

2 2013

7. februar 2013
101. årgang

Sykepleien

Bedre praksis **28**
Tåler skiftarbeid **44**
– Blir bedre på Ahus **74**

Får ikke hjelp

7 av 10 helsesøstre har unnlatt å stille spørsmål til barn og foreldre. De har ikke tid til å følge opp svaret, viser ny undersøkelse. Side 16



Ubehagelig lukt? Utflod?

Ønsker du enkelt å gjøre noe med det?

Ecovag® Balance vaginalkapsler inneholder humane melkesyrebakterier som effektivt behandler akutte plager og samtidig forebygger tilbakefall.

Les mer på www.navamedic.com



kun 1 kapsel/døgn

 **Navamedic**



Den **BESTE** veien til god helse!



Tips!
For å enklere gi
tran til barnet ditt
– Prøv den nye
EasyTran
sprøyten!



Gi barnet ditt Tran enkelt!

I barndommen er riktig næring viktig. Næringsstoffene i Möller's Tran er unikt sammensatt for barns helse og utvikling, og det har flere skjønt. Men det kan være vanskelig å gi. EasyTran gründerne er begge mammaer som ønsker at barna skal få Möller's Tran så tidlig som mulig, men som slet med å gi barna sine tran. Sammen utviklet de derfor EasyTran, en sprøyte for å gi Möller's Tran på enkleste måte.

*“Gi daglig tilskudd av vitamin D
fra fire ukers alder ved å gi tran” - Helsedirektoratet*

EasyTran,
verdi 59,-

EasyTran finnes også å kjøpe på norske
apoteker og barnebutikker. Les mer om
produktet på easytran.no.



**Anna
Oppedal Tokheim,**
Möller's
ernæringsfysiolog

Optimal utvikling av hjernen

Möller's Tran er rik på den spesielle omega-3-fettsyren DHA, som er nødvendig for å bygge cellene i hjernen. Forskning viser at mors inntak av DHA er viktig for optimal utvikling av hjerne-, nerve- og synsfunksjon hos fosteret og hos spedbarnet i ammeperioden. Det er viktig at barnet fortsetter å få tilført DHA for hjernens og synets videre utvikling og vedlikehold. En skje Möller's Tran (5ml) gir 1,2 gram omega-3, hvorav hele 0,6 gram DHA.

Utvikling av et sterkt skjelett

Möller's Tran er en god kilde til vitamin D. Vitamin D er viktig for opptak av kalsium i kroppen, og dermed avgjørende for optimal utvikling av skjelettet til fosteret og barnet. Her i Norge, hvor vi har lite sol, viser det seg at mange får for lite vitamin D. En skje Möller's Tran gir 10 mikrogram vitamin D som er den anbefalte daglige dosen til små barn, gravide og ammende kvinner.

Trygt kvalitetsprodukt

Möller's Tran er et naturprodukt laget av norsk arktisk fisk fra Lofoten og Vesterålen. På vei fra fisk til flaske gjennomgår Möller's Tran strenge kvalitetskontroller i alle produksjonstrinn for å sikre et produkt av høyeste kvalitet.

MÖLLER'S
GRUNNLAGT 1854



Lær mer om hvordan Möller's Tran lages på mollers.no • Grønt nr: 800 80 555

Start året med en

Aktivitetskonkurranse

på arbeidsplassen!

Husket å
melde dere på?

15. februar -
05. april

Gå en virtuell rute og "kryss Grønland"!

- ▶ Konkurrer i lag internt og mot ansatte fra helsesektoren i hele Norge.
- ▶ Vinn Stormbergturutstyr og reisegavekort fra Bennett Ferie.

Les mer om konkurransen på www.dytt.no



Starter 15. februar - meld dere på: www.dytt.no/nyttar



Gjør noe morsomt og aktivt sammen!



Kontakt Dytt på info@dytt.no
eller tlf. 22 33 59 00.

 **dytt.no**

Friskere og Gladere medarbeidere



Tema: Helsesøstrene slår alarm

- 16 Helsesøster slår alarm
- 18 2-åringene blir skviset
- 20 Avviser gråtende barn i døra
- 22 5 1/2 minutt per elev
- 24 – Manglende styring



16

Innhold

2013 **Sykepleien**

«Hva er så galt med en seng?» Barth Tholens i Aksjonisten, side 6

Hva skjer

- 8 Hva skjer – smånytt
- 10 Vil la helsefagarbeidere bli sykepleiere
- 11 Vi bare spør Inger Ragnhild Klouman
- 12 Ble kvitt ufrivillig deltid
- 14 Ble hengt ut som lovbryster

Der ute

- 26 Smånytt fra utlandet
- 28 Følger studentene tett ute i praksis
- 32 Samtalepartnerne
- 36 Alene på øya
- 40 Når influensaen blir dødelig
- 42 Min jobb: Karen Brasetvik

Fag og bøker

- 44 Tåler skiftarbeid
- 47 Fagutvikling i praksis
- 50 – Vi var gratisarbeidere
- 52 Fagnyttig
- 54 Forfatterintervju: Inger Pauline Landsem
- 56 Hva leser du nå?
- 57 Bokanmeldelser
- 58 Historisk blick på eldrebølgen
- 61 Forebygger feilstillinger
- 62 Etik: Per Nortvedt
- 64 Kryssord og quiz

Mennesker og meninger

- 66 Eli Gunhild By om spesialist-godkjenning
- 67 Meninger fra leserne
- 69 Minneord
- 70 Kronikk: Kari Kvigne og Jan Kåre Hummelvoll
- 72 Innspill: Bjørnar Barbogen
- 74 Tett på Kai Øivind Brenden
- 78 Paragrafrytterne
- 79 Ledige stillinger
- 85 Kunngjøring

Si din mening på sykepleien.no og Tidsskriftet Sykepleien på Facebook

Sykepleien

Organ for Norsk Sykepleierforbund
PB 456 Sentrum, 0104 Oslo
Tlf.: 02409

E-post: redaksjonen@sykepleien.no

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

Journalister: Bjørn Arild Østby, Ann-Kristin Bloch Helmers, Kari Anne Dolonen, Marit Fonn, Nina Hernæs, Eivor Hofstad.

Fagartikler: Torhild Apall Dybvik.
Sykepleien Forskning: Anners Lerdal.

Desk: Ellen Morland, Johan Alvik, Susanne Dietrichson.

Grafisk: Hilde Rebård Evensen, Sissel H. Vetter, Nina E. H. Hauge, Monica Hillsen.

Marked: Ingunn Roald, markedssjef (91 60 38 12).
Lise Dyrkoren, Maud P. Kaino, Silje Marie Torper.

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



74 Tror det snart går bedre på Ahus.



10 Vil åpne utdanningen for flere.



«I Mo i Rana ser studentene i praksis læreren stadig vekk.»

28



AKSJONISTEN

Barth Tholens

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

Kortreist helse

Hva er det som er så galt med en seng?

Jeg var et aktivt barn. Skolen var kjedelig, og mye av tiden ved pulten tilbragte jeg ved å drømme om å løpe etter en ball eller sykle omkring. Det var ikke antydning til livsstilssykdom på min kropp, og mine foreldre var da heller ikke av det slaget som skeiet ut i utide. Arbeidsmoralen var som den skulle for en middelklassefamilie.

Jeg syntes det var greit. Men av og til fikk jeg det plutselig for meg at jeg ønsket å bevilge meg en irregulær hviledag. Da la jeg meg ned og ble rammet av et sterkt – om enn noe udefinerbart – ubehag. «Jeg er syk», klarte jeg såvidt å få fram.

Det avgjørende i et slikt øyeblikk, var å bestå testen som mine foreldre brukte som en slags nedre grense for deres sykeomsorg: Du måtte også ha feber. Så her gjaldt det å tilfredsstillte kriteriene. Med både lovlige og ulovlige midler var det om å gjøre å presse opp gradesystemet på termometer du fikk i rompa. Fikk du over 37,8, var det gjort: En herlig dag i senga!

Skolen var dull og søskenflokkene stor, så lykken kunne nesten ikke beskrives når jeg med patos slo opp øynene om morgenen og våknet i et hus kjemisk rensert for plagsomme forstyrrelser. Snart kom mora mi inn med frokosten og tegneserier. Jeg la da ut om min heftige hodepine, for så, så snart hun var ut av døra, å gasse meg med hennes utsøkte brødsriver og Donald Duck.

Aldri har jeg kommet mine foreldre så nær som under disse akutte anfall av selvutløst feber. Nå forsto jeg at min mor var et menneske med en enestående omsorg. Hun observerte – og respekterte – at jeg trengte maksimal hvile! Kunne det bli bedre?

Jeg kom til å tenke på dette da jeg leste om Stortingets spørretime forleden. Den handlet om sykehussenger. En representant fra Frp ville vite av statsministeren hvor mange somatiske sykehussenger regjeringen har tenkt å legge ned «før de når målet». Hun viste til at antallet senger i somatikken har gått ned fra 14 000 i 2005, da den rødgrønne regjeringen overtok, til 12 300 ved utgangen av 2011.

Stoltenberg lot seg ikke affisere. Antallet senger er ikke det viktigste, men hvor mange som får behandling og hvor god behandling de får, mente han. Liggedøgn på sykehuset er blitt dramatisk redusert. Men samtidig har utførte behandlinger økt med hele 1,4 million siden 2005.

Soltenberg har selvfølgelig et poeng. Samfunnsøkonomisk tjener vi på å få folk ut av sykehussenga så fort vi kan. Senger er dyre i drift. Færre senger skaper også mer framdrift. Likevel kan man spørre hvor lenge nedbyggingen skal fortsette. Når er det vi egentlig får **for få** senger? Når har vi nådd en grense?

Personlig tror jeg den grensen allerede er nådd. Det betyr ikke at jeg tror det ikke er mulig å jobbe mer effektivt. Bedre IKT-systemer vil kunne bidra til det. Men jeg tror at utnyttelsen av den eksisterende sengekapasiteten allerede er i ferd med å få negative effekter for folkehelsen i et litt bredere perspektiv.

Færre senger og raskere behandling svekker på sikt relasjonen mellom pasienter og helsepersonell. Koblingen mellom behandling og medmenneskelighet kan forvitre: «Her kan du få en sprøyte eller et inngrep som hjelper. Men



omsorgen må du få et annet sted, for vi trenger senga di til en annen».

Er det det vi ser på Ahus, i Stavanger og på UNN, der de finner det for godt å legge mange av sine pasienter i korridorene? Helseforetakene bygger ned og legger ned lokalsykehus, mens de får lov til å operere med belegg langt over 100 prosent på de store sykehusene. Ahus vet ikke sine arme råd med sine pasienter, men kvitter seg samtidig med kapasitet på Stensby sykehus på Eidsvoll. Og mens Sykehuset Telemark ikke har plass til hver tyvende pasient, må Rjukan sjukehus (35 senger) hvert år føre en desperat kamp for å overleve.

