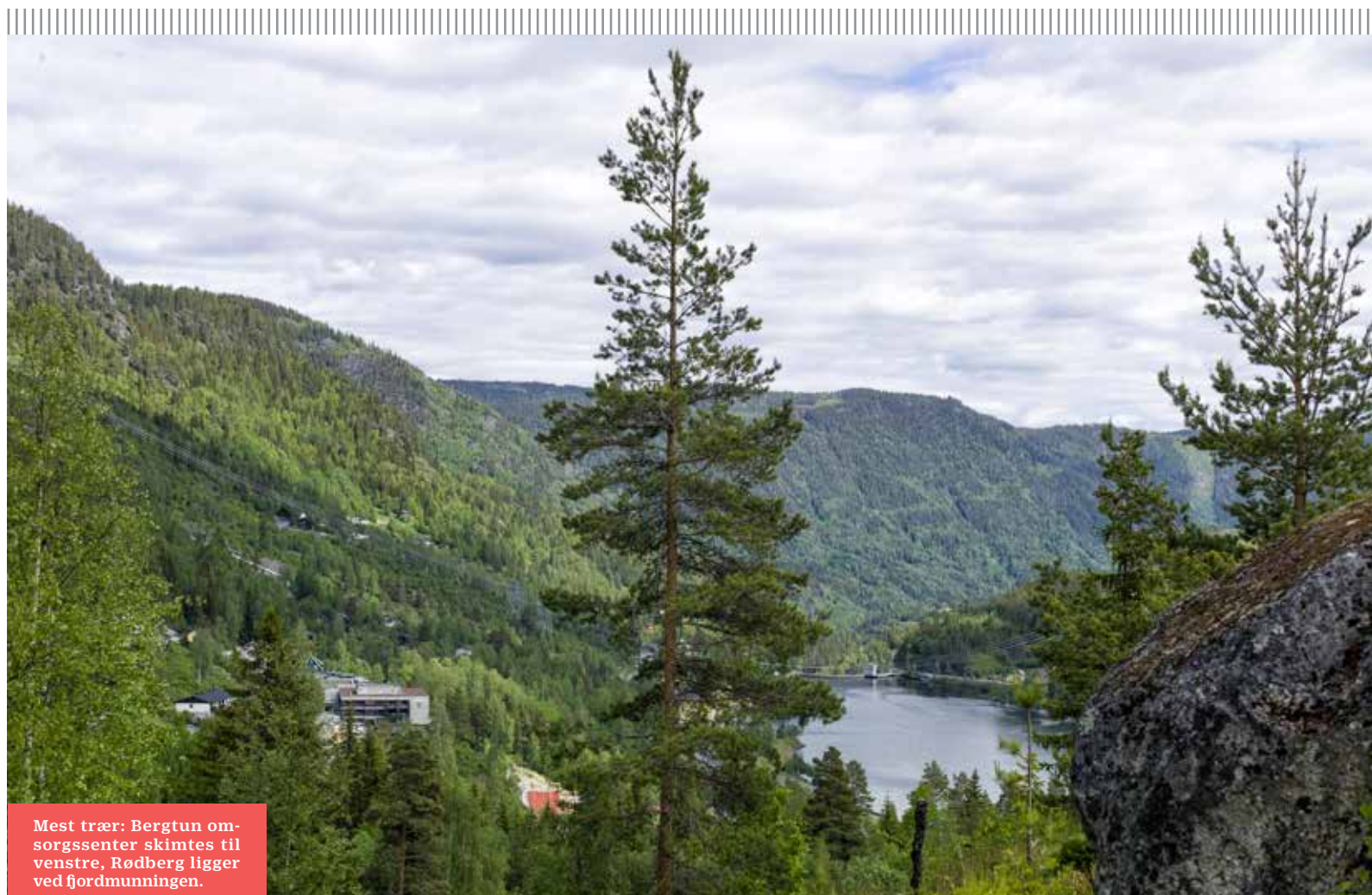
– De pårørende spurte alltid etter legen. Vi sykepleiere var ikke noe å regne med. Her i Norge er det sykepleieren de pårørende vil snakke med, for de vet det er vi som er mest sammen med pasienten, sier Gunta.

Fakta

Sykepleiere fra Baltikum

I 2014 fikk 170 sykepleiere fra de baltiske landene Estland (27), Litauen (89) og Latvia (54) autorisasjon som sykepleier i Norge. Landene er EU-medlemmer, og søknadene om autorisasjon fra sykepleiere herfra blir behandlet etter EU's yrkeskvalifikasjonsdirektiv. Sykepleier er et harmonisert yrke etter dette regelverket, noe som betyr at utdanningen skal være tilnærmet lik i hele EU/EØS. Gjennomført utdanning gir grunnlag for autorisasjon ved hjelp av å fremvise gyldig identifikasjon og diplom på fullførte studier i alle EU/EØS-land, samt CCPS.

– Det ser heller ikke ut til at myndighetene er interessert i å forandre på arbeidsforholdene. Politikerne bryr seg ikke, mener Vida.



Mest trær: Bergtun omsorgssenter skimtes til venstre, Rødberg ligger ved fjordmunningen.

Lokketurnus og lokkelønn. Spesieltturnus for balterne er bare ett av tiltakene for å rekruttere og holde på folk. Det er også en alternativ turnus for de andre sykepleierne, med jobb hver fjerde helg og 12,5-timers helgevakter. Dette har de fått godkjent av Sykepleierforbundet, påpeker Nerli. Sykepleiere som ansettes går rett inn i lønn tilsvarende ti års ansiennitet.

Nerli er opptatt av at arbeidsmiljøet skal bli best mulig. Gjennom Prosjekt nærvær og Prosjekt overtid har omsorgssenteret fått en ekstra vakt for å dekke opp for fravær og to flytstillinger for redusere overtid. Disse skal steppe inn der det er behov. Det er om sommeren flytstillingene har vært i bruk, men Nerli håper dette kan bli en permanent ordning. Til tross for tiltakene, er hun bekymret for fremtiden. Hun ramser opp utfordringene hun som leder står overfor:

«Å være leder her er en kunst. Jeg må se på mange alternativer for å klare de utfordringene som kommer.»

Lis Berit Nerli, fagsjef

– 19,5 prosent av befolkningen her er over 67 år. I tillegg har vi et økt pleiebehov for gruppen 0–67 år. Det er flere barn med spesielle behov og unge voksne med kreftsykdommer. Vi har personer med hjemmedialyse. De som skrives ut av sykehus, er dårligere enn før. Og noen ønsker å avslutte livet i hjemmet i stedet for på institusjon.

Nerli konkluderer med at alt dette skaper store

behov for sykepleie, og behovet vil bare øke i fremtiden. Hun fortsetter:

– Fra 1.1.2016 er kommunen pålagt å ha en akutt døgnenhet, og det er allerede opprettet en seng på Bergtun. På grunn av kommunens store utstrekning, går det mye tid til kjøring, hele to stillinger, hvis man regner sammen tiden det tar å nå pasienter i alle ender av dalen pluss hyttefolket.

– Å være leder her er en kunst. Jeg må se på mange alternativer for å klare de utfordringene som kommer, sukker hun.

Men de seks balterne har heldigvis ingen planer om å slutte.

Bergtun har 18 sykepleierstillinger og mangler nå bare å bemanne en 70-prosentstilling. Men sykepleierdekningen er for lav. Nerli planlegger å få andelen opp ved å gjøre om noen hjelpepleierstillinger neste år. ● ellen.morland@sykepleien.no



IMPORTERT ARBEIDSKRAFT: Allerede nå jobber ca. 10 000 utenlandske sykepleiere i Norge. Kan vi satse på enda flere?

BAKGRUNN. I fjor ga Statens Autorisasjonskontor 5827 personer autorisasjon som sykepleier i Norge. Rundt 1/3 av disse hadde sin utdanning fra andre land, i hovedsak nordiske. Kun 44 hadde sin utdanning fra land utenfor EU/EØS.

Hvor mange årsverk som totalt utføres av utenlandske arbeidstakere innen norsk eldreomsorg, er ikke enkelt å fastslå presist. Ifølge SSB var det i 2013 i underkant av 10 000 «innvandrede og ikkebosatte sykepleiere, helsesøstre og jordmødre syselsatt i helse- og sosialtjenester» her i landet.

Samtidig blir mange sykepleiere som emigrerer til Norge fra land utenfor EU, autorisert som helsefagarbeidere, mens veien til sykepleierstatus er lenger. Andelen innvandrere som jobber som helsefagarbeidere øker da også hurtigere enn andelen autoriserte sykepleiere.

Innvandrere utgjør også en betydelig del av den ufaglærte arbeidskraften innen eldreomsorg, og en del i denne gruppen sliter med å få tatt videreutdanning grunnet språklige utfordringer.

Rike lands import av sykepleiere, spesielt til eldreomsorgen, går dessuten fort på bekostning av

fattige land, der mangelen på kvalifisert helsepersonell kan være langt mer prekær.

Økt arbeidsinnvandring kan dessuten utgjøre en trussel mot opparbeidete rettigheter og øke faren for såkalt sosial dumping i helsetjenesten.

I en undersøkelse NRK utførte i samarbeid med NSF denne vinteren, svarte 90 prosent av de spurte sykepleierne at de hadde opplevd språkproblemer i helsevesenet.

KOMMENTAR. – For det første mener vi det er etisk galt å tappe land som allerede har sykepleiermangel, for arbeidskraft, sier leder i Rådet for sykepleietikk Berit Daae Hustad

– Dette skader landene de kommer fra, der de kan ha langt dårligere bemanning.

– Vi har også utfordringer helsevesenet støter på når det blir så mange som kommer fra helt andre kulturer på kort tid. De trenger å integreres, ikke bare i samfunnet, men også i norsk helsevesen.



Hustad påpeker at importert arbeidskraft også kan medføre store språkutfordringer.

– Vi har mange eldre som både hører og ser dårlig, og som derfor har vanskelig å forstå utenlandske pleiere. Det går også andre veien, ved at pleierne kan slite med å forstå brukerne.

– Et viktig aspekt ved rekruttering og utnyttelse av personellressurser, er knyttet til WHO's kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell, som Norge har forpliktet seg til å etterfølge, påpeker Arnfinn Sundsfjord fra Universitetet i Tromsø og Nasjonal fagstrategisk enhet for helse- og sosialfagutdanning.

– Koden fraråder aktiv rekruttering av helsepersonell fra utviklingsland som erfarer kritisk mangel på helsepersonell, og pålegger medlemslandene å sørge for effektiv planlegging, utdanning og opplæring av helsepersonell samt utvikling av strategier for å beholde dem, slik at behovet for utenlandsk rekruttering reduseres.

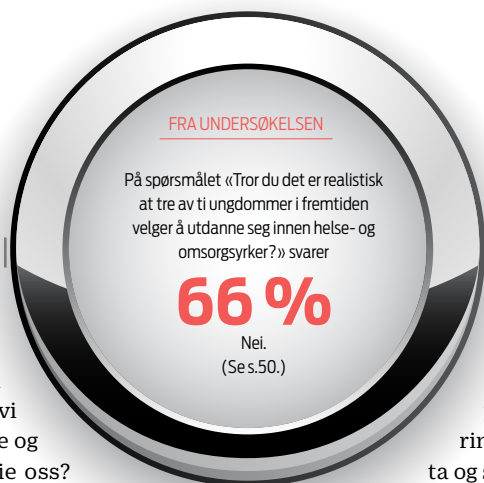
● Tekst **Ingvald Bergsagel**



Skoleelever. Vil bli advokater, ikke sykepleiere

Vi ba 73 ungdommer ønske seg fem yrker hver. Kun to av dem vurderer sykepleier og én vil bli helsefagarbeider.

Tekst Eivor Hofstad • Foto Erik M. Sundt



Hvordan skal det gå med oss når vi blir gamle og

dagens unge skal pleie oss?

Hva skjer når vi varmer GPS-en i mikroen, synger med når telefonen ringer og tror medisindosetten er et artig brettspill? Blir vi satt ut i sykehjemskøen for å dø?

Skal vi tro vår lille uhøytidelige meningsmåling blant høstens tiendeklassinger på Nordby-tun ungdomsskole i Ås kommune, ser det nemlig dårlig ut med bemanningen på fremtidens sykehjem.

En mager trøst er at vi antakelig får god hjelp til å saksøke staten for manglende pleietjenester: Jurist/advokat er yrket som får flest stemmer.

KLARER IKKE BLOD. – Jeg liker å hjelpe andre, men ikke på den måten sykepleiere gjør, sier Tony Skovli, en av 15-åringene i undersøkelsen.

Han vil heller bli advokat.

– Jeg blir så provosert når jeg ser på nyhetene om folk som raner butikker og voldtar. Så jeg har veldig lyst å jobbe med loven og håndheve den.

– Hva liker du ikke ved sykepleieryrket?

– Å se til at folk har det bra 24/7. Å være på

vakt hele døgnet og kunne bli plutselig oppringt midt på natta og stille opp for eksempel til en operasjon eller liknende, sier den kommende advokaten.

De andre ungdommene vi treffer fra samme skole rynker også på nesen med tanke på en fremtidig sykepleierkarriere:

Marthe Værdal synes det blir for mye ansvar og er ikke noe glad i sprøyter, mens Sebastian Aukrust Larsen ikke klarer blod.

– Jeg klarer ikke å se blod, jeg klarer ikke å tenke på blod. Så sykepleieryrket går fort ut, konstaterer han.

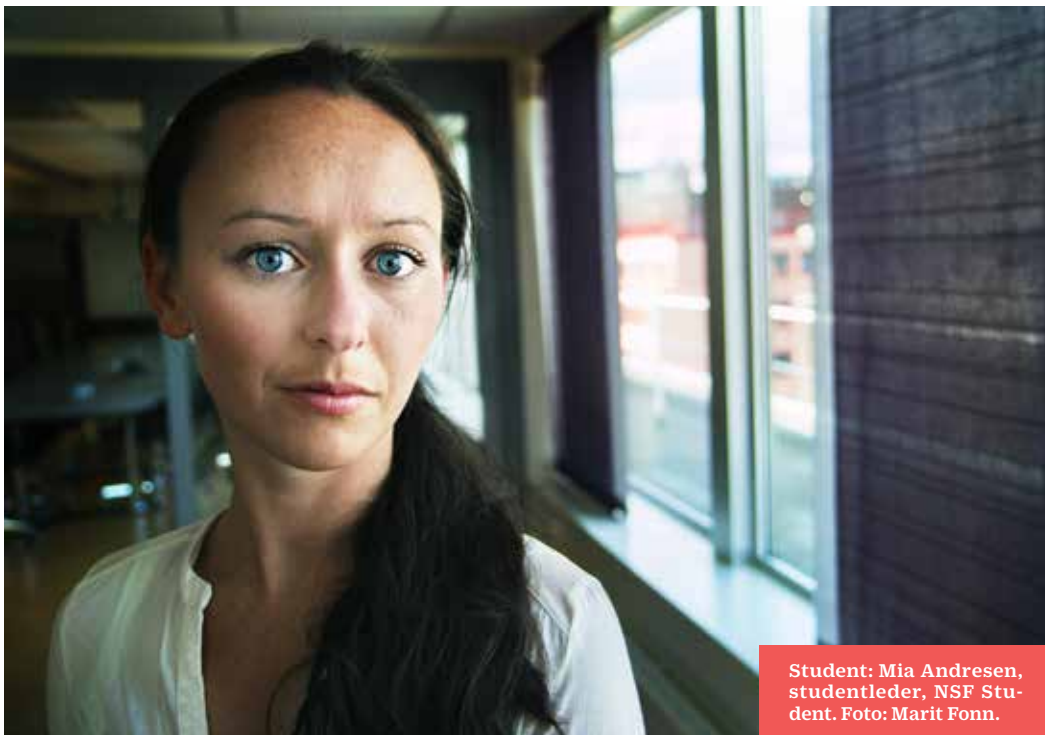


«Det virker ikke så fristende å bli sykepleier.»

Martin Aktmyr







Student: Mia Andresen, studentleder, NSF Student. Foto: Marit Fonn.

Fakta

Undersøkelsen

- I juni svarte fire niendeklasser ved Nordbytn ungdomsskole i Ås på en papirundersøkelse, totalt 73 stykker.
- Elevene var anonyme, men måtte krysse av for kjønn og skrive opp de fem yrkene de aller helst ønsket seg som voksne, i prioritert rekkefølge.
- De fikk en tipsliste med ulike yrker, hvor både sykepleier og helsefagarbeider var blant forslagene.
- De fikk ikke vite at Sykepleien stod bak undersøkelsen, før etterpå.
- 33 gutter og 40 jenter svarte. Tre av disse krysset av på begge kjønn, to av dem er ført som gutter og en av dem er ført som jente i opptellingen.
- Cirka fire av elevene var delvis usikre på sine yrkesvalg. Disse er tatt med likevel, siden noen av de fem yrkesvalgene deres godt kan være alvorlig ment.

→ De vil heller bli henholdsvis barnepsykolog og dataingeniør.

– Jeg har lyst å hjelpe barn med problemer de ikke kan løse selv. Det viktigste med en jobb er at det er noe du skal gjøre hver dag i store deler av ditt liv, og da må det være noe du er veldig glad i, sier Værdal.

LITE FRISTENDE. – Det virker ikke så fristende å bli sykepleier, innrømmer Martin Aktmyr.

Han har bestemt seg for å bli tannlege, selv om både mor og mormor er sykepleiere, noe de ble etter å ha lest til tannlege.

– Hvis du spør ungdommer, er det ikke mange som sier at de vil bli sykepleiere. Når jeg tenker på sykepleiere, så tenker jeg at de vasker eldre mennesker. Men de gjør sikkert mye mer enn det, som er bedre.

– Men hvem skal vaske de eldre hvis ingen vil jobbe med det?

– Nei, det var det da. Det går ofte litt opp og ned med hva folk vil jobbe som. Så jeg tror ikke det er så veldig stort problem at vi ikke får så mange sykepleiere nå. Jeg tror det vil endre seg etter hvert. Noen må selvfølgelig være sykepleiere også. Vi kan ikke ha en by uten politi og brannmenn. Vi må jo ha alle yrker.

SKUMMELT. Maria Karlsen og Mathea

Nicolaisen synes begge det virker skummelt å måtte fikse syke mennesker. Mathea er redd for blod og tror heller det vil passe med en karriere som artist/musiker/skuespiller, siden det er dette hun gjør best og man kan stå friere til å bestemme over arbeidstiden sin.

Maria vil helst jobbe som barnevernspedagog. – Sykepleier virker gøy, men jeg er ikke så veldig flink til å passe på og ordne og sånt. Jeg

«Jeg visste ikke selv før jeg var godt voksen at man kan ta master og doktorgrad innen sykepleie og at det er et universitetsfag.»

Mia Andresen

kan heller tenke meg å jobbe med barns psykiske enn fysiske helse, sier Maria.

TOPPVALGENE. Da vi ba 15-åringene, 73 iallet, om å rangere fem yrker de ønsket seg mest, var det altså jurist/advokat som gikk av med seieren med 23 stemmer.

På de etterfølgende plassene, i synkende popularitet, kommer ingeniør og politi. Militær og fotograf har delt fjerdeplass og arkitekt seiler inn på femte tett etterfulgt av skuespiller. Toppidrettsutøver kommer etter det, og er i tillegg det yrket som har flest første- og andrevalg etter jurist/advokat.

FLERE HJEMMEVÆRENDE ENN SYKEPLEIERE. Langt nede på listen finner vi at kun to jenter ønsker seg sykepleier, begge har yrket som sitt tredjevalg. Faktisk er det dobbelt så mange som heller kan tenke seg å være hjemmевærende enn å være sykepleier. To jenter og to gutter har skrevet opp hjemmевærende på ønskelisten sin.

Ei jente har ønsket seg helsefagarbeider som førstevalg, mens en gutt har paramedic som tredjevalg. Lege er med på lista, men ingen ønsker det som førstevalg.

NASJONAL TREND? Tallene vi fant på Nordbytn ungdomsskole ser ut til å føye seg inn i en trend som også ses nasjonalt. Færre ønsker sykepleieryrket i 2013 enn i 2009, ifølge spørreundersøkelsen til den statlige nettsiden Ut-danning.no, utført av Opinion/Perduco.

I 2009 ba de 1000 ungdommer mellom 15-25 år krysse av på en begrenset

Fakta

Dette ville de bli:

23: Jurist/advokat (13 jenter/10 gutter. 7 førstevalg, 6 andrevalg)	jenter. 7 førstevalg, 3 andrevalg)	6: Forsker (4 gutter/2 jenter)	4: Lærer (3 jenter/1 gutt)	2: Tannlege (1 gutt/1 jente)
18: Ingeniør (13 gutter/5 jenter. 4 førstevalg, 6 andrevalg)	9: Pilot (kun gutter)	6: Brannmann (5 gutter/1 jente)	3: Interiørarkitekt (kun jenter)	2: Sykepleier (jenter. Begge hadde det som tredjevalg)
17: Politi (10 jenter/7 gutter. 4 førstevalg, 3 andrevalg)	9: Barnevernspedagog/førskolelærer (kun jenter)	6: Elektriker (kun gutter)	3: Journalist (kun jenter)	2: Kreativ i reklamebyrå (jenter)
15: Fotograf (13 jenter/2 gutter. 3 førstevalg, 3 andrevalg)	8: Psykolog (kun jenter)	5: Treningsinstruktør , hvorav to personlige trenere (3 jenter/2 gutter)	3: Grafisk designer (2 gutter/1 jente)	2: Regissør innen teater/film (1 gutt/1 jente)
15: Militær (13 gutter/2 jenter. 1 førstevalg, 3 andrevalg)	8: Veterinær (7 jenter/1 gutt)	5: IT-spesialist/konsulent (4 gutter/1 jente)	3: Bonde (2 gutter/1 jente)	2: Noe innen film (1 gutt/1 jente)
12: Arkitekt (7 jenter/5 gutter. 2 førstevalg, 5 andrevalg)	8: Bedriftsleder (5 jenter/3 gutter)	5: Lege (3 gutter/2 jenter)	3: Butikkekspeditor/selger (2 gutter/1 jente)	2: Astronaut (1 gutt/1 jente)
11: Skuespiller (10 jenter/1 gutt. 3 førstevalg, 0 andrevalg)	8: Klesdesigner (kun jenter)	5: Baker (3 jenter/2 gutter)	3: Markedsfører (2 gutter/1 jente)	2: Butikksjef (1 gutt/1 jente)
10: Toppidrettsutøver (7 gutter/3	8: Danser , hvorav 1 danselærer (6 jenter/2 gutter)	4: Hjemmевærende (2 gutter/2 jenter)	3: Kokk ((2 jenter/1 gutt)	2: Sjøpeltømmer (1 jente/1 gutt)
	7: Musiker (6 jenter/1 gutt)	4: Snekker (3 gutter/1 jente)	3: Rørlegger (2 gutter/1 jente)	2: Vaskehjelp (1 jente/1 gutt)
	7: Fotomodell (5 jenter/2 gutter)	4: Tatovør (2 gutter/2 jenter)	3: Bilmekaniker (kun gutter)	2: Terrorist (2 gutter)
	7: Stylist (kun jenter)	4: Konditor (kun jenter)	2: Flygeleder (kun gutter)	
	7: Økonom/regnskap (4 jenter/3 gutter)	4: Eiendomsmegler (2 gutter/2 jenter)	2: Sjøfører (kun gutter)	
			2: Sosionom (kun jenter)	Ytterligere 39 yrker fikk en stemme hver.
			2: Fysioterapeut (1 gutt/1 jente)	



MENN: Blir sykepleieryrket mer attraktivt for menn, øker rekrutterings-mulighetene til det dobbelte.

BAKGRUNN. Om like mange menn som kvinner ville bli sykepleiere her i landet, ville det utvilsomt hatt en effekt på bemanningssituasjonen. Riktignok skaper antall studieplasser sine begrensninger, men med flere søkere til plassene som faktisk er tilgjengelig, ville opptakskravene skjerpes og gjennomføringsprosenten sannsynligvis øke fra dagens 60 prosent. Dette selv om frafallet i dag er større blant de mannlige studentene.

Tross økt likestilling på mange felt her i landet, er det relativt få menn som velger å satse på sykepleieryrket, og kjønnsbalansen har holdt seg påfallende stabil de siste tiårene.

Ifølge tall fra Database for statistikk om høgere utdanning, var andelen menn blant ferdig utdannede sykepleiere her i landet 9 prosent i 2003.

Ti år senere, i 2013, var andelen uforandret.

KOMMENTAR. Helseforsker Runar Bakken er dosent ved Høgskolen i Telemark, og står blant annet bak utgivelser som «Mann i ingenmannsland: et essay om menn og omsorg, hjemme og ute», «Mordermordet: om sykepleie, kjønn og kultur» og «Englevakt: rekruttering til en eldreomsorg i krise».

– Tidligere, frem til 1970-tallet, var menn og omsorg to nærmest uforenlige størrelser, uansett om det var snakk om den direkte omsorgen for egne barn, eller den profesjonelle omsorgen som eksempelvis sykepleie, sier Bakken.

– I dag er menn og omsorg, for eksempelvis egne



barn, ikke lenger en uforenlig motsetning. Menn tar i økende grad ansvar innenfor den private svære. Spørsmålet blir derfor: Hva skal til for at det omsorgsansvaret de utviser for egne barn, skal kunne profesjonaliseres innenfor sykepleieryrket?

Bakken mener den lave andelen menn innen sykepleieryrket, skyldes lønns- og arbeidsvilkår, heller enn holdninger.

– For eksempel utstrakt bruk av deltidsstillinger, lav grunnbemanning. Sekundært er arbeidsmiljøet, som over tiår er utviklet av kvinner innenfor en kontekst av kapasitets- og kompetansekrise, noe som verken fremmer rekrutteringen av menn eller kvinner.

Tekst **Ingvald Bergsagel**



Advokat: Tony Skovli vil bli advokat fordi han liker å hjelpe andre, men ikke på den måten som sykepleiere gjør.



Barnepsykolog: Marthe Værdal vil hjelpe barn som har det vanskelig, men tror sykepleieryrket innebærer for mye ansvar.



Dataingeniør: Sebastian Aukrust Larsen klarer ikke å tenke på blod. Han vil heller tenke på data.



Barnevernspedagog: Maria Karlsen sier hun heller vil jobbe med barns psykiske helse som barnevernspedagog, ikke med somatisk sykdom som sykepleier.

→ liste over yrker. Da skåret media/journalistikk/foto best, etterfulgt av ingeniør/arkitekt, ledelse/administrasjon og lege/psykolog/tannlege. Sykepleier kom da på 17. plass av totalt 21 yrker, der 10 prosent sa de kunne tenke seg dette yrket.

Resultatene er presentert med en «ordsky», der de mest populære yrkene får størst bokstaver. «Sykepleier» står med liten skrift, bare «jord-/skogbruk» er mindre.

I 2013 var ikke sykepleier med i ordskyen i det hele tatt. Da kom lærer øverst, etterfulgt av lege, økonom, psykolog og advokat. Men i 2013 var spørsmålet stilt annerledes. Ungdommene

Fakta

1 700 flere sykepleiere per år

«Hvis tjenestene ikke endres eller folk ikke holder seg friske lenger enn i dag, må hver tredje ungdom velge helse- og sosialfaglig utdanning i 2035 på grunn av eldrebølgen. Det er verken realistisk eller ønskelig,» står det i Stortingsmelding 13 fra 2011/2012.

Uansett kommer vi ikke utenom en viss økning i rekrutteringen til omsorgsyrkene.

– For å dekke en beregnet mangel på sykepleiere på 28 000 årsverk som oppstår over 20 år, må tilbudet økes med 1 400 årsverk i året. Med en gjennomsnittlig stillingsandel på 80 prosent tilsvarer dette 1 700 utdannede sykepleiere per år i tillegg til de 3 850 som utdannes i dag, sier forsker i Statistisk Sentralbyrå, Nils Martin Stølen.

ble bedt om å skrive inn yrket de helst kunne tenke seg å jobbe med, i stedet for å krysse av.

HÅP FOR SYKEPLEIEN. Det ser heldigvis ikke helt svart ut. Når Opinion/Perduco-undersøkelsen for 2013 ber de unge om å rangere ulike bransjer de kan tenke seg å jobbe i, kommer helse/omsorg og velvære på topp. Til sammen oppgir 28 prosent av de spurte denne bransjen som enten første- andre- eller tredjevalg. Det er imidlertid fremdeles en klar overvekt av kvinner her.

– På utdanning.no er sykepleie/sykepleier et av de tre mest brukte søkeord, opplyser Camilla D. Carlsen hos IKT-senteret som driver nettsiden hvor ungdom kan finne informasjon om ulike yrker.

– Det har også vært en av de mest leste yrkesbeskrivelsene og studiebeskrivelsene i flere år på rad. Vi kan ikke si noe om alderen på brukerne, og kan heller ikke konkludere med at dette er de unges yrkesønsker. Men det er absolutt populært, og brukerne er nysgjerrige på å vite mer om yrket og utdanningen, sier hun.

Dessuten meldes det om rekordstor søkning til sykepleierstudiet i år. 12 362 personer har det som sitt førstevalg, noe som gir en økning på over 17 prosent. Det er omtrent samme økning som pedagogiske fag og informasjonsteknologi, viser tall fra Samordna opptak.

– **VET FOR LITE OM SYKEPLEIERE.** Mia Andresen, lederen for NSF Student, synes det er rart at myndighetene ikke lager en strategi for hvordan man skal rekruttere til sykepleieryrket. Studentorganisasjonen krever dessuten øre-

merkede midler for å få fler menn inn i yrket.

– Informasjon om yrket og hva en sykepleier faktisk gjør, bør inn allerede på ungdomsskolenivå, både til rådgiverne og elevene. I dag vet ikke ungdommene at det handler om mer enn blod og sprøyter og kroppsvask. Jeg visste ikke selv før jeg var godt voksen at man kan ta master og doktorgrad innen sykepleie og at det er et universitetsfag.

Andresen understreker at rådgiverne på ungdomsskolene har en nøkkelrolle.

– De bør spørre mer om ungdommene har tenkt på hva de kan bruke utdanningen sin til og om de har tenkt på hva samfunnet vårt trenger i dag.

Ellers tror hun det er naturlig at yrkesvalgene endrer seg når ungdommene blir eldre og kommer ut av videregående skole.

– Realitetene treffer deg med mer erfaring, og du oppdager at det kanskje ikke er så lett å bli psykolog eller lege som du trodde. Det kan kanskje forklare at søkingen til yrket går opp selv om de yngste ungdommene ikke har sykepleier på sin fem på topp-liste, sier hun. ●

eivor.hofstad@sykepleien.no



Video på nett

Se mer:

Se og hør ungdommene fortelle hvorfor de ikke vil bli sykepleiere! Sykepleien.no



Tannlege: Martin Aktmyr vil helst bli tannlege. Ikke sykepleier som mor og mormor.

Artist: Mathea Nicolaisen synger som en engel, men har ingen planer om å kle seg i hvitt for det.

Fakta

Sykepleierne anbefaler yrket

- I en spørreundersøkelse utført av Sykepleien blant 2900 sykepleiere i kommunenes hjemmetjeneste og eldreomsorg, sier 66 prosent at de vil anbefale sykepleieryrket til dagens unge.
- 19 prosent er usikre og 14 prosent (417 stykker) sier de ikke vil anbefale det. Grunnene som oppgis, er dårlig lønn i forhold til utdanning og ansvar, gap mellom utdanning og faktiske oppgaver, mye tidspress, stress og dårlig organisering, samt lite ressurser og lite familievennlig arbeidstid.
- 58 prosent mener at det viktigste tiltaket for å løse sykepleiermangelen er å utdanne flere sykepleiere.
- Likevel mener 66 prosent at det ikke er realistisk at hver tredje ungdom i fremtiden velger å utdanne seg innen helse- og omsorgsyrker. 27 prosent mener det er realistisk og 7 prosent har ingen mening.



NORSKUTDANNETE SYKEPLEIERE? Rekordmange har valgt sykepleie i året studieopptak. Men mange fullfører ikke studiet.

BAKGRUNN. For å dekke en beregnet sykepleiermangel på 28 000 i år 2035, må antall nyutdannede sykepleiere her i landet økes med 1750 per år, ifølge forskningssjef i Statistisk sentralbyrå (SSB), Nils Martin Stølen.

På ett felt ser det lovende ut: Rekordmange ønsker å utdanne seg til sykepleiere. Ved årets samordna opptak hadde hele 12 362 dette som førstevalg foran høstens studier, en økning på 17,5 prosent fra året før.

Søkerne kjemper derimot om i underkant av 6000 studieplasser, og antallet som fullfører studiet, er langt lavere enn det igjen. Tall fra Database for statistikk om høyere utdanning (DBH) viser at norske høyskoler og universiteter ikke uteksaminerer flere sykepleiere nå enn de gjorde for rundt ti år siden. (I 2004 registrerte DBH 3578 ferdige kandidater innen sykepleie, og i 2013 var tallet 3543.)

Dessuten vil behovet for sykepleiere øke mest innen eldreomsorg, samtidig har kun 7 prosent av nyutdannede sykepleiere sykehjem som førstevalg når de søker jobb, ifølge en undersøkelse NSF gjennomførte i fjor.

KOMMENTAR. – Dette er en temattikk vi har tatt opp med både Helse-



og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet. Vi har oppfordret myndighetene til å øke antall studieplasser og til å gjøre det raskt.

Det sier Arnfinn Sundsfjord, dekan ved Helsevitenskapelig fakultet ved Universitetet i Tromsø og leder for Nasjonal fagstrategisk enhet for helse- og sosialfagutdanning (NFE-HS).

Han påpeker at det er nettopp innen sykepleieutdanningen de ser det mest prekære utdanningsbehovet fremover.

– Dersom framskrivningen fra Statistisk sentralbyrå om mangel på sykepleiere skal tas til følge, må godt og vel en tredel av dem som tar høyere utdanning her i landet velge helsefag. Det tror jeg er urealistisk.

Sundsfjord understreker at bemanningsutfordringene dessuten ikke lar seg løse utelukkende ved å opprette flere studieplasser.

– Man må jobbe på flere fronter, og vi vet for eksempel ikke i hvilken grad velferdsteknologi, endringer i arbeidsform og jobbgledning vil kunne endre fremtidens behov.

– I dag er det kun rundt 60 prosent av dem som starter på en sykepleierutdanning nasjonalt, som fullfører. Dette kan vi ikke være fornøyd med, og er

noe det må jobbes med – både nasjonalt og på den enkelte utdanningsinstitusjonen.

Det at så få sykepleiestudenter ønsker å jobbe innen eldreomsorg – en sektor der behovene antas å øke spesielt mye fremover – mener Sundsfjord er nært knyttet til rammevilkårene for praksisperioden.

– En av de viktigste fanesakene for NFE-HS er å få like juridiske og finansielle rammevilkår for praksis i primærhelsetjenesten som i spesialhelsetjenesten. I dag har spesialhelsetjenesten egne midler for å ta vare på sine praksisstudenter. Dette mangler i kommunalhelsetjenesten, og det er derfor store individuelle forskjeller fra kommune til kommune med hensyn til hvorvidt de kan gi et kvalitativt godt praksisstilbud til våre studenter.

Sundsfjord minner om at kvalitet i sykepleieutdanningen ikke bare handler om selve utdanningsinstitusjonene, men i stor grad også om praksisstedene.

– Sammen med tjenestene jobber vi nå med et stort prosjekt der vi vil vie mer oppmerksomhet til kvalitet i praksisdelen av studiene. Det studentene eksponeres for her, påvirker jo i stor grad deres senere valg av arbeidsplass.

● Tekst **Ingvald Bergsagel**



Pårørende. Døtrene som hjelper mor

Mødrene er ikke som før.
Det bruker døtrene mye tid på.

• Tekst og foto **Marit Fonn**



Hjelpsom: Inger Solbakk har full jobb, men bruker mye tid sammen med mor Solbjørg (74), som er dement.

Klart jeg har hjemlengsel, sier Solbjørg Marie Solbakk, som er 74 år.

- Jeg savner min søster.
- Men så døde hun, kompletterer datteren Inger Abelone Solbakk, for mor husker ikke så godt lenger.

Mor og datter Solbakk er fra Hammerfest. Solbjørg ble enke i 2001, og alle de fire barna var flyttet sørover, tre av dem til Oslo.

FIKK MOR TIL OSLO. For seks år siden begynte helsen å skranke. Løsningen ble at den ene sønnen kjøpte leiligheten vi er i nå – i en høyblokk på Bjerke, øst i Oslo. Mor flyttet fra nord til sør.

I blokken ved siden av bor datteren Inger (43).

- Du har mange barn, Solbjørg?

- Ja, de sier så. Stein Roger er datteren min. Hun blir usikker. Er det sønnen? Akkurat hvor mange barn hun har og hva de heter er vanskelig å huske. Men hun vet godt at det er Inger som sitter her i sofaen.

- Var det bra å flytte hit til Oslo?

- Det var kanskje det, svarer hun kvikt og føyer til:

- Jeg skulle gjerne vært hjemme.

Men søsteren hun savner, døde i januar. Nettverket i Hammerfest er borte.

Begge sønnene har familie i Thailand, men når de er i Norge, bor de her sammen med mor.

- Vi prøver å få det til så hun ikke er alene om nettene, forteller Inger.

Akkurat nå er Ingers søster Gunlaug her. Hun bor ellers i Trondheim.

Mor Solbjørg får øye på noen støvfnugg på

løperen på salongbordet. Det liker hun ikke, så hun ruller duken sammen i en fei.

Seks barnebarn har det blitt.

- Har du oldebarn også?

- Kanskje, jeg får ikke opplyst om det, mener Solbjørg.