Budskapet til pasienten synes å være: Her er det ikke rom for å oppta en seng et sekund

Sagt & ment

Helsefagarbeidere vil kunne søke sykepleierutdanning uten studiekompetanse.

«Y-vei kan bidra både til at flere fullfører helseutdanning i videregående skole», sier statsråd Kristin Halvorsen til Sykepleien.

Hvor mye kunnskap som trenges for å bli minister, sies ikke.



for mye. Det virker lite omsorgsfullt, for å si det mildt.

Utviklingen i helsetjenesten minner således ganske mye om det som skjedde i landbruket. Da bøndene ble agronomer med økonomiutdanning, var det slutt med småbrukene hvor folk hadde et personlig forhold til Dagros og ropte på hønene når de skulle føres. Plutselig kunne ikke gårdene bli store nok. De ble forvandlet til grisefabrikker og kyllingproduksjonsenheter. Dyrene ble bare nummere i driftsregnskapet.

Jeg er redd at helsetjenestens evige jag mot færre senger og større effektivitet på samme måte vil gå ut over det grunnleggende empatiske forholdet mellom behandler og pasient.

Her kan parallellen til landbruket også gi litt

håp. Der har de nå gjenoppdaget «dyrevelferd» som en kjerneverdi. De har forstått både at dyr har følelser, og at maten blir bedre ved å behandle dem som fine vesener. Det har gått så langt at det nå åpnes nye og svært populære «mathaller» i de store byene der det selges kortreist mat, produsert av lokale bønder med kjærlighet til produktene sine. Det er som om gigantsykehusene plutselig skulle gjenoppdage «kortreist helse» og at pasientvelferden kan få bedre kår i en seng nær deg.

Jeg vil ikke se bort fra at utviklingen i helsetjenesten igjen kan snu, selv om det nok ikke bli som før. Da jeg var barn, kunne du risikere at «fastlegen» plutselig sto i stua hvis du dro det litt for langt i forsøket på å holde senga en stund.

«Men omsorgen må du få et annet sted.»

Men innerst inne tror jeg at mora mi gjennomskuet meg hele veien. Hun skjønte nok at jeg til syvende og sist ble friskere av hennes liberale sengepolitikk. Du fungerer best når du føler deg som en heldiggris. ■■■

Barnebladet



NEI TIL VAKSINERING: Mange nordmenn mener vaksinerådene er overdrevet. Foto: Colourbox

Skeptiske nordmenn

I en undersøkelse Aftenposten har gjort, svarer 25 prosent at de ikke stoler på myndighetenes råd om vaksiner. Folkehelse tror årsaken er vaksinetretthet og skepsis etter pandemivaksiner.

– Det er selvfølgelig bekymringsverdig at en så stor del av befolkningen ikke har tillit til våre råd, sier divisjonsdirektør Hanne Nøkleby ved Folkehelseinstituttet til Aftenposten.

Det kan synes som om mange mener at de fikk beviset etter at skrekksenarioene rundt svineinfluensaen ikke slo til.

– Det virker som om de derfor tenker at influensa ikke er så farlig og at vaksinerådene er overdrevet, sier hun.

Aftenposten

NSF støtter bruk av GPS

– Enkeltvedtak om bruk av denne typen teknologi må fattes av helsefaglig personell med god etisk kompetanse og vurderingsevne, også relatert til bruk av tvang i helsetjenesten, skriver Sykepleierforbundet i sin høringsuttalelse.

Norsk Sykepleierforbund gir ut ifra dette sin støtte til bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi overfor demente og andre med kognitiv svikt. Men NSF vil ha nasjonale føringer slik at tjenestene blir likeverdige uavhengig av hvor du bor i landet.

NSF



FØRINGER: NSF vil ha nasjonale føringer for GPS-bruk. Foto: Colourbox.



VERSTINGER: Faren for å få en infeksjon, er høy i Nordland. Foto: Colourbox

Infeksjoner i Nord

Ved sykehuset i Sandnessjøen er risikoen for å pådra seg en infeksjon 17,6 prosent. I Mo i Rana er risikoen 13,6 prosent, mens landsgjennomsnittet ligger på 5,6 prosent. Funnene kommer fra en kvalitetstest gjort av Dine Penger. Funnene omfatter typiske infeksjoner som urinveisinfeksjon, nedre luftveisinfeksjon, sårinfeksjon og blodforgiftning.

Kvalitetstesten er basert på tall fra fritt sykeshusvalg, no og Helsedirektoratet, og indikatorene som er vektlagt er sykehusinfeksjoner, utsatte operasjoner, trege tilbake-meldinger til fastlege og korridorpasienter.

Kommunikasjonssjef ved Helgelandssykehuset, Randi Erlandsen, sier til Helgeland Arbeiderblad at de foreløpig ikke vil kommentere saken.

Hva skjer

Les mer om:

- 10** Halvorsen skaper debatt >
- 12** Slutt på ufrivillig deltid >
- 14** Hengt ut som lovbrøyer >

sykepleien.no

Les om nattarbeid og søvn.



Ny rådgivningstelefon

Landsforeningen for pårørende innen psykiatri (LPP) har opprettet en rådgivningstelefon. Her kan pårørende få individuell rådgivning om den enkeltes situasjon og forholdet til behandlings- og tjenesteapparatet.

Tjenesten får støtte av Helsedirektoratet og er tilknyttet PIO-ressurssenter for psykisk helse. Rådgivningstelefonen er åpen for pårørende i hele landet. Telefonnummer: 22 49 19 22. Telefonen er betjent kl. 10-15 mandag, onsdag, torsdag og fredag og kl. 10-19 på tirsdag. (LPP)

HJELP: Pårørende til psykisk syke kan få hjelp på telefonen. Foto: Colourbox



Ufødte, dødssyke barn får hjelp

Kvinner som velger å ikke ta abort selv om tidlig ultralyd viser at barnet har svært begrensede leveutsikter, skal få hjelp, opplyser helseminister Jonas Gahr Støre (Ap), ifølge NTB.

Støre har gitt Helsedirektoratet i oppgave å utvide de nasjonale retningslinjene for lindrende omsorg for barn. De nye retningslinjene skal være klare innen utgangen av 2013.

– Behovet er aktualisert i debatten om tidlig ultralyd, sier Støre.

NTB



NYE REGLER: Det skal lages nye regler for lindrende omsorg av barn. Foto: Colourbox

Tilbakekall av autorisasjon i 2012 fordelt på helsepersonellgrupper og grunnlag for tilbakekallelse*

Vurderinger for tilbakekall	Sykepleiere	Leger	Hjelpepleiere	Andre	Sum
Rus	26	14	8	12	60
Faglig svikt	6	7	4	6	23
Legemiddeltveri	16		2	5	23
Atferd utenfor tjenesten	7	6	4	3	20
Atferd i tjenesten	2	3	9	5	19
Ikke innrettet seg etter advarsel		6		2	8
Seksuell utnyttning av pasient	1	1	2		4
Sykdom	1	2	1		4
Rollerammenblanding	1				
Mistet godkjenning i utlandet		2			2
Sum vurderingsgrunnlag	60	41	16	18	166
Antall tilbakekallelser	32	29	16	18	95

*Det kan foreligge flere grunner for tilbakekallelse av autorisasjon.

Elendig Blakstad-miljø

Arbeidsmiljøet ved psykiatriboligene til Blakstad sykehus slaktes i en ny rapport Synergi Helse har laget i samarbeid med bedriftshelsetjenesten.

– Fraværende ledelse, opplevelse av kaos og frykt for egen sikkerhet i møte med utagerende beboere, er noe av det som kommer fram i rapporten, skriver Dagbladet.

Avdelingssjef for psykiatri på Blakstad, Carsten Bjerke forteller at rapporten er grundig gjennomgått i et all-møte, og at ledelsen og de ansatte skal lage en handlingsplan for å bedre forholdene. Arbeidet skal gjøres i samarbeid med fagforeningene og vernetjenesten.

Dagbladet



LØP: Forskere vet ikke hvorfor intervalltrening er så effektivt. Foto: Colourbox

Intervalltrening for alle

Mindre, men hardere trening gir bedre helse og kondisjon. Det gjelder både for dårlig trente og såkalte supermønsjonister. Det viser Thomas P. Gunnarssons doktoravhandling ved Københavns Universitet.

Forskerne er ikke sikre på hvorfor intervaller er så effektivt. Men en del av forklaringen er antagelig at det å endre på treningen alltid gir en effekt.

Forskning.no



FORSKNING: Dette er den første individstudien i Norge. Foto: Colorbox

No problem?

Færre kvinner overdiagnostiseres ved brystkreftscreening enn tidligere anslått. Det viser en ny studie fra Kreftregisteret som er utført på individdata. Studien er publisert i International Journal of Cancer og er en del av doktorgraden til Ragnhild Sørum Falk.

Estimeringene anslår at overhyppigheten er:

10-11% for brystkreft blant kvinner **invitert** til programmet

14-17% for brystkreft og DCIS (forstadium til brystkreft) blant kvinner **invitert** til programmet

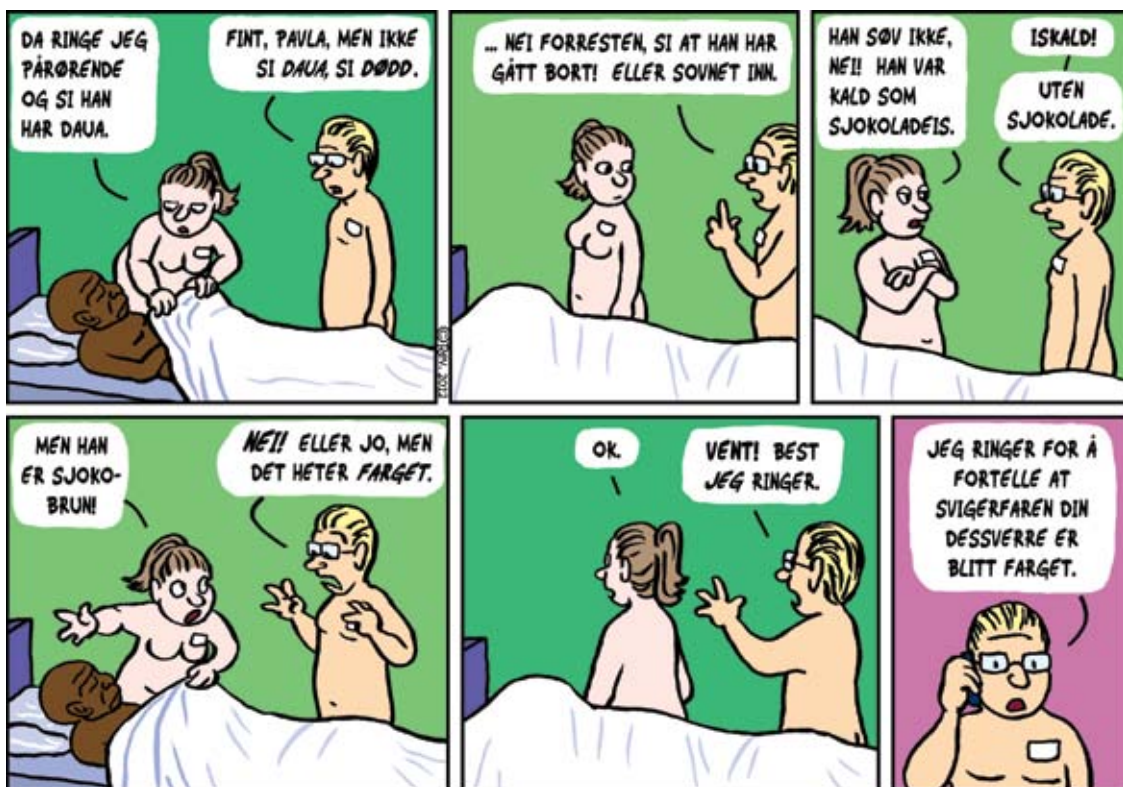
11-13% for brystkreft blant kvinner som **møtte** i programmet

17-20% for brystkreft og DCIS blant kvinner som **møtte** i programmet

Studien er den første med tall fra Norge som er basert på individuelle opplysninger om invitasjon og oppmøte i Mammografi-programmet og har inntil 10 års oppfølging etter at kvinnene ikke lenger blir inviterte.

Kreftregisteret

TERAPI av Bodil Rønhavug



Meninger fra www.sykepleien.no

Nye runder med pensjon

” Tenker med undring over at de som har vedtatt dette ser ut til å være født sånn ca før 1958...? Hilsen sliten sykepleier født 1965.

- 1958 (Ingrid E.)

Vil lindre smerter på legevakt

” - Stå på !! Dette var trist lesing og så bra at noen tar tak i problemet. At barn ikke skulle trenge smertestillende eller ikke opplever smerte blir jo helt feil...

(Hanne Sørensen)

Fra helsefagarbeider til sykepleier

” Sykepleierutdanningen er allerede vanskelig for de med generell studie-kompetanse og for slike som meg som ivrer etter bedret kvalitet i utdanningen, er dette ett skritt i feil retning ...

Mia Andresen, NSF student.

Vil la helsefagarbeidere bli sykepleiere

Fra neste år vil helsefagarbeidere uten studiekompetanse få mulighet til opptak ved sykepleierutdanningen. Dette utløser sterke reaksjoner.

Tekst **Bjørn Arild Østby** Foto **Regjeringen**

Kunnskapsdepartementets St. meld nr. 13 (2011-2012) «Utdanning for velferd: Samspill i praksis» går departementet inn for «å stimulere til at det prøves ut avgrensete ordninger der helsefagarbeidere gis mulighet for opptak til sykepleier- og vernepleierutdanning.» Departementet foreslo å sette i gang et såkalt y-veitilbud, en spesielt tilrettelagt ordning for elever med fagutdanning som er relevant for det aktuelle studiet, for eksempel sykepleierutdanning.

Da sykepleien.no skrev om dette 28. januar, rant det inn med kommentarer til nettartikkelen. Det kom både positive og negative reaksjoner.

– Det kommer

Ordningen departementet foreslår vil bli fulgt opp i det pågående arbeidet med stortingsmeldingen om evaluering av Kunnskapsløftet, be-

grunnlag i fagbrev i barne- og ungdomsarbeid. Forsøkene med alternativt opptaksgrunnlag vil nok kreve tett oppfølging av studentene, og det vil være behov for relativt små grupper.

– Høgskolen i Telemark har gjennomført en egevaluering av tidligere forsøk med y-vei spesielt tilrettelagt for søkere med relevant fagbrev i ingeniørutdanning. Resultatene var gode og ordningen er nå gjort permanent for institusjoner som ønsker å tilby slik utdanning, sier Halvorsen.

Høyere utdanning for alle

– Hva er de viktigste grunnene til at dere ønsker å prøve ut en slik ordning?

– Regjeringen ønsker at høyere utdanning skal være for alle. Y-vei kan fjerne blindveier i utdanningssystemet, gi flere mulighetene til å ta høyere utdanning og samtidig styrke

«Regjeringen ønsker at høyere utdanning skal være for alle.»

Kunnskapsminister Kristin Halvorsen

krefter kunnskapsminister Kristin Halvorsen overfor Sykepleien i en e-post.

– Prosessen er i gang. Det er satt av midler til forsøk, men vi har foreløpig ikke bestemt hvilke institusjoner som skal starte opp. Fagmiljøene vil trenge noe tid til forberedelser, slik at det neppe blir oppstart før i 2014, sier kunnskapsminister Kristin Halvorsen.

– Er det utarbeidet retningslinjer og krav for hvordan dette kan gjennomføres?

– Det er foreløpig ikke utarbeidet retningslinjer, men det er foreslått forsøk med y-vei ved fire utdanninger. Det gjelder sykepleie, vernepleie innen helsefag med grunnlag i fagbrev i helsefag, barnevernspedagog og barnehagelærer med

rekrutteringen til viktig fagområder, mener kunnskapsministeren.

– Det er mange som begynner på helse- og sosialfag i videregående opplæring som slutter for å ta påbygging til generell studiekompetanse. Dette året er det mange som stryker og dermed blir stående uten verken fagbrev eller studiekompetanse. Dersom det åpnes opp for at de som fullfører fagbrevet kan gå videre til høyere utdanning uten påbygging, håper vi å kunne minske frafallet i videregående opplæring og gi disse elevene flere muligheter senere.

– Jeg tror at y-vei vil kunne bidra både til at flere begynner og at flere fullfører helse- og sosialfaglige utdanninger i videregående opplæ-



NOEN FÅR PRØVE: – Prosessen er i gang. Det er satt av midler til forsøk, men vi har foreløpig ikke bestemt hvilke institusjoner som skal starte opp, sier kunnskapsminister Kristin Halvorsen.

ring. I tillegg vil den kunne bidra til å beholde dem som allerede arbeider i sektoren, gjennom at de får mulighet til formell kompetanseheving, sier Halvorsen.

Kommentarer til kunnskapsminister Kristin Halvorsen finner du på sykepleien.no under Tema utdanning.

Les også «Nesten-seier om utdanning» hvor EU, med noen forbehold, trolig er i ferd med å sette 12 års grunnutdanning som minstekrav til sykepleierutdanningen. ■■■

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

Inger Ragnhild Klouman

Alder: 53 år

Aktuell som: Sykepleier og enhetsleder på Kvinneklinikken på Sørlandet sykehus.

BAKGRUNN:

Sørlandet sykehus topper listen over ansatte som reserverer seg fra å utføre abort, ifølge en undersøkelse gjort av Helsedirektoratet. Ingen i Finnmark har reservert seg. På Dagsrevyen forsvarte Inger Klouman abortpasientene. Hun tror rekorden skyldes stor andel religiøse sørlendinger.

Abort i bibelbeltet

Ble du overrasket over at sykehuset ditt topper listen over ansatte som tar avstand fra selvbestemt abort?

– Nei, ikke overrasket. Det speiler vel befolkningen her.

Hvordan merker du pietismen?

– I hverdagen merker jeg ikke noe nevneverdig. Det er ikke noe problem på sykehuset slik vi håndterer denne pasientgruppen i dag.

I hvilken grad gjelder dette sykepleiere?

– Det gjelder alle yrkesgrupper. Men behandlingen har endret seg, slik at mye av abortarbeidet nå gjøres av sykepleierne. Ingen sykepleiere på vår avdeling har reservert seg. Retten til abort er lovbestemt. Det må vi respektere.

Hva synes du om selvbestemt abort?

– Det er 100 år siden norske kvinner fikk stemmerett. I 1978 kom loven om selvbestemt abort. Bare kvinnen selv kan ta valget om abort. Ingen andre kan dømme hennes valg.

Spør du om folks holdning til abort når du ansetter dem?

– Ja, det er helt naturlig. Vi snakker om alle pasientgruppene våre før vi ansetter. Det kan være utfordringer man må forholde seg til som søkeren ikke selv har tenkt over.

Hva da?

– De som skal jobbe her, må vite hva de vil møte. Det kan være kreftpasienter eller kvinner med tabubelagte underlivssykdommer. Bluferdigheten blir utfordret, ikke alt er lett å snakke om offentlig. Våre ansatte må være komfortable i jobben og blant annet kunne snakke om seksualitet med pasientene.

Er prevensjon et tema?

– Det er et naturlig tema når noen er blitt gravid uten at de ønsker det. Vi snakker om ulike prevensjonsmetoder. Noen er jo blitt gravid med prevensjon, både spiral og p-piller. Det er en myte at kvinner bruker abort som et lettvent prevensjonsmiddel.

Hvordan merker pasientene ansattes holdninger?

– Pasientene møter nok mer fordommer andre steder i samfunnet. Det kan de bære med seg når de kommer hit. De kan frykte at her behandles de på samleband, og at de vil bli sett ned på. Slik er det ikke. Vi skjønner hvor vanskelig mange kan ha det. Før da det var flere kirurgiske aborter, var pasientene spredt på flere avdelinger og mer utsatt.

Retten til å reservere seg er lovbestemt. Hva synes du om det?

– Retten er der og må respekteres. Men det er masse flotte steder å jobbe, så da kan motstanderne velge andre plasser enn her. Det gjør de også. Det løser seg av seg selv.

Også når det gjelder leger?

– En av legene har reservert seg her. Det utgjør ikke noe problem.

Opplever du at du bor i et bibelbelte?

– Ikke som noe problem i hverdagen. Noen miljøer er mer utsatt enn andre.

Hvordan står det ellers til på klinikken?

– Vi gjorde en stor endring i 2011, og fikk en stor sengepost ved å slå sammen barsel og gynekologisk enhet. Det var litt kontroversielt, men har blitt veldig bra.

Hvorfor?

– Fordi disse pasientgruppene hører sammen med hånd i hanske med mange beslektete problemstillinger. Og gynekologer kan både gynekologi og obstetrikk. Personalet utfyller hverandre og kan gi den beste behandling.

Ellers noe?

– Det er utrolig viktig å ta vare på kvinnehelse. Kvinner har blitt underprioritert i helsevesenet. Kvinner på Sørlandet skal vite at de blir godt ivaretatt hos oss – med full respekt. Vi er organi-

sert slik at de møter en liten gruppe sykepleiere som er spesialister på dette feltet.

Mer?

– Jeg tenker på hva kvinner som har ønsket abort har vært utsatt for. Det er så man kan grine. Tenk at vi fortsatt holder på med dette temaet. ■■■

Tekst Marit Fonn Foto Sol Nodeland
marit.fonn@sykepleien.no



Ble kvitt ufrivillig deltid

Hvordan eliminere ufrivillig deltid uten å øke lønnsutgiftene eller jobbe oftere enn hver tredje helg? Gruben sykehjem i Mo i Rana har løsningen.