Inger minner henne på lille Torstein Johan hun nylig traff, som snart blir ett år.

Overalt i leiligheten er det bilder av etterkommere. Solbjørg er sikker på at Inger Abelines datter heter Lea Marie.

- Hele slekten har jo doble navn?

- Hun hadde ikke så mye å gi, kjerringa, men navn skulle de få nok av, sier Solbjørg og smiler lurt.

LIKER Å GÅ PÅ KAFÉ. Hun har hjemmesykepleie tre til fem ganger daglig



Frihetstrang: Aslaug Owe (91) er mye på farten, men klarer ikke å fortelle datteren Kirsti hvor hun har vært.



→ og er på dagsenter fire ganger i uken. Før hun legger seg, får hun hjelp til å sette på cpap-masken, som gjør det lettere å puste.

Solbjørg tviler på at det faktisk kommer sykepleiere hit. Inger vet:

– Hun får maks hjemmesykepleie. Men det er ikke nok.

At det er mange forskjellige pleiere som kommer, hisser ikke Inger seg opp over, hun er jo selv hjemmesykepleier og vet hvordan det er på begge sider.

Solbjørg, som har vært hotellkokk, er litt dårlig til beins.

– Vi er så heldig at hun får gåtrening. Jeg visste

ikke at man kunne få det. Det var en glup sykepleier som sa det. Så søkte vi.

15 daglige minutter er tildelt. Det rekker til en liten runde utenfor huset. Nå har de avbestilt hjemmesykepleiere for helgen, siden mor har besøk fra Trondheim.

Det er ikke alle forunt å ha familie som stiller opp.

«Jeg kunne trenge en pause.»

Inger Solbakk, datter

– I bydel Alna, der jeg jobber, ser jeg at det er mange ensomme eldre, sier Inger.

Det aller meste faller på henne. Hjemmesykepleierne smører brødsriver og varmer middag, men det er som oftest Inger som handler og vasker, følger mor til avtaler og betaler regninger. Og sjekker at klærne er i orden.

– Det som sliter mest på meg, er det følelsesmessige. Gir vi henne god nok livskvalitet?

Mor er glad i å gå på kafé.

– Vi bruker taxikortet flittig. På utekafé får du røyke, mamma. Og drikke kaffe, kanskje litt vin.

Solbjørg har vært i Thailand to ganger. Det blir neppe flere turer, for reisen er lang og



Nærmere: Solbjørg flyttet fra Hammerfest til Oslo slik at barna, særlig Inger, kunne hjelpe henne da hun ble syk.

slitsom. Inger og Solbjørg er enige om det.

– Men du ser barnebarna på Facetime, trøster Inger.

Solbjørg sier ikke noe til det.

HAR TO JOBBER. «Nå kan du ikke slite mer, du må gi slipp på mor», får Inger ofte høre fra folk.

– Jeg skjønner at de sier det. Men ingen skjønner hvordan det er å slutte med det. Jeg vil holde henne hjemme lengst mulig, og da kan vi ikke overlate alt til den kommunale hjemmesykepleien.

De har forsøkt å ha mor på korttidsopphold, men hun vil ikke selv på institusjon. Søknad om

fast sykehjemsplass er levert, men Inger klarer nesten ikke tanken.

– Det er et utrolig vanskelig valg. Da må jeg ta henne med og lure henne. Gi henne ei anna historie.

Moren vet glimtvis at datteren strekker seg.

– Hun sa nylig: «Du har to jobber, du. Etter jobben din, tar du deg av meg.» Mor er plaget av grå

«Mor vil ikke spise middag.»

Kirsti Owe, datter

stær. Bare å følge henne til øyelegen er en utfordring når jeg er i full jobb. Jeg strekker meg langt, men føler meg ofte veldig alene. Uansett hvor mye man gir, det blir aldri nok. Ikke for meg, i hvert fall. Jeg kunne trenge en pause.

PASSER PÅ MOR OM NATTEN. Inger har gjort seg mange tanker om livet:

– Når hun blir borte, hva skal jeg gjøre da? Jeg har brukt så mye tid på henne i seks år for at hun skal ha det bra.

Selv er hun ikke like glad i kafébesøk som sin mor. Ingers datter Lea Marie er 22 år og sykepleierstudent. Det var hun



Daglig kontakt: Kirsti Owe vil heller besøke mor hjemme enn på et sykehjem. Så lenge det går.



→ som fulgte mormor til Trondheim da hun skulle på besøk der.

Fra sitt eget soverom kan Inger se ned på mors leilighet.

– Ser jeg at lyset er på i soverommet klokken to om natten, går jeg ned til henne. Men som oftest får hun sove med meg i min seng når hun er alene.

Når brødrene er hjemme, passer de mor, og Inger sover bedre om natten.

Solbjørg synes det er helt greit når journalisten gjør seg klar til å gå. Det er nok nå. Dessuten skal hun på dagsenteret.

Etterpå har Inger legetime. Hun blir sykemeldt.

ASLAUG I HOLMENKOLLÅSEN. Samme kveld tar Kirsti Owe (61) imot i Holmenkollåsen vest i Oslo. Her i seniorborettslaget har moren Aslaug Owe (91) bodd i snart tredive år.

Det har vært fram og tilbake for å avtale tidspunkt. Aslaug er nemlig mye på farten, og Kirsti kan aldri være sikker på når hun er hjemme.

Men nå er hun her, i spisestuen med lysekro- ne og malerier. Aslaug, som har vært enke i ti år, hilser imøtekommende. Datter Kirsti forklarer at det skal skrives om henne i bladet for sykepleiere. Aslaug blir skeptisk.

– Det går ikke, mener hun.



PÅRØRENDES INNSATS. De gjør allerede en betydelig innsats, men i fremtiden må de pårørende gjøre enda mer.

BAKGRUNN. Mange reagerte da NRK mars i år fortalte om Frode Rise, som betalte 7000 kroner per natt av egen lomme for at en sykepleier skulle sitte hos hans 91 år gamle mor. Blant annet tok Jonas Gahr Støre tematikken opp i Stortingets spørretime.

I kjølvannet av dette foretok Sykepleien en ringerunde til bedrifter som tilbyr private helse- og omsorgstjenester. Flere av disse meldte om økende etterspørsel direkte fra pårørende som var villige til selv å betale ekstra for hjelp der de mente det offentlige tilbudet ikke strakk til.

I Sykepleiens egen, ferske spørreundersøkelse blant drøyt 3000 NSF-medlemmer fra kommunehelsetjenesten, svarte halvparten at de selv, ved sykepleiemangel, ville vurdert å betale private aktører for pleietjenester. (Se side 50.)

I SSB-rapporten «Behovet for arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren fremover» (2014), ansees det som urealistisk at familieomsorgen vil øke prosentvis like sterkt som etterspørselen etter eldreomsorg. Dette vil nemlig kreve «en betydelig høyere uformell omsorg fra de omsorgstrengendes barn og andre familiemedlemmer enn det de i gjennomsnitt har ytt de senere årene».

Ifølge beregninger fra SSB, utgjorde ulønnet omsorg til eldre, syke eller funksjonshemmete rundt 96 400 årsverk i 2008 og 100 000 i 2010 – det vil si rundt 40 prosent av den totale omsorgsinnsatsen.

I «NOU 1992:1, Trygghet – verdighet – omsorg» ble til sammenligning den uformelle omsorgen for året 1985 anslått til 49 000 årsverk, mens den formelle omsorgen da skal ha utgjort 43 000 årsverk. Det vil si at uformell omsorg etter alt å dømme utgjør en langt lavere prosentandel i dag enn for 30 år siden. Det antas at det meste av dette arbeidet ytes av familiemedlemmer, men det understrekes

at det uansett er stor usikkerhet knyttet til slike tall.

KOMMENTAR. – Det er en merkelig stabilitet over familiemedlemmers holdninger til omsorgsansvar, men hva folk i praksis gjør for sine nærmeste, avhenger i stor grad av det offentlige tilbudet.

Det sier Svein Olav Daatland, som er psykolog, forsker ved forskningsinstituttet Nova og redaktør av tidsskriftet Aldring og livsløp.

Han har blant annet ledet prosjektet «Aldringen av befolkningen og ansvarsdelingen mellom familie og velferdsstaten».

– Vi ser at man holder liv i de gamle normene om ansvar, men moderniserer uttrykket for det, sier han.

– Familien er blant annet viktig ved at de ofte vil gripe inn når noe endrer seg og ved akutte situasjoner. De vil da også jobbe for å få mer langsiktige omsorgstjenester fra det offentlige.

Når det gjelder prognoser for framtidens uformelle eldreomsorg, påpeker Daatland at det er en rekke faktorer som kompliserer slike beregninger.

– En rent mekanisk framskrivning har store svakheter. I dag er for eksempel tre fjerdedeler av den eldste befolkningen kvinner, men forventet levealder for menn og kvinner nærmer seg hverandre. Det vil kunne føre til at relativt sett færre kvinner blir enslige mot slutten av livet, og deri ligger det en mulig ressurs.

Samtidig får nordmenn færre barn enn tidligere, noe som også må tas med i beregningene.

– Vi ser færre tilfeller der noen «ofrer» seg i stor grad, og det er blitt mer vanlig at også døtre holder fast ved arbeidet sitt. Nesten alle er i yrkeslivet, og det kan bli vanskelig å kombinere dette med å yte omsorg. Mange velger da å ta en mer indirekte rolle,



dra i trådene og sørge for at ting blir gjort. Det betyr ikke at familien ikke bryr seg, understreker Daatland.

En annen faktor som påvirker bildet, er at en del plasser i aldersinstitusjoner blir erstattet med såkalte omsorgsboliger.

– Da legger man opp til både at de eldre skal klare mer selv og at familien skal kunne ta mer ansvar. Når den eldre bor på institusjon, blir ansvaret til de pårørende mer indirekte.

– Her i landet har vi ellers en tradisjon for at storparten av det offentlige bidrag går til tjenester, mens i andre land ytes det mer hjelp finansielt. Det er også her forsøkt å stimulere familien til innsats gjennom permisjons- og avlastningsordninger, og for noen år siden var det fremme et forslag om kontantstøtteordning for pårørende, men dette smuldrer hen.

Daatland påpeker at dersom det fremover blir et smalere tilbud fra velferdsstaten, vil det kunne åpne for et mer markedsstyrt tilbud for lavere nivåer av pleie og omsorg, deriblant en del oppgaver som hjemmetjenesten i dag tar seg av.

Selv skulle Daatland gjerne sett en tydeligere rollefordeling mellom velferdsstat og familie, i stedet for at man går fra knapphet til knapphet.

– I alle land er det en slags balanse mellom hva som er det offentlige oppgaver og hva som tilfaller familien, men det er få steder der man proaktivt utarbeider en slags kontrakt mellom velferdsstat og familien.

– Det er en betydelig vilje fra familien til å bidra, men i stedet for at byrdene blir fordelt fornuftig, påtvinger det seg nye uheldige løsninger og sosiale ulikheter. Man trenger større klarhet i hvor grensene for morgendagens velferdsstat skal gå, mener Daatland.

● Tekst **Ingvald Bergsagel**

– Du blir kjendis, mamma, sier Kirsti. Aslaug er straks mer velvillig.

Etter flere små slag har hun fått afasi. Hun har vanskelig for å uttrykke seg, og Kirsti vet ikke hvordan mor egentlig har det.

TROD MOR ER PÅ KONDITORI. Men Aslaug tar sine daglige turer med t-banen. Også i dag, men ingen vet hvor hun har vært. Hun er før blitt sett på

et konditori nærmere sentrum, og Kirsti tror det er der hun pleier å dra.

– Mor er så glad i kaffe, men hun klarer ikke å bruke kaffemaskinen sin lenger. Jeg tror hun kjøper kaffe latte og en croissant med ost og skinke. Hun har nok ikke betalt på banen på flere år.

– Kaffe latte, nikker Aslaug, som nå har te i koppen og hvitvin i glasset.

Rundt håndleddet har hun en gul strikk med

adresse og Kirstis telefonnummer trykt på. Kirsti blir stadig oppringt og må dra for å plukke opp mor. Det passer ikke alltid så bra siden hun er i full jobb. Men båndet er hun fornøyd med.

– Alle som jobber med demente skulle ha visst om at slike fins.

Kirstis søster og svoger har akkurat kommet på besøk fra Lillehammer. Mens de bor hos mor, kan Kirsti, som selv har



Overvåker: Inger Solbakk kan se mors leilighet fra sitt eget soverom.

Fakta



Om undersøkelsen

- 12. juni sendte vi ut et spørreskjema til medlemmer av Norsk Sykepleierforbund registrert med sykehjem eller hjemmesykepleie som arbeidssted.
- Det ble sendt ut to purringer, og undersøkelsen ble avsluttet 19. juni.
- Vi mottok totalt 2900 fullførte skjema.
- Rundt halvparten (47 prosent) oppga å jobbe på sykehjem og 29 prosent i hjemmesykepleien. Spørsmålene var utformet med tanke på dem som jobbet på en institusjon eller i hjemmesykepleien med eldre. Vi faset derfor ut alle som svarte at de jobbet administrativt i kommunen, ikke var i jobb eller oppga «annet». Til sammen utgjorde disse 10 prosent av respondentene.

Fakta



Familieomsorg:

- Omsorgsgiverne til eldre er oftest ektefeller (mest hustruer), døtre og sønner.
- De eldste som har mistet ektefellen får mest omsorg av barn fra 45 år og oppover i 60-årene.

Kilde: «Tilbake til familien?»
av familieomsorgsforsker Heidi Gautun



Praktisk: Kirsti blir ofte oppringt og må hente mor. Båndet med telefonnummer får ikke mor av selv.



→ tre barn, trekke seg tilbake. Hun bor en ti minutters kjøretur unna.

Mye tid går til å ta seg av mor. Særlig i vinter har det vært vanskelig.

– Hun vil ikke spise middag. Sier hun vil dø, sier Kirsti.

Hjemmesykepleie har hun hver morgen og kveld. Tidligere var hun på et dagsenter for demente to ganger i uken.

– Der var det hyggelig, men tilbudet ble lagt ned. Så prøvde vi et nytt på Vinderen, men det ble for fise fint. Hun likte seg ikke der.

MOR HAR FRIHETSTRANG. – Jeg synes vi må ha kontakt minst en gang per dag, sier Kirsti, som ikke bekymrer seg når mor farter omkring.

– Om hun faller om, vil hun bli tatt hånd om. Hun er et bymenneske. Elsker museer, hun går sikkert på Astrup Fearnley-museet.

Bankkort kan hun ikke bruke. Kirsti tar ut penger for henne, men mor bruker bare sedler. Det er bare å håpe at ingen vil lure en gammel dame.

Aslaug handler mat selv. Det blir mange brød, mye ost og gjerne et lager med agurker. Kirsti finner poteter i fryseboksen, kjøleskaphyller på balkongen og en halvspist lapskausporasjon på badet.

– Så lenge mor har frihetstrangen sin, vil jeg ikke ha henne på sykehjem.

Kirsti jobber som sykepleier i innsatsteamet i bydel Vestre Aker og vet hvordan et sykehjem er.

– Da må vi besøke henne på et lite rom, der ingenting skjer. Det er ikke hyggelig. Men det kan fort skje endringer. Hun kan plutselig dø, eller begynne å vandre om natten.

Broren trår til når Kirsti ber ham. Sist lørdag tok han mor med på båttur.

– Vi har hatt en tradisjonell oppvekst. Når jeg kommer til mor, sjekker jeg kjøleskapet og oppvaskmaskinen. Ser etter om det er rent tøy, alle de tusen tingene. Min bror setter seg, ser på tv, tar en kaffe.

NABOEN REDDET ALBUMENE. De har vurdert en uke på avlastning på et privat sykehjem.

– Men hun vil bare bli mer forvirret. Å utsette henne for det, er det riktig? Bare for at vi selv skal få avlastning?

For Kirsti er svaret nei. Hvor mye Aslaug får med seg av samtalen, er ikke godt å si.

– Hvor mange barn har du? tester Kirsti.

– Fire, sier Aslaug før hun ombestemmer seg: – Tre.

Det stemmer. Men hva heter de, tro?

– Jeg vet ikke, svarer Aslaug på refleks, men så vet hun likevel:

– Du heter Kirsti.

Familien yter halve omsorgen

FORSKER: – Vi skal være fornøyd hvis familieomsorgen blir på dagens nivå, sier forsker Heidi Gautun.

Familien står for halvparten av omsorgen som ytes voksne og eldre i dag.

– Familieomsorgen har vært forbausende stabil fra 1970 fram til i dag, sier Heidi Gautun, som i mange år har forsket om familieomsorg.

Hun er nå forskningsleder på velferdsforskningsinstituttet Nova ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Gautun viser til arbeidsdelingen mellom offentlige tjenester og familien: Familien yter litt pleie, en god del praktisk hjelp og emosjonell støtte. Det offentlige tar hovedansvaret for å yte helsetjenester og tung pleie.

Det offentlige har et lovpålagt ansvar om å yte omsorg for eldre over 67 år.

– I flere tiår har signalene vært at det er velferdsstaten som har ansvar for å yte pleie og omsorg til eldre hjelpetrengende, og at dette

ikke kan pålegges familien.

NY FAMILIE-TREND. Men Stortingsmeldingen «Morgendagens omsorg (2012-2013)» bryter med dette og signaliserer en ny trend i eldreomsorgspolitikken.

– Myndighetene vil at familien opprettholder den mengden omsorg den yter i dag. For å få til dette må den enkelte datter eller sønn yte mer omsorg enn de gjør i dag,

«Familien yter litt pleie.» Heidi Gautun

fordi det blir færre i generasjonen under de aller eldste.

Men svensk forskning viser at da finansieringen av eldreomsorgen ble strammet inn, oppsto kjønns- og klasseforskjeller:

– Det er særlig kvinner med lavere inntekt som yter omsorg. Hvis de skal gjøre mer for sine foreldre, vil de stille enda dårligere på arbeidsmarkedet. De som har råd til

det kan kjøpe seg tjenester. Men de som er alene om omsorgen, får fort egne helseproblemer.

– Kan det samme skje i Norge?

– Norge har bedre økonomi enn Sverige og andre europeiske land. Men vi har like store – eller større – problemer med å få nok personell i omsorgsyrkene. Nå skal barna både jobbe og bidra i familien.

SYKE MOR ER TABU. For å klare å hjelpe foreldrene brukes feriedager, permisjon, avspasering og sykedager.

En økende andel 60-åringere er omsorgsgivere fordi foreldrene får økt levealder. Det øker risikoen for at arbeidstakere forlater arbeidslivet med AFP eller som ufør.

– Dette er bekymringsfullt, fordi vi trenger flest mulig som kan stå i jobb fram til pensjonsalder. Samtidig trenger vi at generasjonen under de aller eldste stiller opp for foreldrene sine, fordi presset på omsorgstjenestene kan bli veldig stort.

For den enkeltes pensjon vil det også kunne ha store konsekvenser om hun reduserer arbeidstiden

eller forlater arbeidslivet på dette stadiet i livet.

– Hvordan skal vi få det til best mulig?

– Vi må ha en politikk som ikke legger byrden på familien. Det må bli mulig å kombinere jobb og omsorg for omsorgstrengende foreldre, slik det er for småbarnsforeldre.

Gautun mener det er viktig å få på plass ordninger som rett til permisjon med lønn ti dager i året.

– Da kan man trå til i akutte situasjoner.

Større fleksibilitet og mindre tabuer er nødvendig:

– Det er lett å snakke om at man skal hente barn i barnehagen. Vi er mer forsiktig med å si at vi skal følge mor til legen. Det trengs en holdningsendring.

Arbeidstakerne sier at fleksible sjefer og forståelse fra kolleger vil gjøre det lettere for dem.

GLAD I FAMILIEN. På spørsmålet «hva er det viktigste tiltaket som skal løse eldreomsorgens utfordringer», svarer 6 prosent av syke-

Fakta

**Både jobber og gir omsorg:**

- Halvparten i aldersgruppen 45-65 år har en eller begge foreldre i live.
- Syv av ti av disse er både yrkesaktive og gir praktisk hjelp og/eller pleie til foreldrene.
- Seks av ti av disse synes det er vanskelig å kombinere jobb og omsorg.
- Fire av ti i aldersgruppen 46-65 år er villig til å gå ut i betalt permisjon inntil et år for å ta seg av foreldre.

Hun fortsetter å snakke for seg selv. Reiser seg, går bort til vinduet. Snur igjen.

– Blir du sint på henne?

– Nei, jeg vet hun er syk. Dessuten er det enklere siden jeg kommer og går, jeg lever ikke i det hele tiden.

Gode naboer holder også øye med henne. Da Aslaug hadde kastet alle albumene, reddet naboen dem fra søppelkassen.

– Det går ikke dette, sier Aslaug, – det er leit. Men sånn er livet.

– Hva er det, mor?

– Jeg kan ikke si det. Dessverre, dessverre. Vi gjør det nå!

Aslaug ser bestemt ut, men Kirsti vet ikke hva moren tenker på.

– Kom bort her og se tv, sier svigersønnen fra sofaen.

Aslaug har ikke ro til det.

– Kom og sett deg. Her er teen din, lokker datteren.

– Nei, det går ikke, sier Aslaug, som har vært skolekjøkkenlærer.

NOEN ÅR MED FORSAKELSER. – Jeg har egentlig aldri fri. Jeg skal kanskje ikke det heller. I jobben opplever jeg at mange ønsker avlastning fra foreldre for sommeren. Er det greit? De fleste synes det. Jeg synes ikke det.

Noe må man forsake, mener Kirsti.

– Mange mener det er viktig å unne seg drømmeturen til Frankrike. Jeg synes at noen år i livet kan man stå over. Det er som å ha små barn, da reiser man ikke på eksotiske reiser.

– Hva gjør du?

– Jeg tar henne med, vet du.

Om et par dager drar de til sommerstedet på Hvaler.

– Vi er heldig. Vi søsken er der to uker hver. Men jeg tror ikke hun vil være med bror og svigerdatter. Det er jo en klassisk problemstilling.

Aslaug roer seg ikke. Hun tar avskjed med et fast håndtrykk. Så går hun og legger seg. ●

marit.fonn@sykepleien.no



pleierne at familien og frivillige må ta en større del av omsorgsoppgavene.

– Hvilken rolle får frivillige, som besøksvenner og pensjonister?

– Det er vanskelig å si hvor stort omfanget vil bli, siden stadig flere jobber. Men når de pensjonerer seg, vil de da bestemme seg for å ta ansvar? Kanskje de vil reise til Syden i starten, og så få lyst til å gjøre noe mer meningsfylt. Vil de da stille opp for de eldre som er syke? Det vanskelig å spå, sier Heidi Gautun.

– Hva blir familiens rolle om 20 år?

– Vi er glad i familien, og generasjonsbåndene er gode. Velferdsstaten vil avlaste med økonomi og tjenester. Pårørende vil nok hjelpe så godt de kan, og strukturer vil bli opprettholdt.

– Vil det bli mer familieomsorg?

– Vi skal være fornøyd hvis det blir på dagens nivå. Du og jeg er heltidsarbeidende. Til nå har de som har ytt omsorg ofte jobbet deltid. ●

marit.fonn@sykepleien.no



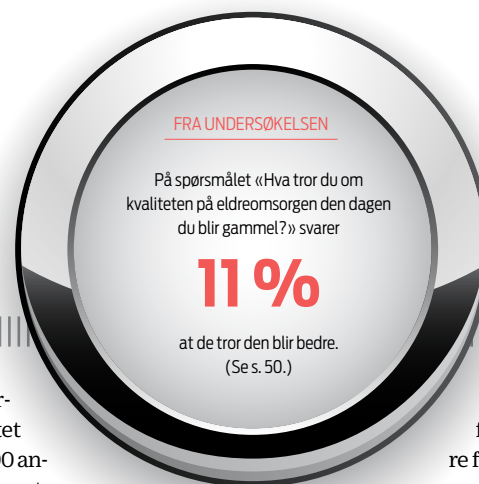
Permisjon: De med foreldre som trenger omsorg bør få rett til permisjon med lønn ti dager i året, mener forsker Heidi Gautun. Foto: Marit Fonn.



Kompetanse. Må bli tøffere på oppgavefordelingen

Høyere kompetanse og differensiering kan bøte på utfordringene i framtidens eldreomsorg, mener Pia Bing-Jonsson.

● Tekst og foto **Susanne Dietrichson**



Vi trenger flere hender i eldreomsorgen enn de vi får gjennom å utdanne og skaffe sykepleiere, sier Pia Bing-Jonsson.

Hun mener det er viktigere at oppgavene differensieres enn at man drar lasset sammen.

– En assistent skal ikke gjøre sykepleieroppgaver og omvendt.

Bing-Jonsson tok nylig doktorgrad på sykepleie til eldre, der hun utviklet et spørreskjema for å kartlegge kompetansen blant helsepersonell i eldreomsorgen og testet ut dette i ni norske kommuner. Hun fant store mangler i eldreomsorgen, men også mye kompetanse.

– Vi ønsket en bred kartlegging av kompetansen i eldreomsorgen, forteller Bing-Jonsson.

– Men først måtte vi finne ut hva de ansatte i eldreomsorgen skal ha kompetanse i.

FIKK EKSPERTHJELP. 42 eksperter på eldreomsorg, fra praksis og academia, ble intervjuet om hva de ansatte i sykehjem og hjemmesykepleien bør kunne. Fire pårørende som var aktive i brker- og interesseorganisasjoner ble også intervjuet.

– Vi definerte hva kompetanse er: kunnskaper, ferdigheter og personlige egenskaper. Dette er den samme definisjonen som brukes av Norsk Sykepleierforbund og norske høyskoler.

Ekspertenes svar resulterte i 62 punkter, som beskriver kjernen i kompetansen i eldreomsorgen. På

grunnlag av dette ble spørreskjemaet laget, pilottestet og deretter sendt ut til 3000 ansatte i ni kommuner. 1016 svarte, en svarprosent på 36 prosent.

– *Hva ble resultatet?*

– Vi fant mye kompetanse blant de ansatte, men poenget med studien er hvilke behov som skal dekkes, ikke hvem som jobber der. Og med hensyn til det faktiske behovet, avdekket vi store huller, forteller Bing-Jonsson.

– Samhandlingsreformen er en viktig årsak til at de ansattes kompetanse har store mangler sett i relasjon til pasientenes behov for helsehjelp. Den har ført til sykere, eldre pasienter i kommunene og krever derfor mer kompetanse av ansatte i sykehjem og hjemmesykepleien. Mye av kompetansen som i

Fakta

Ny doktorgrad

Pia Bing-Jonssons doktoravhandling «Sykepleie til eldre - kompetansmålingsverktøy. Utvikling og psykometrisk evaluering av et instrument som måler helsepersonells kompetanse i sykepleie til eldre i kommunehelsestjenesten», ble avlagt ved Avdeling for sykepleievitenskap, Institutt for helse og samfunn, UiO, 6. mars 2015. Les hele avhandlingen her: <https://www.duo.uio.no/handle/10852/43201>.

dag ikke er god nok, kan derfor ha vært tilstrekkelig for bare fem år siden.

MANGLER KJERNEKOMPETANSE. Fordelingen av kompetansen blant de ansatte var også som forventet.

– Sykepleierne hadde mest kompetanse, deretter kom helsefagarbeideren mens assistentene hadde minst.

Undersøkelsen avdekket huller hos alle de tre gruppene når det gjaldt å observere pasientens vitale mål, gjenkjenne sykdomsforverring og sette i gang de riktige tiltakene.

– Geriatriske pasienter er en vanskelig pasientgruppe, fordi de har mange og sammensatte lidelser som ofte gir et diffust sykdomsbilde, sier Bing-Jonsson.

– Det kreves derfor en spesiell kompetanse for å gjenkjenne sykdomsforverring og funksjonssvikt hos disse pasientene. Dette kunne man ikke nok om i de kommunene som deltok i vår undersøkelse.

Bing-Jonsson fant at det generelt manglet ferdigheter til å gjøre avanserte prosedyrer, som for eksempel å gi antibiotikabehandling, intravenøs behandling og sterile prosedyrer.

– Selv om dette er elementært i sykepleie, blir du fort usikker hvis du ikke anvender disse ferdighetene på mange år, mener hun.

– I de kommunene vi forsket på trenger man ferdighetstrening både i







→ observasjon, igangsetting av tiltak og avanserte prosedyrer.

– *Hva kan man gjøre for å løse problemene?*

– Jeg synes Stortingsmelding 26 gir en god situasjonsbeskrivelse og er enig i at kompetansen i kommunehelsetjenesten må løftes generelt. I tillegg stiller den krav om at kommunen skal ansette flere sykepleiere i kommunehelsetjenesten, noe som er nytt.

FLERE AVANSERTE SYKEPLEIERE. Bing-Jonsson har også tro på at utdanning av flere kliniske og

geriatrike avanserte sykepleiere kan bidra til å løse mange av problemene. Meningen er at disse kan overta noen av legens oppgaver, men også heve kvaliteten på kommunehelsetjenesten generelt.

– Forskning viser at pasientutfallet er like godt når sykepleiere overtar enkelte legeoppgaver i kommunehelsetjenesten som når legen selv utfører disse.

– *Men er det realistisk at mange nok vil ta master i avansert sykepleie?*

– Vi trenger ikke så mange; minst én avansert geriatrisk eller klinisk sykepleier i hver mellomstor kommune som kan gi opplæring og øke den

«En assistent skal ikke gjøre sykepleieroppgaver og omvendt.»

Pia Bing-Jonsson

generelle kunnskapen vil kunne gi positive ringvirkninger, mener hun.

MÅ BLI TØFFERE. Hun mener prioriteringen må



Viktig lærdom. Pia Bing Jonsson mener utdanning er svaret på fremtidens utfordringer i eldrosorgen. Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt

skje på vaktrommet på sykehjem og i basen til hjemmesykepleien.

– Vi må bli tøffere på fordeling av oppgaver; sykepleiere må gå til de sykeste pasientene og geriatriske sykepleiere til de eldre med sammensatte behov, sier hun.

– Det er heller ikke bra for yrkesstoltheten til sykepleierne å gjøre oppgaver man er overkvalifisert til. Det bidrar heller ikke til at man blir værende i yrket

Bing-Jonsson mener kommunehelsetjenesten var enklere før, men at vi i dag trenger å se annerledes på den.

– Hva trenger vi?

– Vi må gjøre brede kartlegginger og legge strategiske kompetansehevingsplaner. Vi må differensiere oppgavene og slutte å sende folk på kurs som belønning. Man må ha en plan for hvem som går på hvilke kurs og hvorfor.

– Var det noen funn som overrasket deg?

– Jeg ble overrasket over at det var såpass store hull i sykepleieres kompetanse på fagets kjerneområder; observasjon og tiltak. Dette handler antakelig om organisering og mangel på tid, særlig i hjemmetjenesten.

UTDANNINGEN KAN BLI BEDRE. Bing-Jonsson

mener også hullene kan gjenspeile mangler ved utdanningen.

– Hva lærer man på bachelorutdanningen? Fokuserer vi nok på basal sykepleie og har vi nok undervisning i og trening på dette?

Hun mener likevel ikke at alle sykepleiere skal ta master.

– Det finnes mange nyttige videreutdanninger. Hos oss kan jeg for eksempel trekke frem geriatrisk vurderingskompetanse. Å oppmuntre og støtte sykepleiere til å ta videreutdanning, er også et ledelsesansvar.

Store internasjonale studier har vist at



HELSEFAGARBEIDERE OG UFAGLÆRTE. Samhandlingsreformen krever mer avansert omsorg. Kan ufaglærte ta over sykepleieroppgaver?

BAKGRUNN. I en stikkprøveundersøkelse analyserådet Econ gjennomførte i 2009 på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund, utgjorde sykepleiere kun 24 prosent av hverdagsbemanningen ved sykehjem. I helgene sank andelen til 15 prosent, og da utgjorde ufaglærte 48 prosent av bemanningen.

I 2011 ble det anslått at det jobber rundt 60 000 ufaglærte i helse- og sosialsektoren, men antall årverk er vesentlig lavere da stillingsbrøkene er små.

I Sykepleiens ferske spørreundersøkelse blant NSF-medlemmer i kommunalhelsetjenesten, stilte vi følgende spørsmål: «Gitt at det ikke er nok sykepleiere som snakker norsk til å pleie deg, hvem vil du foretrekke i stedet?». Et markert flertall, nærmere bestemt 63 prosent, krysset da av for «Norsktalende hjelpepleiere/helsefagarbeidere». (Se side 50.)

Det kan være nærliggende å tro at det er her løsningen ligger, men rekrutteringen er lav, og SSB anslår at Norge i 2035 ligger an til å få et underskudd på 57 000 helsefagarbeidere, parallelt med en sykepleiermangel på 28 000.

Samhandlingsreformen bidrar dessuten til et større behov for mer avansert omsorg og pleie i primærhelsetjenesten, og å øke andelen ufaglærte vil dermed neppe være en farbar vei.

Helsefagarbeidere er for øvrig den yrkesgruppen innen helse- og omsorgssektoren med høyest inn-

vandrerandel, og mange med sykepleierutdanning fra utlandet ender opp med å få autorisasjon som helsefagarbeidere i Norge.

KOMMENTAR. Forsker Håkon Høst ved Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU), har svært liten tro på at helsefagarbeidere er den gruppen som vil kunne bøte på norsk sykepleiermangel – i alle fall i overskuelig framtid.

– Rekrutteringen her er enda dårligere enn rekrutteringen til sykepleieryrket, og andelen helsefagarbeidere i eldreomsorgen er på vei ned, ikke opp, påpeker han.

Høst peker på at dagens ungdom rett og slett ikke ser på helsefagarbeider som et fristende karrierevalg, og det med god grunn.

– Karrieremulighetene er i dag veldig begrensede, og det er veldig fastlåste nivåer. Lærlingordningen fungerer dessuten ikke ute i kommunene. Den benyttes ikke i rekrutteringsøyemed, men mer for å oppfylle et samfunnsansvar innen utdanning. Lærlingene får ikke jobb i etterkant, og gjennomsnittlig stillingsbrøk for en ferdig utdannet helsefagarbeider er dessuten på kun 18 prosent, sier Høst.

– Praksiskandidatordningen fungerer heller ikke for voksne som vil bli helsefagarbeidere, og krever blant

annet fem års allsidig praksis for at man skal kunne gå opp til fagprøve.

I dag løses, ifølge Høst, eldreomsorgens akutte bemanningsbehov primært gjennom rekruttering fra utlandet. De som får godkjent sin utdannelse, blir autorisert som sykepleiere, andre som helsefagarbeidere.

Samhandlingsreformen gjør at sykehuspasienter raskere skrives ut til hjem og sykehjem, noe som øker behovet for kompetanse i kommunal eldreomsorg. Dette kan gi utslag i to retninger, mener Høst:

– Vi får enten flere sykepleiere samtidig som helsefagarbeidere marginaliseres. Eller så oppgraderes helsefagarbeidernes rolle, slik at disse kan overta flere oppgaver enn de har i dag.

Ifølge Høst trengs det flere grep, både innen utdanning og arbeidsliv, dersom Norge skal få flere helsefagarbeidere til eldreomsorgen framover.

– Jeg mener nøkkelen ligger hos sykepleiere og NSF. Blant annet må man se på arbeidsfordelingen mellom sykepleiere og helsefagarbeidere, og yrket må gjøres mer attraktivt. Det må åpnes for mer oppgaveglidning og gis bedre karrieremuligheter. Det må dessuten bli enklere å gjøre overgangen fra helsefagarbeider til sykepleier, mener Høst.

● Tekst **Ingvald Bergsagel**



→ når antallet sykepleiere synker ved en in-stitusjon, øker dødeligheten.

– Dette er viktige funn, men det si-er ingenting om hva sykepleiere bidrar med og hva de har av kompetanse. Min kartleg-ging viser at en sykepleier ikke nødvendig-vis kan det en sykepleier skal kunne, påpeker Bing-Jonsson.

– Vi vet for eksempel at kompetansen gjer-ne synker med alderen. Får sykepleiere som har stått lenge i yrke anledning til å oppgr-a-dere sin kompetanse? Kanskje vi burde ha

resertifiseringsordninger for sykepleiere slik de har i andre europeiske land?

FÅR IKKE MÅLT ALT. Bing-Jonsson understreker at all forskning har svakheter. Dette gjelder også for denne studien.

– Kompetanse er et stort og uangripelig område, og en så stor undersøkelse innebærer at man må være firkanta, sier hun.

– Studien gir et bilde, men det er også mye som ikke blir fanget opp. Det finnes kompetanse blant sykeplei-ere i kommunehelsetjenesten som vi ikke får målt, rett

og slett fordi vi ikke etterspør den i skjemaet vårt.

Styrken ved studien er at den sier noe mer enn hvordan helsepersonell vurderer seg selv.

– I tillegg til å spørre dem om hvordan de mener de mestrer konkrete oppgaver, har vi kunnskaps-spørsmål. På den måten får vi sjekket om de fak-tisk kan det de sier.

Bing-Jonsson understreker at kartleggings-skje-maet hun har laget på langt nær er ferdig.

– Et slikt skjema må stadig videreutvikles. Det-te arbeidet er kanskje ferdig om ti år. ●

Susanne.dietrichson@sykepleien.no

Sykepleiere ønsker videreutdanning

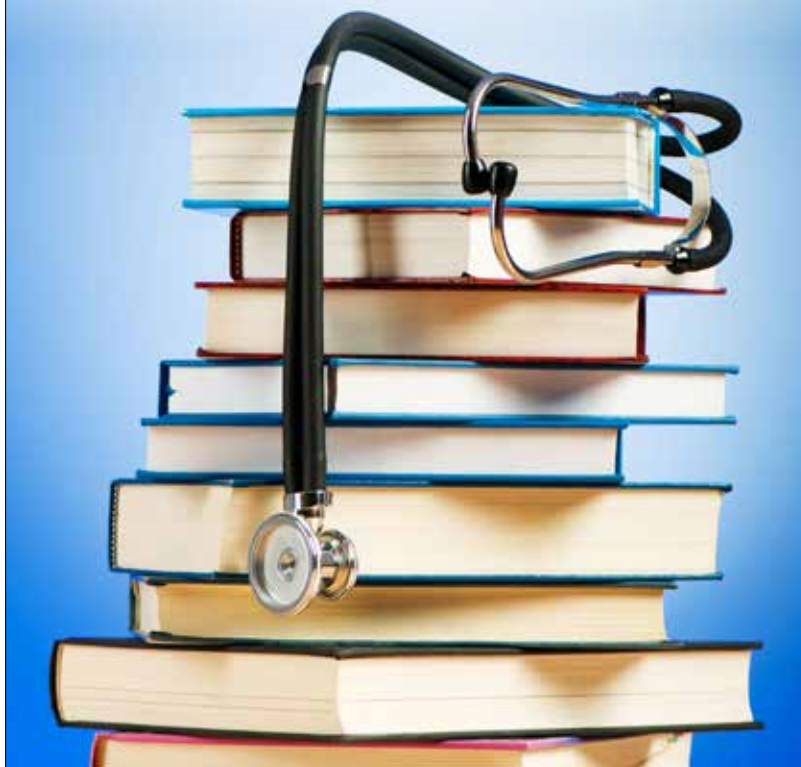
I 2015 foretok Telemarksfors-kning en elektronisk spørreun-dersøkelse blant 10 000 syke-pleiere; 5000 sykehjemsansatte og 5000 ansatte i hjemmesyke-pleien. Undersøkelsen er bestilt av NSF og ble besvart av 2695 stykker; det vil si 30 prosent.

Deltakerne. 95 prosent av re-spondentene er kvinner med en gjennomsnittsalder på 48 år. 45 prosent jobber i hjemmesykeplei-en, 45 prosent på sykehjem og 10 prosent jobber med «annet». Nes-ten alle som har svart er i fast stil-ling og 16 prosent har lederstilling. De har i snitt 16 års arbeidser-faring og 40 prosent har fullført master eller videreutdanning.

BEMANNING. Litt over halvparten oppgir at tjenesten de jobber i er tilstrekkelig bemannet til å ta imot pasienter fra sykehus og 67 prosent mener at den sykepleiefaglige kom-petansen er god nok. Samtidig me-ner 70 prosent at det er behov for flere sykepleiere med videreutdan-ning eller master. Like mange opp-gir at de bruker mye tid på oppga-ver som like gjerne kunne vært utført av andre personellgrupper.

KVALITET OG KOMPETANSE. Så godt som alle sykepleierne mener de har behov for økt kompetanse på en del områder for å gi pasienter bedre behandling. Dette gjelder demens, psykisk helse, geriatri, palliativ

behandling, hud og sårbehandling, rus, helsefremmende og forebyggen-de arbeid, kreft og diabetes. De fle-ste deltakerne er enige om at den sy-kepleiefaglige kompetansen ivaretas på en god måte, men at de har



mindre tid til å ivareta pasientenes behov for sosial kontakt og omsorg. 37 prosent av de ansatte i hjemmesy-kepleien og 40 prosent av de syke-hjemsansatte svarer at de har tid til dette. Imidlertid svarer deltakerne i lederstillinger gjennomgående mer positivt på spørsmål vedrørende tje-nestekvalitet, og delvis også på spørsmål om ressurser og bemanning.

ENDRINGER. Det er små variasjo-ner mellom svarene hjemmesyke-pleierne og sykepleierne gir på spørsmål om endringer i arbeidssitu-asjonen de siste tre årene. De fleste opplever at kompleksiteten i de sy-kepleiefaglige oppgavene har økt og at arbeidsoppgavene oppleves som mer varierte og spennende. 74 prosent svarer at de har ansvar for flere pasienter med omfattende tjeneste-behov enn de hadde for tre år siden. Over halvparten sier de bruker mer tid på administrasjon og koordine-ring enn tidligere, og bare 30 prosent er enige i at de har nok tid til å doku-mentere arbeidet sitt.

SAMARBEID. Litt over halvparten av deltakerne synes samarbeidet



Hvem håper du vil ta seg av deg dersom du blir pleietrengende?



1

Bent Høie

Helse- og omsorgsminister

Regjeringen har nylig lagt frem en stortingsmelding om fremtidens primærhelsetjeneste og en plan for helse- og omsorgsfeltet. Viktige mål er at eldre og pleietrengende skal møte tverrfaglige og teambaserte helse- og omsorgstjenester med god kompetanse. På den måten skal det medisinske og helsefaglige tilbudet både i hjemmetjenesten og på sykehjem sikres. Dersom jeg blir pleietrengende, håper jeg derfor at jeg møter helsepersonell som arbeider i team, som deler visjonen om å skape pasientens helsetjeneste og som stiller meg spørsmålet: «Hva er viktig for deg?»



2

Audun Lysbakken

SV-leder og medlem av Stortingets helse- og omsorgskomite

Jeg håper de som tar seg av meg når jeg blir pleietrengende er fagutdannede med nok tid til å se de behovene jeg har. Jeg ønsker meg pleiere som har god tid til hver enkelt pasient, og som ikke må gå rundt med stoppeklokker. Jeg håper de har tillit og rom for å ta faglige vurderinger selv og ikke slavisk må følge rigide skjemaer. Jeg håper de er uthvilt og har nok kollegaer på jobb til å gjøre jobben de brenner for.



3

Kristin Skogen Lund

Administrerende direktør i NHO

Jeg ønsker å bli tatt hånd om av kvalifisert helsepersonell, uavhengig av nasjonalitet, kjønn og om de jobber i det private eller offentlige. Jeg tror vi står overfor store teknologiske endringer i årene fremover. Det vil utfordre og endre måten vi arbeider på. Ny velferdsteknologi vil ha mye å si for hvordan en sykepleier jobber. Men selv om teknologien kan hjelpe oss med mye, vil den ikke erstatte det å ha et annet menneske å snakke med. I fremtiden må vi rendyrke det som gjør menneskene unike.



4

Jan Davidsen

Leder for Pensjonistforbundet

Når den dagen kommer, håper jeg å møte ansatte som har kompetanse og tid. Men vi må allerede nå ta tak i de mange unge som er utenfor arbeidslivet. Kan vi bruke godt voksne helsepersonell, som i stedet for å gå av med pensjon, kan bidra til å løse unge inn i omsorgssektoren? Ved å være mentor for unge, kan flere eldre helsepersonell stå lengre i jobb, men ikke med de tyngste løftene.

med sykehus fungerer bra eller svært bra. Likevel mener 75 prosent at pasientene som skrives ut fra sykehuset fortsatt trenger sykehusbehandling, og nesten like mange opplever det som utfordrende at pasienter skrives ut til alle døgnets tider. Når det gjelder samarbeidet med andre aktører i den kommunal helse- og omsorgstjenesten, er det få som vurderer samarbeidsforholdene som dårlige. Så mange som 70 prosent vurderer samarbeidet med legevakten som godt.

KOMPETANSEUTVIKLING. 16 prosent har ikke deltatt på organisert opplæring på eller utenfor arbeidsplassen i løpet av de siste tre årene. 20 prosent oppgir at arbeidsgiver har kartlagt kompetansen deres de siste tre årene og like mange oppgir at det er satt av tid i arbeidsplaner til faglig vedlikehold og fordypning. Nesten like mange svarer det er avsatt tid til veiledning, men 71 prosent er uenig i dette. 37 prosent mener arbeidsgiver oppmuntrer de ansatte til å ta videreutdanning eller master. 75 prosent av dem som ikke har tatt master eller videreutdanning, svarer at de kunne hatt behov for det. ●



Sykepleiere om framtiden.

Tror kvaliteten blir dårligere

Under halvparten av sykepleierne ved norske sykehjem er sikre på at de kunne tenke seg å bo der selv, dersom de blir pleietrengende.

Tekst **Kari Anne Dolonen** • Grafikk **Sissel Vetter**



Sykepleien har i sommer gjennomført en spørreundersøkelse om framtidens eldreomsorg blant dem som står midt oppe i det, nemlig pleierne som jobber ved norske sykehjem og i hjemmesykepleien.

MÅ SNAKKE NORSK. I undersøkelsen gir sykepleierne blant annet uttrykk for at de som skal ta seg av dem når de selv blir gamle og pleietrengende, må snakke norsk. Det kommer frem både i rene svar, og kommentarfeltene.

«Hadde ikke akseptert andre enn sykepleiere/fagfolk som kan mitt språk.» Sykepleier om hvem vedkommende ønsker å bli pleiet av, dersom det ikke er nok sykepleiere som snakker norsk.

RIKSSYNSER. Kommentator i Dagbladet og «rikssynser» Marie Simonsen er ikke redd for å ha meninger om hvordan vi skal sko oss til en ennå ukjent fremtid. Hun er ikke overrasket over svarene sykepleierne gir i undersøkelsen.

– Det er kjent at manglende norskkunnskaper er et problem i eldreomsorgen, men det er jo et symptom på en mer grunnleggende utfordring; lav status, dårlig lønn og manglende rekruttering. Derfor benytter mange sykehjem seg av stadig flere ufaglærte, som ofte er innvandrere. Å stille høyere krav til kompetanse, uten at lønn, arbeidsforhold og dermed status endres, virker naivt, sier Simonsen. Se figur 1.

Samtidig mener hun det beviselig er mulig å yte god omsorg uten å kunne perfekt norsk.

– Innvandrere må ses som en helt nødvendig ressurs i et yrke med skrikende behov for flere pleiere. Da må det for eksempel legges til rette for norskundervisning og videreutdanning, sier Simonsen.

NSFs forbundsleder, Eli Gunhild By, er heller ikke overrasket.

– I vårt prinsippprogram sier vi at sykepleiere må ha adekvat språk- og helsefaglig forståelse for å sikre trygg og god kommunikasjon med pasienter, pårørende og kolleger i et tverrfaglig miljø.

– Kommunikasjon er helt essensielt i utøvelsen av god sykepleie, og jeg tenker at dette svaret reflekterer at sykepleierne mener at dette er veldig viktig, sier By.

HALVPARTEN ER POSITIVE. «Dersom du var eldre og pleietrengende, kunne du tenke deg å bo på institusjonen du jobber ved i dag?»

Nesten halvparten (47 prosent) av sykepleierne som deltok i undersøkelsen, svarte ja på spørsmålet ovenfor, mens 25 prosent svarte nei. 29 prosent sa de var usikre.

«De eldre blir sett og hørt, god pleie og omsorg» Sykepleier om hvorfor hun kunne tenke seg å bo på institusjonen der hun jobber. Se figur 2.

«Jeg synes det er vanskelig å vite hvordan jeg tenker når jeg f.eks. er 90 år og pleietrengende, men slik jeg ser det nå så er det for mye fokus på

Fakta

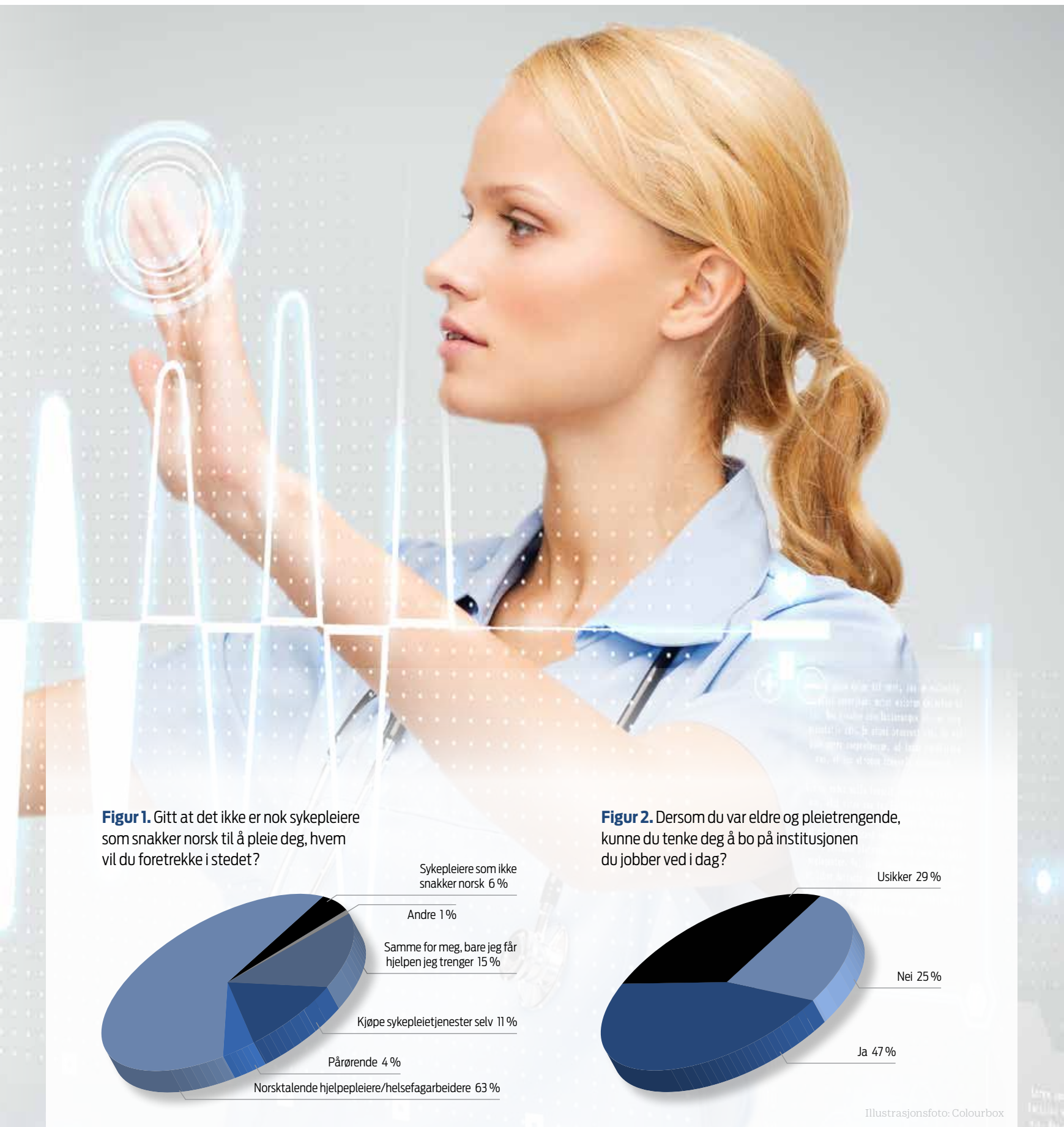
Om undersøkelsen

- 12. juni sendte vi ut et spørreskjema til medlemmer av Norsk Sykepleierforbund registrert med sykehjem eller hjemmesykepleie som arbeidssted.
- Det ble sendt ut to purringer, og undersøkelsen ble avsluttet 19. juni.
- Vi mottok totalt 2900 fullførte skjema.
- Rundt halvparten (47 prosent) oppga å jobbe på sykehjem og 29 prosent i hjemmesykepleien. Spørsmålene var utformet med tanke på dem som jobbet på en institusjon eller i hjemmesykepleien med eldre. Vi faset derfor ut alle som svarte at de jobbet administrativt i kommunen, ikke var i jobb eller oppga «annet». Til sammen utgjorde disse 10 prosent av respondentene.

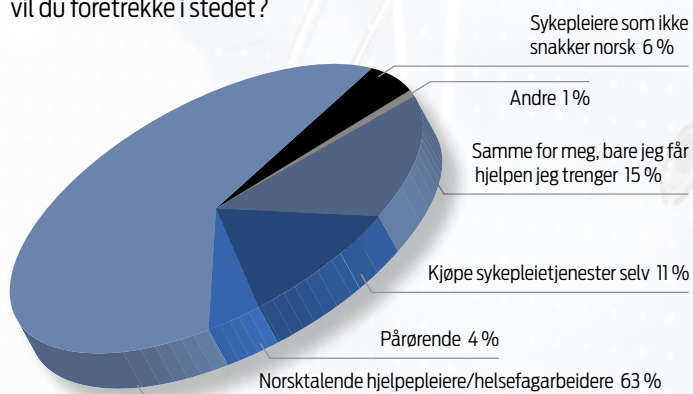
å spare penger. Det er det samme hva som blir sagt. Hvilke flotte målsettinger kommuneledelsen har, betyr ingenting. Det er pengene som styrer, det har vi fått merke der jeg jobber, og det er ikke positivt for beboerne. Jeg håper at ikke mine nærmeste eller jeg selv må dit.» Sykepleier om hvorfor hun ikke kunne tenke seg å bo på institusjonen der hun selv jobber.

– Hva tenker du om svarene? Er det positivt eller bekymringsfullt at halvparten sier klart ja?

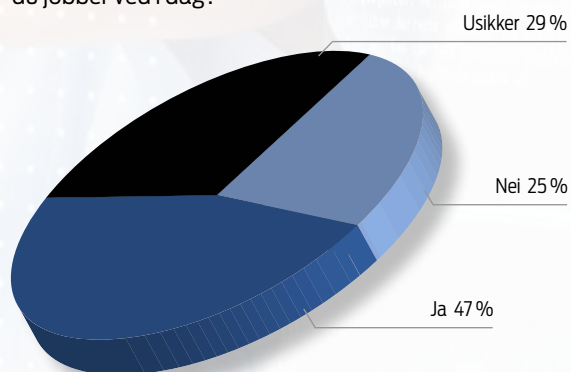




Figur 1. Gitt at det ikke er nok sykepleiere som snakker norsk til å pleie deg, hvem vil du foretrekke i stedet?



Figur 2. Dersom du var eldre og pleietrengende, kunne du tenke deg å bo på institusjonen du jobber ved i dag?



Illustrasjonsfoto: Colourbox



→ – Jeg tenker at det er positivt at halvparten sier ja. Det betyr sannsynligvis at de synes at de gir et godt tilbud. For mange er det en stor endring i livet å flytte på institusjon. Sånn sett skjønner jeg at mange er usikre, sier forbundsleder By.

– Det at hver fjerde sykepleier ikke vil bo der, kan tyde på at de ikke er fornøyd med bemanningen og dermed kvaliteten. Det må både sentrale og lokale politikere ta på alvor.

PRIVATE AKTØRER. Sykepleiens undersøkelse tyder på at ansatte i kommunehelsetjenesten ikke er spesielt kritiske til å kjøpe tjenester av private aktører.

Halvparten av dem som har deltatt, sier de vil vurdere å kjøpe pleietjenester av private dersom det blir sykepleiemangel. Bare 16 prosent sier at de ikke vil vurdere det. Se figur 3.

– Overrasker det?

– Politikerne har et ansvar for at slike tjenester ikke skal være nødvendig. Alle, uavhengig av hvor god råd de har, har krav på gode offentlige helse- og omsorgstjenester, sier By.

På spørsmål om hvilke holdninger de har til at pårørende og pasienter kjøper pleietjenester av private, er det bare 10 prosent som sier de er imot, mens hele 75 prosent sier de ser både fordeler og ulemper.

«Jeg tror det må en kombinasjon av alternativer til. Mange oppgaver de eldre ønsker hjelp til,

kan gjøres av andre enn helsefagene. Velferdsteknologi er en måte å trygge en del eldre/pårørende på. Mange eldre er ensomme, og trenger ikke nødvendigvis å bo på sykehjem, men bo i bofellesskap med andre, og med en voksen som lager felles måltid og gir en hjelpende hånd. Jeg opplever at en del som kommer innom sykehjemmet hos oss, er engstelige for å bo alene.» Sykepleier i undersøkelsen om hva som er det viktigste tiltaket for å løse utfordringen med sykepleiermangel. Se figur 4.

FORVENTER IKKE MER AV PÅRØRENDE. Det virker ikke som om sykepleierne i undersøkelsen forventer at de pårørende skal ta seg av dem. Det er i tråd med SSBs forskningsleder Erling Holmøys spådommer når det gjelder familiebasert omsorg:

– Personlig mener jeg at visse trekk tyder på en negativ retning: Vi får flere én-personshusholdninger, og vi har forventninger om at inntektsvekst skal gjøre egeninnsats overflødig, sier han.

– På den annen side kan anstrengte offentlige finanser på lang sikt føre til at det offentlige eldreomsorgstilbudet blir så vidt magert, at flere av de pleietrengendes barn vil bidra til en bedre standard ved at de selv står for et egenprodusert, privat tilbud av enklere omsorgstjenester og praktisk bistand, mener Holmøy.

«Øke lønna og gjøre yrket meir attraktivt.» Sykepleier i undersøkelsen om hva som er det



«Våre medlemmer kjenner hverdagen der ute, og vet godt hvilke oppgaver som skal løses.» Eli Gunhild By, NSF-leader

viktigste tiltaket for å løse utfordringen med sykepleiermangel.

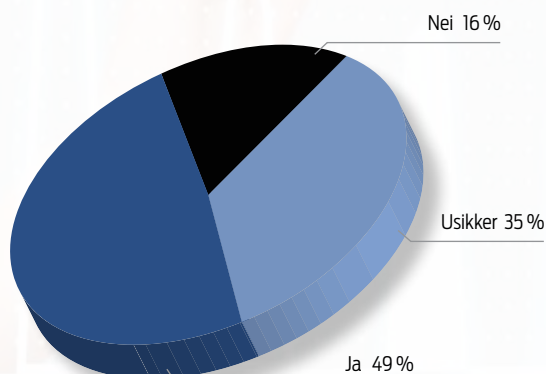
FLERE MENN INN I UTDANNINGENE. Ifølge Stortingsmelding 13 «Utdanning for velferd», må hver tredje ungdom utdanne seg innen helse- og omsorg dersom vi selv skal dekke opp mangelen på helsepersonell i 2035.

Sykepleierne i vår undersøkelse har liten tro på at det lar seg gjøre. NSF's studentleder, Mia Andresen, svarer kort og greit «nei», på spørsmål om det er realistisk.

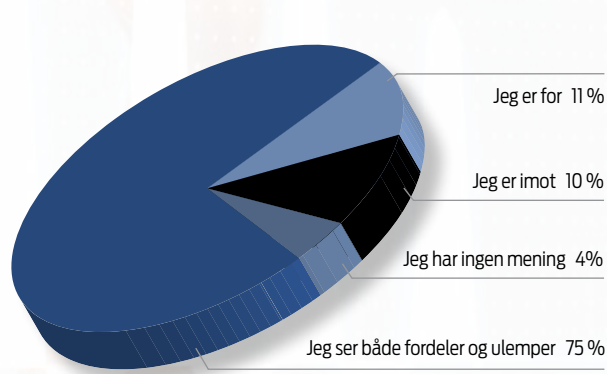
Marie Simonsen har heller ikke tro på en slik utvikling, men er samstemt med Andresen i at noe kan hentes inn dersom flere gutter velger å utdanne seg til sektoren.

– Utfordringen er snarere å holde på dem som

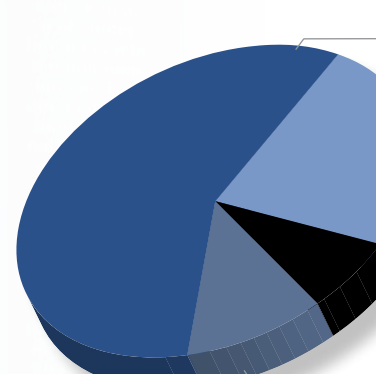
Figur 3. Ved sykepleiermangel, vil du vurdere å betale private aktører for pleietjenester?



Figur 4. Hva er din holdning til at pasienter/pårørende kjøper pleietjenester av private aktører?



Figur 5. Hva tror du om kvaliteten på eldreomsorgen den dagen du blir gammel?



utdannes; sørge for større stillinger, bedre turnuser og bedre lønn, mener Simonsen.

NFS-leder By påpeker at det er vanskelig å spå, men mener at dersom man sørger for at sykepleiere gis konkurransedyktige betingelser, så vil man også rekruttere godt.

– Mange jobber ufrivillig deltid, mange må gå av før oppnådd pensjonsalder og mange har gått over til andre yrker. Dersom arbeidsgiverne gjør noe med dette, og i tillegg gir gode lønnsbetingelser, så mener jeg at vi skal klare å gi gode helse- og omsorgstilbud også i framtiden, sier By.

VIL UTDANNE FLERE. Seks av ti sykepleiere i Sykepleiens undersøkelse tror kvaliteten på eldreomsorgen har blitt verre innen de selv bli gamle.

Det finnes likevel en optimistisk skare på 11 prosent, som tror den vil bli bedre, mens 25 prosent tror kvaliteten vil være på samme nivå som i dag, eller ikke har noen mening om saken.

Dersom SSBs prognoser slår til, vil Norge mangle 28 000 sykepleiere i år 2035. Vi spurte sykepleierne hva de mener er det viktigste tiltaket for å møte denne utfordringen.

Seks av ti mente det må utdannes flere sykepleiere enn i dag. Nesten 20 prosent mener flere pleieoppgaver må gjøres av helsefagarbeidere. 14 prosent sier det må andre løsninger til enn de Sykepleien har listet opp som svaralternativer.

407 sykepleiere har valgt å benytte seg av fritkstfeltet hvor de kan skrive inn andre tiltak.

Det er tre ting som går igjen her:

- Økt lønn til sykepleiere
 - Tilby heltidsstillinger
 - Gjør yrket mer attraktivt
- (Se figur 5 og 6.)

ANBEFALER HELSESEKTOREN. De fleste vil anbefale dagens unge å utdanne seg innen helse- og omsorgsykker (67 prosent), mens bare 14 sier de ikke vil gjøre det.

Det snakkes mye om at omsorgsteknologi skal gjøre oppgaver overflødig. Sykepleierne i vår undersøkelse er ikke altfor optimistiske. Bare ni prosent tror teknologiske løsninger i stor grad vil erstatte dagens sykepleieroppgaver.

– Jeg er overrasket over teknologivegringen. Åpenbart er det mye å hente her; ikke minst når det gjelder eldre som kan bo hjemme lengre, sier Marie Simonsen.

– Det må også satses på demensforskning og annen geriatri. Jeg er overbevist om at vi om noen ti år vil ha en annen og bedre eldreomsorg, som er mer teknologibasert og mindre arbeidsintensiv. Rike Norge kan gå foran, men enn så lenge virker det som politikere bare ser «flere hender» som svaret i eldreomsorgen og ellers bryr seg lite om geriatri som fagfelt.

«Det er lett å uttale seg om fremtidens eldreomsorg. Men den dagen du eller dine egne trenger hjelp og gjerne en sykehjemsplass, tror jeg mange endrer oppfatning. Så bygg flere sykehjem med



«Å stille høyere krav til kompetanse uten at lønn, arbeidsforhold og dermed status endres, virker naivt.»

Marie Simonsen,
kommentator

store gode rom med bad, fellesstue, fotpleier, frisør, treningsanlegg og så videre. Tilknyttet lege og heldøgnsbemanning av kvalifisert personell. [Redigert.]» Sykepleier i undersøkelsens fritkstfelt for generelle kommentarer. (Se figur 7.)

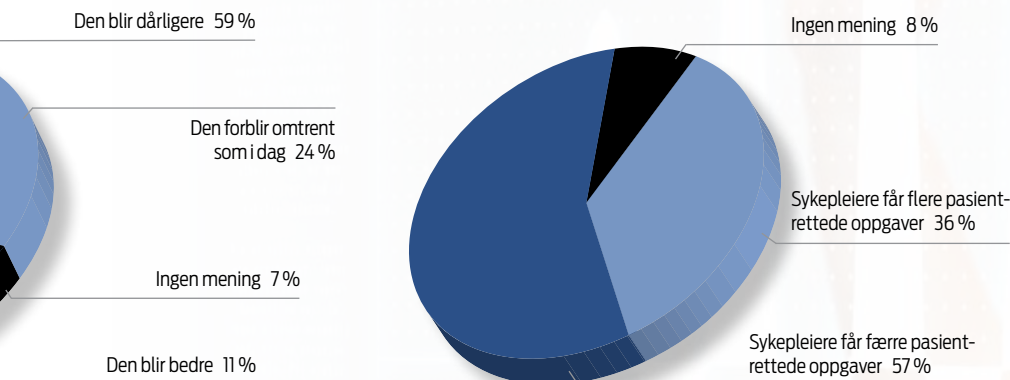
– At over halvparten mener at teknologi i stor eller en viss grad vil erstatte sykepleieroppgaver, viser at de vil ta i bruk ulike typer av omsorgsteknologi, sier NSF-leder By.

– Vi har også andre undersøkelser som viser at sykepleiere er positivt innstilt til bruk av teknologi. Våre medlemmer kjenner hverdagen der ute, og vet godt hvilke oppgaver som skal løses, så jeg tenker at dette gjenspeiler realisme, ikke teknologiskepis. ●

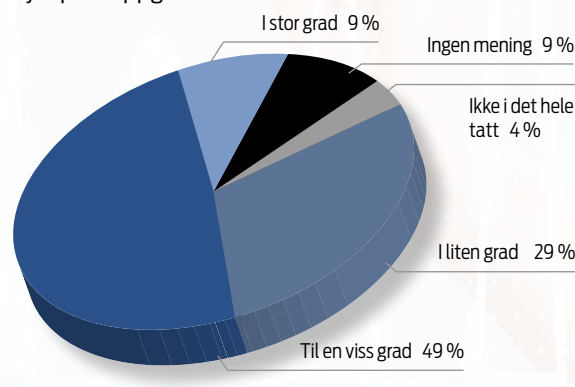
kari.anne.dolonen@sykepleien.no



Figur 6. Hva blir konsekvensen av sykepleiermangelen for sykepleierne i fremtiden?



Figur 7. I hvilken grad vil omsorgsteknologi erstatte dagens sykepleieoppgaver?





Skjult sykepleiermangel.

Sykepleiervakter uten sykepleiere

Mangel på sykepleiere telles i årsverk og personer.
Hva med ubesatte sykepleiervakter?

• Tekst og foto **Bjørn Arild Østby**



Norsk Sykepleierforbund (NSF) i Østfold har gjennomført en kartlegging i fylket kommuner for å få svar på forskjellen mellom planlagt og faktisk sykepleierbemanning i pleie- og omsorgstjenestene. Resultatet gjør fylkesleder Karen Brasetvik alvorlig bekymret. Hun har sendt bekymringsmelding til Fylkesmannen i Østfold.

Tillitsvalgte og ledere i kommunene har summert hvor mange sykepleiervakter turnusen var satt opp med i uke 10 og 11; hvor mange av vaktene som var ledige og hvor mange som ble erstattet med sykepleiere, ansatte med lavere kompetanse eller ufaglærte. I tillegg ble det kartlagt hvor mange ledige sykepleiervakter som ikke ble erstattet.

FÆRRE ENN PLANLAGT. I de virksomhetene som deltok i kartleggingen, var det planlagt totalt 5 952 sykepleiervakter disse to ukene. 1 406, eller 24 prosent, av disse var ledige – hovedsakelig på grunn av sykefravær eller stillinger som ikke er blitt besatt. I 30 prosent av de ledige vaktene ble det satt inn en annen sykepleier, mens 37 prosent av vaktene ble dekket med lavere kompetanse, som helsefagarbeider. 18 prosent av vaktene ble erstattet med ufaglærte, mens 16 prosent ikke ble erstattet.

– Kartleggingen viser at det er stor sykepleiermangel i Østfolds pleie- og omsorgstjenester. Det stemmer også godt med tilbakemeldinger

vi får fra sykepleiere, ledere og tillitsvalgte. Hovedregelen er at det er færre sykepleiere på vakt enn det som er planlagt. I mange av virksomhetene er bemanningen allerede i utgangspunktet på et minimum, sier fylkesleder i NSF Østfold, Karen Brasetvik.

I hjemmesykepleien sone Sentrum i Halden kommune stod for eksempel nærmere seks av ti



Ledige sykepleiervakter utgjør 356 sykepleierårsverk i løpet av ett år.

Karen Brasetvik

sykepleiervakter ledige. Bare 28 prosent av dem ble erstattet med sykepleiere.

Brasetvik mener bemanningsplanleggingen i kommunene ikke er i tråd med samfunnsutviklingen, eller intensjonen i samhandlingsreformen.

MANGE ÅRSVERK. Fylkesmannen i Østfold sin oversikt over personellsituasjonen i fylket som ble presentert i vår, viser at det har blitt færre

Fakta

Ubesatte sykepleiervakter

Kartleggingen ble gjennomført i uke 10 og 11 og omfatter 13 av Østfolds 18 kommuner. De to ukene var uten ferieavvikling og helligdager. Andel ubesatte sykepleiervakter i kommunenes pleie- og omsorgstjenester:

Aremark	14,9 %
Askim	6,6 %
Fredrikstad	22,9 %
Halden	28,6 %
Marker	14,5 %
Moss	22,9 %
Rygge	29,3 %
Rømskog	11,5 %
Sarpsborg	26,7 %
Skiptvet	24,0 %
Trøgstad	35,0 %
Våler (sykehjem)	58,5 %

Kilde: «Planlagt og faktisk bemanning i Østfolds pleie- og omsorgstjeneste». NSF Østfold 2015.

årsverk i pleie- og omsorgstjenesten etter at Samhandlingsreformen trådte i kraft. Det til tross for flere kommunale oppgaver og mer alvorlig syke pasienter med behov for behandling og sykepleie.

Med utgangspunkt i Fylkesmannens



Arkivfoto: Erik M. Sundt



personelloversikt har NSF's fylkesleder regnet ut at 24 prosent ledige sykepleiervakter til sammen utgjør 356 sykepleierårsverk i løpet av året.

Det er langt høyere enn de 75 sykepleierne som kommer fram i NAVs bedriftsundersøkelse 2015 for Østfold fylke.

– Denne skjulte sykepleiermangelen kan heller ikke erstattes med nyutdannede sykepleiere. I år ble det utdannet 140 sykepleiere ved sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Østfold, sier Brasetvik.

BEKYMRINGSMELDING. – *Hva håper dere å oppnå med bekymringsmeldingen dere har sendt til Fylkesmannen om saken?*

– Vi ønsker at Fylkesmannen skal gå inn og følge opp hvilke tiltak kommunene gjør for å skape tilstrekkelig bemanning. For å holde på flinke ansatte er det viktig å tilby god lønn, fulle stillinger, videre- og etterutdanning og et godt fagmiljø. I dag er det blant annet altfor mange deltidsstillinger i kommunene, sier fylkeslederen.

I sitt svar til NSF Østfold skriver Fylkesmannen at de «vil bruke den der den er relevant i vår tilsynsvirksomhet».

INGEN BEDRING. Tidligere kartlegginger i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten i Østfold viser at det er liten endring i hvordan kommunene løser utfordringene med å fylle opp sykepleiervaktene i turnusene. Fjorårets kartlegging viste at kun 25 prosent av ledige sykepleiervakter ble dekket opp med andre sykepleiere.

– Kartleggingene viser at det er stor manko hele uken og ikke bare i helgene, sier Brasetvik. Hun mener kommunene kan starte med å ta høyde for et stabilt sykefravær på rundt ti prosent, når de lager vaktplaner.

«TEMPERATURMÅLING». – De årlige kartleggingene er en måte «å ta tempen på» bemannings-situasjonen i pleie- og omsorgstjenesten. Selv om dette ikke er forskning, viser tallene at ledere daglig står overfor store utfordringer med å fylle ledige sykepleiervakter. Det er krevende for både ledere

og ansatte, ifølge fylkesleder Karen Brasetvik.

SAMME I SØR-TRØNDELAG. En tilsvarende kartlegging NSF Sør-Trøndelag gjennomførte om planlagt og faktisk bemanning i sykepleiervaktene i 2014 viser langt på vei det samme som i Østfold.

I løpet av to-ukersperioden kartlegging ble gjennomført var 24 prosent av sykepleiervaktene på ett eller annet tidspunkt uten sykepleiere. ● bjorn.arild.ostby@sykepleien.no



Sykepleien APP og Sykepleien.no

Mer om temaet:

Film, lydfil og fakta til flere av sakene om fremtidens sykepleiermangel på Sykepleiens app og på sykepleien.no

Sykepleiens app gir en helt ny leseopplevelse

– slik kommer du i gang om du ikke har prøvd

Hver utgave er skreddersydd med interaktive elementer. Her finner du bl.a. bildeserier, videoer, lyd og lenker til ekstra lesestoff. **Prøv du også!**

iPad



Har du iPad, går du inn i App store og søker etter «**Sykepleien**». Her kan du laste ned applikasjonen hvor du vil finne alle tidligere utgaver av Sykepleien.

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

Kun for iPad - appen er ikke tilgjengelig på iPhone!



Android



Har du en Android (nettbrett eller mobil), går du inn i Google play/Play butikk og søker etter «**Sykepleien**». Her kan du laste ned applikasjonen hvor du vil finne alle tidligere utgaver av Sykepleien.

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



Fungerer også på Android-mobiler

Sykepleien

Last ned appen i dag!

PSST. Den er gratis. :)



Sykepleie

Del 2 Sykepleien 07 | 2015

Fagartikler – Etikk – Intervju

Delt: Seksualundervisning i kjønnsdelte eller mindre grupper kan gi bedre læringsutbytte. Illustrasjonsfoto: Colourbox



Kjønnsdelt seksualundervisning

Ikke gammeldags. Mange jenter ønsker kjønnsdelt undervisning. **62**



På skoler. Bedre barnehelse med salutogenese. **58**



«I jobben farter jeg mye, både med bil og båt. Helt opp til Aukra i nord og ned til Bergen i sør.»
Torill Midtgaard Gaustad. **65**



Etikk. Ingen skal dø alene. **70**



SALUTOGENESE GIR BEDRE BARNEHELSE

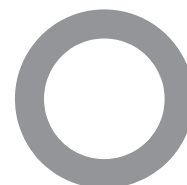
Trivsel. Helsefremmende tilnærming i skolehelsetjenesten

kan bidra til å fremme barnas fysiske, psykiske og sosiale helse.