Tekst og foto: **Eivor Hofstad**

Avdelingsleder Rita Hansen ved Avdeling 1 på Gruben sykehjem i Mo i Rana har alltid jobbet for å bekjempe ufrivillig deltid. Da Marit Sviggum, distriktsleder for Område øst, tonet felles flagg med henne, ble det riktig fart i sakene.

I 2010 startet avdelingen med å lyse ut alle nye sykepleierstillinger i 100 prosent. Det økte søkermassen.

– Sommeren 2011 startet vi et prosjekt der alle som jobbet der fra før, fikk ønske seg en stillingsprosent. Av elleve stykker ønsket seks full stilling, forteller Sviggum.

Innenfor rammen

Spørsmålet var hvordan de skulle gjøre det. De hadde ingen ekstra midler å øke bemanningen med, men måtte gjøre det innenfor rammen. Dessuten hadde de ingen tro på å økt grunnbemanning var det eneste som skulle til. De ønsket andre grep i tillegg.

Sviggum og Hansen hadde heller ikke lyst til å kreve at de ansatte skulle jobbe mer enn hver tredje helg.

I dag jobber ingen ufrivillig deltid lenger. Avdelingen har 28,5 årsverk, av dem er 16 årsverk 100 prosent-stillinger.

– Vi økte stillingsprosentene tilsvarende tre årsverk, forteller Sviggum.

Vikarmidler og ubetalt matpause

– Så hvor fant dere de ekstra midlene?

– Vi kartla alle innleide vakter over to år, og trodde ikke våre egne øyne da vi så hvor mye vi hadde leid inn. Det var ved ferier, sykdom, permisjoner, seniorgoder, kursing og så videre. Til sammen utgjorde det mer enn to dagvakter ekstra per år, forteller Sviggum.

I samarbeid med de ansatte gjennomgikk de den eksisterende turnusen. De ble enige om at hvis de tok bort betalt matpause på alle ettermiddagsvakter i ukedagene og dagvakter i helgene, utgjorde det en vakt ekstra fra mandag til fredag. Personalet så først på det som å bli fratatt et gode.

– De må jo være en halvtime lenger på vakt?

– Ja, men til gjengjeld får de en person til å dele vakta med, samtidig som de får en ordentlig pause når de forlater avdelingen for en halvtimes spisepause.

Når Sykepleien etterpå spør de ansatte mens de avholder rapport, er alle enige i at det de vinner med ordningen er verdt den ekstra halvtimen på jobb.

Norsk Sykepleierforbund (NSF) har ikke vurdert Grubens løsning, men spesialrådgiver Kirsten Nesgård understreker at hovedregelen er at man skal kunne forlate arbeidsplassen i pauser.

– Dette er ofte vanskelig å få til på kvelds-, natte- og helgevakter. Men dersom bemanningen tilsier at det lar seg gjøre, så er dette fullt ut mulig. Fint hvis de ansatte føler at de da får en ordentlig pause. Undersøkelser vi har gjort viser at det ofte er et problem på mange arbeidsplasser hvor sykepleierne jobber, sier hun.



FORNØYDE: De ansatte ved avdeling 1 på Gruben sykehjem holder

Samarbeidet med personalet

– Det er viktig at prosjektet er godt forankra hos dem det gjelder. De ansatte har vært med på beslutningene og er derfor lojale overfor det vi har bestemt, sier Sviggum.

I tillegg ble det nedsatt flere arbeidsgrupper på avdelingen som alle jobbet med ulike temaer der de så hva de kunne bli bedre på. De har for eksempel laget et årshjul der aktiviteter er ført inn for et helt år, og de har innført en whiteboard-tavle som viser personale og aktiviteter mer detaljert fra uke til uke. At de er flere på vakt skal komme beboerne til nytte.

– Det er også blitt strengere regler for når vi leier inn vikar. Før gjorde man det bare automatisk ved fravær. Men man slipper veileder- og opplæringsjobb med færre vikarer. Det er en stressreducerende faktor som er viktig å huske på, sier Sviggum.

Sykefraværet gikk ned

En bonus med det hele er at sykefraværet har gått ned. Korttidsfraværet gikk ned kjøpt. De fem før-



BONUSEFFEKT: – Sykefraværet har gått ned og avdeling 1 er blitt den rimeligste sykehjemsavdelinga i kommunen, sier Marit Sviggum, distriktsleder for Område øst, og avdelingsleder Rita Hansen.



dagens rapport. De synes det er verdt å få ubetalt matpause mot at alle får jobbe i den stillingsprosenten de ønsker.

ste månedene etter at de startet i fjor vår sank det fra litt over 3 prosent til knapt 2 prosent.

– For den siste måneden har både kort- og langtidsfraværet sunket til 4,5 prosent. Det har brukt å ligge på mellom 8 og 11 prosent, forteller Sviggum, når Sykepleien er på besøk i desember.

Den økonomiske biten er i balanse. Avdelingen har blitt den rimeligste sykehjemsavdelinga i kommunen.

I tillegg har avdelingsleder Rita Hansen fått mer tid til å være leder.

– Det har blitt et bedre arbeidsmiljø med mer tid til fagutvikling. Dermed er det blitt lettere for meg, sier hun.

– Hvorfor har dere ikke gjort det samme ved de andre avdelingene?

– Det krever mye jobb. Man må ha en solid avdelingsleder som kan lovverket. Lederne ved de andre to avdelingene har vært nye, men planen er å innføre samme system der i løpet av 2013, lover Sviggum. ■■■

ivor.hofstad@sykepleien.no

– Ikke alltid god effekt

Økt grunnbemanning er ifølge Fafo-forsker Leif E. Moland et relativt begrep.

Noen vil mene at de øker grunnbemanningen når de overfører vikarmidler til faste stillinger. Mange av de nye turnusløsningene er ment å bli finansiert på denne måten. Ordninger med timebanker/vikarpooler vil også ofte komme inn under dette, sier forsker Leif E. Moland ved Fafo.

Men økt grunnbemanning kan også forstås som økning av bemanningsnormen, altså at det reelt settes av flere ressurser slik at den totale personalkapasiteten øker og at det blir flere på vakt per bruker.

Moland mener at det absolutt kan være et behov for å øke grunnbemanningen flere steder, forstått som en økning av bemanningsnormen ved at det settes av flere ressurser.

Han har evaluert forsøk som har gitt gode effekter både for de ansattes trivsel og deres kapasitet og lyst til å jobbe i større i stilling. Brukerne fikk også et bedre tjenestetilbud, men det er et stort MEN:

– Problemet med økt grunnbemanning, er at «ingen» kommuner har råd til det, og at det ikke nødvendigvis fører til færre små stillinger og bedre tjenester i helgene, sier han.

På Gruben sykehjem har de økt grunnbemanningen ved å overføre vikarmidler til faste stillinger og fjerne betalt matpause på ettermiddagsvaktene i uka og dagvaktene i helgene. I tillegg har de laget interne planer for hva de gjør på vakter med flere og færre ansatte, samt strengere regler for når de leier inn vikarer. ■■■

Ble hengt ut som lovbryter

– Jeg ble uthengt som kriminell, sier sykepleier Perpetua Mbabazi. Usladdet ble hun avbildet med håndjern i mediene verden rundt.

Tekst og foto **Marit Fonn**

Dette skjedde i mai i fjor. En lege ble også arrestert. Da saken senere ble henlagt, var mediene tyste.

Også Sykepleien trykket bildet av de to (nr 7/2012).

Perpetua Mbabazi er sjefsykepleier på universitetssykehuset i Rwandas hovedstad Kigali. Sykepleien traff henne på en samling for sykepleieledere i november i fjor (se tema om Rwanda i Sykepleien 1/2013).

Fant hansker i vagina

Mbabazi opplevde hendelsen som svært krenkende. Fortsatt preger det henne.

Hva skjedde egentlig? Mbabazi forteller:

– For et år siden fikk vi en pasient til gynekologisk avdeling. Hun skrek av smerte.

Mbabazi forklarer at i 2008 hadde pasienten som 17-åring tatt keisersnitt ved et annet sykehus. Nå ble pasienten, en flyktning fra Kongo, undersøkt og operert på hennes sykehus.

– Om natten sa pasienten at hun følte hun hadde noe i vagina. Jordmoren undersøkte henne. Noe var unormalt. Hun dro ut noen hansker, ulik dem hun hadde på seg. En nål fra en injeksjonsprøye hang fast i den ene hansken.

Jordmoren prøvde å tilkalle lege, men han var opptatt i en operasjon. Neste morgen rapporterte hun om funnet av hanskene.

Dette skjedde en travel fredag. Først mandag

morgen gikk Mbabazi til avdelingen. Hun visste ikke da at pasientens mor hadde kontaktet media.

– Jeg fikk se hanskene. De luktet vondt. Jeg tok bilde av dem og sa: «Kast dem.»

Så kom politiet og presse.

– Vi ble etterforsket. Alle måtte rapportere til politiet. Jeg var ikke redd.

I varetekt

Tre måneder senere, i mai, dukket kriminalpolitiet opp på jobben.

– De ville arrestere meg. «Noen må ta over mine oppgaver først», sa jeg.

Men de satte håndjern på henne, hun ble fotografert og tatt til varetekt. Der ble hun i 8 dager.



SITTER I: Perpetua Mbabazi er i full sving som sykepleier. Men fortsatt preget av hendelsen.

Også legen som hadde bistått med fødselen i 2008 ble fengslet. Han ble anklaget for å ha plassert hanskene i livmoren på pasienten med vilje etter keisersnittet. Legen sa anklagen var absurd for ingen ville overleve nesten fire år med slikt materiale i underlivet.

Mbabazi ble anklaget for å ha fjernet bevismateriale. Etter en stund konkluderte anklagerne: Her er ingen sak.

– Likevel må jeg møte på politistasjonen hver siste fredag i måneden. Det har jeg gjort siden juni, forteller Mbabazi.

Hun oppfatter dette som maktmisbruk.

– Vi får høre at vi helsearbeidere dekker hverandre, også dem som har gjort noe galt. De ville vise at vi har negativ solidaritet.

Mbabazi har fire barn på 14, 13, 10 og 8 år. Den yngste så henne på tv med håndjern.

– Hun gråt til hun spydde. Når jeg har på meg den grønne drakten jeg hadde på tv, sier hun: «Mamma, jeg



TØFF: – Dette har vært en tøff sak, bekrefter forbundsleder André Gitembagara.

budskapet. Vi skrev til helsemyndighetene, statsministeren og mediene. Så lenge man ikke er dømt, er man uskyldig.

– *Var dette presset grunnen til at hun slapp fri?*

– Ja, men også at selve anklagen ikke holdt. Legen ble også sluppet fri. Vi har mange saker som dette.

Gitembagara viser til en fra 2008.

– En sykepleier er med på en komplisert fødsel i en ambulanse. Mor dør på veien. Sykepleieren, en mann,

«Vi har mange saker som dette.»

André Gitembagara, leder i det rwandiske sykepleierforbundet

vil ikke se den kjolen.»

Det er den drakten Mbabazi har på seg i dag.

– *Hvem klandrer du?*

– Pasienten og moren. Og media. De hang meg ut som skyldig og sa ingenting da saken ble henlagt. Det er ikke rett. Media viste meg fram med ansikt. Det gjør de ikke med andre kriminelle før de er dømt. Det er ikke lov.

– Flere uskyldige blir fengslet

– En tøff sak, sier André Gitembagara, leder i det rwandiske sykepleierforbundet.

Etter arrestasjonene var det mye mediesnakk om saken.

– Den ga et dårlig bilde av sykepleierne. «Leger og sykepleiere skal ikke kunne heve seg over loven», var

gjorde det man kunne forvente.

Men saken ble etterforsket og sykepleieren satt fire måneder i fengsel.

– Hadde han blitt funnet skyldig i forsømmelse, kunne det blitt fem år.

– *Hvorfor blir en sykepleier beskyldt for ikke å ville redde livet til en pasient?*

– Det kan ha rot i konflikter mellom familier i byen.

Han føyer til:

– Det fins sykepleiere som ikke gjør jobben sin. Da skal de straffes i henhold til loven. Sykepleiere skal ha integritet og være ærlig. Er de uskyldig, skal vi hjelpe dem tilbake i jobb. Til dette trenger vi advokat hjelp. Pasientene er beskyttet av et strengt lovverk. Men det fins ingen lov som beskytter sykepleierne. Det burde det være. ■■■

marit.fonn@sykepleien.no



Kan hjelpe mot lette kramper i bena!



Du trenger kanskje magnesiumtilskudd?

Et veldosert magnesiumpreparat kan fylle opp depoet hurtig og hjelpe til en avslapning i hele kroppen. Floradix Magnesium® er et utmerket kosttilskudd som kan tilføre ditt daglige behov av magnesium. Oppløst i fruktjuicer og urter kan det lett taes opp i kroppen. Floradix Magnesium® er velsmakende og lett å svelge! Floradix Magnesium® kan hjelpe for blodsirkulasjonen og mot lette kramper i bena.

Floradix Magnesium® kjøpes hos:



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



- 18 2-åringene blir skviset ›
- 20 Avviser gråtende barn i døra ›
- 22 5 ½ minutt per elev ›
- 24 – Manglende styring ›

Helsesøstre slår alarm

Norge mangler omlag 860 helsesøsterårsverk for å hjelpe samfunnets yngste. Helsesøster Anne Åsheim fortviler over de vonde valgene hun og kollegene blir tvunget til å ta hver dag.

Tekst Kari Anne Dolonen og Ann-Kristin Bloch Helmers





FOR LITE TID: 7 av 10 spurte helsesøstre unnlater å stille spørsmål, fordi de ikke har tid til å følge opp svaret, viser en undersøkelse Sykepleien har gjort blant 566 helsesøstre på helsestasjoner og i skolehelsetjenesten.





«2-åringene blir skviset.

Trondheim mangler ifølge utregninger over 40 helsesøstre. Det får 2-åringene svi for.

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

Inne på venterommet på Kattem helsestasjon på Heimdal i Trondheim fylles det opp av babyer som venter på å bli vaksinert, veid, målt og vurdert.

Helsesøstrene her har fulle avtalebøker. I 2009 ble det kuttet i helsesøstertilbudet i Trondheim kommune. Årsaken var at kommunen hadde en stor utfordring med å få budsjettet i balanse etter uventet inntektstap i 2008.

– Skolene mangler 33

– Vi mangler blant annet 33 helsesøsterårsverk for å kunne dekke tilbudet som Helsedirektoratet anbefaler til i barneskolen, sier hovedtillitsvalgt i Trondheim kommune, Gørill Tranås.

Kommunaldirektør i Trondheim, Gunn A. Røstad, viser til at bystyret de siste tre årene har bevilget til sammen 6 millioner kroner for å øke antall helsesøstre i skolen. Det er også vedtatt at det i 2013 skal opprettes fire nye stillinger i barneskolen.

Men det er likevel for få helsesøstre på helsestasjon, ungdomskolen og på videregående skole. Til tross for dette har bystyret gjennom flere prosjekter pålagt helsesøstre flere oppgaver i året som kommer:

I tillegg til de lovpålagte oppgavene skal helsesøstre i helsestasjonene nå reise ut til barnehagene for å gjennomføre 2- og 4-årskontrolle. Dette tar dobbelt så lang tid å gjennomføre som om de hadde gjort det på helsestasjonen. De skal også gjennomføre kartlegginger for å avdekke rus, vold og psykisk sykdom hos de voksne – tiltak som kan forebygge problemer hos barna dersom de blir oppdaget tidlig.

– Gode tiltak som vi svært gjerne skulle gjennomført. Men prosjekter er satt i gang uten konsekvensanalyse. Det betyr at vi ikke har fått ekstra tid til rådighet for å gjøre dette, sier helsesøster og NSF-tillitsvalgt Anne P. Åsheim ved Kattem helsestasjon.

Helsesøstrene må derfor foreta en tøff prioritering mellom barna: Kun 4-åringer i kommunale barnehager får besøk. Og 2-åringene som ifølge prosjektet også skal få besøk i barnehagen, må vente. I tillegg er de nederst på prioriteringslista for å komme til time på helsestasjonen.

Dårlig ernærte

– 2-åringene våre blir skviset. Det er uheldig. En del 2-åringer går ikke i barnehage og blir derfor ikke sett av noen offentlige instanser. Dersom et slikt barn sliter eller har foreldre med for eksempel rusproblemer, sier det seg selv at det ikke er bra å måtte vente i lang tid før vi får til et møte. Vi melder avvik på alle 2-åringer som ikke blir innkalt til time innen den lovpålagte fristen. Timebøkene er så fulle at vi jevnlig må ringe foreldre til 2-åringer og be dem om å utsette timen enda mer, slik at andre som haster mer får komme til.

– Vi ønsker å bruke mer tid på avdekking og oppfølging av vekt-

amme- og ernæringsutfordringer hos de aller minste.

Sekretærene strever med å finne tid til oppfølging av for eksempel dårlig ernærte nyfødte. Mange av disse blir oppdaget under nok en ny lovpålagt oppgave: Veiging og måling av hodeomkrets på dag 7–10 etter fødsel.

Fortere og fortore

På venterommet er det både pludring og gråt. Matheo på fem måneder blir ropt opp.

– Liker han bedre å ligge på magen? spør helsesøster Åsheim mens hun sitter på kne på en matte på gulvet og observerer Matheo. Han likte ikke mageleiet så godt ved forrige konsultasjon.

Mor kan glad fortelle at han nå ligger både på magen og ryggen. I dag skal han få vaksine. Første stikk i låret går uten protester, grensen nås ved stikk nummer to.

Etter Matheo kommer Theo. Og så Birk. Helsesøstrene på Kattem helsestasjon roper opp navn etter navn.

Anne P. Åsheim prøver å være til stede i alle samtaler og konsultasjoner, men ser samtidig at det må gå fortore og fortore i svingene.

Vanskelige valg

På helsestasjonene i Heimdal har de blitt enige om å nedprioritere førfødselsamtaler, fordi de ikke har tid nok.

– Jordmor kan sende melding til oss dersom en gravid trenger ekstra oppfølging på grunn av psykisk sykdom, rus eller andre utfordringer. Disse har vi rett og slett ikke tid til å innkalle til en samtale før fødselen.

Anne P. Åsheim viser til konkrete dilemmaer de blir stående i:

En jordmor har henvendt seg til helsestasjonen for å få til tettere oppfølging av en mor med et nyfødt barn. Hun har flere barn fra før, og familien får støttetiltak fra barnevernet. Mor har fått plass på familieavdeling. Svangerskapet har vært spesielt utfordrende med flere sykehusinnleggelsler, og mor har tidligere slitt med fødselsdepresjon.

– Denne moren må nok prioriteres. Det betyr at en 2-åring må vente enda lenger.

Et annet eksempel er en ung gravid kvinne som venter sitt første barn. Hun er ikke sammen med faren, og vil bli aleneforsørger. Kvinnen sliter psykisk, blant annet med suicidalforsøk og spiseforstyrrelser. Før fødselen ønsker hun et møte med jordmor, foreldrene og helsesøster for å planlegge fremtiden.

– Dette barnet er ikke født ennå, så vi har ikke noe formelt ansvar. Så dette er dessverre et eksempel på en førfødselsamtale vi ikke har tid til å ta.

Åpen dør er lukket

Også skolehelsetjenesten sliter:

– I 3. klasse skal vi egentlig ha grupper om egenomsorg og grensesetting. Disse gruppene blir det ofte ikke tid til, sier Åsheim.



Scan koden og se mer fra helsestasjonen på Kattem.

DE VANSKELIGE VALGENE:

Over 500 helsesøstre har svart på Sykepleiens spørreundersøkelse. Her er noe av det helsesøstre forteller at de må prioritere bort.



PRIORITERING: Helsesøster Anne Åsheim konstanterer en fin utvikling hos fem måneder gamle Matheo Alstad Celius på helsestasjonen på Kattem i Trondheim. Mamma Ida Therese Alstad hadde ikke likt det dersom sønnen ble nedprioritert.

Dette må helsesøster si nei til:

- › 2-åringer nedprioriteres
- › 3.-klassesamtalen der seksuelt misbruk kan forebygges/oppdages
- › Avdekke og følge opp dårlig ernæring hos nyfødte
- › Følge opp barn med risiko for sykkelig fedme
- › Førfødselsamtale for mødre med rus- eller psykiske problemer
- › Samtaler med nynnflytete barn.

– Vi vet at mange barn blir utsatt for seksuelle overgrep, og for disse elevene kunne en slik time vært et første skritt på veien for å fortelle noen om det. Men så har vi ikke tid. Det heter seg at vi skal ha åpen dør. Dessverre er den altfor ofte lukket.

Meningsløs veiing

– Vi veier skolebarna for å avdekke fedme. Men hva gjør vi med de barna som ikke er sykkelig overvektige, men i faresonen? Det er uklart hvem på kommunalt nivå som har ansvar for oppfølgingen. Det kan oppleves meningsløst å bruke mye tid på veiing, når det ikke er noe avsatt tid til å følge opp det vi finner. Veilederen sier at ansvaret er på førstelinje, men systemet for oppfølging er ikke på plass, og ressursene er heller ikke der, sier Åsheim.

Helseopplysning for å hindre sykdom og skjevutvikling blir det for lite tid til. I Heimdal blir også de såkalte nyttilflyttsamtalene prioritert bort. Dette gjør at helsesøstrene går glipp av muligheten til å snakke med barna og foreldre om viktige forhold i familien som helsesøster bør vite om. Mistrivsel og problemer med å tilpasse seg på ny skole for den nye eleven blir da heller ikke fanget opp.

– Vi tviler på om vi klarer å avdekke og oppdage alt vi skal. Når sekken er såpass full, hender det at vi intuitivt velger ikke å se, fordi vi ikke har tid til å oppdage noe nytt som krever oppfølging, sier hun.