MASTEROPPGAVE

Artikkelen bygger på

100% teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2015.54641



Wenche Similä, Masterstudent, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, NTNU, SVT-fakultetet

I denne artikkelen diskuterer vi hvordan en salutogen tilnærming kan bidra til å oppfylle forventningene til en god primærhelsetjeneste for barn gjennom helsefremmende skoler og skolehelsetjenesten.

BARNEHELSE. I tråd med WHO's definisjon av helse sier Barneombudet at barnehelse ikke bare handler om å sikre barn mot sykdom (1). God barnehelse handler om å sikre fysisk, psykisk og sosial trivsel for barna. Barnekomiteen pålegger staten å utvikle en god primærhelsetjeneste for barn, spesielt i skolene. Råd og anbefalinger til skolehelsetjenesten, kommunene og statlige myndigheter handler om aktivt å oppsøke barn og unge med informasjon om tjenesten, meldeplikt og taushetsplikt. Dette omfatter at helseøstre aktivt involverer seg i kommunalt planarbeid og rapporterer om svikt i systemet. Skolehelsetjenesten utarbeider gode rutiner for samarbeid med elever og ansatte i skoler og kommunehelsetjenesten. Kommunene kartlegger og utvikler kompetanse på manglende områder, og tar barn og unge aktivt med i planleggingen. Myndighetene fastsetter en rettslig bindende minimumsnorm, øremerker midler, supplerer

skolehelsetjenesten med flere faggrupper og pålegger fylkesmenn tettere oppfølging, tilsyn og strengere reaksjoner overfor uforsvarlighet i kommunene. Og de må sørge for at barn og unge blir hørt ved tilsyn av virksomheten. I det følgende vil vi vise hvordan en salutogen tilnærming kan bidra til å oppfylle disse målene.

SALUTOGENESE. Salutogenese handler om prosessen som gjør at vi beveger oss i helsefremmende retning gjennom livet. Den salutogene tilnærmingen til helse, er formet som en modell, og er et forslag til et teoretisk grunnlag for helsefremmende arbeid (2). Salutogenesens to nøkkelkomponenter er et spørreskjema som viser menneskers opplevelse av sammenheng i livet, forkortet til SOC (The sense of coherence) (3). 29 punkter måler styrken på SOC gjennom å se på begripelighet, håndterbarhet og mening i en persons livsverden. SOC utvikler seg gjennom livet og kan si noe om styrken i vår helse, og om det er nødvendig å sette i gang forbedringstiltak (3). Den andre nøkkelkomponenten er et verktøy som beskriver generelle motstandsressurser hos mennesker (GRR). Dette er effektive faktorer for å unngå eller mestre et stort spekter av stressorer gjennom livet (se tabell 1). Antonovsky beskriver GRR som:

Livets elv. Etter en undersøkelse av styrken i SOC kan GRR brukes til å finne ut hvor det er mangler, og hvor man bør sette inn tiltak for å styrke de interne og/eller eksterne motstandsressursene. Salutogenesen beskrives også i metaforene «The river of Health» og «Health in the river of Life» (4). Her beskrives målet med modellen, som sammenliknes med å finne ut hva som gjør at en svømmer klarer å holde seg i bevegelse i riktig retning i livselven, og hvordan svømmeren finner støtte i vanskelige tider. I vanskelige tider er det viktigste å finne ut hva som trekker svømmeren mot fossefallet, og finne ressurser som kan lede svømmeren tilbake på riktig vei. Det vil fremme helse og forebygge at svømmeren glir ut i fossefallet (2).

HELSEFREMMEDE SKOLER. Bevegelsen for helsefremmende skoler oppsto som følge av konseptet fra WHO's folkehelsekonferanse i Ottawa i 1986 (5). Det europeiske nettverket for helsefremmende skoler (ENHPS) har vært den fremste katalysatoren for å utvikle helsefremmende skolekonsept i Europa (6). Norge ble inkludert i ENHPS i 1994 (7). Helsedirektoratet følger WHO og sier at helsefremming er «den prosessen som gjør folk i stand til å bedre og bevare sin helse» (8, s. 1). De refererer til

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Det helhetlige og tverrkulturelt anvendelige salutogene konseptet tilbyr verktøy som kan brukes i skolehelsetjenesten gjennom forskning og praksis for å utvikle en helsefremmende strategi og oppfylle anbefalinger fra WHO om økt helse i befolkningen. Skolehelsetjenesten i Norge trenger en opprustning, staten har satt av midler, og kommunene må prioritere å bruke pengene der de er tiltenkt.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Skolehelsetjeneste
- Helsesøster
- Kommunehelsetjeneste
- Barn
- Ungdom



Tabell 1: Mapping-Sentence Definition of GRR (modifisert fra Antonovsky, 1979, s. 103. Brukt med tillatelse fra copyrightholder).

Ottawacharteret som understreker i fem hovedstolper (se Figur 1) at helsefremmende arbeid har en klar sammenheng med politikk, alle samfunnsnivåer og lokalmiljøet.

STØTTENDE OMGIVELSER. Rasmussen og Riwett (6) sier at Ottawacharteret identifiserer settinger hvor mennesker bor, arbeider og lærer som steder hvor helse skapes og vedlikeholdes. Det skjer gjennom å danne støttende omgivelser hvor mennesker kan ta vare på seg selv og andre, og ha kontroll over sin livssituasjon. Ifølge Whitehead (5) ble skoler identifisert som en av settingens nøkler til befolkningens helse. På oppdrag fra WHO kom en ekspertkomité i 1995 med retningslinjer for helsefremmende skoler. Retningslinjene består av følgende komponenter: Det fysiske miljøet i skolene, helsepolitikk i skolene, det

sosiale miljøet i skolene, samfunnsrelasjoner; inkludert foreldre, familie og eksterne instanser, personlige helseferdigheter og relasjoner til helsevesenet. Alle komponentene berører GRR; fysiske, makrososiokulturelle, interpersonlige, relasjonelle og kognitive karakteristikk. I sine siste arbeider utfordrer Antonovsky feltet for helsefremmende arbeid; til å omfavne salutogenese som et paradigme for forskning og praksis (9).

KONTAKTPERSON. Ervervet kunnskap om helsefremmende skoler kan gi ideer og inspirasjon til utvikling av tiltak. Pilotprosjekt i ENHPS la grunnlag for en internasjonal konsensus av helsefremming i skolene og utviklet nye verktøy og tjenester (6). ENHPS (10) omtaler ulike modeller som resultat av kontekstuelle fortolkninger.

En skotsk modell fra 2012 kalt GIR-FEC (Getting it right for every child), innebærer at helsetjenesten og skolen følger opp barna fra de blir født til de går ut av videregående skole. Alle barn og deres familier får tildelt en kontaktperson fra fødselen og ut videregående skole. Den kontaktpersonen har ansvar for å sette i verk observasjoner, kartlegging og tiltak dersom det er grunn til bekymring for barnet. Dette blir gjort etter «National Practice Model» som består av «The Wellbeing wheel», «My world triangle» og «The resilience matrix». Disse fungerer som veiledere og avdekker indikatorer på barnets «well being», hjelper de ansvarlige til å forstå barnets verden, undersøker behov og risikofaktorer, organiserer og analyserer informasjon når det trengs og planlegger aksjon og oppsummering. Kontaktpersonen har også ansvar for at både barnet og familien er trygge på at de kan ta kontakt og snakke om sine bekymringer. De skal oppleve at dette behandles konfidensielt og med respekt og være trygge på at de vil få hjelp. Over alt skal barnets synspunkter tas på alvor, og familien bli informert når det er passende. Når to eller flere instanser involveres i bistanden, skal det oppnevnes en ledende profesjonell koordinator. Denne personen blir familiens ho-

«God barnehelse handler om å sikre fysisk, psykisk og sosial trivsel for barna.»

vedkontakt og sørger for at involverte parter får den informasjonen de trenger, og for at barnet eller familien slipper å fortelle historien sin mange ganger. Den ledende profesjonelle er kjent med arbeidspraksisen i tjenestetilbudet, sørger for at barnet og familien kan forstå og delta i prosessen, fremmer samarbeid mellom partene og ser

til at planen for barnet blir gjennomført (11).

HELSESTØTTERS ROLLE. I Norge skal skolehelsetjenesten fokusere på det friske og se like mye etter sterke sider hos elevene, som etter risikofaktorer, problemer og sykdom (12). Whiteheads (5) review av forskning på helsefremmende skoler viser at helsesøstre har fokusert mer på konvensjonelle aktiviteter som screening, vaksiner og henvisninger av enkeltindivider, og den helsefremmende rollen er uklar og udefinert. En undersøkelse fra Barneombudet i 2013 om norske barns tilgang til likeverdige og gode helsetjenester, avdekket flere alvorlige mangler. Når barn trenger hjelp med sine problemer, må de banke på døren til en skolehelsetjeneste som altfor ofte er stengt. Barnas eget lavterskel helsetilbud er grovt underprioritert i mange kommuner. Tilbudet er fragmentert og lite tilgjengelig, og barn som har behov for hjelp fanges ikke opp (1). Dette er et paradoks når det står i regjeringens mål og innsatsområder om skolehelsetjenesten at «tjenesten når ut til alle» (13, s. 82). Whitehead (5) sier at forskning viser mangler på tilpasset opplæring, manglende evidens og evaluering av helseprogrammer, og forvirring rundt helsesøsterrollen. Den er ikke verdsatt og tilføres heller ikke ressurser av ledelsen og andre helseprofesjoner. Dette har ikke vært bra for moralen, tilfredsheten eller posisjonen til helsesøsterfunksjonen. Ifølge Barneombudet (1) er dagens situasjon i Norge at tjenesten kun tilbyr det aller mest nødvendige. Den har lange ventelister og liten mulighet til å være et reelt lavterskeltilbud til barn. I tillegg mangler helsesøstrene kompetanse om vold og overgrep, psykisk helse og om helseplager hos barn med fluktbakgrunn. Whitehead (5) sier at skolebasert helsefremming er et altfor viktig område til å bli overlatt til én disiplin, og helsesøsterfunksjonen ser ut til å ha fått tildelt urealistiske mål de skal nå.



TILTAK. Det er nødvendig med en bedre samordnet og kunnskapsbasert innsats, og det er behov for nødvendig dokumentasjon før tiltak iverksettes og i oppfølgingen av disse (12). Whitehead (5) sier at det bør opprettes nøkkelroller som kan lede og influere koordineringen av prosessen med gode helsefremmende skoleprogrammer, hvor aksjonsforskning foreslås som det mest effektive (5). Dette er forskning hvor informantene deltar aktivt i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak (14). Skolehelsetjenestens unike mulighet for å tilby støtte hvor eleven aktivt deltar i prosessen er også lite stigmatiserende (15). Undersøkelser fra Barneombudet (1) viser at skolehelsetjenesten i Norge mangler om lag 1500 stillinger før helsedirektoratets anbefalte norm for tjenesten virkeliggjøres. Statens ansvar ligger i sikring av ressursene, kontroll av kvaliteten på tjenestene og sikring av klagemuligheten dersom tjenesten ikke er god nok. Dette omfatter også barns rett til å bli hørt. Ifølge Barneombudet er det få elever og foresatte som klager på tilbudet i skolehelsetjenesten (1). Regjeringen har ønske om å «utvikle metoder, verktøy og gode rutiner for mer systematisk og konsistent bruk av folkehelseøkonomiske vurderinger av tiltak i alle sektorer» (12, s. 153). «The European Health report» fra 2012 beskriver at det er vanskelig å velge verktøy for å måle helse og «well being». Det er ingen kriterier for hva som bør velges, utallige verktøy stiller ulike spørsmål og de fleste kan ikke brukes krysskulturelt eller innenfor ulike nivåer (16).

VERKTØY. Salutogenesens verktøy, SOC og GRR, er testet og funnet reliable og valide i helsefremmende arbeid (9). Kartleggingsverktøyet GRR, ser på generelle motstandsressurser hos et individ, en gruppe, en subkultur eller et samfunn som bidrar til å unngå eller mestre stressorer (4). Ved å bruke GRR i kartlegging av innhold og mangler i skolehelsetjenesten, kan man plassere ressurser og tilby den

støtten elevene og deres familier trenger. Mangler går på kapasitet, kunnskap, aksept av helsesøsterrollen, behov for flere disipliner som deler på ansvaret og en økning i antall stillinger. Her berøres flere generelle motstandsressurser; materielle, kognitive, verdimesse eller holdningsskapende, relasjonelle og makrososiokulturelle egenskaper ved skolehelsetjenesten (4).

MOTSTANDSRESSURSER. Styrking av GRR i skolehelsetjenesten kan bidra til å opprettholde og fremme helsen til individer som deltar i skolesamfunnet, og til å oppfylle målene i Otta-wacharterets hovedstolpe om «å styrke lokalmiljøets muligheter for handling» (8, s. 1). På individuelt nivå kommer både spørreskjemaet SOC og kartleggingsverktøyet GRR til nytte. GRR viser de generelle motstandsressurserne som bygger opp SOC, mens SOC måler opplevelsen av sammenheng i en persons liv. Jo sterkere SOC, jo bedre utgangspunkt for god helse (9). Ved å bruke GRR i kartlegging av behov og utarbeidelse av intervensjoner, og måling av SOC før og etter en intervensjon, kan effekten av tiltak måles. Er SOC styrket vil intervensjonen bidra til helsefremming.

SPIRAL. Salutogenese viser til livet som en spiral hvor stressorer fører til ny kunnskap som danner grunnlag for læring og styrking av SOC. En interaktiv prosess hvor aktiv deltakelse og bruk av SOC til refleksjon, kan styrke helsefremmende tanker og handlinger (4). En studie beskriver hovedfokus i en salutogen intervensjon som å øke personers bevissthet rundt eget potensial, interne og eksterne motstandsressurser som personlige kvaliteter, mestringsevne og sosial støtte, og evnen til å bruke sitt potensial til å øke mestring i dagliglivets kontekst (17). En sammenhengende og kollektiv strategi i helsefremmende skoler, som følges av aksjonsforskning for å måle aktiviteten (5), kan bidra til at elever og foreldre tør å si fra, og styrker

deres sjanser for å bli sett og hørt. SOC er prøvd ut på barn helt ned i tolvårsalderen, og barneutgaven, CSOC, kan brukes på barn helt ned i femårsalderen (18). Et instrument som kan følge elevene gjennom hele skolesettingen og følge helseutviklingen med forskning over lengre tidsperioder.

TVERRKULTURELT. SOC har også vist seg å være et tverrkulturelt anvendelig verktøy (9). Helsesøstre og andre aktører kan aktivt involvere seg i denne prosessen ved å bruke SOC og GRR som utgangspunkt for helsefremmende arbeid, hvor elever er deltakere i sin helsefrem-

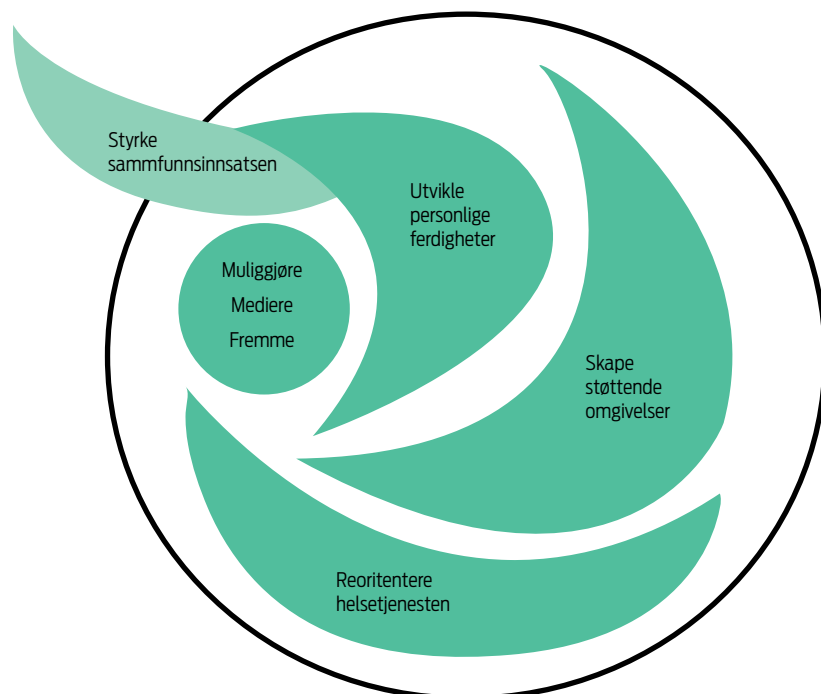
mingsprosess. WHO anbefalte en utdanningssetting i det underviste pensum, som kan ha en samordnet kapasitet i helsefremmende læring, livsførsel og arbeidsmetode (5). Forskning på SOC konseptet i undervisning sier at det viktigste er at elevene får

muligheten til å konstruere sitt eget tanke sett mot en sterkere opplevelse av realitet og forståelse. Læreprosessen blir en kontinuerlig interaksjon mellom eleven og lærestedet hvor forståelige og meningsfulle mønstre utvikler seg (19). Salutogenesen ser ut til å ha egenskaper for å følge opp retningslinjene fra WHO (5), utvikle en mer systematisk og konsistent bruk av folkehelseøkonomiske vurderinger av tiltak i skolehelsetjenesten (12), og oppfylle målene i to av Ottawa-charterets hovedstolper «å skape et støttende miljø» (8, s. 1) og «å utvikle personlige ferdigheter» (8, s. 1).

HELSE OG «WELL BEING». WHO sier at «well being» eksisterer i to dimensjoner, den subjektive og den objektive. Individets erfaringer med sitt eget liv – som kan sees i sammenheng med opplevelsen av sammenheng i livet (SOC), og en sammenlikning av livssituasjonen med sosiale normer og verdier

«Barnas eget lavterskel helsetilbud er grovt underprioritert i mange kommuner.»

Bygge offentlig helsepolitikk



Figur 1.

– som kan sees i sammenheng med generelle motstandsressurser (GRR). Helse og «well being» er interaktive og med noen felles determinanter; helse og sosiale systemer. Helse påvirker «well being», og «well being» kan forutsi noe om framtidig helse (16). Salutogenesen beskriver også helse som en interaktiv prosess som påvirker hvordan man oppfatter opplevelsen av sammenheng i livet (9), og mange av faktorene i de generelle motstandsressursene kan knyttes opp mot beskrivelser av settinger hvor helse skapes og opprettholdes (20). Gjennom «Helse for alle i 2020» ønsker man å utvikle en policy for hvordan samfunnet bruker midler på best mulig måte for å nå målet, og i denne sammenhengen er det viktig med en definisjon av og mål for «well being». (16). Etter salutogen tankegang kan «well being» være det å ha tilgang på tilstrekkelige generelle motstandsressurser (GRR), for å bygge helse og få en best mulig opplevelse av sammenheng i livet (SOC). WHO Regional

Office for Europe (2012) støtter bruken av helse og «well being» som mål i politikken, fordi de kan: 1) Gi evidens på mekanismer og verktøy som helsesektoren kan bruke for å forbedre «well being» i alle sektorer, 2) spre policy-relevant informasjon i samarbeidet med europeiske institusjoner eller andre medlemsland, og 3) undersøke hvordan «well being»-indikatorer bør tolkes og bli brukt i forbindelse med standardmål for dødelighet, sykkelighet og helsesystemets forbedring eller utvikling. «Well being»-indikatorer skal supplere heller enn å erstatte slike mål (16). Dette kan tolkes som en støtte til å bruke SOC og GRR fordi 1) de bidrar til evidens, 2) den tverrkulturelle anvendeligheten gjør at de kan brukes i alle land og kulturer og 3) de er verktøy som helsesektoren kan bruke til å forbedre helse og «well being». For eksempel i skolehelsetjenesten som er diskutert her.

KONKLUSJON. Salutogenesen ser ut til å ha egenskaper for å danne

en plattform for helsefremming i skolene. Nøkkelkomponentene, SOC og GRR, er verktøy som kan brukes for å finne områder som må styrkes i skolehelsetjenesten, og være utgangspunkt for reflekterende og støttende samtaler med elevene. De kan også bidra til å utvikle forståelige og meningsfulle forbindelser og utviklingstrekk mellom elev og lærested, og danne grunnlag for en sammenhengende og kollektiv strategi som kan følges av forskning. Vi mener aksjonsforskning vil være det mest effektive. Salutogenese kan også tilby mål på helse og «well being», ved at «well being» er det samme som å ha tilgang på tilstrekkelige generelle motstandsressurser (GRR) for å bygge helse og få en best mulig opplevelse av sammenheng i livet (SOC). Salutogenese kan bistå helsefremmende skoler og skolehelsetjenesten i arbeidet med å oppfylle de seks komponentene i retningslinjene fra WHO og hovedstolpene fra Ottawacharteret. ●

REFERANSER:

1. Barneombudet. Barneombudets fagrapport 2013. Helse på barns premisser. www.barneombudet.no. (26.9.2014)
2. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international* 1996;11: 11-18.
3. Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass Inc, & London: Jossey-Bass Limited, 1987.
4. Lindström B, Eriksson M. *The Hitchhiker's guide to Salutogenesis*. Health Promotion Research and the IUHPE Global Working Group on Salutogenesis (GWG-SAL), Helsinki: Folkhälsan Research Centre, 2010.
5. Whitehead D. The health promoting schools. What role of nursing? *Journal of Clinical nursing* 2006;15: 264-271.
6. Rasmussen V, Rivett D. The European network of health-promoting schools: an alliance and health, education and democracy. *Health Education* 2000;2:61-67.
7. ENHPS. The European Network of Health Promoting Schools, the alliance of education and health. <http://pgsaudemental.files.wordpress.com/2009/04/reeps.pdf> (Nedlastet: 3.10.14).
8. Helsedirektoratet. Helsefremmende arbeid. Publisert 29.03.2010 av Erik Iversen. <http://www.forebygging.no/Ordbok/F-K/Helsefremmende-arbeid/>
9. Antonovsky A. *Helsens mysterium*. Den salutogene modellen. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2012.
10. ENHPS. *Models of Health Promoting schools in Europe*. Copenhagen: WHO regional office for Europe, 2002. [HTTP://www.schools-for-health.eu/uploads/files/Models_of_health_promoting_schools_in_Europe.pdf#page=67](http://www.schools-for-health.eu/uploads/files/Models_of_health_promoting_schools_in_Europe.pdf#page=67) (Nedlastet: 9.10.14).
11. The Scottish Government (2012) *Getting it right for Children & Families*. A guide to getting it right for every child. <http://www.scotland.gov.uk/Resource/0045/00458341.pdf> (3.10.14).
12. St.meld. nr. 34 (2012-2013). *Folkehelsemeldingen*. God helse-felles ansvar.
13. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. *Satsing på barn og ungdom*. Regjeringens mål og innsatsområder i statsbudsjettet 2014. <http://www.regjeringen.no/upload/BLD/Barn%20og%20Ungdom/Satsing> (26.9.2014).
14. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. En innføring. Oslo: Universitetsforlaget, 2011.
15. Langaard K, Toverud R. (2010) Youth counselling in school health services: The practice of intentional attentiveness. *Vård i Norden* 2010; 30:32-36.
16. WHO. Regional office for Europe. *The European Health Report 2012*. Charting the way to well – being. [http://www.euro.who.int/\(1,10,2014\)](http://www.euro.who.int/(1,10,2014)).
17. Langeland E, Riise T, Hanestad BR, Nordtvedt MW, Kristoffersen K, Wahl AK. The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems. A randomised controlled trial. *Patient education and counseling* 2006;62: 212-219.
18. Margalit M. Loneliness and coherence among preschool children with learning disabilities. *Journal of learning disabilities* 1998; 31(2): 173-180.
19. Lindström B, Eriksson M. From health education to healthy learning: implementing salutogenesis in educational science. *Scandinavian Journal of public health* 2011; 39:85.
20. Langeland E. *Salutogenese og psykiske helseproblemer – en kunnskapsoppsummering*. NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid). Rapport nr. 1/2014, s. 1-20.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no



VIL HA KJØNNSDELT SEKSUALUNDERVISNING

HOVEDOPPGAVE I PRAKTISK PEDAGOGIKK:

Artikkelen bygger på
60% praksis
40% teori



DOI NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2015.54642

Læreforhold. Kjønnsdeling eller oppdeling i mindre grupper kan gi bedre læring i seksualitet.



Hilde Elisabeth Toreid, helsesøster og mastergrad i helsevitenskap, Leknes helsestasjon i Vestvågøy kommune

Artikkelen er basert på en undersøkelse som viser at en kjønnsdeling kan gi forutsetninger for bedre læring i seksualitet. Løsninger for å imøtekomme dette må man diskutere ved utforming av den lokale læreplanen for den enkelte skole.

SPENNEDE TEMA. Seksualundervisning i skolen er et spennende og utfordrende tema. Temaet er forankret i læreplanverkets generelle del, i prinsipper for opplæringen og i kompetansemål for ulike fag. Det er et krav at opplæringen skal gi allmenndannelse. God allmenndannelse innebærer å vise respekt for egne og andres grenser, og å få kompetanse til å tolke andres grensesetting (1). God opplæring om seksualitet anses som et tiltak for å forebygge seksuell trakassering og seksuelle overgrep. Ungdommer kan ha opplevd blant annet mobbing og trakassering på grunn av kjønn, etnisitet og seksuell legning, og seksualundervisningen er en måte å arbeide med egne holdninger og valg på.

KJØNNSFORSKJELL. Det er forskjell på kjønn i seksuell helseatferd. Dette viser blant annet debutalderen for seksuelt samleie, som for jenter er 17,1 år og for gutter 17,9 (2). Gutter i 17-årsalderen som kjenner seg modne for sex og ikke

finder en jevnaldrende jente, finner seg sjelden en yngre jente som også er moden. Dette kan resultere i at gutter som ønsker samleierfaring må benytte anledninger som byr seg uten at det innebærer en forelskelse. Dette medfører store kjønnsforskjeller som viser seg gjennom seksuelle erfaringer fra to mønstre: Jenter har færre seksualpartnere og hyppigere samleier, og gutter har flere seksualpartnere og færre samleier (2). Dermed har kvinner gjennomgående færre seksualpartnere enn menn gjennom livsløpet.

OVERGREP. Unge jenter er potensielt utsatt for uønsket seksualatferd i kraft av at de er yngre enn sine seksualpartnere, er i et ubalansert maktforhold og ofte ikke er mentalt modne nok til å forstå seksuelle tilnærmelser og hvilke konsekvenser det kan få. Midt i tenårene oppgir 6 prosent av jentene og mellom 1–2 prosent av guttene at de har vært utsatt for seksuelle overgrep (3). Jevnaldrende gutter står bak det store flertallet av de seksuelle overgrepene som begås mot jenter i tenårene (3). Mossige og Stefansen beregner at jevnaldrende gutter står for cirka 49 prosent av overgrepene (4).

LÆREPLAN. Seksualundervisningen planlegges i lokale læreplaner,

og det er den enkelte skole som avgjør hvordan den skal foregå. Ofte er det gjennom samarbeid mellom lærer og skolehelsetjeneste. I 92 prosent av alle Norges kommuner deltar skolehelsetjenesten i skolens prevensjons- og samlivsundervisning på ungdomstrinnet (5). Når skolehelsetjenesten er delaktig i undervisning, vil krav om et mer formaliserende samarbeid rundt lokal læreplan sikre at kompetansemål for seksualundervisningen blir ivarettatt.

UNDERSØKELSE. For å undersøke seksualundervisningen i skolen, gjennomførte jeg en mindre undersøkelse i 2013. Intensjonen var å sette søkelys på praktisk seksualundervisning. Studien tok tak i det kjønnsdelte perspektivet; om kjønnsindelte klasser er en fordel for elevenes læringsutbytte. Problemstillingen var om en kjønnsdelt klasse kunne gi bedre læringsutbytte enn ved ordinær klasseinndeling for undervisning i skolens kompetansemål for seksualitet.

METODE. Metoden var triangulering; observasjon, intervju og spørreskjema. Målgruppen var ungdomsskoleelever, med tverrsnittsdata av elever i niende og tiende trinn. Datamaterialet besto av 212 elever; 109 i tiende trinn og 103 i niende trinn. Tabell 1 viser

Fakta ●●●●

Hovedbudskap:

Det erkjennes forskjeller for kjønn i seksuell helseatferd. Jenter i ungdomsskolen ønsker at seksualundervisning i skolen skal være kjønnsdelt. Det er i tråd med grunnskolens prinsipp om tilpasset opplæring, hvor ulikheter i kjønn kan bidra til differensiert undervisning. God opplæring i seksualitet anses som et tiltak for å forebygge seksuell trakassering og seksuelle overgrep. Kjønnsdelt undervisning kan potensielt gi økt læring i klasserommet, og helsesøsters undervisning kan innlemmes i skolens lokale læreplan for seksualundervisningen.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Skolehelsetjeneste
- Seksualitet
- Undervisning
- Helsesøster

kjønnsfordeling og klasser. To skoler ble inkludert, derav en kasus- og en kontrollgruppe. Kontrollgruppa var liten, bare 19 elever, så resultatene må derfor vurderes i undervisningens kontekst.

Elevene fikk seksualundervisning og besvarte deretter spørreskjemaet. Svarprosenten ble alle elever som var til stede i undervisningstimen (N= 212).

Spørreskjemaet var anonymisert og inneholdt fem korte spørsmål: 1) Klasse (trinn 2) Kjønn 3) Tilbakemelding på undervisning 4) Kjønnsdelt klasse eller ikke? 5) Hvorfor kjønnsdelt klasse eller ikke?

Opplysningene ble samlet inn under Datatilsynets kategori 3: ikkesensitive og anonyme opplysninger (6). Til analysene av spørreskjemaet benyttet jeg dataverktøyet SPSS. Samtlige undervisningstimer (ti timer) ble observert, med hovedvekt på elevaktivitet. I tillegg intervjuet jeg to helsesøstre i skolehelsetjenesten.

RESULTATER. Det var stor grad av tilfredshet med seksualundervisningen, og mest fornøyde var tiende trinn for begge kjønn (figur 1). Spørsmålet kjønnsdelt eller ikke, fikk statistisk signifikans for forskjell mellom kjønn, hvor jenter ønsket kjønnsdelt undervisning. For niende trinn-jenter ønsket 67,9 prosent undervisning i jentegruppe, mens det for guttene spilte en mindre rolle (figur 2). For kontrollgruppen (kun tiende trinn) som ikke fikk kjønnsdelt undervisning, var det tvert imot en overvekt av at det ikke spiller noen rolle om det var kjønnsdelt eller ikke.

For kontrollgruppa settes det spørsmål om den var for liten for å gi valide svar. Dette er vanskelig med utvalg under 25 prosent (7). 80 elever besvarte *individuell* på spørsmålet hvorfor klassen burde kjønnssdeles eller ikke, hvorav 58 prosent ønsket kjønnsdelt undervisning mot 32,5 prosent som ønsket felles klasse (tabell 2).

Jeg observerte *mer elevaktivitet* i kjønnsdelte grupper; det vil si

mer klasseromsaktivitet, dialog og diskusjonsforum i kjønnsdelt klasse. Fra intervjuene var hovedkonklusjonen at helsesøster opplevde kjønnsdelt undervisning som best, fordi elevene på den måten fikk best læringsmiljø, konsentrasjon og bedre muligheter for å lære.

IKKE GAMMELDAGS. Det var overvekt av jenter som ønsket kjønnsdelt klasse (p=0,001). Det var elever som bekreftet at det ikke betydde noe om den var kjønnsdelt eller ikke. Funnene tilbakeviser at kjønnsdelt er gammeldags. Tvert imot viser undersøkelsen at *en stor del av ungdommene synes det er greit å deles i grupper etter kjønn.*

Funnet underbygges også av at Helsedirektoratets filmer som er kjønnsdelt, fremdeles er aktuelle og at disse blir akseptert av skoleelevene. Jeg benyttet filmene i 9. trinn, og resultatene viste at det var jentene i 9. trinn som i størst grad ønsket en kjønnsdelt undervisning.

Kjønnsdelte klasser er i tråd med individuell tilpasning i læringsfellesskapet hvor det stilles krav til at opplæringen skal differensieres. Det er en erkjennelse at det er forskjeller for kjønn i seksuell helseatferd (2–4), og en differensiert undervisning åpner opp for et utvidet læringsrom i seksualitet. Ved en differensiering blir seksualundervisningen tilpasset kjønn, hvor helsesøstre eller lærere har mulighet til å utdype temaet med bakgrunn i ulik seksuell helseatferd mellom kjønn.

For jenter vil det være utvidet behov for prevensjonsveiledning, og for gutter å få mer kunnskap som begreper om samtykkekompetanse for seksuelle tilnærmelser. Felles mål er god kunnskap om seksuell helse.

DISKUSJON. Et hypotetisk spørsmål som «forskjell i læringseffekt for kjønnssindelte undervisningstimer», lar seg vanskelig besvare med tverrsnittsdata. Undersøkelsen viste en signifikant forskjell mellom gutter og jenter, hvor jenter ønsker kjønnsdelt seksual-

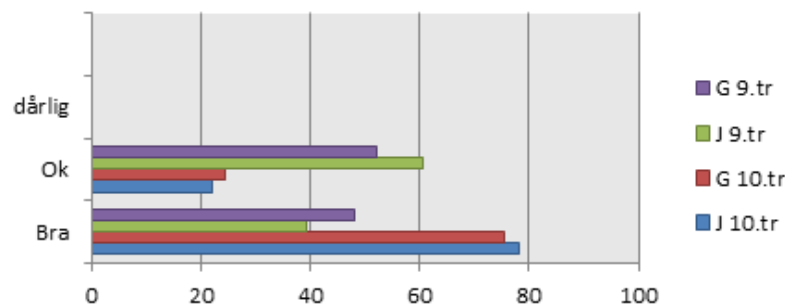
Tabell 1: Kjønnfordelingen angitt i prosent, n = 109/103

Klasse	Jenter	Gutter	Totalt
10. trinn	58,7 (64)	41,3 (45)	100 (109)
9. trinn	51,5 (53)	48,5 (50)	100 (103)

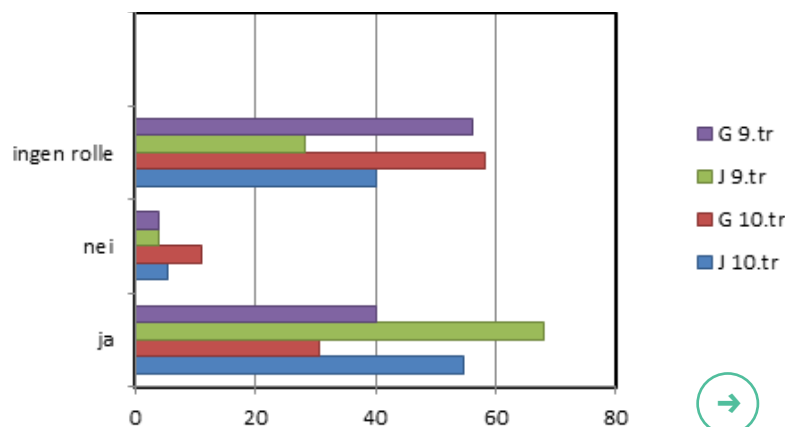
Tabell 2: Oversikt over individuelle svar fra elevene, samlet trinnvis.

Kategori	Forskjell i modenhet, ønsker kjønnsdelt	Flaut med begge kjønn	Felles undervisning gjør ingenting	Tåpelig å kjønnssdele	Lettere å snakke ved deling	Bedre undervisning ved deling	Totale antall
10. trinn	4	6	11	4	13	2	40
9. trinn	6	11	15	0	12	4	48
Totale antall	10	17	26	4	14	6	80

Figur 1: Tilbakemelding på undervisning, klassevis og i prosentandel.



Figur 2: Spørsmål om kjønnsdelt klasse eller ikke, n =213





Viktig: God opplæring om seksualitet kan forebygge seksuell trakassering og seksuelle overgrep. Illustrasjonfoto: Colourbox



undervisning. Svaret blir likevel ikke entydig, da det også kan vise til at mindre grupper har samme positive læringseffekt som kjønnsdelin. Dette gir rom for videre forskning.

Konklusjonen blir derfor at kjønnsdeling eller oppdeling i mindre grupper kan gi bedre læring i seksualitet, og at løsninger for å imøtekomme dette må diskuteres ved utforming av den lokale læreplanen ved den enkelte skole.

IMPLIKASJON. Hvis helsesøsters undervisning er vurdert inn i læreplanen, kan den medberegnes i timetall. Dette vil både frigjøre timer for læreren til annen undervisning og gjøre at helsesøsters undervisning ikke blir tilfeldig, men anerkjennes som pensumundervisning. For at slik anerkjennelse skal finne sted må helsesøster delta på samarbeidsmøte eller planleggingsmøte, og inkluderes i skolens lokale læreplan.

Elevsammensetningen kan være et utgangspunkt for undervisningen, hvor man kan vurdere klassemiljø og individuelle elevbehov. Læreren kjenner elevenes kunnskap og behov og vet hvordan klassen fungerer i gruppe. Helsesøster kan ha kjennskap til andre forhold som sosiale eller psykologiske faktorer som påvirker elevene eller læringsprosessen. Til sammen gir dette et godt utgangspunkt for å legge lokal læreplan for seksualundervisning og fremme gode læreprosesser hos elevene. Det er under slikt nært samarbeid man kan vurdere om kjønnsdelt, ordinær klasse eller mindre gruppeoppdeling er det rette for klassene og for lokal læreplan ved den enkelte skole.