– Vi tenker at brukerne ikke får det de bør få, de får standard eller dårligere oppfølging. Det gjør noe med oss helsesøstre, vi trives ikke med å ha det slik.

Tar med jobb-bekymringer hjem

– Forebygging og helseopplysning er det helsesøster er eksperter på. Vi møter så å si 100 prosent av befolkningen. Det er en forventning om at vi skal kunne brukes til forebyggende arbeid.

Ved Kattem helsestasjon og flere av de andre helsestasjonene i bydelen begynner presset å sette sitt preg på personalet. Verneombudet er koblet inn.

– Arbeidssituasjonen har ført til sykefravær og mistrivsel med å ha det så travelt på jobben. Flere melder til meg at de unngår å stille spørsmål til brukerne, fordi de vet at de ikke har mulighet til å følge opp. Mange tar med seg bekymringene på fritiden, de klarer ikke å legge vekk tanken på uløste oppgaver når de kommer hjem, sier Åsheim.

– Vil ikke bli nedprioritert

Ute på venterommet kler mamma Ida Therese Alstad på lille Matheo. Sprøytestikkene er allerede glemt, smilet er på plass igjen. Matheo er en frisk og sunn gutt som følger alle milepælene. Hvordan ville mor reagert dersom hennes sønn ble rangert nederst på helsesøsters prioriteringsliste ved for eksempel 2-årskontrollen?

– Det hadde jeg ikke likt. 2-årskontrollen skal jo tas for å kunne se hvordan barnet ligger an i forhold til forventet utvikling. Den muligheten forsvinner jo dersom man må vente altfor lenge. ■■■

Les mer på sykepleien.no

aknbh@sykepleien.no



«Når elever står i døråpningen min og spør om å få snakke med meg, helt oppløst i tårer og med tydelig behov for en å snakke med, og jeg må avise dem på grunn av at jeg for eksempel må i et møte. Det føles litt meningsløst.»



Les mer om Sykepleiens undersøkelse på

sykepleien.no

Sykepleiens undersøkelse avdekker:

- * Har ikke tid til å snakke med barnevernet.
- * Følger ikke opp familier de vet har problemer.

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers** og **Kari Anne Dolonen**

en større undersøkelse Sykepleien har gjort blant landets helsesøstre, konkluderer fortvilte helsesøstre med at tiden ikke strekker til.

- › 7 av 10 svarer at de ikke har nok tid til å jobbe forebyggende.
- › 7 av 10 sier at de har unnlatt å stille spørsmål til brukere, fordi de ikke har tid til å følge opp svaret.
- › Kun 3 av 10 helsesøstre sier at de har tid til å utføre alle lovpålagte oppgaver.

Alvorlige mangler

Sykepleiens undersøkelse blant helsesøstre i Norge har blitt møtt med stor respons. Over 500 helsesøstre har tatt seg tid til å svare i det flertallet beskriver som en svært hektisk hverdag.

Svarene fra helsesøstrene setter fingeren på alvorlige mangler ved selve grunntanken med helsesøstertjenesten – å være et tilgjengelig lavterskeltilbud til alle barn. Oppdraget er å fremme god helse og forebygge sykdom og skjevutvikling.

«Undersøkelsen bekrefter det vi vet.

Astrid Grydeland Ersvik



I Norge skal 1 984 helsesøsterårsverk ta seg av 1,3 millioner barn mellom 0 og 20 år og deres familie. Det blir drøyt to og en halv time per barn per år, eller 3 minutter per uke, per barn. Da er ikke tid til familier tatt med. Heller ikke tiden helsesøstre bruker til administrasjon, møtevirksomhet og annet som ikke er direkte kontakt med barna.

På denne tiden skal de avdekke psykiske problemer, avdekke rus- og vold-problematikk, overgrep, omsorgssvikt, avvik fra normalutvikling, drive seksualundervisning, opplyse om kosthold, forebygge fedme, dri-

ve helseopplysning, veie, måle, kartlegge, vaksiner og hjemmebesøk.

– Er det mulig?

– Nei. Ikke hvis man ønsker kvalitet på tjenesten, sier leder av NSF's landsgruppe av helsesøstre, Astrid Grydeland Ersvik.

Tidsnød i hverdagen

– Hva kan helsesøstrene selv gjøre for å få utført disse oppgavene?

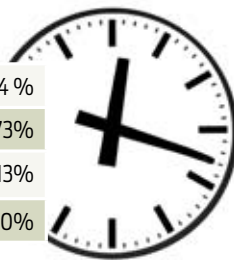
– Helsesøstre kan bli tydeligere på prioriteringer. Vi må konsentrere oss om pålagte oppgaver og sende fra oss resten. Men det er ikke til å komme bort fra at helsesøstre opplever reell tidsnød i hverdagen. Ressursene er for få i forhold til oppgavene, sier Grydeland Ersvik.

Ifølge Helsedirektoratets normtall, bør en helsesøster i skolehelsetjenesten maks ha 800 elever per 100 prosent stilling. Svarene i Sykepleiens undersøkelse viser at

- › 6 av 10 helsesøstre har ansvar for over 800 elever.
- › 35 prosent av helsesøstre har ansvar for over 1000 elever.
- › På helsestasjonene er normtallet at en helsesøster bør følge opp maks 65 fødsler per år.
- › Over halvparten av helsesøstrene forteller at de har flere fødsler enn normtallet. 34 prosent har 81 fødsler eller mer.

Har du nok tid til forebygging?

Ja	4 %
Nei	73%
Ofte	13%
Sjelden	10%



Samstemt respons

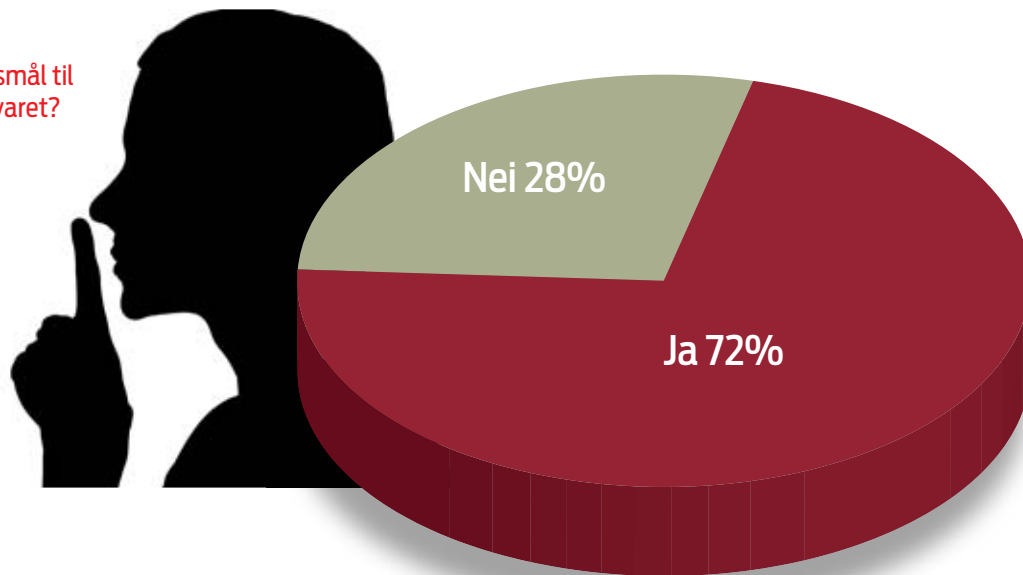
I tillegg forteller helsesøstrene med egne ord om hva som må velges bort når tiden ikke strekker til. Til sammen har Sykepleien mottatt over 1000 situasjonsbeskrivelser fra helsesøstre om de vanskelige valgene de må gjøre. Det som går igjen er at mange av helsesøstrene:

- › Må avvise fortvilte barn i døra
 - › På grunn av tidspress leverer sene rapporter til barnevernet og andre instanser
 - › Ikke har tid til å følge opp barn og familier som de vet sliter
- Eksempler på de vanskeligste prioriteringene:
«Når elever står i døråpningen min og spør om å få snakke med

«Å måtte avvise elever som kommer og banker på døren på grunn av fulle lister hver dag. På for eksempel ungdomsskolen er det mange som trenger noen å snakke med i forhold til psykisk helse.»

Over 500 helsesøstre har svart på Sykepleiens undersøkelse:

Har det hendt at du har unnlatt å stille spørsmål til brukere fordi du ikke har tid til å følge opp svaret?



meg, helt oppløst i tårer og med tydelig behov for en å snakke med og jeg må avvise dem på grunn av at jeg for eksempel må i et møte. Det føles litt meningsløst!»

«Enkeltsamtaler med elever som har behov for et pusterom i en vanskelig hverdag. Når disse barna må vente på samtaler på grunn av dårlig tid, gjør det vondt.»

«Tenker det er mange ting vi ikke får med oss fordi vi har for lite tid, dette kan jo ha alvorlige konsekvenser i for eksempel barnevernssaker.»

– Trist

– Hva slår deg etter å ha lest svarene fra helsesøstrene?

– Det er trist lesning. Ikke minst at beskrivelsene av tidsnød er så gjennomgående, og at barn og unge ikke får de tjenestene de har krav på, sier Astrid Grydeland Ersvik.

– Overrasket?

– Nei. Undersøkelsen bekrefter det vi vet. Ifølge Grydeland Ersvik er det verst i skolehelsetjenesten.

– Når man må prioritere, prioritere man de minste.

– Hva må gjøres?

– Både helsestasjon og skolehelsetjeneste må styrkes dersom vi skal få gjort de oppgavene vi er pålagt å gjøre. Regjeringen må levere en økonomisk opptrappingsplan, sier hun.

– Regjeringen har penger til det den vil. Den ville ha en fastlegeordning, det fant den penger til. Et annet eksempel er psykologer. Vil regjeringen styrke helsesøstertjenesten, må penger på bordet, sier hun. ■■■

aknbh@sykepleien.no

kari.anne.dolonen@sykepleien.no

Blir alle 2-åringene innkalt til kontroll før de er 2,3 år gamle?

Ja	63%
Nei	38%



«Senest i går hadde jeg kun få minutter til rådighet til å snakke med en gutt som har suicidale tanker og er deprimert – brukte lunsjpausen til å snakke med han.»



5 ½ minutt per elev

Kari Engdal har i underkant av 5 ½ minutt per elev til «drop-in»-timer per år. På denne tiden skal hun rekke over 1 300 ungdommer. Hun skal forebygge, informere, avdekke risikoatferd, symptomer og holde seg faglig oppdatert.

Tekst **Kari Anne Dolonen** Foto **Bjørn Arild Østby**

Det banker stadig på døren til helsesøster. Noen av dem som stikker innom, ber hun komme tilbake litt senere og avtaler tid. Kari Engdal er helsesøster ved Christianslund på Frederik II videregående skole i Fredrikstad. Kontoret hennes er lokalisert i skolens kjeller, ikke langt fra elevenes kantine. Elever banker stadig på døren for å få kontakt med helsesøster. Noen har time, andre «dropper» innom.