Siste forslag er å benytte elevmedvirkning i læringsprosessen; elevene kan selv få delta i avgjørelsen om de skal kjønnsdeles eller ikke. En slik fremgangsmåte krever en anonym, skriftlig og demokratisk valgdeltakelse i klassen. ●

REFERANSER:

1. Kunnskapsløftet (LK06): Kunnskapsløftets generelle læreplan: 5. [http://www.udir.no/Lareplaner/Kunnskapsloftet/Generell-del-av-lareplanen/Det-allmenndanna-mennesket-/Lastet ned 16.juni.2015](http://www.udir.no/Lareplaner/Kunnskapsloftet/Generell-del-av-lareplanen/Det-allmenndanna-mennesket-/Lastet%20ned%2016.juni.2015) og <http://www.udir.no/Lareplaner/Kunnskapsloftet/Generell-del-av-lareplanen/Det-arbeidende-mennesket/> (16.06.2015).
2. NOU 2012:17 (2012): Om kjærlighet og kjøletårn. Strafferettslige spørsmål ved alvorlige smittsomme sykdommer. Helse- og omsorgsdepartementet. 19. oktober 2012. Kap. 9.3.3.2 Samleidebuten, <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2012-17/id704855/?ch=10> (16.06.2015).
3. NOVA: Ung i Norge, Resulater. <http://www.ungdata.no/id/25895.0> (21.05.2013).
4. Mossige S, Stefansen K. Vold og overgrep mot barn og unge. En selvrapportering blant avgangselever i videregående skole. Nova rapport 20/2007. http://nova.no/asset/3059/1/3059_1.pdf (16.06.2015).
5. Utdanningsdirektoratet (2009): Undervisning om seksualitet. Ressurshefte for lærere i grunnskoleopplæringen. http://diesel.sodor.no/no/vl/undervisning_om_seksualitet.pdf. (21.05.2013).
6. Datatilsynet (2005) Meldeplikt ved forskningsprosjekter: Veileder: bruk av personopplysninger i forskning. Versjon 1.0 publisert 08.07.2005: http://www.datatilsynet.no/Globat/04_veiledere/forskningsinfo_del_II_1_0.pdf (21.05.2013).
7. Rindal K. ENHET OG MANGFOLD Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, 2009.

«Jenter ønsket kjønnsdelt undervisning.»

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no



Torill Midtgaard Gaustad

I enden av verden

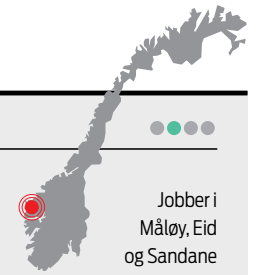
● Fortalt til **Ellen Morland** Foto **privat**

Fakta

Nyutdannet sykepleier i 1982

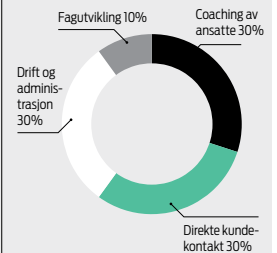
CV

1999: Videreutdanning i arbeids og organisasjonspsykologi
1982-1993: Ulike lederstillinger i Vågsøy kommune
1993-d.d.: Daglig leder i Kystbedriftenes helsetjeneste



Jobber i Måløy, Eid og Sandane
64,7°N

Når jeg jobber driver jeg med ...



Egentlig er denne jobben drømmen som har gått i oppfyllelse. Og jeg hadde aldri trodd jeg skulle få realisert den her langt ute i lille Måløy, ute på bygda, i enden av verden.

Jeg har ledet Kystbedriftenes helsetjeneste, en lokal bedriftshelsetjeneste, i 22 år. Da jeg før det var i forskjellige lederstillinger i kommunehelsetjenesten, hadde jeg en periode et vikariat som helsesøster. Da ble jeg hekta på forebygging. At jeg nå kan kombinere det med å være leder er perfekt!

I jobben farer jeg mye, både med bil og båt. Helt opp til Aukra i nord og ned til Bergen i sør. Jeg må innover til Olden og Loen, rundt hele Sogn og Fjordane, som er vårt hovedområde.

Vår største kunde er Marine Harvest, som driver rundt 40 lakseoppdrettsanlegg og et lakseslakteri. Anleggene ligger ytterst i havgapet eller inne i fjorder. Det jobber som regel femseks personer på anleggene, mest mannfolk. Det blir mye løfting og uheldige arbeidsstillinger på disse arbeidsplassene. De har ikke tradisjon for å springe til doktoren, disse mannfolkene, så jeg skubber dem litt i baken så de kommer seg av gårde hvis det trengs.

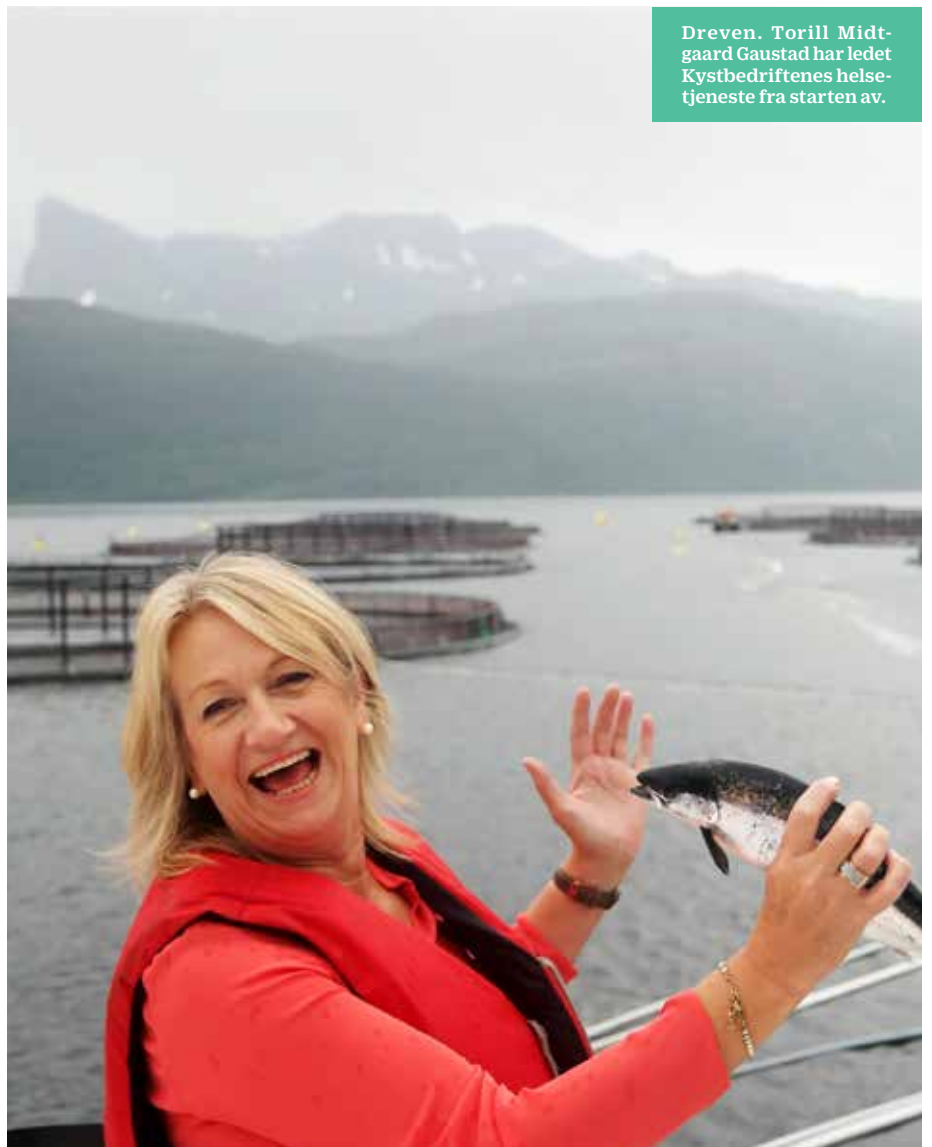
Jeg har en veldig selvstendig jobb. Det skjer mye, og jeg møter fantastisk flotte mennesker. Jeg har mulighet til å være kreativ og tenke fremover. Utenom fiskeoppdrett, er det et bredt spekter av bedrifter på kundelisten; fiskeindustri og skipsverft og kommunal virksomhet. Nye kunder kommer til, mens andre forsvinner. Fiskeindustri har det blitt mindre av her ute.

Rammebetingelsene kan endre seg, som da den nye godkjenningsordningen kom med nye krav til bedriftshelsetjenester. Da bukket mange av de små under eller ble kjøpt opp av større. Kravene til hvilke fagfolk man må ha ble ikke så lett å tilfredsstille her ute på bygda. Men vi har klart oss.

Vi har en flott og dyktig gjeng med fysioterapeut, HMSingeniør, tre erfarne sykepleiere og en fast tilknyttet lege. Vi har 7 ansatte i alt, på tre avdelingskontorer her ute ved Stadthavet. ●

ellen.morland@sykepleien.no

Se flere historier i Sykepleiens APP



Dreven. Torill Midtgaard Gaustad har ledet Kystbedriftenes helsetjeneste fra starten av.

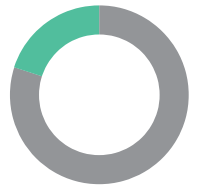


PASIENTSENTRERT ELDREOMSORG

Brukermedvirkning. Det er viktig å sørge for tverrfaglig og pasient-sentrert omsorg til eldre pasienter som skal hjem fra sykehus.

P.H.D. PRØVEFORELESNING:

Artikkelen bygger på:
20 % praksis
80 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2015.54648



Anne-Kari M. Johannessen, førsteamanuensis, master i helse og empowerment, Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag

Pasientsentrert tilnærming handler om å forstå hva som er viktig for pasienten. En tillitsfull relasjon mellom pasient og hjelper er avgjørende for at pasienten våger å komme med sitt og medvirke i egen behandling, pleie og rehabilitering. Spennvidden mellom det ideelle og det mulige kan være stor; hva er gjennomførbart innen rådende ressurser?

RESPEKT. Med pasientsentrert tilnærming tilstreber helsepersonell en grunnleggende respekt for pasientens perspektiv samtidig som man inkluderer sitt eget faglige perspektiv. Det handler om å forstå hva som er viktig for pasienten. Begrepet pasientsentrert knyttes gjerne opp mot pasientmedvirkning, og det uttrykkes ofte en bekymring for at pasientens rett til medvirkning innebærer at han eller hun skal kunne bestemme utredning og behandling. En pasientsentrert tilnærming innebærer ikke å la pasienten avgjøre, men at fagpersonen og pasienten kommer fram til en beslutning basert på begge synspunkter. Pasienter søker fagfolks råd på grunn av deres kunnskap og kompetanse, og de kan ikke fraskrive seg det faglige ansvaret.

PÅ SYKEHUS. Sykehusets oppgave er å behandle syke mennesker – og er tradisjonelt innrettet først og

fremst mot behandling av akutt sykdom. Oppmerksomheten er rettet mot diagnoser og organer. Gamle har ofte mange sykdommer, gjerne av kronisk karakter, og utgjør dessuten ofte større behandlingsutfordringer nettopp fordi de er gamle. Oppmerksomhet kan ikke bare rettes mot sykdommer, men også mot syke mennesker. En pasientsentrert tilnærming vil kunne gi større interesse og engasjement hos helsepersonell for å involvere pasienten i behandlingen og vil kunne ivareta en mer individuell tilnærming og inkludere flere aspekter ved sykdom og helse. Helsepersonellet bør skape rom for at pasienten kan komme med sine bekymringer, forventninger og oppfatninger.

UTREDNING. Før hjemreisen har pasienten vanligvis vært gjennom utredning og diagnostisering, og behandling er igangsatt, eventuelt avsluttet. Å igangsette omfattende utredning og behandling av skrøpelige eldre er ikke uvanlig i spesialisthelsetjenesten. Er det pasientens ønske, og er han eller hun alltid tjent med det? En pasientsentrert tilnærming til diagnostikk vil innebære å diskutere med pasient og eventuelt pårørende hva utredningen og behandlingen innebærer for pasienten på kort og lengre sikt. Pasient og pårørende er ikke alltid

enige, og dette må fagfolk forsøke å fange opp og forholde seg til.

MEDVIRKNING. Pasientrettighetsloven fastslår at tjenester, så langt som mulig, skal utformes i samarbeid med pasienten, og at pasientens synspunkter skal ha stor betydning (1). Pasienter ønsker å delta i utformingen av egen behandling og pleie, og de er opptatt av relasjonen til hjelperen, samt å få nok og tilpasset informasjon (2). Pasientens evne til medvirkning vil variere, og det bør helsepersonell ta hensyn til når de inviterer pasienten til samarbeid.

GERIATRI. Studier viser at eldre pasienter som behandles for akutt funksjonssvikt ved geriatriske sengeposter av tverrfaglig geriatrisk team, oppnår bedre overlevelse, bedre funksjonsnivå og mindre behov for institusjonsplass etter utskrivelse. Dette er sammenliknet med innleggelse i ordinære medisinske sykehusposter (3,4). Det indikerer at skrøpelige eldre bør vurderes av tverrfaglig team med kompetanse på eldre. Hele det tverrfaglige teamet bør tas med på råd og bli hørt når den eldre, skrøpelige pasientens behandlings- og rehabiliteringsplaner utformes. God kommunikasjon, forståelse av hverandres roller, gjensidig respekt og tillit er viktig for å lykkes.

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Artikkelen tilstreber å belyse betydningen av pasient- og brukermedvirkning. Dersom helsepersonell tar pasienter på alvor, innebærer det en praksis hvor de åpner opp for pasientens ønsker og behov. Det kjente ordtaket: «Den som har skoen på vet best hvor den trykker», innebærer blant annet at pasientens stemme høres og respekteres, selv om man ikke alltid kan innfri alle ønsker og behov.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider

- Pasientrettighet
- Brukermedvirkning
- Jus



Tillitsforhold: Pasient-sentrert eldreomsorg gir rom for økt bruker-medvirkning for eldre pasienter. Illustrasjonsfoto: Colourbox

UTSKRIVNING. Hvis en pasient-sentrert tverrfaglig utredning og diagnostisering gjennomføres i sykehuset, vil trolig pasientens videre behandling, pleie, rehabilitering og opptrening være diskutert blant fagfolk og med pasienten. Pasientens planer, ønsker og forventninger kan være rimelig godt avklart, og et utskrivningsmøte med pasient, og eventuelt pårørende, kan fungere godt. En studie som inkluderte pasienter over 80 år, viser at samtlige pasienter hadde et klart ønske om å delta i egen utskrivningsplanlegging og at det

ikke var samsvar mellom pasientenes deltakerønske og deres muligheter til å delta (5). Planlegging av pasientens framtid, betinger at pasient og helsepersonell sammen finner svar på hva som er viktig for pasienten når han kommer hjem, og hvilke behov som må eller bør imøtekommes. Det må avklares hvem der ute som eventuelt skal involveres, og hva som er realistisk å få til innen eksisterende rammer. Én i det tverrfaglige teamet bør ha koordinerende ansvar og fungere som et bindeledd til kommunehelsetjenesten.

«Pasient og pårørende er ikke alltid enige.»

HJEM. Hva som er hjem for pasienten – eget hjem eller sykehjem – har betydning for hvordan planer utformes og hvem som skal involveres. Coleman med flere påpeker at det er avgjørende at skrøpelig eldre og deres pårørende får nøye informasjon om hva de kan

forvente på det neste omsorgsnivået (6). Dersom pasientens hjem er sykehjem, innebærer det et etablert tjenestetilbud og en annen forutsigbarhet for pasient og pårørende enn når pasienten reiser hjem til egen bolig.

SAMHANDLING. Samhandling blir vanskelig når sykehuspersonell «lover» pasienten kommunale helsetjenester uten at dette er avklart med kommunen (7). Tverrfaglige kommunale tjenestetilbud bør etableres før pasienten reiser hjem,





men det er utfordrende å få på plass på grunn av korte liggetider i sykehus og begrensede ressurser i kommunene. Samhandlingsreformen vektlegger økt pasient- og brukerinnflytelse og fastslår at tjenestene skal være mest mulig tilpasset den enkelte pasient og bruker (8). Ifølge en NOVA-rapport, opplever 25 prosent av sykepleierne i kommunene at samarbeidet med sykehusene er blitt dårligere etter innføring av Samhandlingsreformen (9). Årsaker til samarbeidsvansker rapporteres først og fremst som:

- Utilstrekkelig informasjon om pasienten som kommer.
- Medisinlister er ikke ajourført.
- Pasienter skrives ut til alle døgnets tider.
- Pasienter er sykere enn før.
- Pleierne får ikke nok tid til å ordne en plass og fremskaffe nødvendig utstyr før pasienten kommer.

FLERE TJENESTER. Hvis pasienten har behov for medisinsk behandling etter hjemkomst, er det vanligvis fastlegens ansvar. Eldre og skrøpelige pasienter har ofte også behov for sykepleie, fysioterapi og/eller ergoterapi, eller et mer helhetlig rehabiliteringstilbud. Da

er det hensiktsmessig med en pasientsentrert tverrfaglig tilnærming. Fastlegen er viktig i samarbeidet om gamle skrøpelige pasienter, men har ikke fått noen forpliktende rolle i tverrfaglige team i Samhandlingsreformen, og hans eller hennes rolle er derved uklar.

MODELL. Mange kommuner i Norge organiserer hjemmetjenesten etter en bestiller-utførermodell. Modellen innebærer at et kommunalt bestillerkontor vurderer pasientenes behov for tjenester og fatter vedtak om type og omfang av tjenestene. Når bestiller er satt til å vurdere hva slags tjenester en pasient trenger, fremstår pasientens behov som transparente, stabile og mulig å forutsi. Dette anerkjenner ikke at det kan kreve tid å utvikle et tillitsforhold mellom hjelper og pasient for at hjelperen skal kunne innta et brukerperspektiv og derved kunne handle brukerorientert. Det innebærer også at verdien av fagfolks kontinuerlige vurdering av pasientenes skiftende behov underkjennes, og det vanskeliggjør derved en pasientsentrert tilnærming. Kommunen er forpliktet til å yte forsvarlige

helsetjenester og pasienten har krav på nødvendig helsehjelp. Helsepersonell må vurdere hvordan man kan møte pasientens behov og ønsker ut ifra de ressurser man har til rådighet, og har ansvar for å si ifra hvis de opplever at ressursene ikke er tilstrekkelige til å yte hjelp som er «god nok». Det er krevende for den enkelte helsearbeideren både å vurdere hva som er «godt nok» og å ta støytten med å si ifra. Dersom det oppstår uenighet mellom pasient og pårørende, bestiller og utøvere om pasienters hjelpebe-

hov, kan det sette samarbeidet på prøve. Utfører er ute i praksis og ser pasientenes daglige vansker; bestil-

ler skal holde seg innenfor en økonomisk ramme. Det er viktig ikke å trekke pasienten inn i uenighet og forhandlinger mellom bestiller og utfører; fagfolkene må komme fram til en løsning som så diskuteres med pasienten.

HJEMMEBASERT. Nyttan av hjemmebasert rehabilitering for eldre

«Gamle har ofte mange sykdommer, gjerne av kronisk karakter.»

xwear.no

Benytt sjansen - få 20% rabatt!

Hos Xwear.no får du som helsearbeider 20% på ordinærpriser ved å skrive helse i rabattfeltet.



Rabattkode:
helse

pasienter er godt dokumentert (10). Til tross for dette, og at norske kommuner er pålagt å tilby sine innbyggere rehabilitering, er hjemmebasert rehabilitering sjelden (11). Rehabilitering er per definisjon tverrfaglig, og langsiktig. Ergoterapeut, fysioterapeut, lege og sykepleier har sentrale roller. De har alle et stramt arbeidsprogram som gjør det vanskelig å sette av tid til å møtes og utforme en felles rehabiliteringsplan. Det er få tverrfaglige møteplasser i de kommunale tjenestene, og overordnede føringer oppfordrer til mer samarbeid via IKT-systemer og mindre møter. Er det realistisk å få til mer pasientsentrert tverrfaglig rehabilitering i norske kommuner i dag? Hvis det skal lykkes, må det prioriteres fra ledernivå. Ambulerende team fra sykehuset som tilbyr sine kolleger opplæring, og gjensidig hospitering mellom fagfolk i sykehus og kommunehelsetjenesten, kan være et supplement til kommunale tjenester og bidra til økt kompetanse og bedre samarbeid.

SAMARBEID. Ifølge helse- og omsorgsloven, plikter kommuner og helseforetak å inngå samarbeidsavtaler (12). Norske kommuner er ulike både med hensyn til størrelse og struktur, og avtalene kan derved bli forskjellige. Små kommuner kan bli «lillebror» i forhandlinger om avtaler og avgi mye definisjonsmakt til sykehuset. Det betyr ulike kommunale rammebetingelser og at tilbudet til pasientene i noen grad avhenger av bosted. Kommunalt økonomisk ansvar for utskrivningsklare medisinske pasienter ble innført da Samhandlingsreformen trådte i kraft (12,13). Reformens økonomiske incentiver kan komme i konflikt med rettighetstrenden som uttrykkes gjennom pasientrettighetsloven (1). Pasienten har rett til å medvirke i avgjørelser om egen behandling og pleie, men en pasients ønske om og behov for, for eksempel en dag lenger på sykehus, kan komme i konflikt med kommunens økonomiske interesser.

AVSLUTNING. Forskrift om en verdig eldreomsorg gir en person rett til individuelt tilpassede tjenester som ivaretar privatliv og selvbestemmelse (14). Garantien kan understøtte pasientsentrert tilnærming, men er lite konkret og kan bli redusert til fagre løfter som skaper forventninger som ikke er mulig å innfri med eksisterende rammebetingelser. Dette resulterer i at klinisk personell, som står nærmest pasienten, ofte kommer i skvis. Ikke sjelden forsøker fagfolk å løse dette med å jobbe enda mer og enda fortere. Da er det vanskelig å arbeide på en tverrfaglig, pasientsentrert måte. ●

REFERANSER:

1. Pasient- og brukerrettsloven, 1999.
2. Bastiaens H, Van RP, Pavlic DR, et al. Older people's preferences for involvement in their own care: a qualitative study in primary health care in 11 European countries. *Patient Educ Couns* 2007;68(1):33–42.
3. Saltvedt I, Mo ES, Fayers P, et al. Reduced mortality in treating acutely sick, frail older patients in a geriatric evaluation and management unit. A prospective randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(5):792–8.
4. Saltvedt I, Saltnes T, Mo ES, et al. Acute geriatric intervention increases the number of patients able to live at home. A prospective randomized study. *Aging Clin Exp Res* 2004;16(4):300–6.
5. Foss C, Hofoss D. Elderly persons' experiences of participation in hospital discharge process. *Patient Educ Couns* 2011;85(1):68–73.
6. Coleman EA. Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. *J Am Geriatr Soc* 2003;51(4):549–55.
7. Paulsen B, Romøren TI, Grimsø A. A collaborative chain out of phase. *Int J Integr Care* 2013;13.
8. Meld. St. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid
9. Gautun H, Syse A. Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene imot de økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene? s. 28–42. NOVA Rapport; 2014. Oslo: Norsk Institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. s. 28–42.
10. Ward D, Drahota A, Gal D, et al. Care home versus hospital and own home environments for rehabilitation of older people. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(4): CD003164.
11. Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten. Dokument 3/11 (2011-2012). Oslo: Riksrevisorkollegiet ved Jørgen Kosmo; 2012.
12. Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011.
13. Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. Helse- og omsorgsdepartementet, 2011.
14. Forskrift om en verdig eldreomsorg. Verdighetsgarantien. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2010.
15. Hafting M. Forebyggende og helsefremmende arbeid i allmenn medisin. Dilemmaer og forslag til overordnede retningslinjer. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997;117:1933–6.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no



Norsk Institutt for Kunstuttrykk & Kommunikasjon

TERAPI • PEDAGOGIKK • INTERMODAL PSYKODRAMA

Ny videreutdanning i 'Expressive Arts in Leadership and Coaching' ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold i Drammen (60 stp) starter i 2016.

Det er obligatorisk med forkurs for å kunne søke videreutdanningen. I løpet av et forkurs på tre dager vil du få erfaring med bruk av kunst- og uttrykksmetoder med blikk på ditt eget yrkesliv. Mer informasjon på www.nikut.no

Forkurs – Stress mestring, egen innstilling og kommunikasjon på jobb: 28. – 30. august 2015

v/ Anne Solgaard; MSc og dansepedagog og Gunnar Reinsborg; Psykodrama regissør og pedagog. Sted: Fredrikstad eller Drammen.

Forkurs – Teamutvikling gjennom kunst- og uttrykksmetoder: 02. – 04. Oktober 2015

v/ Anne Solgaard; MSc og dansepedagog og Per Espen Stoknes; Psykolog, PhD. Sted: Høgskolen i Buskerud og Vestfold, avdeling Drammen.

Pris forkurs: 2950 NOK.

Kontakt/påmelding:

Tlf: +47 482 39 944/@:nikut@online.no / web: www.nikut.no

NIKUT (Norsk Institutt for Kunst- og Uttrykksterapi / Norwegian Institute of Expressive Arts Therapy)



Norsk Institutt for Kunstuttrykk & Kommunikasjon

TERAPI • PEDAGOGIKK • INTERMODAL PSYKODRAMA

I 2016 starter videreutdanning i Kunst- og Uttrykksterapi (60 stp.) ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold i Drammen

Det er obligatorisk med forkurs for å kunne søke videreutdanningen. Gjennom tre dager vil du få erfaring med bruk av kunst- og uttrykksmetoder med utgangspunkt i bevegelse og tilstedeværelse.

Forkurs – Hvordan kan du gjennom kunst og uttrykk transformere uro og depresjon til kraft og kreativitet? 29. – 31. oktober 2015

v/ Melinda Meyer; PhD, EXA, Psyk. pl., og Torill Johnsen; MA i Psykisk helse og EXA Sted: Høgskolen i Buskerud og Vestfold, avdeling Drammen.

Pris forkurs: 2950 NOK.

Kontakt/påmelding:

Tlf: +47 900 70 017/@:nikut@online.no / web: www.nikut.no

NIKUT (Norsk Institutt for Kunst- og Uttrykksterapi / Norwegian Institute of Expressive Arts Therapy)



Pleie og omsorg. Ingen skal dø alene, og sykepleiere bør reflektere over hvilke verdier som skal være førende på hver enkelt arbeidsplass.

Den ensomme døden



Fakta

Berit Daae Hustad

Leder av Rådet for sykepleieetikk

I den siste tiden har det vært en del oppmerksomhet rundt at man lar pasienter ligge alene og dø. Enkelte steder leier man ikke inn ekstra hjelp. Da har ikke den døende pasienten fast vakt som er til stede for å ivareta ham. De fleste pasienter som ligger for døden har ofte pårørende som sitter på skift gjennom døgnet, men likevel er det mange som ikke har denne muligheten. Noen har pårørende som bor på en annen kant av landet og som vanskelig kan oppholde seg over lang tid hos pasienten. Andre har ikke så mange pårørende. Hos andre igjen er pårørende eldre, og det er krevende å sitte fastvakt, spesielt på natten.

VELDIG VANLIG. Som leder i Rådet for sykepleieetikk møter jeg mange sykepleiere som arbeider i sykehjem eller i hjemme-tjenesten. Kun få steder bekreftes det at man prioriterer at ingen pasienter skal ligge ensom i livets siste fase.

De fleste forteller at det ikke leies inn ekstra hjelp og at pasienter dør i ensomhet. De legger ofte vekt på at de «kikker innom» ved jevne mellomrom hvis de har tid til det. På spørsmål om de synes det er riktig at pasienter ligger alene og dør, svarer de alle at de ikke synes det er riktig. Hvis man spør om de selv kunne tenke seg å dø i ensomhet, så svarer de nei. Hva er det da som gjør at en slik praksis er blitt mer vanlig? Er en slik praksis noe som vi skal godta for andre når man ikke kunne tenke det til seg selv?

«Å slippe å dø alene er rettigheter som pasienten har.»

RETNINGSLINJER OG LOVVERK. Dette er en praksis som verken er forenelig med etiske retningslinjer, faglig forsvarlighet eller lovverk. Menneskets absolutte verdi – eller omvendt formulert: menneskets ukrenkelighet (doktrine om livets hellighet) er en verdi som går på tvers av religiøse eller humanistiske livssyn.

Grunnlaget for all sykepleie legger vekt på at respekten for

det enkelte menneskets liv skal være det viktigste i all pasientbehandling. Ethvert menneske har en unik og ukrenkelig verdi fra livets begynnelse til livets slutt.

GRUNNLEGGENDE RESPEKT. Mennesket er knyttet til eksistens, ikke til funksjoner og egenskaper. Den enkelte har samme krav på respekt og omsorg, uavhengig av tilstand og i alle livets faser. Menneskelivet er ukrenkelig og skal vernes. Det medfører plikt til å respektere livets naturlige avslutning. Respekt for livet innebærer respekt for den naturlige og uunngåelige død når tiden er inne. Menneskelivets ukrenkelighet er en merkestein som helsevesenet ikke må flytte.

Hvordan kan man si at man har ivaretatt pasienten med respekt når man forlater dem i ensomhet i livets kanskje vanskeligste fase? Pasienter i livets siste fase er ikke i stand til å kjempe for sine rettigheter. Det er vi som sykepleiere som skal ivareta det. Hva er det da som gjør at sykepleiere godtar en slik praksis?

Kan man forsvare sykepleien som skal bygge på omsorg og barmhjertighet når man har forlatt pasienten i ensomhet?

Yrkesetiske retningslinjer slår fast i § 2. 9 «Sykepleieren har ansvar for å lindre lidelse, og bidrar til en naturlig og verdig død». Hvordan vet vi at lidelse er lindret eller om pasienten fikk en naturlig og verdig død, når vi har forlatt pasienten i ensomhet?

Det er utarbeidet ulike forskrifter og veiledninger som omhandler eldre i livets siste dager og timer, som Verdighetsgarantien og Kvalitetsforskriften. Det er ikke mangler på skriftlige retningslinjer eller mangel i lovverk som gir en slik praksis. Det er mangel på faglig forsvarlig sykepleie og omsorgsfull hjelp, som Helsepersonelloven § 4 sier at vi er forpliktet til å gi.

FNs erklæring om den døendes rettigheter, «Bill of rights», er en erklæring i 15 punkter og slår fast: «Jeg har rett til å slippe å dø alene».

Det å forlate pasienten i ensomhet er en praksis som mange pårørende antakelig er uvitende om. Det har heller ikke vært vanlig. Fra gammelt av var det vanlig at familien eller «våke-koner» satt hos døende pasienter.

EN RETTIGHET. Døende pasienter er ofte fysisk svak, og i noen tilfeller, ute av stand til å uttrykke sine ønsker om omsorg. De er heller ikke i stand til å forsvare sine rettigheter og uvitende om at de vil bli forlatt.

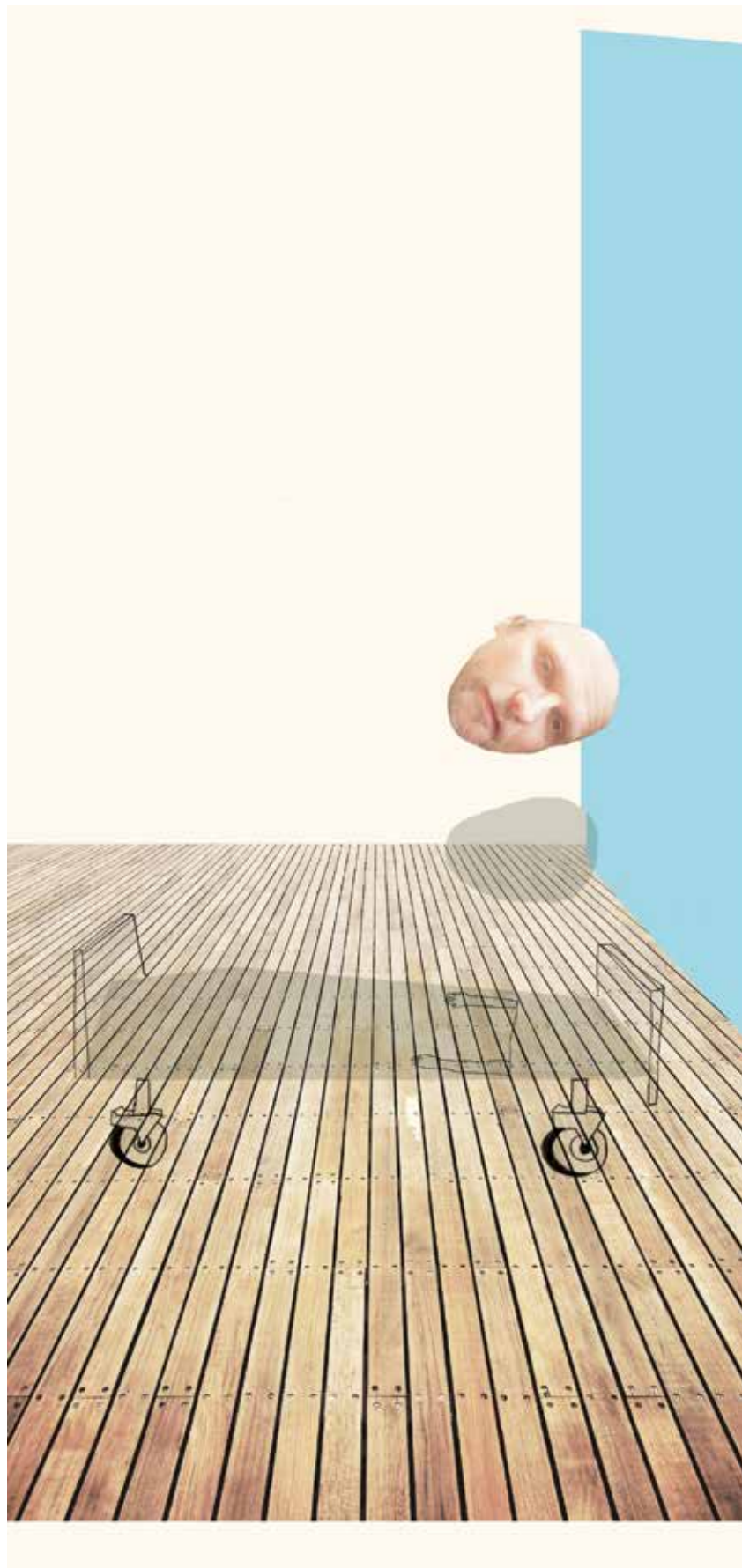
Det er viktig at helsepersonell setter seg inn i Yrkesetiske retningslinjer og § 2.7 «Sykepleieren beskytter pasienten mot krenkende handlinger som ulovlig og unødvendig rettighetsbegrensning og tvang». Å slippe å dø alene er rettigheter som pasienten har både gjennom lovverk og retningslinjer. Når vi forlater en hjelpeløs pasient må det oppfattes som en behandling som vi sykepleiere påtvinger pasienten, altså en form for tvang.

Paragraf 1.3 i Retningslinjene: «Sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig».

Alvorlig syke og døende pasienter må tilbys lindrende behandling. Mange plages med dyspnoe, åndenød eller har mye slim som de selv ikke klarer å kvitte seg med. Ulike plager som vi vet gir angst kanskje aller mest hos en døende og hjelpeløs pasient. Angst og smerter må lindres på best mulig vis, derfor må ikke pasienten forlates i ensomhet. Kompetent nærvær burde vært en selvfølge i livets avslutning. Kvaliteten på den lindrende behandling er av avgjørende betydning, ikke bare for den døende pasienten, men også for de nære pårørendes livskvalitet i ettertid.

Både retningslinjer og lovverk ivaretar pasienten på en god måte gjennom hele livsløpet. Hva er det da som gjør at vi som sykepleiere godtar en nedskjæring av økonomi/personell som gjør at den som står pasienten nærmest blir lovbryter? Hvorfor godtar vi en sykepleie som ikke er faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp når myndighetene har slått fast at det er det motsatte vi skal utføre. Paragraf 5.4 «Sykepleieren melder fra eller varsler når pasienter utsettes for kritikkverdige eller uforsvarlige forhold. Lojalitet til arbeidsstedet skal ikke hindre dette».

Som sykepleier og «pasientens advokat» bør man ta opp til etisk refleksjon om det er de svakeste som skal rammes og hvilke verdier som skal være førende på hver enkelt arbeidsplass. Ingen døende mennesker skal være «salderingposter» i helsevesenet. Hva vil du som sykepleier gjøre for å få endret en uverdigg praksis, slik at pasienten føler seg ivaretatt og kan møte døden med størst mulig trygghet? ●



Illustrasjon: Kathrine Kristiansen



LIK DOKUMENTASJON SIKRER KVALITETEN

Informasjon. Hvordan sykepleiere dokumenterer, varierte både fra person til person og avdelingene imellom på Sykehuset Innlandet.

DYBDEUNDERSØKELSE:

Artikkelen bygger på
50 % praksis
 50 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2015.54700

Randi Bing, rådgiver KDS/ barnesykepleier/master i klinisk sykepleie, Sykehuset Innlandet HF

Kristin Kolloen, rådgiver KDS/ intensivsykepleier, Sykehuset Innlandet HF

Anita Øvre Dobloug, rådgiver KDS/ sykepleier/masterstudent, Sykehuset Innlandet HF

Hilde Brandsnes, rådgiver KDS/ geriatrisk sykepleier, Sykehuset Innlandet HF

Helene Sundmoen Bjerkestrand, fagleder KDS/ sykepleier, Sykehuset Innlandet HF

Artikkelen beskriver metode og resultater fra en systematisk dybdeundersøkelse av sykepleiedokumentasjon i EPJ/DIPS, gjennomført ved 64 enheter i Sykehuset Innlandet i 2013. Det er mange sammenfallende funn på tvers av enheter og divisjoner, samtidig som dokumentasjonspraksis og -kultur har mange ulikheter. Variasjonene er store, fra enheter som dokumenterer etter overordnede føringer, mens andre ikke dokumenterer i henhold til prosedyrer.

Utøvelse av sykepleie skal være faglig forsvarlig og etterprøvbart, basert på aktuell og relevant fagkunnskap og lovverket. Samtidig skal pasientens preferanser og behov i den aktuelle situasjon ivaretas (1). God kvalitet på dokumentasjon kan bidra til kontinuitet i kommunikasjonen mellom helsepersonell og hensiktsmessig koordinering av pasientrettede tiltak (2). Sykepleieres dokumentasjonsplikt er definert i Lov om Helsepersonell (3). Sykepleiedokumentasjon er også et juridisk dokument og en faktakilde for tilsynsmyndighetene (2).

MØTER KVALITETSMÅL. Sykehuset Innlandet Helseforetak implementerte elektronisk pasientjournal i 2006 med modul for klinisk dokumentasjon av sykepleie (KDS) i DIPS i årene 2007–2010, som et av

flere tiltak for å møte helseforetakets kvalitetsmål. KDS-modulen inneholder mange ulike dokumenttyper med og uten behandlingsplan.

En behandlingsplan er basert på et standardisert kodeverk for sykepleieterminologi og skal bidra til prioritering av individuelle sykepleiediagnoser, mål og tiltak.

Behandlingsplan skal brukes dynamisk og vise tidsaktuell situasjon for den enkelte pasient (4). I DIPS benyttes kodeverkene NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) for standardiserte sykepleiediagnoser og NIC (Nursing Interventions Classification) for tiltak (5). Overordnet prosedyre i Sykehuset Innlandet sier at behandlingsplanen skal være hoveddokumentet (4). Studier konkluderer med at bruk av standardisert kodeverk bedrer kvaliteten på sykepleiedokumentasjonen og fremmer pasientsikkerheten (6,7).

I 2010 ble KDS-arbeidet organisert med 50 prosent rådgiverstilling i hver divisjon. Rådgiverne jobber tett opp mot de kliniske fagmiljøene med veiledning av ressursgrupper og fagsykepleiere, og har over tid registrert at kvalitetsnivået på KDS ikke er tilfredsstillende i henhold til overordnede prosedyrer (4) og lovverk (2). Det ser ut til å være varierende kunnskapsnivå og ulik praksis ved bruk av modul KDS i DIPS.

I Helse Sør-Øst pågår et samarbeid for å standardisere KDS regionalt. Overordnede mål er økt trygghet i pasientbehandling, enhetlig, sammenliknbart datagrunnlag for forskning, og bedret regional samhandling på både individ- og systemnivå (8). Tilsvarende samarbeid pågår også i andre helseforetak.

VARIERENDE DOKUMENTASJON. I europeisk sammenheng varierer bruken av strukturert sykepleiedokumentasjon både internt og mellom ulike land. En studie konkluderer med at standardisering av dokumentasjon og utvikling av verktøy for sykepleiedata er nødvendig for å forbedre kvaliteten i helsesektoren (9).

Sykehuset Innlandet har i mange år hatt kunnskapsbasert praksis som et av sine fokusområder. Å arbeide kunnskapsbasert vil si å inkludere kunnskap fra tre likeverdige kilder i behandlingen: Pasientens ønsker og behov, erfaringsbasert kunnskap og internasjonalt forskningsgrunnlag. Målet er bedre faglig praksis (10).

VIKTIG OVERLEVERING AV INFORMASJON. Kunnskapsbasert praksis har vært tema for diskusjon hos tilhengere og kritikere. Flere yrkesgrupper innen helsetjenesten har vært svært opptatt av kunnskapsbasert praksis gjennom kurs,

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Artikkelen beskriver metode og resultater fra en systematisk dybdeundersøkelse av sykepleiedokumentasjon i DIPS, gjennomført ved 64 enheter i Sykehuset Innlandet i 2013. Det er mange sammenfallende funn på tvers av enheter og divisjoner, samtidig som dokumentasjonspraksis og -kultur har mange ulikheter. Variasjonene er store, fra enheter som dokumenterer etter overordnede føringer, mens andre ikke dokumenterer i henhold til prosedyrer.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Dokumentasjon
- Sykepleie
- Informasjonsteknologi



Trygghet: Jo bedre informasjonsflyten går, jo tryggere for pasienten. Arkivfoto: Bo Mathisen

prosjekter og i tidsskrifter de senere årene, for å befeste praksis med pålitelig og troverdig kunnskap.

En norsk artikkel diskuterer kritikken mot kunnskapsbasert praksis, som blant annet går ut på at kunnskapsbasert praksis er instrumentell og preget av underkastelse. Artikkelen konkluderer med at dette synet ikke samsvarer med annen publisert litteratur (11).

Med tanke på kontinuitet og trygghet for pasienten, er nøyaktig og konsis overlevering av klinisk informasjon viktig. Problemstillingen har fått økt oppmerksomhet også internasjonalt, og en nyere Cochrane-review bekrefter våre erfaringer. Tiltak tar sikte på å redusere risikoen for feilkommunikasjon, misforståelser og utelatelse av viktig informasjon (12).

En litteraturgjennomgang fra Australia påpeker at god kvalitet i

sykepleiedokumentasjon fremmer individuell pleie og kontinuitet for den enkelte pasient. Forfatterne anbefaler at forskningen fokuserer på nøyaktighet, feil og ulikheter i sykepleiedokumentasjon, og eventuelle konsekvenser for utfall (13).

ØNSKET UNDERSØKELSE. Med bakgrunn i overordnede føringer, forskning og erfaringer med KDS lokalt, ønsket Sykehuset Innlandet å gjennomføre systematiske dybdeundersøkelser på KDS ved alle sengeavdelinger, intensivavdelinger og akuttmottak. Hensikten var å avdekke, identifisere og nedfelle sykepleietjenestens utfordringer innen KDS på samtlige 64 enheter.

Undersøkelsen besto av dybdeundersøkelse i elektronisk pasientjournal, utarbeidelse av forbedringsplaner og oppfølging av disse (gjennomført i 2014), etter ønske

«Nøyaktig overlevering av klinisk informasjon er viktig for pasienten.»

fra sykepleietjenesten om mer støtte til KDS. Metoden bygger på en modell fra Sykehuset Østfold.

Hva har vi undersøkt og hvordan?

Prosessen ble delt inn i tre faser fra januar 2013 til januar 2014:

FORBEREDELSESFASE. Første fase besto av å sikre forankring hos fagdirektør og i ledelsen ved Sykehuset Innlandet gjennom å befeste prosjektet som egen sak på ledermøte.

Her ble undersøkelsen og videre oppfølging i etterkant definert som satsingsområder for KDS i 2013. Det ble sendt informasjonsbrev til divisjonsdirektører og avdelingssjefer om bakgrunn for, hensikt med og omfang av undersøkelsen. Utarbeide prosedyrer og veileder for gjennomføring.

GJENNOMFØRINGSFASE. I denne fasen ble kvalitetsarbeidet gjennomført på 64 enheter i Sykehuset Innlandet. Seks rådgivere med ansvar for hver sin divisjon foretok dybdeundersøkelser i elektronisk pasientjournal i henhold til prosedyre og utarbeidet forbedringsplaner sammen med avdelings-sykepleier og KDS ressursgruppe på den enkelte enhet. Det er resultatene fra denne fasens dybdeundersøkelse som presenteres i artikkelen.





EVALUERINGS- OG OPPFØLGINGSFASE. Rådgiverne følger opp forbedringsplaner lokalt og evaluerer status på hver enhet i tråd med planene. På sengeavdelinger og intensivavdelinger undersøkte vi bruk av og kvalitet på kartleggingsnotat og notat/evaluering for sykepleie med behandlingsplan. Vi gjennomgikk elleve punkter hos de tre øverste pasientene på sengepostlisten som hadde vært innlagt minimum tre døgn. Hvert punkt hos hver pasient fikk en score fastsatt i prosedyren, og det ble så regnet ut gjennomsnitt for hvert punkt, for hver enhet og for hele Sykehuset Innlandet samlet. I akuttmottak undersøkte vi to punkter på samme måte.

RAPPORTER. For å få et bredere perspektiv på resultatene, tok vi ut følgende kvartalsvise rapporter i DIPS for hver enhet:

- Kartleggingsnotat innen 24 timer, jmfør overordnet prosedyre
- Behandlingsplan innen 24 timer, jmfør overordnet prosedyre
- Oppdateringer i behandlingsplan; viser i hvor mange prosent av opprettede sykepleiedokumenter som det er gjort endring i BP
- Fritekstdiagnoser
- Friteksttiltak

Vi ønsket også å kartlegge legenes bruk og nytte av KDS. Det ble ikke foretatt systematisk innhenting av informasjon, og resultatene er derfor basert på individuelle og delvis tilfeldige uttalelser.

KARTLEGGINGSNOTAT. Resultatene viser at det er forskjeller i avdelingenes bruk av kartleggingsnotat for sykepleie og på kvaliteten på innholdet. Mange avdelinger har skåret høyt på kvalitet, mens andre skårer høyt på opprettelse uten at innholdet holder samme kvalitet.

Noen dokumenterer kartlagte opplysninger i inkomstnotat for sykepleie. I divisjon psykisk helsevern opprettes det kartleggingsnotat for sykepleie innen 24 timer hos gjennomsnittlig 80 prosent av pasientene, med variasjon mellom 60–95 prosent. I divisjon somatikk og divisjon habilitering og rehabilitering

er gjennomsnittet 40 prosent med en variasjon fra 0–90 prosent.

BEHANDLINGSPLAN. Resultatene viser at opprettelse av behandlingsplan varierer fra divisjon til divisjon og innad i den enkelte divisjon. I divisjon psykisk helsevern fant vi at gjennomsnittet var 80 prosent med en variasjon mellom 15–100 prosent. Divisjon somatikk hadde et snitt på 80 prosent, med variasjon fra 0–100 prosent. Divisjon habilitering og rehabilitering viste gjennomsnittlig 35 prosent med variasjon mellom 0–65 prosent.

Kvaliteten er blant annet vurdert ut ifra sammenhengen mellom sykepleiediagnoser, mål og tiltak.

OPPDATERING AV BEHANDLINGSPLAN. Resultatene varierer fra avdeling til avdeling, avhengig av pasientens tilstand, alvorlighetsgrad og liggedøgn. Gjennomsnittet lå mellom 20–40 prosent, med variasjon fra 0–70 prosent. Divisjon somatikk har høyest gjennomsnitt og størst variasjon.

FRITEKST DIAGNOSER OG TILTAK. Antall fritekstdiagnoser og -tiltak må ses i sammenheng med antall pasienter, samt bruk av behandlingsplan. Hvis en avdeling har få fritekstdiagnoser og samtidig lav bruk av behandlingsplan, kan det tyde på manglende dokumentasjon. I de divisjonene hvor veiledende behandlingsplan blir mye brukt, er det merkbart mindre bruk av fritekstdiagnoser og -tiltak.

Kultur for bruk av veiledende behandlingsplaner og kunnskaper om innholdet i disse vil påvirke resultatene. Vi fant store forskjeller i bruken av fritekstdiagnoser og -tiltak; tendensen i 2013 viser nedgang i antall fritekstdiagnoser og -tiltak.

DISKUSJON. Undersøkelsen er ikke vitenskapelig basert. Hovedfunnene indikerer likevel at sykepleiedokumentasjonen varierer både individuelt og innenfor den enkelte avdeling og divisjon.

Undersøkelsen avdekket dobbeltdokumentasjon av opplysninger fra kurve til sykepleienotat

og behandlingsplan, spesielt av verdier på BT, puls, temperatur, drikkemengde og diurese, samt noe ved legeforskrifter. Mange stoler ikke på behandlingsplan som hoveddokument og dobbeltfører derfor i notat/evaluering av sykepleie. En følge av dette kan være at det overføres feil forskrifter og verdier, med store konsekvenser for pasientens sikkerhet. Hvis relevant informasjon ikke kommuniseres korrekt kan det føre til uønskede hendelser, forsinkelser i diagnos-

tiserings- og behandlingsforløpet, og feil behandling og pleie (12,14).

En individuell behandlingsplan kan bidra til at pasientene får pleie og behandling i tråd med egne ønsker, mer effektiv behandling og høyere

pasienttilfredshet (14). En belgisk studie om dokumentasjonsrutiner i sammenheng med uheldige hendelser viste at sykepleierne ikke hadde kunnskaper nok til å vurdere tegn på forverring hos pasienten, og hadde ulike terskler for å rapportere bekymring ved unormale vitale tegn. En konsekvens var at de tilkalte hjelp sent ved kliniske kriser (15). Det understreker viktigheten av nøyaktig og sikker dokumentasjon av vitale verdier. Ved å dokumentere kun på kurve og benytte denne som primær informasjonskilde vil risiko for feil reduseres.

En undersøkelse fra Australia konkluderer med at det er risikabelt å stole utelukkende på subjektive oppfatninger om pasientens tilstand. Den understreker betydningen av optimal kvalitet på dokumentasjon av vitale parametere (16). Dette er også i tråd med De Meesters funn (15).

PROSJEKT FOR AKUTTMOTTAK. Akuttmottakene har pålegg om å dokumentere i RETTS-skjema, som foreløpig ikke sam snakker med DIPS. Det er også varierende praksis på sengeavdelingene for å benytte seg av

«Det dokumenteres mye som ikke har relevans for diagnoser, mål eller tiltak.»

opplysningene i RETTS-skjema. Det er behov for å sikre en effektiv, kvalitetssikker og praktisk løsning for dokumentasjon mellom akuttmottak og poster. På bakgrunn av funn i undersøkelsen, ble det i ettertid initiert et prosjekt for å sikre ensartet dokumentasjon i alle akuttmottak i SI.

FOR MYE OM MAT. Det dokumenteres også mye som ikke har relevans for diagnoser, mål eller tiltak. I somatiske avdelinger beskrives det særlig detaljert om matinntak uten at dette er dokumentert som et problem i kartleggingsnotat for sykepleie eller i behandlingsplanen. Det kan ha sammenheng med økt oppmerksomhet på ernæring generelt, og på ny prosedyre i Sykehuset Innlandet om ernæringscreening.

Gjentatte og irrelevante opplysninger og vurderinger i notat for sykepleie fører til at legene velger det bort. Det er ulik praksis hos legegruppen vedrørende bruk av KDS, hvilke sykepleiedokumenter som blir lest, og mange har ikke kjennskap til at man enkelt kan få opp BP. Flere har bemerkert hvor viktig sykepleiernes kartlegging er som bidrag til en helhetlig oversikt.

REPRESENTATIVE FUNN. Dybdeundersøkelsen ble utført på tre pasienter per enhet og representerer et tilfeldig utvalg. Resultatene kan derfor være tilfeldige og ikke nødvendigvis representative for enhetens dokumentasjonspraksis.

Sykepleierne ga imidlertid uttrykk for at våre funn for en stor del var representative. Tre av målingene kan være gjenstand for subjektiv skåring, og variere med den enkelte rådgivers erfaring og vurdering. Det er første gang Sykehuset Innlandet har gjennomført en slik kartlegging, og vi ser i ettertid at vi med fordel kunne ha utarbeidet grunnlag for en enda mer presis skåring for å unngå mulig variasjon i skåringsresultatet på enkelte punkter.

DIPS-rapportene inkluderer alle pasienter som har vært innleggende. De kan være upålitelige på grunn av flere faktorer:

- Grunnlaget er antall pasienter som er utskrevet fra enheten, mens en annen enhet kan ha opprettet behandlingsplan og/eller kartleggingsnotat for sykepleie. Ulikt pasientgrunnlag gjør at prosenttallene ikke blir helt sammenliknbare. To pasienter utskrevet fra intensivavdeling med BP gir 100 prosent, mens en sengepost med 300–400 pasienter per kvartal kan skåre 85–90 prosent.
- Rapportene må sees i sammenheng med hverandre: Høy skår på opprettelse av behandlingsplan og lav skår på oppdatering, sier noe om at avdelingen oppretter, men ikke er like konsekvente til å holde behandlingsplanen a` jour.

ANBEFALER VEILEDENE BEHANDLINGSPLAN. Som et tiltak for å imøtekomme krav om kunnskapsbasert praksis, anbefaler Sykehuset Innlandet bruk av kunnskapsbaserte, veiledende behandlingsplaner som grunnlag for individuell behandlingsplan. En veiledende behandlingsplan er «en preformulert oversikt over sannsynlige sykepleiediagnoser eller -problemer og relevante sykepleie-tiltak eller -forordninger for en pasientgruppe, for eksempel en medisinsk diagnose, eller for mer avgrensede problemer.» (17).

Sykehuset Innlandet har per august 2014 cirka 90 veiledende behandlingsplaner som er kunnskapsbaserte og reviderte de siste to årene. Vi anser at mange av utfordringene vil kunne løses ved økt bruk av veiledende behandlingsplan som grunnlag for pasientens individuelle behandlingsplan. Det vil kunne bidra til å kvalitetssikre et felles og gjenkjennbart språk i sykepleiedokumentasjonen, og legge grunnlag for optimal, kunnskapsbasert pleie og behandling etter overordnede føringer.

Forskning viser at bruk av veiledende behandlingsplan øker kunnskapsnivået hos sykepleiere, fremmer kunnskapsbasert praksis og forbedrer omsorgskvaliteten (18,19).

KONKLUSJON. Undersøkelsen viser at det er mange sammenfallende funn på tvers av enheter og divisjoner, samtidig som dokumentasjonspraksis og -kultur har mange ulikheter.

Variasjonene er store, fra poster som dokumenterer etter overordnede føringer, hvor andre enheter ikke forholder seg til prosedyre. Resultatene er i samsvar med enhetenes tilbakemeldinger, og en stor utfordring er dynamisk bruk av behandlingsplan som hoveddokumentasjon. En konsekvens av ulik praksis er at man ikke stoler på behandlingsplanen og i stedet dokumenterer fortløpende på hver vakt i notat/evaluering for sykepleie. Denne praksisen er tidkrevende og ustrukturert, og det kan være tilfeldig hva man finner av opplysninger.

Kommunikasjonen mellom ulike enheter er en utfordring med tanke på dokumentasjonsflyt.

Resultatene avdekker følgende viktige forbedringsområder:

Det er varierende bruk av veiledende behandlingsplan som grunnlag for individuell behandlingsplan, noe som ser ut til å skyldes mangelfulle kunnskaper, rutinesvikt eller varierende rutiner for opplæring.

Det er stor variasjon i bruk av behandlingsplan i akuttmottak. Sengepostene ønsker at akuttmottaket skal opprette behandlingsplan med sykepleiediagnoser, mål og tiltak, som dokumentasjon på den reelle situasjonen ved overflytting.

I 2014 følger rådgiverne opp forbedringsplaner lokalt, med veiledning til ressursgrupper, i klinikken, på KDS-workshops og på fagmøter. ●

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

REFERANSER:

1. Norsk Sykepleierforbund 2013. Det du bør vite om faglig ansvarlighet. https://www.nsf.no/Content/1161840/3%20utgave%20faglig_forsvarlighet.pdf (26.06.14)
2. Mølsted K, Mauritzen AM, Angermo LM (red). Norsk Syke-

- pleierforbunds forum for IKT og Dokumentasjon (NSFID) 2007. Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal 3. utgave februar 2007. <https://www.nsf.no/Content/852451/Veileder%20%20Sykepleiedokumentasjon.pdf> (26.06.14).
3. Helse- og omsorgsdepartementet 2014. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell> (26.06.14).
4. Sykehuset Innlandet Helseforetak 2014. Overordnede føringer for bruk av klinisk dokumentasjon – sykepleie (KDS) <http://ek.sihf.no/start.aspx> (03.07.14).
5. NANDA International 2014. <http://www.nanda.org/nanda-i-nic-noc.html> (16.08.14).
6. Müller-Staub M. Evaluation of the implementation of nursing diagnoses, interventions, and outcomes. *Int J Nurs Terminol Classif.* 2009 Jan-Mar;20(1):9-15. <http://search.proquest.com.proxy.helsebiblioteket.no/docview/194433048?accoutid=35443> (16.08.14).
7. Royal College of Nursing 2014. Making nursing visible http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0003/372990/003877.pdf (16.08.14).
8. HSO 2012. Prosjektmandat for regional DIPS-standardisering. http://www.helse-sorost.no/aktuelt_digitalformyning/_seks-programmer/_Documents/Regional%20klinisk%20dokumentasjon/Mandat%20klinisk%20dokumentasjon.pdf?search=mandat%2520klinisk%2520dok (15.08.14).
9. Thoroddsen A, Ehrenberg A, Sermeus W, Saranto K 2012. A survey of nursing documentation, terminologies and standards in European countries. *Nurs Inform.* 2012; 20(2): 406. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3799179/> (17.08.14).
10. SIHF 2014. Kunnskapsbasert praksis http://www.sykehuset-innlandet.no/omoss/_avdelinger/_avdeling-for-kunnskapsstotte/_aks/_kunnskapsbasert-praksis/_Sider/_side.aspx (17.08.14).
11. Nortvedt MW, Jamtvedt G. 2009. Kunnskapsbasert praksis: Engasjerer og provoserer Sykepleien 2000;07:64-69. <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/160590/engasjerer-og-provoserer> (16.08.14).
12. Smeulders M, Lucas C, Vermeulen H. 2014. Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Jun 24;6. <http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1002/14651858.CD009979.pub2/asset/CD009979.pdf?v=1&t=hwwvok4s&s=99cd839b2bfc6f3518d2f8d485ff053168c79e6> (30.06.14).
13. Wang, Ning; Hailey, David; Yu, Ping 2011. Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing (J ADV NURS)*, 2011 Sep; 67 (9): 1858-75. <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=75f9f0b5-b4c4-4d96-a069-ed397495dfb2%40sessionmgr4004&vid=38&hid=4201> (30.06.14).
14. Detering K, Silveira MJ. 2014. Advance care planning and advance directives. *UpToDate* 2014 Jul. <http://www.uptodate.com/contents/advance-care-planning-and-advance-directives?source=machineLearning&search=nursing+document&selectedTitle=9%7E150§ionRank=2&anchor=H37130449#H37130449> (16.08.14).
15. De Meester K, Van Bogaert P, Clarke SP, Bossaert L. 2013. In-hospital mortality after serious adverse events on medical and surgical nursing units: a mixed methods study. *Journal of Clinical Nursing* 2013 Aug; 22(15-16):2308-17. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009979.pub2/full> (30.06.14).
16. Preece MH, Hill A, Horswill MS, Karamatic R, Watson MO 2012. Designing observation charts to optimize the detection of patient deterioration: reliance on the subjective preferences of healthcare professionals is not enough. *Australian Critical Care.* 25(4):238-52, 2012 Nov. http://ovidsp.uk.ovid.com.proxy.helsebiblioteket.no/sp-3.12.0b/ovidweb.cgi?&S=BKCAPDNKPEHFDLFLHNMKMGDGL0ANAA00&Process=Filter=S.sh.59.60%7c0&filter_id=961&filterset=Date (16.08.14).
17. DIPS 2014. Våre løsninger – Behandlingsplan <http://www.dips.no/nor/vare-losninger/behandlingsplan/PHPSESSI> D=qv190hqbfn7n8lvig0r3mm7lcl (26.06.14).
18. Pöder U, Fogelberg Dahm M, Wadensten B. 2011. Implementation of a multi-professional standardized care plan in electronic health records for the care of stroke patients. *Journal of Nursing Management.* 2011, 19, 810-819. <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=bac87459-8ca4-43f9-96eb-0551a252f8c6%40sessionmgr4003&hid=4201> (16.08.14).
19. Svensson S, Ohlsson K, Wann-Hansson C. 2012. Development and implementation of a standardized care plan for carotid endarterectomy. *J Vasc Nurs.* 2012 Jun;30(2):44-53. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22608175> (16.08.14).



Fakta

Sårbehandling

Av Birgitta Bjørken
Didakta Norsk Forlag
2013
Sider 257
ISBN 978-82-7056-070-7

Anmelder: Laila Solli
Reitan, intensivsykepleier

Lite nytt om sårbehandling

ANMELDELSE: **Mennesker som har et sår, har behov for å bli møtt av en sykepleier på en god og omsorgsfull måte. For å møte pasienter på en slik måte må sykepleieren ha tilstrekkelig oppdater kunnskap om sår. Ifølge Birgitta Bjørken må en kunne se hele mennesket og samspillet mellom sårbehandling og tiltak for å øke tilheling. En kan for eksempel ikke bare behandle såret uten og tenke på optimal blodsirkulasjon eller ernæringsstatus.**

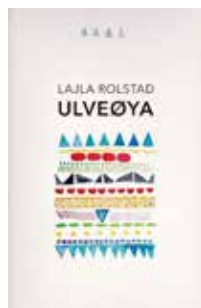
Forfatteren av denne boken er høyskolelektor i Harstad. Hun har undervist sykepleierstudenter om sårbehandling i mange år. Hennes intensjonen er å spre kunnskap om

sårbehandling, både tradisjonelle og alternative behandlingsformer. Det blir ikke gitt ut mange bøker om sår, og sykepleierstudentene har generelt lite om sårbehandling i studiet. Boka er derfor etterlengtet i praksisfeltet.

Alle typer sår blir beskrevet i boken, men det er kapitlet om behandling av venøse sår jeg vil trekke frem. Der blir det gitt gode beskrivelser av hvordan en legger forskjellige kompresjonsbandsjer. Boka er bygd opp med et stort antall bilder som illustrerer alle type sår og behandlingsformer. Som leser blir jeg skuffet når jeg ser at mange av bildene er så gamle som 40 år og er av

dårlig kvalitet. Birgitta Bjørken skriver på svensk, noe som gjør at det kan være vanskelig å få taket på innholdet. Forfatteren har vært nøye med sine kildehenvisninger. Boka er kunnskapsbasert og ikke basert på forfatterens egne erfaringer med sårbehandling.

En bok som det stadig blir referert til i teksten, er Lindholms bok om sår. Denne boka går mer i dybden og egner seg mer som en lærebok. For å lese Bjørken sin bok kreves det mer forkunnskap i anatomi og fysiologi. Den er mer spesifikk på sår, og fin som et oppslagsverk. Jeg mener Bjørken ikke greier å tilføre noe nytt i sin bok. ●



Fakta

Ulveøya

Av Lajla Rolstad
Gyldendal forlag, 2015
259 sider
ISBN: 978-82-05-47457-4

Anmelder: Kjetil Skotte,
sykepleier

Et fritt liv

ANMELDELSE: **Legen anbefaler henne å leve et stabilt, forutsigbart og rolig liv uten stress for å unngå å utløse nok en klinisk depresjon. Den 37 år gamle forfatteren av Ulveøya, Lajla Rolstad, velger i stedet å reise ut i Canadas villmark. Gjennom møter med urbefolkning og enebore i uberørt natur, og lange vintre alene på småsteder der hun jobber som vaktmester eller i kafeer, utfordrer hun seg selv for å finne fred. Hun mediterer, gjør yogaøvelser og lever i pakt med naturen.**

Det er en svært personlig reise leseren får være med på, og boka bærer sterkt preg av å være selvbiografisk.

Sorg og gleder, angst og uro beskrives nakent og direkte. Hun har vært psykiatrisk pasient ved to anledninger, men når angsten og uroen melder seg, velger hun å fronte følelsene, framfor å ta medisiner: «... det ble bare en ond sirkel; hver gang benzodiazepinene var på vei ut av kroppen, ble jeg enda mer urolig, ville bare ha mer og mer. Og de andre, antidepressivene, var som å ha hodet fullt av bomull; som en skjerm mellom meg og det vonde, det gikk ikke bort, bare lå der og ulmet, jeg kunne fungere, men jeg ble ikke noe bedre, ga ikke slipp på noe, kunne ikke engang føle på det, for det glapp bare bort ...».

Ulveøya er en personlig og åpen

beretning om et skjørt menneskeliv som finner styrke ved å tørre å møte smerten. Det er beundringsverdig gjort, både å skrive så ærlig og å jobbe med seg selv slik. Samtidig sitter leseren igjen med spørsmålet om dette er rent selvbiografisk eller også iblandet litt fiksjon. Det blir mange møter med forskjellige mennesker, jeg savner å kunne bli bedre kjent med noen av de andre, interessante personene hun treffer. Beskrivelsen blir noe overflatiske og distanserte.

Romanen kan være nyttig for helsepersonell som vil forsøke å sette seg inn i et sårbart menneskesinn, og er en fin leseropplevelse fordi den er så personlig. ●

Hva
leser du
nå?

Siren Eriksen

Fag og fengende romaner

LITTERATUR: – Akkurat nå leser jeg en liten, underfundig bok som på norsk heter «Merkelig vær i Tokyo», skrevet av en av Japans fremste kvinnelige forfatter, Hiro-mi Kawakami. Foreløpig synes jeg den handler mest om ensomhet, men med lune, humoristiske stikk.

Høyskolejobben bringer med seg mye lesning. Sammen med kollegaer jobber hun med systematiske oversiktsartikler av studier der personer med demens er intervjuet. Hun har også nylig lest seg opp på angst ved demens.

Tidligere leste hun mye skjønnlitteratur, men nå blir hun fort utålmodig. – Bøkene må fenge meg og «dra meg inn» tidlig, ellers gidder jeg ikke. Jeg er glad i krim og i romaner som utfordrer meg, som bøkene til Siri Hustvedt.

Av sykepleiebøker trekker hun fram Horwitz & Wakenfields «The Loss of Sadness» som en bok som har vært viktig for henne. – Men jeg har fremdeles Hummelvold og Cullberg fra 1990, da jeg tok min sykepleierutdanning – og det hender jeg blar i dem.

LivBjornhaug.Johansen@sykepleien.no



Alder: 44

Yrke: Postdoktor/førstemanuensis ved Institutt for sykepleievitenskap, Høyskolen i Buskerud og Vestfold.

Tiden etter 22. juli

ANMELDELSE: **Massedrap er en sjeldenhet i Norge. Bare 5 prosent av nordmenn dør en unaturlig død. Den 22. juli endret dette bildet seg, og drapsstatistikken enda mer, skriver Weiseth.**

Dette er bok som engasjerer og fyrer i gang tanker og følelser knyttet til terrorangrepet. Boken er utarbeidet av fageksperter som har jobbet tett med å bygge opp en forsvarlig modell som kan fange opp traumerammede personer. I tillegg har ekteparet Linaker delt sin gripende familiehistorie om foreldres verste mareritt i møte med hjelpeapparatet.

Boken åpnes med presentasjon av en proaktiv modell for psykososial oppfølging som ble valgt av Helse- og beredningsdirektoratet. Forfatterne påpeker at det er interessant at Helse- og beredningsdirektoratet velger å gå imot alle nasjonale og internasjonale retningslinjer, watchfull waiting, når det gjelder krisehåndtering. Det begrunnes med at denne ikke fanger opp sårbare personer som ikke søker hjelp selv. Derfor ble det valgt en todelt handlingsorientert modell: en bedriftshelsetjenestemodell for oppfølging av de rammene i Regjeringskvartalet og en kommunemodell for oppfølging av Utøya-rammene. Modellen har fått mye oppmerksomhet, men klare forskningsresultater er ikke kommet.

Forfatterne mener modellen fanger opp de som ble direkte rammet av

terroraksjonen i en akutt fase. Jeg savner en del i boken som forteller om disse terrorrammete flere år etter terrorangrepet. Klarer de å fungere i hverdagen? Klarte de å få fullført videregående skole og følge opp sine drømmer? Boken vil bli styrket hvis den inneholdt en del hvor den kommunale helsetjenesten blir evaluert etter 22. juli.

Begrepet «psykologisk vekst» introduseres. Det vekker oppmerksomhet og nysgjerrighet, men blir dessverre overflatisk behandlet og i liten grad satt i 22. juli-kontekst. Det lykkes ikke å formidle hvordan en person kan oppnå psykologisk vekst etter en slik traumepåkjennning.

Fra sjokk til mestring er skrevet av dyktige fagfolk som har vært med på å håndtere den nasjonale kritesituasjonen. Dette er trygge fagpersoner som tør å ta nye veier, og de gir god oversikt over hvordan denne krisen ble håndtert på alle helsetjenestenivåer. De appellerer til at kriseteamene bør trene regelmessig for å kunne bli forberedt for en eventuell ny terrorsituasjon. Samtidig inviterer de ledelse til å jobbe med å utarbeide gode strategier i håndtering av kritesituasjoner.

Fra sjokk til mestring anbefales til helsepersonell som jobber i det kommunale kriseteamet, helsepersonell som jobber med traumer og alle som er interessert i å reflektere over helsemyndighetenes håndtering av 22. juli og selv bearbeide det nasjonale traumet. ●



Fakta

Fra sjokk til mestring. Norges respons på et nasjonalt traume

Av Freja Ulvestad Karki og Lars Weisæth (red)
249 sider
Gyldendal akademisk, 2014
ISBN 978-82-05-476509
249 sider

Anmelder: Sabina Hockic, klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie

«22-juli-oppfølgingen representerte en prøvestein for både kompetanse og kapasitet i den norske helsetjenesten.» Fra boken *Fra sjokk til mestring*



Er du en kompetent sykepleier? Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hvilke nerver omfattes av det perifere nervesystem?

- A Nerverne i tærne og fingrene
- B Hjerne- og spinalnerver
- C Nerverne i det autonome nervesystem

2 Hva er nalokson?

- A En motgift ved opiatoverdose
- B En sovemedisin
- C Et legemiddel mot narkolepsi

3 Lillehjernen modifierer våre bevegelser. Hvor får den opplysningene som trengs for å gjøre det?

- A Fra storehjernen
- B Fra muskler, øyet og øret
- C Fra sentralnervesystemet

4 Hva er femur?

- A En slektning av lemur, vanlig som forsøksdyr
- B Virkestoffet i legemidler mot beinskjørhet
- C Lårbenet

5 Hvilke prosesser har blodet betydning for?

- A Temperaturregulering, immunforsvar og cellenes innbyrdes kommunikasjon
- B Impulskontroll, stemningsregulering og personlighet
- C Tarmfunksjon, metabolisme og fordøyelse

6 Hvilket av disse stoffene er involvert i blodproppdannelse?

- A Oksytocin
- B Glukose
- C Serotonin

7 Hva vil det si å ha gangsyn?

- A Syn nok til å se veggene i en gang
- B At man holder fokus ved distraksjoner
- C At man kan telle fingre på to meters avstand

8 Hva er urografi?

- A Røntgen av nyrer og urinveier
- B CT av hjernen mens man tisser
- C Grafisk fremstilling av urinens vei gjennom kroppen

9 Hva er collapsus e calore?

- A Besvimelse grunnet kalorigmangel
- B Heteslag
- C At fargesynet kollapser

10 Hva er Ixodes ricinus?

- A En ring av fett rundt magen
- B Avføringsmiddel basert på rosiner
- C Skogflått



Bilring: Er dette kroneksemplet på Ixodes ricinus?

- ☺ 10 poeng: Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)
- 😊 6-9 poeng: Lovende. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.
- 😐 3-5 poeng: Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?
- ☹ 0-2 poeng: Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

Svar: 1B, 2A, 3B, 4C, 5A, 6C, 7C, 8A, 9B, 10C

Randis hypokonderkryssord

☺	AVSLUT-TET	SÅRET	DRYPP FYS. FORK.	▼	ARYTMI (FORK.)	ÅRE	LIK	FISK REG-NING	▼	ORG.	ORGA-NET SYKD.	▼	VOKAL-EN	SØR-LENDING GNOMER	▼	SKIPS-FORK.	MØBEL EKS-PARTI	▼	KJEM. STOFF UTPEK	▼
MUNN HUD	▶	▶	▶		▶	▶	▶	▶		▶	▶		▶	▶		▶	▶		▶	
▶																				
REK-LAME VASKE	▶			SKOR-PEN	VRAKA	▶				IRRI-TERER	MÅL SVAR	▶				DYR	LIKE ØY	▶		DES-INTI-SERER
▶				▶	STAE		SOLO	▶		▶	▶				LYS-KILDE	▶				HUR-TIGE
BIBEL-DEL	▶		LAND ANGI	▶				ØV SYKD.	▶				SNEK-RE MØBEL	▶						▶
FAT-TIGE		KOST MÅL	▶			DYR PRON (FOR-ELD)	▶		YTE	▶		DEN ELDRE STAPPE	▶		SLUB-BERT DATAUTR	▶				
▶				BLOD (FORK.) INTERJ.	▶		IDR.-ARR.		DYR		GÅEN KARAK-TER	▶		LIKE	▶	RYDDE	PRON. VOK.	▶		
PREST	▶																			
SYKE-PLIEIER	▶																			

Se løsning på kryssord side 82.



Meninger

Del 4 Sykepleien 07 | 2015

Kronikk – Leserinnlegg – Portrett



Trygt: Det var uvant å få hjelp til det man vanligvis klarer selv.

Et døgn på hjemmet

Lesja. Journalist Astrid Kvam Helset ville prøve hvordan det var å bo på sykehjemmet, der hun som barn besøkte bestefaren. **86**



Psykiatri. En frekk diagnose! **83**



«Jeg tror på aktiv livshjelp i et godt og velfungerende helsevesen.»

Kristian Imingen Skjellet. **84**



NSF. Valgkampen må ha grundige helsedebatter. **80**



Valg. Kommunevalgkampen må handle om de reelle utfordringene i helse- og omsorgstjenestene.