– For at du skulle klare å gjøre alt det du er lovpålagt å gjøre, hvor mange helsesøsterstillinger burde skolen ha?

– 1,5 årsverk, lyder svaret.

Det er nesten dobbelt så mye som skolen har i dag.

Kari Engdal skal informere alle elever i første klasse på videregående om seksuelt overførbare infeksjoner og prevensjon. I tillegg skal hun kartlegge alle elevenes helsebehov. For å få det til har hun sammen med en annen helsesøster laget et skjema som alle elevene fyller ut. Det inneholder spørsmål om hvordan de vurderer egen

Noe av det hun synes er vanskelig er å skape realistiske forventninger innenfor den tiden hun har til rådighet.

– Jeg skal blant annet avdekke ungdommer som befinner seg i risikogrupper, enten det gjelder rus, psykiatri eller andre problemer. Dilemma er at når jeg drar rundt i skoleklassene og informerer om helsesøstertjenesten, treffer jeg ofte ungdommer som jeg bør ta en nærmere prat med. Men samtidig er jeg redd for å oppfordre ungdommene til å ta kontakt. Hvis jeg informerer om alt jeg skal gjøre, bygger jeg også opp forventninger hos ungdommen som jeg rett og slett ikke har mulighet til å innfri, sier hun.

– Ifølge forskriften er det ikke så rent lite jeg skal rekke over.

Engdal skal ivareta alle elevenes psykisk og fysisk helse, helsesøster skal fremme gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdommer og skader. Alt innenfor de 1 350 timene, eller 80 prosent stillingen, som hun har til rådighet.

«Hvis jeg informerer om alt jeg skal gjøre, bygger jeg også opp forventninger hos ungdommen. *Kari Engdal, helsesøster*

somatisk og psykisk helse. Hun blir i klasserommet mens elevene fyller ut skjemaet. Disse skjemaene bruker hun for å sjekke om det er noen hun ser trenger en ekstra samtale eller oppfølging.

Dårlig samvittighet

– Helseopplysningskjemaet får færre og færre spørsmål. Årsaken er at vi har ikke mulighet til å hjelpe elevene med en del problemer som vi har kunnskap om, men ikke rekker. Da er det bedre å ikke vite. Vi slipper da en hel del dårlig samvittighet, sier hun.

– Men hva med alle oppgavene du er pålagt å gjøre?

– I Fredrikstad har vi mangel på helsesøstre. Det betyr at det er umulig å få gjort alle de lovpålagte oppgavene vi burde gjøre. Jeg er nødt til å prioritere, sier hun.

Lav terskel

Kari Engdal sier helsesøstertjenesten er et lavterskeltilbud som barn og unge ikke er redd for å oppsøke.

– Terskelen for å si at du skal til psykolog er nok høyere enn å si at du skal til helsesøster. Helsesøster er noen «alle» går til, uansett hvilke problemer en har, sier hun.

Engdal bryr seg om ungdommene og er imponert over mange av dem.

– Det er fine ungdommer som gjør en kjempejobb til tross for foreldre og hjemmeforhold som kan få de fleste til å gi opp, sier hun.

I andre klasse på videregående skal hun fortsatt ha oversikt over alle elevers helse. Hun skal i tillegg informere om godt kosthold, alkohol, narkotika, tobakk.

I tredje klasse er det spesielt rusen det rettes tiltak mot. Hun skal sørge for at elevene forstår konseptet med å ta ansvar for egen helse og gjennomføre vaksinasjonsprogram mot hjernehinnebetennelse. I tillegg skal hun ha oversikt over deres psykiske, somatiske og sosiale helse og sørge for at elevene har forståelse for og evne til å ivareta egen helse.

«Ikke fått fulgt godt nok opp elever med store problemer som overgrep, selvskading, rus»
«Utsette hjemmebesøk, utsette barnevernsmeldinger»



KNAPP TID: Kari Gjengdal kjenner mange av elevene, og setter seg gjerne ned blant halvspiste rundstykker og lekser – om hun har tid.

Dette må helsesøster Kari Gjengdal si nei til:

- › Samtaler med unge i risiko-grupper
- › Oppfordrer ikke unge til å stikke innom helsestasjonen
- › Færre spørsmål på helsekart-legging av unge
- › Tverrfaglige møter
- › Generell helseopplysning

Tidsbruk

– Hvor mye tid har du til hver elev?

– Sannheten er at vi har rundt 120 timer i året til såkalte «drop-in»-timer. Det er det reelle timeantallet som er til rådighet for alle de 1 300 elevene på skolen. Ut fra mine beregninger betyr det at jeg har i underkant av 5½ minutt per elev, sier hun.

Tiden er dyrebar.

– For eksempel tar en førstegangs utskrivning av p-piller 20 minutter, eksemplifiserer hun.

Fire dager i uken kan elvene treffe Engdal på kontoret. Om onsdagen er hun på helsestasjon for ungdom og helsestasjon for høyskolestudenter.

Ut ifra helsemyndighetenes anbefalinger skal 10 prosent av helsesøsterstillingen gå til kvalitetssikring, organisasjon og fagutvikling. Hun skal ha:

- › Tverrfaglige møter, minst ett hver uke.
- › Følge opp barn med spesielle behov og sette opp individuelle planer. Per plan er det beregnet å bruke 60 timer til oppstart og 20 timer til vedlikehold per år.
- › 2,5 time hver uke skal brukes til temagrupper over 40 uker.
- › Oppfølging per elev per år skal ifølge anbefalingene være 50 timer per 100 elever.
- › På klasseoppfølging er det anbefalt å bruke 36 timer for 4 klasser.
 - På Frederik II er det i år 50 klasser, opplyser Kari Engdal.

Fru Klamydia

– Hva prioriterer du?

– Informasjon og rådgivning om seksuelt overførbare sykdommer og prevensjon. Her er det store gevinster å hente om jeg kan forhindre uønskete graviditeter og sykdom, sier hun og forteller en liten anekdote:

– Det var en stund klamydia eksploderte blant unge jenter og gutter. I den tiden opplevde jeg å gå på gaten i Fredrikstad, mens en guttegjeng pekte og sa: Der kommer fru Klamydia, humrer Engdal.

– Hva prioriterer du bort?

– Tverrfaglige møter. Generell helseopplysning er også et område jeg fører avvik på. Det er synd, men jeg må prioritere, sier hun.

Men selv om tiden er knapp og jobben er krevende, trives Kari Engdal svært godt.

– De aller fleste ungdommer vet hvem jeg er, og jeg har kjent til de fleste av dem siden de var spedbarn, siden jeg har jobbet som helsesøster i mange år. Jeg har også jobbet på nyfødtintensiv, og flere av de små jeg hadde ansvar for da, ser jeg også igjen her. Jeg føler virkelig at jeg jobber med fremtiden vår, sier hun.

Fredrikstad kommune har styrket helsesøstertjenesten med tre årsverk på ungdomstrinnet. For Kari Engdal vil hverdagen imidlertid bli uforandret. ■■■

kari.anne.dolonen@sykepleien.no



«Mangelfull oppfølging av utsatte barn/barn i risiko.»

«Må avvise fortvilte barn i døra.»



– Manglende styring

Både tilsyn, kartlegging og tilbakemeldinger fra helsesøstertjenesten viser manglende styring og ledelse, ifølge Helsedirektoratet.

Tekst Kari Anne Dolonen

Helsetilsynet har varslet landsomfattende tilsyn ved landets helsestasjoner for 2013. Samtidig har kunnskapsminister Kristin Halvorsen samlet ulike fagmiljøer for å diskutere hvordan overgrep mot barn skal håndteres, mens Helsedirektoratet er i full gang med å revidere forskrift og oppdatere veilederen for helsestasjon og skolehelsetjenesten. Når veilederen og forskriften sendes på høring, er foreløpig ikke bestemt. Helsedirektoratet sier til Sykepleien at de gjør dette fordi både tilsyn, kartlegging og tilbakemeldinger fra tjenesten viser at det er manglende styring og ledelse. Helsedirektoratet påpeker at tjenesten også svikter når det gjelder rapportering og avvikshåndtering.

Helsedirektoratet skal også vurdere om helsesøster har nok timer på skolen.

– Dette fører i mange kommuner til ressursmangel og en dreining vekk fra det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Samhandlingsreformen fremhever helsestasjons- og skolehelsetjenesten som en sentral arena i dette arbeidet. Vi ønsker derfor å styrke tjenesten, og har besluttet å utarbeide nasjonale faglige retningslinjer for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, opplyser Astrid H. Kvalnes i Helsedirektoratet.

Helsestasjon og skolehelsetjenesten mangler 1 550 årsverk for å kunne utføre alle oppgavene i Helsedirektoratets veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. 860 av årsverkene som mangler er helsesøstre, resten er leger og fysioterapeuter. Det viser en kartlegging Helsedirektoratet gjorde i 2010. Blant annet denne kartleggingen danner grunnlaget for å oppdatere veilederen.

Dersom kommunene øker tilbudet med 1550 årsverk, vil det koste minst 885 millioner kroner per år.



«Kommunene følger ikke opp.

Eli Gunhild By, leder Norsk Sykepleierforbund

– I en undersøkelse fra Norsk Sykepleierforbund sa 77 prosent av ordførere og rådmenn at de ikke har budsjettert med flere ansatte i helsestasjons- og skolehelsetjenesten i 2012, sier forbundsleder i NSF, Eli Gunhild By.

Eli Gunhild By peker på at det i politiske dokumenter stadig fremheves at disse tjenestene er viktige å satse på. Men hun ser ikke at signalene følges opp med handling ute i kommunene.

– Kommunene bruker i dag rundt én prosent av sine brutto driftsutgifter til en tjeneste som nesten når 25 prosent av befolkningen. Andelen er lik for alle helse-regionene og har vært uendret siden 2006, sier By. ■■■

kari.anne.dolonen@sykepleien.no

4 kjendiser

Tekst Kari Anne Dolonen

Hvilke assosiasjoner får du når du hører ordet helsesøster?



Forfatter og komiker Knut Nærum:

Når jeg hører ordet helsesøster, tenker jeg på den gangen vi hadde fått vårt første barn og en hyggelig helsebror kom hjem til oss og demonstrerte korrekt amming ved hjelp av sitt eget, nakne bryst. Det er et minne som etter over tjue år fortsatt bringer glede.



Davy Wathne TV2 Sporten:

Jeg tenker først og fremst på fasen etter fødsel. At barna er i gode og trygge hender og utvikler seg harmonisk. Mine egne opplevelser av helsesøster handler om både måling og veiing. Jeg husker også godt at vi fikk hjemmebesøk. Plutselig ble jeg veldig oppmerksom på støv under sofaen og kjente på panikken for at helsesøster skulle ta fra meg barna.