Vi må få frem at kvalitet lønner seg



Fakta

**Eli
Gunhild By**

Forbundsleder i Norsk
Sykepleierforbund

Vi står foran et spennende kommunevalg. Jeg håper de store utfordringene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil bli et viktig tema i denne valgkampen. Dette er helt avgjørende for at tjenestene skal bli i tråd med befolkningens behov og ønsker.

KVALITET. Norske kommuner har store oppgaver å løse. I dag er det mange steder et stort gap mellom forventet kvalitet og tilgjengelig kompetanse i tjenestene. Norske kommunepolitikere må ta innover seg virkeligheten slik pasienter, pårørende og helsepersonell opplever den. Jeg har selv en mor og far som gjennom flere år har hatt ulike behov for hjelp i hjemmet og på sykehjem. Her har jeg sett på nært hold hvordan kvaliteten på hjelpen som gis varierer.

Økningen i antall eldre vil føre til en stadig større etterspørsel etter oppfølging, behandling og rehabilitering i kommunene. Det er derfor svært viktig at politikerne forstår og sørger for at ressursene tilføres der disse utfordringene skal løses – i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

FLERE OPPGAVER. NSF har det siste året gjennomført flere studier i norske kommuner. Disse gir et helt entydig bilde av mangel på generell sykepleiefaglig kompetanse og spesialkompetanse. Undersøkelsene viser at det ikke er tatt høyde for den veksten av oppgaver som har skjedd i kommune som følge av samhandlingsreformen, verken i institusjoner eller i hjemmebasert omsorg.

«Kommunene må styrke bemanningen og gjøre det som trengs for å beholde flinke folk.»

Et annet viktig funn er at bare få kommuner har satset systematisk på å øke sykepleiekompetansen, men de som har gjort det, har svært gode resultater. Det vil være helt avgjørende for både kvalitet og kapasitet i norske kommuner at man både utvikler den kompetansen det er behov for, og sørger for at denne

kompetansen tilføres tjenestene hvor oppgavene skal løses – i hjemmesykepleien og i sykehjemmene.

Sykepleietjenesten og sykepleiekompetansen er helt sentral når kommunene skal utvikle tjenestene sine i tråd med pasientens behov og ønsker. Det forekommer dessverre ofte at eldre og multisyke må ha gjentatte sykehusinnleggelses for sine ulike plager, fordi helheten i behandlingen går tapt og pasienter overbehandles eller feilbehandles.

MÅ FÅ BEDRE TJENESTER. Kommunevalgkampen må dreie seg om både å bedre kompetanse og kvalitet og å øke bemanning, kapasitet og tilgjengelighet! På denne måten kan man oppnå bedre, mer effektive og ikke minst verdige tjenester for eldre og kronisk syke.

Kommunene må sørge for å redusere andelen av ufaglærte i tjenestene, og satse strategisk på å utvikle kompetansen hos sine ansatte. Bare på den måten kan vi løse utfordringene vi står foran, og sikre befolkningen et godt helse- og omsorgstilbud.

Norske kommuner må rekruttere flere sykepleiere inn i tjenestene. De må styrke bemanningen og gjøre det som trengs for å beholde flinke folk som allerede jobber der. Ved å gi sykepleiere mulighet til å utvikle sin kompetanse, og tilrettelegge for faglig sterke arbeidsmiljø og gode arbeidsforhold, vil man både klare å beholde sykepleiere i tjenestene og tiltrekke seg fler.

Sykepleiere er helt avgjørende for å forebygge sykdomsforverring, oppdage alvorlige symptomer tidlig og sørge for koordinering og kontinuitet i oppfølgingen av pasienter. En slik satsing vil fort merkes både på bedre kvalitet for pasienter, pårørende og brukere, og på samfunnets pengebok. Fordi kvalitet lønner seg, både økonomisk og for menneskene som skal få og gi tjenester! ●



Fakta

Fast skribent

Eli Gunhild By skriver hver måned om politiske temaer i Sykepleien.



Trainee-ordninger i intensivavdelinger

OPPLÆRING: I Sykepleien nr. 04/15 vies PO/Intensivavdelingen ved Oslo universitetssykehus (OUS) oppmerksomhet for sitt arbeid med å innføre en trainee-ordning for sykepleiere ved noen av sykehusets intensivseksjoner. Artikkelen gir noe innblikk i hvordan vi har jobbet for å rekruttere sykepleiere, og hvordan vi har jobbet målrettet og bevisst for å kvalitetssikre opplæringen av nyansatte hos oss.

Trainee-ordningen kommenteres i samme nummer av lederen for landsgruppen av intensivsykepleiere (NSFLIS) Sigbjørn Flatland, og han bruker også sin leder i intensivsykepleiernes fagtidsskrift Inspira på dette temaet (Sykepleierløftet), nr. 02/15.

På vegne av NSFLIS uttrykker Flatland bekymring for rekrutteringen til intensivsykepleieryrket. Han mener at det å ansette sykepleiere uten videreutdanning ved høyspesialiserte intensivavdelinger er utfordrende med tanke på den kompetansen som kreves av sykepleiertjenesten for å gi intensivpasientene god sykepleie.

Sigbjørn Flatland og vi er enige om mye: Tilgangen på intensivsykepleiere ved mange av landets intensivavdelinger er for dårlig; det burde for lenge siden vært satset hardere på videreutdanningene, intensivutdanningen inkludert; det er utfordrende og komplekst å kvalitetssikre opplæring av sykepleiere uten videreutdanning som skal jobbe med intensivpasienter. Vi kan berolige Flatland med at vi har en kontinuerlig evaluering, og vil gjøre en mer omfattende evaluering når vi har skaffet oss ytterligere erfaring med trainee-prosjektet.

Trainee-ordningen er ikke en revolusjonerende måte å drive opplæring av nyansatte på. Det som er nytt med trainee er at flere av seksjonene har gått sammen om å tilby samme tette opplæringsprogram for alle nyansatte sykepleiere uten videreutdanning. Gjennom et omfattende program ønsker vi å kvalitetssikre at alle får den nødvendige minimumskompetansen vi mener pasientene på en intensiv- eller PO-avdeling krever. I tillegg får vi utnyttet den sterke faglige kompetansen som allerede finnes i våre seksjoner som premissleverandører til de nyansatte. Vi tror denne modellen vil gi en god basis når

disse ivrige sykepleierne en gang skal ta videreutdanning innen intensivsykepleie, en videreutdanning som er en forutsetning for en fast stilling på intensivseksjonene. Vi mener dette er et godt tiltak for å profilere intensivsykepleie, og sikre en fortsatt god rekruttering til yrket som vi er så glad i. Å skape interesse og blest rundt faget vårt er tvingende nødvendig for å sikre god tilgang til utdanningene og flere intensivsykepleiere i praksis.

Ved å bygge opp et trainee-program med forutsigbarhet og dyktige foredragsholdere innen egen avdeling, får vi engasjerte nyansatte medarbeidere og engasjerte etablerte intensivsykepleiere. De etablerte intensivsykepleierne kan øse av sin kunnskap og erfaring, som vi vet at de elsker å gjøre. Å utvikle et godt arbeidsmiljø vil si at vi hele tiden må stille godt med det, og gi det næring for å vokse. Vi må passe oss slik at vi ikke blir et lukket miljø uten nye impulser og nyrekruttering, låst i gamle tankemønstre.

Vi har laget et grundig opplæringsprogram der disse puljene har felles undervisning én dag hver uke i en periode på 4-6 måneder (avhengig av om de er ansatt ved en PO-seksjon eller en intensivseksjon) i tillegg til å følge kontaktsykepleier i tredelt turnus. På denne måten har vi sikret at alle nyansatte får basal og skikkelig opplæring i alle sentrale temaer ved det å være sykepleier i en intensivavdeling, fra basal overvåking av vitale funksjoner til kurveføring, hygieniske prinsipper, bruk av avvikssystemet, utsjekk på medisinsk-teknisk utstyr, og forståelse for bruk av prosedyrer i sykepleierarbeidet.

I tillegg har vi hatt som overordnet målsetning i avdelingens strategiske handlingsplan for kompetanseutvikling at vi skal ha 100 prosent dekning av spesialsykepleiere ved våre fem intensivseksjoner. Kompetanseplanen inneholder for øvrig også ambisiøse målsetninger om masterutdanninger, programmer for klinisk kompetanse, og målsetning om doktorgradskompetanse. Vi mener å ha en av Norges mest kompetansetunge intensivavdelinger, med tre spesialsykepleiere med gjennomført doktorgrad, ytterligere seks i PhD-programmer, 48 spesialsykepleiere med mastergrad, og over

150 spesialsykepleiere med godkjenning som kliniske spesialister. Våre traineer inviteres dermed inn i en avdeling der kompetanse og videreutdanning prioriteres høyt, og der læremestre, veiledere og undervisere står i kø for å bidra.

Et av kjennetegnene med en intensivavdeling, er at en stor del av pasientbelegget er øyeblikkelig-hjelp-pasienter og at mange har et langt opphold på intensiv. Dette krever høy bemanning. I en hverdag hvor intensivpasientene ligger lengre og det blir flere intensivpasienter, er det to alternativer som vi selv rår over: egne, kvalitetssikrede opplæringsprogram eller dyr innleie fra vikarbyrå hvor vi ikke kjenner innleid kompetansenivå. Vi har valgt å satse på en langsiktig løsning, som skaper karrieremuligheter for sykepleiere innen intensivmiljøet og som kvalitetssikrer kontinuiteten i omsorgen for våre intensivpasienter.

Flatland og NSFLIS er velkomne til å bidra for å videreutvikle vårt trainee-program, slik at vi fortsatt kan tilby en god pleie og behandling til noen av landets sykeste pasienter. Vi er stolte av vårt behandlingstilbud ved PO/Intensivavdelingen - OUS.

Mons Sjøberg, seksjonsleder Generell Intensiv 2, OUS - Rikshospitalet, **Inge Klævahaugen**, Seksjonsleder Postoperativ, OUS - Rikshospitalet, **Martin Lieungh**, Seksjonsleder Generell Intensiv 1, OUS - Rikshospitalet, **Sigrid Rannem**, Avdelingsleder PO/Intensiv, OUS



Sykepleien.no

Hva mener du?

Si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no



Minneord Marit Eide

1950-2015: Den 29. mai mottok vi den triste meldinga om at vår gode venninne gjennom 45 år hadde sovna stille inn. Til tross for sjukdom gjennom mange år, viste Marit ein utruleg styrke og vilje til å kjempe seg vidare. Ho var flink til å ta vare på og utnytte dei gode periodane.

I juni skulle vi fem ha vårt årlege treff, men denne gangen stod ein plass tom.

Vennskapet vårt starta på Haukeland sykepleierskole i 1970. Første halvåret budde vi på Ulriksdal på to- og tremannsrom, noko som førte til at vi kom nær kvarandre. Det kunne bli mange og lange kveldar med bearbeiding av dagens opplevingar og problemstillingar. Marit var flink til å lytte og gje gode råd. Ho var lett å forholde seg til, tydeleg i språket og samtidig omsorgsfull. Dette var eigenskapar som også var viktige i sjukepleiarfaget.

Marit hadde utferdstrong, og neste stopp blei Kirkenes saman med to av oss. Etter vel eit år flytta Marit til Ålesund, der ho tok spesialutdanning i anestesi. Ho var innom Molde sykehus og Sentral-sjukehuset i Førde før ho enda opp i leiarstilling ved sjukeheimen på Kyrkjebø. Ho var ein dyktig og trygg sjukepleiar som alltid hadde pasienten i fokus.

Marit hadde lett for å få venner, og ho var flink til å ta vare på vennskap. Dette har vore medverkande til at vi har klart å halde den gode kontakten gjennom alle desse åra, sjølv om vi har budd langt frå kvarandre. Etter at vi starta med dei årlege treffa våre har samholdet vårt blitt sterkare. Vi minnest Marit som ein livsglad, positiv, ærleg, engasjert og raus person. Ho hadde stor omsorg for dei rundt seg. Vi vil sakne Marit, men ta vare på alle dei gode minna.

Våre tankar går til Herold, Håvard og Henny.

Fred over Marit sitt minne.

**Anna Margreta Traa Langseth,
Anne Kristin Larsen Hol,
Randi Vindheim Svardal og
Mari Veien Teige**

Minneord Liv Kveim Svendsen



1956-2015: Liv gikk bort, 23.04.15, 59 år gammel. Hun vokste opp ved Holmendammen i Oslo, som eldst av tre søstre. I 79 ble hun ferdigutdannet sykepleier, jobbet tidvis som avdelingssykepleier, fra 1993 som helsesøster ved Sagene Helsestasjon. Rolf ble hennes livsledsager gjennom 32 år, sammen fikk de barna Pia og Espen.

Liv var vennlig, mild og lattermild. Hun var dialogens dame, i besittelse av en egen styrke og sa ifra, stille, når det trengtes, hun bandt menneskene sammen, i forståelse. Som tillitsvalgt og mentor var dette viktige egenskaper å ha med seg. Hun bar navnet sitt, Liv, gjennom livet, hun ville livet så vel, så veldig gjerne. Var det Liv, var det latter; varm latter over den kommunale kaffen. Som helsesøster

kunne hun det å møte de svært ulike familiene med en spesiell kompetanse og respekt. Hun hadde et særskilt hjerte for de sårbare barna som trengte henne mest.

Vi som var reisevennene til Liv og Rolf, fikk erfare en sjelden framdrift. «Kom igjen,» sa Liv, og så fikk hun oss opp fjellstien, rundt neste gatehjørne, inn i riktig, og av og til feil, buss, hun fikk oss i seng om kvelden, hun fikk oss opp. Liv hadde en spesiell nysgjerrighet for klær, kunst og samfunnets sjatteringer.

Bevegelse var en oppriktig måte å være i livet på. Bortsett fra barna var det ordene ski, tur, natur og hytta på Tjøme som skapte en spesiell glitring i de grønne øynene. Hun førte seg i duse jordfarger, strykekantene tegnet opp kroppen. Blomsterstell i hagen eller i vasen på et bord. Liv virkelig likte den «grønne» maten og hun trente blant ungdommen, aerobic, helt fram til kreftsykdommen ble et så altfor tungt lodd å bære. I seks år bar hun tappert på det. Denne urettferdigheten tilførte henne en væren og en tyngde hun også kledde.

Livet til Liv varte ikke livet ut. Vi takker for at det varte så langt. Våre tanker går til familien. Som var nærhet, helhet og rammet henne inn.

Susanne Agerholm, Anne Brit Thorshaug og Unni Antonsen, kollegaer på Sagene Helsestasjon



Løsning på kryssord i nr. 07/2015 (se side 78)

	AVSLUT -TET	SARET	DRYPP FYS. FORK.	T	ARYTMI (FORK.)	ARE	LIK	FISK REG- NING	T	ORG.	ORGA- NET SYKD.	A	VOKAL- EN	SOP- LØNNG SINNG	E	SKIPS- FORK.	MØBEL EKS- PARTI	S	KJEM- STOFF UTREK	D	
MUNN HUD	S	A	L	I	V	A	A	N	S	A	M	L	I	N	G	S	S	T	E	D	
DER MAT	O	L	O	G	A	R	B	E	I	D	S	F	E	L	T						
REK- LAME VASK	P	R		SKOR- PEN	VRAKA	R	A	T	A	IRRI- TERER	MAL SVAR	U	N	S	E	DYR	LIKE ØY	L	L	DES- INFI- SERER	
T	O	E		R	STAE	T	SOLO	A	L	E	N	E		S	LYS- KILDE	S	O	L	HUR- TIGE	R	
BIBEL- DEL	N	T	LAND ANGI	U	S	A		ØV SYKD.	T	R	E	N	SNEK- RE MØBEL	E	B	E	N	E	R	E	
FAT- TIGE	E	KOST MAL	M	A	T		DYR PRON (FOR SLØ)	Ø	K	YTE	G	I	DYR KLORE STAPPE	S	R	SUB- STAN- SATAUTA	L	A	B	A	N
A	R	M	E	BLOD (FORK.) INTERJ.	R	H		IDR- ARR.	O	DYR	R	GAEN KARAK- TER	M	O	LIKE	W	RYDDE	PON. VOK.	O	S	S
PREST	T	I	L	G	I	V	E	L	S	E	S	O	F	R	E	R	Y	R	K	E	
SYKE- PLEIER	E	L	D	R	E	O	M	S	O	R	G	S	A	R	B	E	I	D	E	R	



Psykisk helse. «Personlighetsforstyrrelse», sa legen.

Men det var i grunnen han som forstyrret, viste det seg.

En fryktelig frekk diagnose

Jeg er veldig skeptisk til disse personlighetsforstyrrelse-diagnosene. For det første synes jeg det er fryktelig frekk! Personligheten er jo tross alt den vi er som person, og hvis du blir fortalt at din personlighet er forstyrret, hvor mye håp om bedring ligger i det?

Det andre er at jeg har fått mange henvendelser fra (mest) kvinner som har fått en slik diagnose, og det viser seg at da er man avskåret fra hjelp på sykehus. Dette tror jeg dem på. Hvorfor? Jeg har selv erfart det.

Jeg har en manisk depressiv lidelse (Bipolar). Denne diagnosen fikk jeg i 1998. Men så hadde jeg en innleggelse i 2008 der jeg hadde en lege som ikke likte meg, og jeg kan ikke påstå at jeg hadde ham i nærheten av favoritter heller. Er det ikke rart hvordan slike ting ofte henger sammen?

I alle fall var jeg tvangsinnlagt, og det var noen år etter min laaange innleggelse. Jeg har alltid vært ærlig på at jeg ikke alltid er en «lett pasient å ha med å gjøre». Denne innleggelsen var i så måte intet unntak. Da jeg i tillegg rett og slett ikke likte denne arrogante legen, var det en selvfølge at dette var et katastrofalt utgangspunkt for å få til en god behandlingssituasjon.

ENDRET DIAGNOSE. Etter hvert gikk han lei! Han endret min

diagnose til «Emosjonell personlighetsforstyrrelse» og «Kronisk suicidal». Dette innkalte han meg til time for å fortelle meg, samtidig som han skrev meg ut. Hvorfor? «Tvang var ikke hensiktsmessig» for slike diagnoser som min: personlighetsforstyrrelse. Jeg ble så glad! Jeg var fryktelig syk og ville ikke leve og han slapp meg fri! Plutselig slo det meg at denne legen ikke var så verst likevel.

Han spurte om jeg hadde planer om å dra rett hjem å ta mitt liv nå? Det bekreftet jeg og takket ham veldig. Da sa han noe som jeg til og med stusset på den gang: «Pass på at det blir vellykket da, ellers havner du bare inn igjen» (Ja, til og med når jeg skriver dette ser det VANVITTIG ut at en lege kan ha sagt noe slikt). Dere skjønner hvorfor jeg oppfattet ham som arrogant?

DET BAR HJEM I TAXI. Min mann fikk ingen beskjed om at jeg nå var på vei hjem. Den neste uken husker jeg lite fra.

Denne tiden var nok aller verst

» **«La oss få fjernet at diagnosen gir «Rødt kort» til forsvarlig behandling.»**

for min mann og min familie. Jeg husker at det ble skytteltrafikk mellom hjemme og sykehuset. Fem leger la meg inn på tvang på en uke. Og hver gang ble jeg sendt rett hjem igjen. «Tvang var ikke hensiktsmessig for min nye diagnose».

Jeg er heldig og har hatt min behandler ute til nå i 18 år. Hun har alltid kjempet for meg og hatt troen på at jeg skal bli bra (Takk til deg). Hun var fortvilet. Hun visste at denne nye diagnosen var feil og måtte jobbe for å få den fjernet.

Til slutt fikk jeg fjernet både den nye diagnosen og den behandleren som ble så fryktelig forstyrret av min personlighet. Fikk behandling for min depresjon. Siden du leser dette nå, så vet du jo også at jeg fikk god hjelp og er sprell levende.

ÆRLIG TALT. Men ærlig talt? «Personlighetsforstyrrelse»? Er det ikke en fryktelig frekk diagnose? Hvem måles den opp imot? Hvem er normen den avviker fra? Og som sagt: Hvem i huleste er det denne personligheten forstyrrer? Er det legen som diagnostiserer som blir forstyrret?

Etter denne erfaringen jeg hadde, sier jeg: JA, helt klart!

La oss i det minste få fjernet at diagnosen gir «Rødt kort» til forsvarlig behandling. ●



Fakta

Linda Øye

1. nestleder i
Mental Helse



Eutanasi. Hvis aktiv dødshjelp blir lovlig, må vi ta en grundig debatt om hva det innebærer.

Profesjonell plikt til å ta liv



Fakta

Kristian Imingen Skjellet

Sykepleierstudent, Høgskolen i Hedmark

Et tema det har stormet rundt det siste året er «aktiv dødshjelp». I fjor hørte vi blant annet om Jane (53) som dro til Sveits for å avslutte livet etter at hun ble diagnostisert med amyotrofisk lateralsklerose (ALS).

Jane var en av mange mennesker som falt innenfor kategorien «suicide tourists». I et intervju med TV2 fra 10. januar i 2014 fortalte hun «Jeg er ikke redd for å dø, men redd for å leve». Hennes mareritt var å være innlagt på et sykehjem totalt hjelpeløs, uten kontroll over egen livskvalitet. Dette var en av de avgjørende faktorene for å avslutte livet i Sveits. Hun forteller i intervjuet at hun opplever det som urettferdig at hun må til utlandet for å avslutte livet. Hun argumenterer med at man burde ha en selvbestemt rett over hvordan en skal leve, og hvordan en ønsker å dø. «Hvorfor skal jeg holdes i live for enhver pris? Hvorfor skal jeg lide hvis jeg ikke har lyst?».

Suicide tourism er en proaktiv dødshjelpbevegelse som organiserer turer til land der aktiv dødshjelp er tillatt. I et håp om å avkriminalisere praksisen i land der det ikke er tillatt.

I kjølvannet av historiene til Jane (53) og mange andre, var det en debatt som jeg opplever at samfunnet ikke ble ferdig med, og som vi sannsynligvis aldri blir ferdig med.

FORSKJELLIGE BEGREP. Det er to begreper som blir brukt om hverandre når man snakker om aktiv dødshjelp; «eutanasi» og «legeassistert selvmord». Eutanasi har gresk opprinnelse og stammer fra ordene «eu» som betyr «god» og «thanatos» som

«Jeg har troen på aktiv livshjelp. Det tror jeg er svaret.»

betyr «død». Eutanasi er når legen direkte bidrar til at pasientens liv avsluttes. Vanlig praksis i land der aktiv dødshjelp er tillatt, er at legen administrerer en infusjon med barbiturater, muskelrelakserende og kaliumklorid.

Legeassistert selvmord er når legen indirekte bidrar til at pasientens liv avsluttes. For eksempel kan en lege skrive ut

en resept på en dødbringende dose legemidler som pasienten administrerer selv.

I Norge er all form for aktiv dødshjelp foreløpig forbudt, men hvor lang tid vil det ta før regjeringen innfører en av sine populære prøveordninger? Er det riktig at man innfører en slik prøveordning? Blir ikke det det samme som å leke Gud, altså å leke med andres liv og helse? Statistikk fra SSB viser at en av fire leger er for legeassistert selvmord. Heldigvis er alle partiene, med unntak av Frp, imot all form for aktiv dødshjelp.

UTDANNINGEN. Som student ved Høgskolen i Hedmark er dette et tema jeg skulle ønske vi hadde drøftet mer i for eksempel etikkundervisningen. Jeg har undersøkt rammeplanen for sykepleierutdanningen, og der står det ikke noe om at aktiv dødshjelp er noe vi skal lære noe om. Med andre ord virker det som om at dette er et tema som regjeringen ikke prioriterer, hvilket jeg mener er synd da det er en viktig debatt å ta.

Temaet aktiv dødshjelp blir snakket om utenfor forelesningene med medstudenter eller på jobb med kolleger. Spørsmål som «er det forskjell på aktiv dødshjelp, som i tilfelle med Jane, og det å forkorte en pasients liv når det gjenstår få timer?». Eller «hvor går grensen for det som kan kalles aktiv dødshjelp?».

Lærerne våre er utrolig kunnskapsrike og dyktige, og jeg tror de hadde hatt mye å bidra med i en slik debatt i forelesningene. Den ville kanskje bidratt til at vi reflekterte mer over viktige holdninger og verdier i vår sykepleiergjerning. Siden temaet ikke har blitt tatt opp til diskusjon på skolen, har jeg forhørt meg med kolleger, og flere har fortalt historier der de har vært vitne til eller selv administrert en litt for store dose morfin, i den hensikt å avslutte livet til en pasient.

LINDRENDE OMSORG. Personlig er jeg prinsipielt imot aktiv dødshjelp. Norge har et meget godt og kompetent helsevesen. Jeg mener vi er i stand til å gi adekvat smertebehandling til lidende pasienter, samt gi dem omsorg og trøst, og ikke minst ivareta menneskets grunnleggende behov, selv i den terminale fasen av livet.

I min korte tid som helsepersonell er min erfaring at

pasientene opplever en verdig, god og rolig død, til tross for lidelsene. Jeg har møtt pasienter som har nektet å innta analgetika fordi de mener at smerten er en del av livet. Jeg har også møtt døende pasienter som har fortalt meg at de føler seg til bry og at de er verdiløse. Er det da riktig av oss som er helsepersonell å bekrefte denne følelsen av verdiløshet ved å tilby pasientene at vi dreper dem? Er ikke aktiv dødshjelp drap, og ikke medisin?

BESTEMME OVER EGET LIV. Hvert case og scenario er forskjellig, hver diagnose og hver pasients historie unik. Men allikevel; er det ikke bedre å fokusere på noe jeg ønsker å kalle «aktiv livshjelp» i stedet for å ta liv?

Det er et faktum at palliativ omsorg ikke redder liv, det er jo derfor det kalles «palliativ omsorg». Dog mener jeg at når vi gir smertelindrende behandling, så bekreftes verdigheten og verdien til menneskelivet. Er ikke det selve menneskeverdet? På den annen side mener andre at aktiv dødshjelp vil forbedre menneskeverdet, fordi man da får beholde sin autonomi. Kanskje er det slik at synet på døden og aktiv dødshjelp forandrer seg med tiden?

Døden er ikke motsetningen til livet, men snarere en del av den.

«Jeg vil bruke mine evner til det beste for mine pasienter i samsvar med min dyktighet og min dømmekraft og aldri volde noe skade. Jeg vil ikke gi dødelig gift til noen som ber om det, heller ikke gi råd til hvordan de kan avslutte sitt liv. Ei heller vil jeg gi noen kvinne en substans som fører til at hun aborterer. Men jeg vil holde både mitt liv og min kunst ren. Jeg vil ikke kutte etter stein, selv for pasienter hvor sykdommen viser seg; jeg vil overlate denne operasjonen til å bli utført av praktiserende, spesialister i denne kunst.» (Utdrag fra «Den Hippokratiske ed»).

MANGE DILEMMAER. Hvis vi i et tankeeksperiment sier at aktiv dødshjelp blir legalisert i Norge, hvordan skal lovverket utformes? Og hvor skal grensen gå? I Belgia er det tillatt med aktiv dødshjelp til barn, uten en nedre aldersgrense. Dette i motsetning til Nederland, som har satt aldersgrensen på 12 år.

Er det riktig at barn kan ytre et ønske om å dø, og få dette oppfylt når de verken har lov til å ha alkoholholdig drikke eller kjøre bil før de har fylt 18? Hvis loven blir utformet slik at det blir tillatt å yte aktiv dødshjelp i Norge, må vi ikke da også lovfeste en profesjonell plikt til å ta liv? Eller blir det på samme måte som med abortloven, hvor man kan reservere seg? Og med hvilken moralsk rett kan samfunnet pålegge enkeltmennesker, helsepersonell, til å drepe?

For ikke å snakke om alle de religiøse og etiske dilemmaene legalisering av aktiv dødshjelp vil skape. Partene som er for aktiv dødshjelp vil sannsynligvis argumentere for at ingen skal tvinges til å leve. Et annet argument kan være at helsepersonell har plikt til å hindre lidelse, og at det i noen tilfeller er nødvendig med aktiv dødshjelp for at pasientens lidelser skal ta slutt (merk: velfungerende helsevesen og palliasjon). I de fleste tilfeller har helsevesenet mulighet til å lindre smerte, men det finnes også unntak, men er aktiv dødshjelp løsningen for disse?

Jeg har troen på «aktiv livshjelp», og ønsker at vi fokuserer på et godt og velfungerende helsevesen. Vi må videreutvikle og forbedre lindrende omsorg og hospitstilbud til alle alvorlig syke mennesker. Det tror jeg er svaret. ●



Illustrasjonsfoto: Ellen Morland



Den uekte pasienten

Prosjekt: Astrid Kvam Helset (31 år) er journalist i Vigga, lokalavis for Lesja og Dovre. I vinter tilbragte hun et døgn på Lesja sjukeheim for selv å erfare hvordan det er å være sykehjemspasient. Det ble et begivenhetsrikt døgn.



Pasient: Viggas journalist Astrid Kvam Helset opplever mange uvante situasjoner på Lesja sjukeheim.

A photograph of a woman with dark hair sitting in a hospital bed, reading a book. She is covered with a patterned blanket. A bedside lamp is on, illuminating her and the book. The background shows a typical hospital room setting with a wall-mounted device and a power outlet.

Et døgn på Lesja sjukeheim

Eksperiment. Jeg er 31 år og står klar med baggen i hånda for å gå inn på Lesja sjukeheim. Jeg skal prøve hvordan det er å være pasient på et sykehjem.

● Tekst **Astrid Kvam Helset**





Da jeg var lita bodde bestefaren min flere år på Lesja sjukeheim. Det var alltid stas å reise på sjukeheimen for å besøke ham. Det var mye folk overalt, det var alltid noen å prate med, store ganger å løpe i og masse oppmerksomhet å få. Jeg husker stua som et sted der det alltid satt mange mennesker, og for en liten oppmerksomhetssjuk jente fra Lesjaskog var det en fryd å kunne gå fra bord til bord for å snakke med de gamle. Kanskje leste vi eller spilte kort. Noen lekte jeg gjemsel med, eller så lette vi etter sau i stua. Det var stas å tenke på at de fikk bo så mange på samme sted, og skranglingen av middagstralla var alltid et høydepunkt.

Jeg begynte den gangen å glede meg til å bo på sjukeheimen. Tenk å bo på et sted der du kan sitte sammen med alle vennene dine hele dagen! Og få så mye rød saft du bare orker!

Bestefar døde i 1993. Siden den gang har jeg ikke vært mye på Lesja sjukeheim.



kommer dit? Kanskje er du sliten, syk og glad for hjelp. Kanskje har du familie rundt deg som har brukt alle sine krefter for å stelle deg, som nå må tenke på seg selv. Kanskje er det trygghet du trenger?

For noen er det et stopp på tur hjem fra en operasjon eller for å komme seg etter sjukdom. Litt mat, få rette medisiner, komme seg litt før du kommer hjem. Kanskje kan et par avlastningsopphold gjøre at den som du bor sammen med får nok tid til å summe seg, slik at

adresseendringen ikke blir permanent. Det er det en positiv tanke. Du kan like gjerne være 50 år eller 60 år for den del. Eller 31 år, som jeg er. Hadde jeg blitt alvorlig skadet måtte jeg ha bodd på sjukeheimen, jeg kunne ikke ha greid meg hjemme. Jeg hadde måttet ha hjelp til alle gjøremål.

STÅR STILLE. De fleste i dag har gjort noe med huset sitt siden det sto nybygd i 1979. Kanskje har kjøkken og bad fått en fornying. Eller i det minste har man kjøpt ny seng og fått et nytt malingsstrøk på soverommet. Slik er det ikke i dette hjemmet. Det er årevis siden det første gang var prat om å bygge nytt sjukeheim i Lesja kommune. Dermed står det meste stille mens det ventes på en avgjørelse. En dugnad blant de ansatte ga stua et løft. Det grønne gulvbelegget er verken falma eller slitt, det må være av beste kvalitet. Stolene ved spisebordene har heller ikke slark etter mange års hard bruk. Det føles likevel som en reise tilbake i tid. Fengsler har krav til luftetid. Kyr har krav til hvor mye de må være ute i løpet av et år. Tilsvarende krav finnes ikke for pasienter på sjukeheimer. I løpet av et år kan du bo på sjukeheimen uten å være utenfor døra.

Det er ikke fordi de som jobber der ikke vil. Men det er ikke tilrettelagt, og tiden strekker ikke til. Det er vanskelig å slippe folk

«Kanskje er det trygghet du trenger?»

Men det er ikke noe problem å føle seg hjemme, for det er fint lite som har forandret seg siden jeg sluttet å frekventere gangene. Et malingsstrøk på stua, og en ny skjerma avdeling. Også er Harraudstugu blitt røykerom. De som bor der er også nye, gamle fjes. Ellers er det helt likt som den gangen.

ENDELIG. Jeg forbinder også det å komme på sjukeheimen med noe endelig. Et siste stoppested. Et sted du ikke kommer fra for egen maskin. Men kanskje er det ikke slik man tenker når man

Rally: Rullestol kan være gøy, men bare når det er frivillig.



Rart: Å bli heist på føles rart.



Ventet: Middagen er dagens høydepunkt.



ut på egenhånd, uten trygge omgivelser. Og det frister ikke å gå ut når alt som er rundt huset er parkeringsplass.

Leder for Lesja sjukeheim, Hilde Lislien, møter meg ved ankomst søndag, og tar meg med til rommet som skal være mitt hjem for et døgn. På døra henger det allerede et skilt med navnet mitt på. Det er koselig, og jeg føler meg velkommen. Samtidig er det rart og ekkelt. Jeg skal da ikke ha et slikt skilt på mange år enda, jeg er tilsynelatende frisk og passelig rask. Hilde forteller at de alltid har en samtale når en ny person flytter inn. Da klarlegger de hvilke behov pasienten har og hva som er målet med oppholdet.

Hvert rom har et skap, ei seng, en eller to stoler, ei hylle og et bord. Skal man tolke utfra fargen er det tydelig kjøpt på slutten av 70-tallet. Og det skal de ha, møbelprodusentene på 70-tallet: Dette er kvalitet. Om det er umoderne, så ser det ikke slitt ut etter så mange år.

MIDDAG. Klokka 13.00 er det middag. Ved et bord sitter det fire damer. De småprater rundt bordet mens de venter på skinkesteiken, som er dagens middag. Det gir restaurantstemning. Ved andre bord er det stille. Noen må mates, andre får mosa mat og noen igjen spiser helt selv. Jeg blir plassert sammen med to trivelige karer. Maten blir servert ved bordet, og for anledningens skyld takker jeg ja til både tyttebær og flatbrød. Til dessert er det trollkrem.

Rullestol er et mye brukt hjelpemiddel på sjukeheimen, de finnes i alle fasonger og størrelser. Jeg får prøve en racerutgave. Jeg synes umiddelbart det er kjempemoro. Så får jeg dårlig samvittighet. For hvis jeg hadde hatt behov for det, hadde det nok ikke vært moro i det hele tatt. Det er aldri moro å oppdage at du ikke klarer ting som du klarte før.

Lesja sjukeheim er godt tilrettelagt for rullestoler hvis du har friske armer og klarer å styre stolen din selv. Hvis ikke kan det

bli langt hjem til rommet, gangene er lange på både avdeling «nord» og avdeling «sør». Her ser du at du er på en institusjon og ikke i et hjem. Det er ikke lett å komme seg på rommet sitt for egen maskin.

TOALETTBESØK. Det er heller ikke lett dersom du trenger å besøke toalettet. Hilde blir med så jeg får prøve de forskjellige

Tanken på å sitte i egen avføring er ikke noe særlig.

heisene de har å hjelpe seg med. Det er flotte hjelpemidler som gjør løftene for de ansatte enkle. Men de er store. Og rommene er små. Ofte trengs det to personer for å hjelpe en pasient opp i heisen. Og denne pasienten sitter da i en rullestol som også tar plass. Da er det ikke stor plass å arbeide på når hun eller han skal styres inn på det lille baderommet for å gjøre et toalettbesøk. Det er lett å glemme at dette også er arbeidsstedet til mange, som også trenger gode arbeidsforhold for å få gjort jobben sin. Badene er forholdsvis små, her er det vask og do. Skal du bruke dusjen må du ut på gangen og over i et annet rom. En av heisene har et stort seil, der hele kroppen løftes. Det er en rar følelse idet heisen tar tak, og du dingler i luften. Erfarent og trygt heiser Hilde meg inn, og senker heisen igjen slik at jeg treffer doen.

I den neste heisen må jeg bruke noe krefter selv, og stå mens heisen løfter meg ut av rullestolen. Det er rart for meg, men det er sikkert godt og trygt når du er dårlig til bens.

Jeg får også prøve noe jeg har grudd meg til: Bleie. Up and go for voksne. Tanken på å sitte i egen avføring er ikke noe særlig. Det finnes flere typer, til forskjellige behov. Jeg tar på meg den enkleste utgaven, setter meg for egen maskin ned i rullestolen og triller ut i stua til kaffe. Det er en bra dag å være på



Hjelp: Det føles godt å få hjelp og trygghet.



Sammen: Fint å være sammen med vennene sine hele dagen eller?



sjukeheimen på. Northugs femmilssseier feires med likør til formkaka. Flere har stått opp fra middagshvilen sin for å kose seg med kaffen. Noen ser jeg ikke i løpet av tida jeg er der. Kanskje er de for dårlige til å være oppe. Mens andre igjen ikke har interesse av å sitte sammen med andre. For jeg som hadde romantiske forestillinger om at det måtte være fint å kunne være sammen med vennene sine hele dagen, kommer på at det er ikke sikkert alle er venner. Jeg mener ikke at de er uvenner, men dette er ikke kamerater de har valgt selv. Det er ikke mange steder å oppholde seg på sjukeheimen, hvis du ikke vil sitte i stua. Og er det ingen der du har lyst til å prate med, så kan du like godt holde deg på rommet ditt. Det blir godt tilrettelagt for det. Maten blir bragt til rommet, det er ingen tvang. Du kan få legge deg når du vil, og stå opp når du vil.

KVELDSMATEN. Tiden går sakte til neste høydepunkt. Kveldsmaten. Suppe og brødsriver. Etter kveldsmaten går de fleste på rommet sitt. Det er måltidene som er høydepunktene. Ellers er det ikke mye som skjer. Noen får besøk, andre leser avisa. Men hva skulle skjedd? De som bor der på ordentlig er ikke der for å drive med alskens slags aktivitetstilbud. De er der for å få trygghet og hjelp. Men det må unektelig være litt ensomt også, hvis topplokket fungerer helt som det skal.

Det er vanskelig å finne nattero, med tynne vegger.

Etter et slag yatzy med to medbeboere, går jeg også på rommet mitt. Etterpå triller jeg rundt i gangene. Det sitter ingen i stua, og det er ikke bare å banke på døra til noen man ikke kjenner. Folk er jo på rommet sitt for en grunn. Heldigvis tar de ansatte hånd om meg når de får tid, det er rart hvor kort tid en må være alene før det er godt å snakke med noen.

I mellomtiden bestemmer jeg meg for å bare prøve det. Det med bleia altså. Jeg er såpass feig at jeg triller på rommet og setter meg på doen før noe skjer. Jeg kan heldigvis skifte på meg selv, så jeg slipper å sitte der til noen må hjelpe meg. Det må være en rar følelse å ikke ha kontroll på sin egen kropp på den måten. Samtidig er bleie bedre enn alternativet.

Jeg venter helt til nattvaktene kommer før jeg legger meg. Da ber jeg om hjelp til å pusse tennene. Mens jeg venter triller jeg rundt i gangen min. Det er rart hvor mange lyder det er på en slikt sted. Det er lyder fra folk, lyder fra alarmer og lyder fra huset. På dager hvor vinden på Lesja tar ekstra godt tak flagerer 70-talls gardinene i vinden, og det uler i veggene. Heldigvis er det bare vind som normalt på Lesja denne dagen. Likevel er det vanskelig å finne nattero, med tynne vegger. Til slutt kommer nattvakta for å pusse tennene mine. Det er ikke ofte noen er oppe så lenge at nattevakta må gjøre slike ting, og hun synes nok nesten det er mer ubehagelig enn meg. For det er ingen ubehagelig følelse, og hadde jeg ikke hatt funksjonsfriske armer hadde jeg nok satt enda mer pris på det.

NATTEN. Jeg sover slik midt på treet. Senga er av typen som bestefar også hadde. Med slik «heise opp og ned» funksjon. Det var morsommere å prøve det da jeg var 10 år. Madrassen er nokså hard, og senga smalere enn jeg er vant til. Jeg drar i alarmer idet jeg våkner. Kjøpt kommer det inn noen til meg og hjelper meg å få opp sengegrinden. Sånn. Da er det bare å sette seg i stolen og trille seg avgårde til dusjen.

Det er en rart stemning på morgenkvisten. Det er travelt for dem på jobb. Håndklær, plastforkle og forskjellige traller må forseres før jeg kommer meg til dusjrommet. Og ikke minst trilles det folk hit og dit på tur til og fra dusjen. Hilde er tilbake på jobb. Jeg spør etter hjelp til å bli kledd på. Det er uvant, og hakket mer spesielt enn jeg hadde tenkt meg. Nok en ting man bare gjør, som ikke er et problem. Og det er uvant å slippe folk så tett inntil seg, selv om det er jobben deres. Nakenhet blir rutine for de ansatte. Nye kropp, nye klær. For hver nye som trenger hjelp er det nytt. Men det blir nok rutine også for dem.

Det er frokosttid. Grøt og brødsriver. Og medisiner. Ei stor tralle med dosetter trilles fram, og medisiner fordeles. Jeg får noe mageregulernde og en saft mot urinveisinfeksjon. Med mine to glass er jeg liksom med i gjengen jeg også.

Oppholdet mitt går mot slutten. Litt avislesning og småprat må til før det virkelige liv venter. Det er mer stemning og røre på formiddagen enn på kvelden. Jeg rekker akkurat å være med på aktivitet til musikk før oppholdet er over. Det er ikke så mange som er med på aktiviteten, men det er da noe som skjer. Det er avveksling fra hverdagen. Det trengs.

SJOKKERT. Det er ikke fritt for at jeg får mange sjokkerte blikk der jeg sitter i rullestolen min. Både besøkende og noen av de ansatte har ikke fått med seg mitt prosjekt med å være sjukeheimspasient for et døgn. Det er heldigvis sjelden det er så unge folk å finne på sjukeheimen. Og jeg føler for å poengtere mitt ærend, at jeg ikke er dårlig på ordentlig. Er det en skam jeg føler? Hvorfor skal det være flaut? Det bør ikke være flaut å ta imot hjelp når man trenger det. Det bør ikke bli sett på som et nederlag dersom du som pårørende ikke klarer ansvaret selv.

Steder som Lesja sjukeheim er til for nettopp det. Selv om huset ikke er «up to date», er de ansatte det. Det er de som er viktigst for å få trygghetsfølelsen. Klart det hadde vært best med et stort rom, med dusj på rommet. En mindre avdeling som føles mer som et hjem. Tette vinduer og vegger uten hull i. Men trenger du hjelp og omsorg, er du ikke kravstor. Da er det godt å vite at noen passer på deg, og kan stryke ei hånd over kinnet ditt før leggetid.

Slik som på Lesja sjukeheim. ●



Sykepleien APP

Se mer:

Se flere bilder fra Astrid Kvam Helsets døgn på Lesja sykehjem, på Sykepleiens app.

JOB

Sykepleien 07 | 2015

Stillinger – Kunngjøringer



Se flere stillinger
på nett: sykepleienjobb.no



Eid kommune

SJUKEPLEIARAR – FASTE STILLINGAR OG VIKARIAT

Eid kommune har ledig tre 100 % faste stillingar frå 01.09.2015 og eitt 100 % vikariat i perioden 01.09.15 – 31.08.16 som offentleg godkjende sjukepleiarar.

Det er ønskeleg at søknad med CV vert sendt digitalt. Fullstendig utlysingsstekst og søknadsskjema finn du på Eid kommune si heimeside: <http://eid.kommune.no>, elektroniske skjema.

Merk søknad med arkivsaknr.: 15/1362

SØKNADSRIST: 20.08.2015



Gol kommune

SJUKEPLEIAR VED GOL HELSETUN, 100% VIKARIAT

Søknadsfrist: 30.08.2015

For fullstendig utlysing og innsending av elektronisk søknad, sjå Gol kommune si heimeside www.gol.kommune.no – Ledige stillingar



Kikkhull og Fedmekirurgi AS er beliggende på Gjøvik, og er et mindre offentlig godkjent privat sykehus som har spesialisert seg på fedmeoperasjoner. Vi er et av de ledende private sykehus i Norge på dette jafelt.

DAGLIG LEDER

Er du frisk og opplagt, effektiv og nøyaktig med godt humør, serviceinnstilt og utadvendt, praksis fra ledelse, samt erfaring fra store operasjoner, og er **OPERASJONS-/ANESTESISYKEPLEIER** så kan dette være stillingen for deg.

I tillegg til å ivareta den daglige drift må du påregne å delta ved operasjoner. **GODE BETINGELSER** for rette vedkommende.

Mange utfordrende oppgaver i et inspirerende og ekspanderende miljø.

Bopel i nærområdet vil være en fordel.

Kortfattet CV m/referanser sendes; post@fedmeoperasjon.no, innen 01.07.15
For mere info se : www.fedmeoperasjon.no



LEDER FOR PEER GYNT HELSEHUS MOSS KOMMUNE

PEER GYNT HELSEHUS

Peer Gynt helsehus er Moss kommunes kompetansesenter for rehabilitering, lindrende omsorg og lokalmedisinske senter. Tilbud gis både i helsehuset og til hjemmeboende. Legevakt for Mossregionen og Peer Gynt legevakt er også tilknyttet huset. Helsehuset har 53 plasser, hvorav flertallet av plassene er ulike korttidsplasser.



Moss kommune

Vi søker en leder som vil være pådriver i arbeidet med å drifte og videreutvikle Peer Gynt helsehus. Du er en trygg og samlende leder som kan vise til gode resultater fra tverrfaglig samarbeid. Du har helsefaglig bakgrunn og ledererfaring fra relevante fagområder for sektoren.

Økonomistyring, endringsledelse og kvalitetsarbeid vil være sentrale elementer for å lykkes i stillingen, og vi ser etter deg som kan dokumentere gode resultater her. Du er god til å prioritere, er tydelig og trives i et hektisk kompetansemiljø med dyktige medarbeidere.



KONTAKT OSS

TA GJERNE KONTAKT MED VÅRE RÅDGIVERE I HABBERSTAD, MARIT MELLEM 905 46 532 ELLER HANS PETTER KARLSEN 934 25 743. SØKNAD OG CV SENDES TIL MARIT.MELLEM@HABBERSTAD.NO INNEN 26. AUGUST 2015.

Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE

VERDIGHETSENTERET SØKER
FAGUTVIKLER
FAST STILLING – 100%

Til stillingen søker vi en initiativrik og kreativ medarbeider med mastergrad eller høyere utdanning. Du bør ha helsefaglig og/eller medisinsk erfaring innenfor et eller flere av fagområdene: eldreomsorg, demensomsorg og palliasjon. Leger oppfordres til å søke.

Interesse, erfaring og engasjement for undervisning, prosjektarbeid, forskning og publikasjoner er en fordel. Du vil ta del i: undervisning, publikasjoner, kurs, seminarer, konferanser, teamarbeid, strategiarbeid og formidling, med spesielt ansvar for fagutvikling.

Vi tilbyr gode lønns- og arbeidsvilkår og pensjonsordning, og muligheter til videreutdanning.

For utfyllende informasjon om Verdighetsenteret og stillingen: www.verdighetsenteret.no

Kontakter:
Silje Eikemo, tlf. 55397735 | 980 08 209, se@verdighetsenteret.no
Stein Husebø, tlf. 417 80 007

Søknad med CV sendes til se@verdighetsenteret.no innen 7.9.2015

Nord-Aurdal kommune
Regionsenteret i Valdres

SYKEPLEIERE VED OMSORG OG REHABILITERING

7 årsverk fast og 100 % vikariat som autorisert sykepleier ved Omsorg og rehabilitering; i hjemmetjenesten, og institusjon/korttidsavdeling.

Kontakt: Virksomhetsleder Kathrine F. Brenna, tlf. 414 28 869

Elektronisk søknad sendes via:
www.nord-aurdal.kommune.no - Ledig stilling.
Her finner du også fullstendig kunngjøringstekst.

Søknadsfrist: 24. august 2015

Klinikk for medisin, Medisinsk akuttmottak
Avdelingssykepleier

100 % fast stilling

Medisinsk akuttmottak har cirka 650 inntøster per måned. Det er 4 observasjonssenger tilknyttet akuttmottaket. Avdelingen har til sammen 20 årsverk. Enheten har vært en del av klinikkens akuttseksjon, men skal nå reetableres som en selvstendig seksjon og vil være en spennende og utfordrende avdeling å lede.

Vi søker en inspirerende og entusiastisk avdelingssykepleier som vil få ansvar for daglig drift, fag, personal og økonomi. Stillingen rapporterer til klinikkens ledergruppe. Vi søker en samlende leder med kompetanse og interesse for å videreutvikle seksjonen gjennom rekruttering, kompetanseutvikling, gode arbeidsprosesser og tverrfaglig samarbeid.

Se full utlysningstekst på www.LDS.no
Søk via www.LDS.no innen 28.08.2015.

Lovisenberg Diakonale Sykehus
0440 Oslo, Tlf: 23 22 50 00, www.LDS.no



Loppa kommune

2. GANGS UTLYSNING

LOPPA KOMMUNE SØKER TIL VÅRT TRIVELIGE SYKEHJEM

- Avdelingsleder sykehjem, 100 % fast stilling, tiltredelse 01.10.15
- 2 Sykepleiere, begge 100 % fast stilling, tiltredelse snarest

Vi trenger positive, løsningsorienterte og faglig engasjerte medarbeidere til Øksfjord sykehjem som er et koselig sykehjem rett ved LoppHAVet. Vi har fokus på forebygging og kompetanseheving innen helse og omsorg, der målet er å gi beboere en trygg og meningsfull tilværelse.

Se www.loppa.kommune.no for fullstendig utlysningstekst.

Kontaktperson: Avd. leder Kirsti Pedersen, tlf. 78 45 30 55 eller pers. rådgiver Liv Heidi Martinsen, tlf. 78 45 30 05.

Søknad med CV og bekreftede kopier av autorisasjon, attester og vitnemål, sendes innen 21.08.15 til: postmottak@loppa.kommune.no



**SYKEPLEIERE VED
LEGEVAKT/INTERMEDIJØR OG KAD**

75 % fast stilling og vikariater i ulike stillingsstørrelser, fra 40 % - 80 % stilling, som autorisert sykepleier.

Vi søker etter positive, engasjerte, medmenneskelige, ansvarsbevisste, dyktige og fleksible sykepleiere som ønsker å være med å bygge opp et nytt og spennende tilbud i Valdresregionen.

Ønsker du ytterligere opplysninger om stillingene kontakt avdelingssykepleier Stine Mari Skrindsrud Nordaas, tlf. 995 39 117, stine.mari.skrindsrud.nordaaas@nord-aurdal.kommune.no eller virksomhetsleder Toril Naustdal, tlf. 970 43 084, e-post: toril.naustdal@nord-aurdal.kommune.no

Elektronisk søknad sendes via: www.nord-aurdal.kommune.no -Ledig stilling. Her finner du også fullstendig kunngjøringstekst.

Søknadsfrist: 24. august 2015



**Nøstret Bo- og Omsorgsenter søker
SYKEPLEIER eller VERNEPLEIER i inntil
100% stilling.**

Nøstret er et langsiktig tilbud til mennesker med behov for ekstra oppfølging i forhold til psykisk helse.

For mer info se våre hjemmesider www.nostret.no

- Oppstart oktober 2015, eller etter avtale.
- Stillingsstørrelse inntil 100% etter avtale.

Søkeren må beherske norsk skriftlig og muntlig godt og ha gyldig sertifikat. Personlig egnethet, videreutdanning og erfaring vektlegges. Autorisasjon, cv og referanseperson legges ved søknad.

For nærmere informasjon ring:

Avdelingsleder Tove Jensen: 93201328
Virksomhetsleder Håvard Jakobsen: 91624395

Søknad merkes "Søknad 3/15" og sendes til: post@nostret.no

Eller pr. post til:
Nøstret Bo- og Omsorgsenter AS
Bønsnesveien 171
3530 Røyse,

Søknadsfrist: 16.08.15



Ledende spesialsykepleier, Anestesi

Praksisveileder - AKU Utdanningscenteret

En av våre praksisveiledere i anestesisykepleie sier opp sin stilling og vi søker derfor etter en anestesisykepleier i 100 % fast stilling som praksisveileder til sykepleiere under videreutdanning i anestesisykepleie.

Kontaktinfo: Avdelingsleder Lasse Schmidt, tlf. 476 79 393, e-post uxlasc@ous-hf.no

Ref.nr. 2448769424 Søknadsfrist: 31.08.2015

For fullstendig annonse se: www.oslo-universitetssykehus.no

Oslo universitetssykehus er lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, regionssykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst og har en rekke nasjonale funksjoner. Sykehuset er landets største med over 20 000 ansatte og har et budsjett på 20 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for størstedelen av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.

frantz.no

Attendo

Attendo er en av Nordens største bedrifter innen pleie og omsorg. Vår visjon "Å styrke individet" tar utgangspunkt i at alle våre brukere skal ha mulighet til å leve sitt liv ut fra egne ønsker og behov. Våre tjenester skal bygge opp under dette ved å etterleve verdiene Kompetanse, Engasjement og Omtanke

ENGASJERTE SYKEPLEIERE TIL FASTE STILLINGER, GJERNE MED VIDEREUTDANNING

Vi har ledige stillinger 50 – 100 % i turnus dag/aften/ helg, samt nyopprettet stilling for å også øke sykepleiedekningen på natt.

Interessert? Kontakt seniorrådgiver Siw Helene Myhrer, tlf. 906 79 153, Mail: siw.helene.myhrer@attendo.no

Søknader behandles fortløpende.

Grefsenhjemmet - et godt sted å være

Nå har du sjansen til å søke jobb som avdelingssykepleier på Grefsenhjemmet!

Se annonsen i sin helhet på Finn.no, FINN-kode: 62455999, eller på www.sykepleienjobb.no

Vestre Viken har rundt 9 300 ansatte. Vi gir god og trygg behandling til 477 000 mennesker i 26 kommuner..

SMERTESYKEPLEIER

Akutt smerteteam, Bærum sykehus

Referansenr. 2717207660 Søknadsfrist: 27.08.2015

Stillingen er en 80 % dagstilling, kan eventuelt deles opp i 2 stillinger med mindre stillingsbrøk.

Elektronisk søknadsskjema og fullstendig utlysningstekst finner du på våre nettsider www.vestreviken.no

frantz.no



VIL DU VÆRE MED Å UTVIKLE NORGES BESTE UNGDOMSHELSE?

Ungdomstjenesten er en tjeneste i Kristiansand kommune og er organisert i Virksomhet og oppfølgingstjenester i Helse- og sosialsektoren. Ungdomstjenesten består av avdelingene Ungteam (rus/psykisk helse) og Ungdomshelse.

Ungdomstjenesten søker etter 100 % avdelingsleder for Ungdomshelse. Vi vil ha et kinderegg som vil være med på å utvikle Ungdomshelse til Norges beste. Vi skal ha en person som har en genuin interesse for ungdom, en person som kan drifte tjenesten, men som også har et fokus på å videreutvikle Ungdomshelse. Ungdomshelse består av helsestasjon for ungdom, skolehelsetjenesten i videregående skole og Hasjavvenning Kristiansand.

Ungdomshelse er lokalisert i Gyldengården. Avdelingen har ca. 9 årsverk. Avdelingsleder skal sammen med avdelingen utvikle tilbudet for ungdom i Kristiansand med fokus på primærforebyggingen og helsefremmede arbeid. Kun elektroniske søknader blir behandlet.

Arbeidsoppgaver

- Drift av det daglige arbeidet i avdelingen, herunder personal, fag og økonomi.
- Være en pådriver i utvikling av tjenesten

Kvalifikasjoner

- Autorisert helsesøster
- Erfaring i arbeid med ungdom/unge voksne
- Ønskelig med ledererfaring
- Ønskelig med relevant videreutdanning
- Må kunne bruke digitalt verktøy
- Må ha sertifikat klasse B

Personlige egenskaper

- Personlige egenskaper vil bli vektlagt.
- Være løsningsfokusert
- Ha evne til å videreutvikle avdelingen

- Ha evne til å identifisere utfordringer og løse dem
- Være Strukturert
- Gode samarbeidsegenskaper og evnen til å arbeide selvstendig
- God skriftlig og muntlig fremstillingsevne

Vi tilbyr

- Spennende arbeidsoppgaver hvis du vil være med å utforme Kristiansand kommunes arbeid med unge mennesker
- Godt arbeidsmiljø
- Lønn etter kommunalt regulativ
- Fleksitidordning
- Noe reisevirksomhet må påregnes

Kontakt: Olaf Haugen tlf. 480 89 783

Søknadsfrist 31. august 2015




Lovisenberg Diakonale Sykehus
Pionér i kompetanse og omsorg

Lovisenberg Diakonale Sykehus AS er Norges største private sykehus, med en årlig omsetning på ca. 1,3 mrd.kr. og ca. 1200 årsverk. Sykehuset eies av de diakonale stiftelsene Diakonova og Diakonissehuset Lovisenberg, har driftsavtale med Helse Sør-Øst RHF og er lokalsykehus for 152 000 innbyggere i flere sentrumsbydeler i Oslo innen indremedisin og psykiatri. Sykehuset har en omfattende planlagt kirurgi samt særskilte funksjoner som hospice og det nasjonale oralmedisinske kompetansesenteret TAKO. Sykehuset er basert på et diakonalt verdigrunnlag med ikke-kommersielt formål. Se www.LDS.no.

Klinikk for medisin, Medisinsk overvåkning og intensiv Avdelingssykepleier

Ved Medisinsk overvåkning og intensiv (MOI) er det ledig stilling som avdelingssykepleier. Avdelingen har totalt 5 senger, inkludert 2 plasser for respiratorbehandling. Mange pasienter krever NIV-behandling og annen generell overvåkning. Avdelingen har til sammen 36 årsverk. Enheten har vært en del av klinikkens akuttsesjon, men skal nå reetableres som en selvstendig seksjon og vil være en spennende og utfordrende avdeling å lede. Du vil ha ansvar for daglig drift, fag, personal og økonomi. Stillingen rapporterer til klinikkens sjef og sitter i klinikkens ledergruppe.

Vi søker en samlendende leder med kompetanse og interesse for å videreutvikle seksjonen gjennom rekruttering, kompetanseutvikling, gode arbeidsprosesser og tverrfaglig samarbeid. Du er inspirerende og entusiastisk. Du beholder roen i en hektisk arbeidsdag og har gjennomføringsevne.

Kvalifikasjoner:

- Sykepleier/spesialsykepleier
- Dokumentert lederutdanning/erfaring
- God muntlig og skriftlig fremstillingsevne

For mer informasjon om stillingen, ta kontakt med konstituert klinikkens sjef Hallvard Fanebust, tlf. 92 42 17 70, eller konstituert avdelingssykepleier Grethe Enga Karlsen, tlf. 46 61 38 39.

Referansenummer: 2015-074.

Fylke: Oslo

Søknadsfrist: 28.08.2015

Tiltredelse: Etter avtale

Det forventes at alle ansatte bidrar til at vi lever opp til våre kjerneverdier kvalitet og nestekjærlighet. Sykehuset har sosiale ordninger tilsvarende statlige helseforetak. Sykehuset foretrekker elektronisk søknad, men den kan eventuelt sendes pr. post til Lovisenberg Diakonale Sykehus, personalavdelingen, 0440 Oslo. Innsendte papirer og attester returneres ikke.



Hjemmesykepleien i Asker er en tjeneste med fokus på kompetanse og høy faglig kvalitet i tjenesten. Vi er over 120 ansatte med bred helsefaglig bakgrunn. I tillegg til tre soner består tjenesten av forsterket sykepleieteam, kreftkoordinator og demensteam. Helse og omsorg sin visjon: «Sammen gjør vi det mulig!» ligger til grunn for de tjenestene vi leverer.

PÅ VEI MOT NORGES BESTE HJEMMESYKEPLEIE TRENGER VI DEG PÅ LAGET?

Er du en modig, tydelig og stolt sykepleier, som brenner for sykepleiefaget, er det deg vi håper vil bli en del av team hjemmesykepleie.

Vår tjeneste er opptatt av fagutvikling, arbeidsglede og lagspill. Vi har fagdag i turnus og kun fagutdannede i faste stillinger. For å jobbe hos oss er det en forutsetning at du har førerkort klasse B og gode norsk kunnskaper.

Vi ser på hver ansatt som en stor ressurs. Det fordrer at du evner å bygge på andres kompetanse, for å skape gode tjenester for brukerne.

Det søkes etter sykepleiere til dag/kveldsarbeid og til nattarbeid. Natt tjenesten er organisert som egen tjeneste.

Høres dette ut som en match i forhold til dine ønsker for en jobb, håper vi du søker hos oss.

Kontaktinformasjon:

Søknad sendes elektronisk via Asker kommunes nettsider, <https://www.aker.kommune.no> **Frist 31/8-15**

Det er flott om du har spørsmål, kontakt i såfall:
Mona Drivvoll mob: 472 33 941 eller Cathrine Asdøl mob: 400 45 435





Høgskolen i Oslo og Akershus (HIOA) er landets største statlige høgskole med rundt 17 000 studenter og 2 000 ansatte. HIOA er et attraktivt studie- og arbeidssted, og en aktiv del av storbyregionens samfunns-, arbeids- og kulturliv. Vårt mål er å bli et ledende universitet i Norden med en profesjonsrettet profil.

Høgskolen i Oslo og Akershus søker dekan for Fakultet for Helsefag

Vil du lede et av Norges fremste fagmiljøer?
Kan du identifisere deg med våre lederprinsipper – være tydelig – motivere – skape resultater?
Ja da kan det være nettopp deg vi ser etter til stillingen som dekan.

Fakultet for helsefag er det største fakultetet ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Det tilbyr et bredt spekter av bachelor-, master- og videreutdanninger, samt doktorgrader innen helsefag og har stort fokus

på forskning, innovasjon og utviklingsaktiviteter for å utvikle ny kunnskap i utdanningene og for praksisfeltene.

For nærmere informasjon om stillingen,
kontakt rektor Curt Rice, tlf +47 464 14 635 eller
HR-direktør Geir Haugstveit, tlf +47 948 77 592.

Ta også gjerne konfidensiell og uforpliktende kontakt med en av våre rådgivere i

Experis Executive, Ann-Kristin Nyrønning,
tlf +47 920 85 397 eller Gisle Roll Ludvigsen,
tlf +47 934 68 168.

Søknadsfrist 27. august 2015.

Ny viten – ny praksis



Full utlysning: www.hioa.no



– HBV, Fakultet for helsevitenskap tilbyr følgende studier våren 2016:

Campus Drammen

Søknadsfrist 15.november 2015

- **Smertebehandling** 30 stp.
- **Psykodrama** 60 stp.
- **Kvalitetsledelse** 20 stp.
- **Veiledning** 30 stp.
- **Demens og alderspsykiatri** 30 stp.
- **Geriatrisk vurderingskompetanse** 30 stp.

- **Dialogisk praksis** 30 stp.
- **Anvendt erfaringskompetanse** 15 stp. - NY
- **Biomekanisk terapi** 30 stp. - NY

Søknadsfrist 1.mars 2016

- **Revisjonsledelse** 10 stp.

hbv.no/videre

HØGSKOLEN I BUSKERUD OG VESTFOLD

Omsorgs JUSS

Omsorgsjuss AS tilbyr en rekke kurs innenfor forvaltningsrett og helse- og omsorgsjuss. Vår primære målgruppe er helse- og omsorgstjenesten i kommunene, men flere av kursene er også aktuelle for spesialisthelsetjenesten.

KURS FOR HELSEPERSONELL HØSTEN 2015

Helsepersonell- og pasient- og brukerrettighetsloven Oslo 21. september
Legemiddelhåndtering Oslo 22. september
Dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenesten Oslo 23. september
Dokumentasjon for helsestasjoner og skolehelsetjenesten Oslo 19. oktober
Hverdagsmestring i pleie- og omsorgstjenesten Oslo 21. oktober
Tvang (pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4A) Oslo 22. oktober
Hverdagsmestring for utviklingshemmede Oslo 23. oktober

**Påmeldingsfrist for de første kursene er allerede
11. september.**

**For mer informasjon om det enkelte kurs og påmelding,
se <http://www.omsorgsjuss.no/kurs/> eller kontakt oss på
post@omsorgsjuss.no eller tlf. 45 81 38 95.**

Vil du jobbe som gestaltterapeut, coach eller med organisasjonsutvikling?

Gestaltmetode er en utbredt retning innen psykoterapi og coaching, samt i organisasjons- og konfliktarbeid. Vi tilbyr utdanning i bl.a.:

Gestaltterapi 4 år deltid, 120 stp.
Coaching 2 år deltid, 60 stp.
Relasjonsledelse for organisasjoner 1 år deltid

Velkommen til informasjonsmøte:
Onsdag 19. aug. kl 18-19.30
Pilestredet 75C i Oslo
Få mer informasjon på gestalt.no

 Norsk Gestaltinstitutt as
HØYSKOLE



LHL-klinikkene
Feiring

Ressurscenter for hjerterehabilitering i HSØ arrangerer spennende og innholdsrike hjerterehabiliteringsseminar ved LHL-klinikkene Feiring!

16.09.15 – Basiskurs i hjerterehabilitering

Innføring i de grunnleggende teoretiske og praktiske elementer innen hjerterehabilitering.

17.09.15 – Praktisk hjerterehabiliteringsseminar

Seminar med kombinasjon av foredrag og praktiske sesjoner. Erfaringsutveksling og dialog i fokus.

Meld deg på en eller begge dagene!

Se www.hjerterehab.no for mer informasjon, program og påmelding.

Påmeldingsfrist: 07.09.15.

Velkommen!

MEDIYOGA - medisinsk yoga

Utdannelse for helsepersonell

OSLO - STAVANGER - BERGEN
NARVIK - TROMSØ - ALTA
mediyoga.no +46 85 40 882 80



PSYKOSOSIALT ARBEID MED BARN OG UNGE

Samlingsbasert deltidsstudium
over 2 år - 60 sp

MÅLGRUPPE

Studiet er tverrfaglig og målgruppen er fagfolk som arbeider med barn/unge (0 - 23 år).

OPPTAKSKRAV

Fullført bachelorgrad med relevant fagkrets, f. eks. sykepleier/ helsesøster. 2 års praksis. Studentene må være i minst 50% stilling med barn/unge. Det søkes om opptak direkte til HiL gjennom lokalt opptak.

Søknadsfrist: Løpende opptak
Mer informasjon: hil.no



«Oppnå mer med mindre stress med Oppmerksomhetstrening (OT) – mindfulness» –

Kurs i Oslo, 2015 – 2016

(Senter for Stressreduksjon, www.scat.no)

INTRODUKSJONSKURS

Høsten 2015: fredag – lørdag, 9 – 10 oktober

OT: En selvutviklingsprosess gjennom bevisstgjøring.

Praktisk nyttig for alle yrkesgrupper, spesielt helsepersonell.

Læringsmål: Å lære effektive teknikker for å bruke (stress)energien på en positiv måte.

Kursleder: Andries J. Kroese, dr. med., tidligere professor i karkirurgi. Utdannet instruktør ved Univ. of Mass. Hospital, USA.

Forfatter av flere bøker om OT.

UTDANNINGER SOM INSTRUKTØR I OT

(3 x 2 dager + egen daglig trening)

Høstkurset 2015: fredag og lørdag 21 – 22 aug., 18 – 19 sept., 23 – 24 okt.

Vinterkurset 2016: fredag og lørdag, 8 – 9 januar, 5 – 6 februar, 4 – 5 mars

Læringsmål: Fordypning i OT for egen skyld og for å kunne formidle OT som et verktøy til selvhjelp for pasienter, klienter og andre mennesker i en vanskelig situasjon.

For mer informasjon om kursene kontakt:

ajkroese@online.no , tel. 90151734 eller www.scat.no



24. OUS-symposium - 29. og 30. oktober 2015

Folkesykdommenes fødsel: fra starten av livet?
Fra forskning til praktisk medisin.

Kursarrangør: Barnemedisinsk avdeling og Gynekologisk avdeling (faglig ansvarlig), Stab forskning, innovasjon og utdanning (teknisk ansvarlig) ved Oslo universitetssykehus.

Symposiet er godkjent av: Norsk sykepleierforbund som meritterende for godkjenning til klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie med totalt 15 timer og av Den norske legeförening.

Målgruppe: Sykepleiere, ernæringsfysiologer, allmennpraktikere, leger under utdanning, medisinske spesialister og andre med interesse for temaet.

Læringsmål: Symposiet omhandler forskning på tidlig utvikling av folkesykdommer, med et fokus på om, og eventuelt når det kan være mulig å forebygge sykdomsutvikling, og har som mål å gi oppdatert kunnskap om temaene. Foredragene vil søke å gi praktisk relevant informasjon, men også å presentere relevant ny forskning innenfor omtalte tema.

Program: http://www.oslo-universitetssykehus.no/aktuelt/_aktiviteter/_Sider/24.-OUS-symposium-.aspx

Påmelding til: symposium@ous-hf.no
Deltakeravgift: kr. 1.500,-
Påmeldingsfrist: 15. oktober 2015
Sted: Oslo universitetssykehus, Ullevål, bygg 6, Store Auditorium Kirkeveien 166, 0407 OSLO

Klar for neste steg? Master of Public Administration



«For å bli fagsjef i Oslo kommune var det en forutsetning med internasjonal erfaring og mastergrad. MPA-graden har gitt meg mye teoretisk bakgrunn, slik at jeg kan gjøre bedre analyser for min arbeidsgiver».

Unni Hembre, Fagsjef for eldreomsorg i Oslo kommune (tidligere nestleder i Norsk Sykepleierforbund)

Søknadsfrist 15. september. Studiestart i januar.

HST Handelshøyskolen i Trondheim CBS COPENHAGEN BUSINESS SCHOOL HINT
www.hist.no/mpa



HELSEARBEIDERE SE HER!

Kjøp utstyr som gjør din jobb enklere!

Vi leverer det **meste** av utstyr til legekantor, sykehjem, helsestasjoner og andre helseinstitusjoner.

Besøk www.vaktrommet.no.



www.vaktrommet.no
post@vaktrommet.no
tel: 926 97 497

Nye Clogs i butikken!

Vi lager alle typer skilt!



MS-konferansene 2015

Tema: PROGRESSIV MS – Fokus på mestring

Målgruppe: Helsepersonell i kommune- og spesialisthelsetjenesten, personer med MS, pårørende og andre interesserte.

Målsetting: Gi deltakerne innsikt i og verktøy til å løse noen av utfordringene det er å ha MS og å være pårørende. Det gjelder like mye for fagpersoner som for personer med MS og pårørende.

Konferansesteder:

Fredag 20. mars Clarion Hotel, Stavanger

Torsdag 28. mai Quality Hotel & Resort, Sarpsborg

Fredag 29. mai Rica Parken Hotel, Ålesund

Tirsdag 9. juni Hotell Scandic, Hamar

Fredag 11. september Scandic Nidelven Hotel, Trondheim

Tirsdag 22. september First Hotel Ambassadeur, Drammen

Onsdag 14. oktober Quality Hotel & Resort, Kristiansand

Torsdag 22. oktober Clarion Hotel The Edge, Tromsø

Onsdag 28. oktober Quality Hotel Grand Farris, Larvik

For påmelding og ytterligere informasjon:

Gå inn på MS-forbundets hjemmeside www.ms.no eller ta direkte kontakt med MS-forbundet på telefon: 22 47 79 90

Høgskoleutdannelse for sykepleiere innen hudpleie og kosmetisk dermatologi

Senzie Akademiet er en hudpleieskole som tilbyr videreutdannelse av sykepleiere innenfor hudpleie, kosmetiske behandlinger og ledelse/drift. I samarbeid med HBV tilbyr vi høgskolestudier med studiestart vår og høst. Alle studier har mulighet for finansiering via Lånekassen. Vi har delt studietilbudet vårt inn i 2 studier:

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

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

Kun hos Senzie Akademiet:
Dr. Kieren Bong



KB³-step system

dermal fillers injections made easy

Les mer på www.senzie.no eller kontakt oss på tlf: 911 007 99

senzie
akademiet



Nutricia er leverandør av veldokumentert sondeernæring som gjenspeiler et normalt og balansert kosthold



Unik mysedominant **proteinsammensetning** med dokumentert raskere ventrikkeltømming for bedre toleranse.¹⁻⁵



Multi Fibre-blandingen MF6™ er en veldokumentert og patentert blanding av løselige og uløselige fibrer som reflekterer fibersammensetningen i et sunt kosthold. Fiber er gunstig for tarmfunksjonen.⁶⁻¹¹



Inneholder en blanding av 6 **karotenoider** fra naturlige kilder. Karotenoider har en positiv effekt på immunforsvaret og er en viktig bestanddel i frukt og grønnsaker. De positive effekter av karotenoider er mye av bakgrunnen for rådet om å spise 5 frukt og grønnsaker om dagen.¹²⁻¹⁹



Inneholder **fiskeolje (DHA og EPA)** som reduserer inflammatoriske komplikasjoner.²⁰⁻²³



Referanser:

1. Montejo JC. Crit Care Med 1999;27:1447-53. 2. Mizock BA. Curr Gastroenterol Rep 2007;9:338-44. 3. Mentec H et al. Crit Care Med 2001;29:1955-61. 4. Boirie Y et al. Proc Natl Acad Sci USA 1997;94:14930-5. 5. Mahé S et al. Gastroenterol Clin Biol 1995;19:20-6. 6. Wierdsma NJ et al. Ned Tijdschr Dietisten 2001;56:243-7. 7. Silk DBA et al. Clin Nutr 2001;20:49-58. 8. Guimber D et al. Presented at ESPGHAN 2007. 9. Schneider SM et al. Clin Nutr 2006;25:82-90. 10. Trier, E. et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1999; 28: 595. 11. Hofman Z et al. Clin Nutr 2001; (Suppl 3): 63-64. 12. Vaisman N et al. Clin Nutr 2006;25:897-905. 13. Mayne ST et al. J Am Coll Nutr 2004;23:34-42. 14. Kritchevsky SB et al. J Nutr 1999;129:5-8. 15. De Waart FG et al. Int J Epidemiol 2001;30:136-43. 16. Greenberg ER et al. J Am Med Assoc 1996;275:699-703. 17. Henderson CT et al. J Am Coll Nutr 1992;11:309-25. 18. Berner Y et al. J Parenter Enteral Nutr 1989;13:525-28. 19. Bowen PE et al. J Parenter Enteral Nutr 1988;12:484-89. 20. Brenna JT et al. Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids 2009;80:85-91. 21. Calder PC. Braz J Med Biol Res 2003;36(4):433-446. 22. Kris-Etherton PM et al. Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids 2009;81:99-104. 23. ISSFAL (2004). Recommendations for intake of polyunsaturated fatty acids in healthy humans. Brighton, International Society for the Study of Fatty Acids and Lipids.