Komiker Sigrid Bonde Tusvik:

Når jeg hører ordet helsesøster kommer jeg på vår gamle helsesøster på Bekkelaget skole, som skulle gi meg og venninna mi Cathrine gode råd mot omgangssyke. Vi hadde nemlig en periode der vi smittet hverandre med dette i flere måneder. Og helsesøster skrev da ut en liten resept til oss hver: 1 appelsin, 1/2 eple og kokt vann. Om vi ble så mye bedre husker jeg ikke.



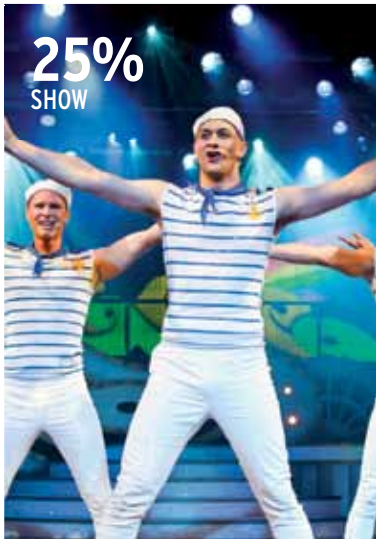
Komiker Tommy Steine:

Det første jeg tenker på når jeg hører ordet helsesøster er: Den første kvinne som tok på mine eldre deler for å sjekke at «utstyret» var i orden, og jeg husker at jeg da tenkte: «Oi det var bra hun hadde varme hender ...»

«Sende familier hjem der en aner det er mer enn det som kan avsløres på den gitte tid og det er vanskelig å finne rom for oppfølgingstimer.»

Les mer om temaet på

sykepleien.no



100% FORNØYD

Luksus i hverdagen? Skjem dere bort med et vintercruise

Opplevelsen begynner med én gang - uten bortkastet reisetid! Len deg tilbake og la deg skjemme bort av våre mange tilbud om bord. Color Line har de lekreste lugarene, de største opplevelsene og de mest fornøyde kundene. **Reiser du med oss får du 100% cruise.**

VÆR RASK - BEGRENSET ANTALL PLASSER!

colorline.no | 810 00 811

Kr 125,- tilkommer ved bestilling på telefon og terminal.

2-døgns Cruise
Oslo-Kiel t/r



Color Line
— CRUISES —

SPILLENDE/STAVBU/AGZ

Sykepleien øker!

En annonse i Sykepleien gir i snitt 218.000 eksponeringer og snitt lesetid er på hele 68 minutter! Nettrafikken er høy med ca 20.000 besøk, og ca 50.000 sidevisninger per uke.

Sykepleien

KOMPRESJONSSTRØMPER



Øker blodsirkulasjonen!

**Inntil 30% hurtigere
restitusjon!**

Xwear.no



Dør ute

Les mer om:

28 Forbedret praksis ›

32 Samtalepartnerne ›

36 Alene på øya ›

40 Når influensaen blir dødelig ›

Tekst **Eivor Hofstad**
eivor.hofstad@sykepleien.no

Verdens byrde av sykdom

I desembernummeret av Lancet ble de første artiklene fra den store Global Burden of Diseases Study 2010 publisert. Nesten 500 forskere, 302 institusjoner, 50 land (Norge inkludert) har samarbeidet om prosjektet som første gang ble gjort i 1990. Tallene som kom nå for 2010, har gitt en unik database som lar oss se forskjellene i folkehelsen for 20 år siden og i dag. Noen tall går også lenger tilbake.

Det store bildet viser at verden har blitt betydelig eldre. Menneskene lever lenger, men flere har nedsatt funksjonsevne på grunn av sykdom eller ulykke. Psykiske helseplager, smerter og skader hindrer folk i å ha et optimalt liv. Fedme og høyt blodsukker har erstattet mangel på mat som ledende risikofaktor for sykdom og for tidlig død.

Les mer:
www.healthmetricsandevaluation.org



Sunn AMERIKANSK overvekt?

Overvektige med en BMI mellom 25 og 29,9 har 6 prosent mindre risiko for å dø tidlig enn de som har en såkalt sunn vekt (BMI mellom 18,5 og 25). De med lavere grad av fedme (BMI mellom 30 og 35) dør ikke oftere tidlig enn de som har en sunn vekt. Dette er noen av de oppsiktsvekkende funnene i en amerikansk studie nylig publisert i Journal of the American Medical Association (JAMA). Det er en meta-analyse som har sett på 97 studier, med nesten tre millioner mennesker inkludert.

I Storbritannia har studien blitt heftig debattert, og det mangler ikke med kritiske kommentarer. Blant annet blir det hevdet at mulige forklaringer kan være at overvektige får raskere medisinsk behandling, slik som kolesterolsenkende og blodtrykksregulerende midler, og at overvektige tåler lettere å bli alvorlig syk på sykehus.

– Har du noen gang sett en 100-åring som er overvektig? Svaret er at det har du sannsynligvis ikke, sa professor John Wass, visepresident i Royal College of Physicians, på et møte i foreningen 1. januar.

Førsteforfatter Katherine M. Flegal ved National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention i

Maryland, har også i 2005 og 2007 publisert lignende studier og sa i et intervju i 2010 at endepunktet «dødelighet av alle grunner» (over all cause mortality) er et veldig butt instrument.

– Det er vanskelig å ikke gå videre enn de dataene, å ikke prøve å overtolke det vi har. Dette er kun en faktarapport med data om den amerikanske populasjonen. Den sier ikke noe mer enn det, sa hun den gangen.

Kilder: Science Watch, BBC og JAMA

DANSK rekordforbruk av antipsykotika

Fra 2006 til 2011 steg forbruket av antipsykotiske legemidler i Danmark med 13 prosent. I en internasjonal sammenligning mellom ti europeiske og fire ikke-europeiske land blir Danmarks forbruk bare forbigått av USA. Hvert år starter 16 000 dansker en behandling med antipsykotisk medisin.

Det økende forbruket skyldes ikke at hver enkelt pasient får mer medisin, men en økning av antall medisinerte pasienter, opplyser forskerne bak undersøkelsen.

Kilde: Kristeligt Dagblad



Bekjemper INDISK underernæring



Til daglig jobber Mia Henriksen på Oslo universitetssykehus som HR-konsulent, men hun har nylig hatt en ukes ferie for å jobbe frivillig for FIAN (Food First Information and Action Network). FIAN arbeider for retten til mat, som er en lovpålagt rettighet i India. Halvparten av alle indiske barn er underernærte.

I 2011 besøkte FIAN landsbyen Jalapur, hvor det bor 80 barn. I desember fulgte Henriksen og den norske FIAN-delegasjonen opp med et nytt besøk. Det viste seg at det var blitt ansatt en person som skulle gi

ERNÆRINGSKONTROLL: Mia Henriksen sammen med barn og kvinner i Jalapur: Ms. Munni Devi. Foto: Kristin Kjæret

barna næringsrik mat og undervise mødrene, men personen hadde ikke fått tilstrekkelig opplæring og det manglet bygninger hvor aktivitetene skulle skje. Ordføreren lovt å rydde opp.

– Det er en stor seier. Det er kjempeviktig at det blir en offentlig debatt i India rundt dette. Nå skal de lokale kvinnene følge saken opp i samarbeid med en lokal organisasjon. Samtidig krever FIAN av Departementet for kvinner og barns utvikling at den ansatte i Jalapur skal få opplæring i 2013, sier Henriksen.

Takket være en avtale med Norad har FIAN Norge samarbeidet med FIAN India i snart ti år, noe som har løst flere tilsvarende saker.

Ny jobb-helse-nettside i USA

Sykepleiere og andre klinikere støtter ofte på arbeidsrelaterte helse- og sikkerhetsspørsmål i møte med sine pasienter. I USA har disse nå fått en nettside som skal hjelpe dem med informasjon og linker.

OSHA (occupational safety and health administration) under det amerikanske arbeidsdepartementet, står bak nettsiden. Selv om mye av informasjonen er tilpasset amerikanske regler og forhold, vil det sannsynligvis også være noe for norsk helsepersonell med interesse for arbeidsrelatert helse.

Se mer på nettsiden: www.osha.gov/dts/oom/clinicians/index.html



BRITISK helsepersonell vet lite om kost

Fedme er et økende problem i Storbritannia, men har ikke blitt ledsaget av en økning i utdanningen av helsepersonell om temaet. En spørreundersøkelse blant 145 ansatte i helsevesenet publisert i januar, viste at det står dårlig til med kunnskapene. Generelt estimerte de kalori- og saltinnholdet i ulike matvarer feil, og majoriteten visste ikke hvor mye man må trene for å forbrenne kalorier fra vanlige matvarer, slik som en digestive kjeks, en halvliter øl og en Big Mac-burger.

I Storbritannia lider hver fjerde voksne person av fedme, med en BMI (kroppsmasseindeks) over 30. Noen steder, slik som byene Gateshead i Nord-England og Tamworth i Midt-England, er det nærmere hver tredje. I Norge gjelder dette hver femte voksne person.

Kilde: Nursing Standard



Sagt på Medicinska Riksstämman 2012 i STOCKHOLM:

«Jeg føler jeg går inn i en katonisk tilstand når jeg må lese enda en studie om hvor bra det er å trimme.»

Elizabeth Dean, professor i fysioterapi ved University of British Columbia i Canada.

«Når 2/3 av de psykiatriske pasientene har en BMI over 30, kan vi ta noe annet enn kake til fredagskaffen.»

Lise-Lotte Risö Bergerlind, ordfører i Svenska Psykiatriska Föreningen.

«Livet må handle om noe mer enn å gjøre livet lengre.»

Sykepleier og lederskribent i Dagens Nyheter, Hanne Kjølner.

Unge **NORDMENN** dør

Ifølge Global Burden of Diseases Study 2010 (se annen notis på siden) er de fem ledende risikofaktorene for sykdomsbyrden i Norge først og fremst tobakk, etterfulgt av høyt blodtrykk, fedme, alkohol og høyt plasma glukosenivå.

Norge har lite for tidlig dødelighet, men er dårligere enn gjennomsnittet for land vi bruker å sammenligne oss med når det gjelder uforhet.

Det som er særlig urovekken- deer at Norge hadde færrest som døde blant unge i 20-årene i 1970, mens vi har sunket ned til 15. plass i 2010. Det vil si at det er 14 andre land som er flinkere enn Norge til å ta vare på unge i denne aldersgruppen. Vi har stått på stedet hvil, mens de andre landene har blitt bedre til å holde sine unge i live.

Direktøren ved Folkehelseinstituttet, Camilla Stoltenberg, savner at vi har en mer aggressiv diskusjon rundt akkurat dette funnet.

– Hvorfor har vi gått fra første til femtende plass på mortalitetsratene for denne aldersgruppen? spurte hun da studien ble diskutert på et åpent møte på Litteraturhuset i januar.

Hun ønsker også at Global Burden of Diseases tar i bruk verktøy som kan vise sammenhengen mellom helse og spesielle hendelser i samfunnet, slik som finanskriser, katastrofer og lignende.

NORGE: Har sunket fra første til 15. plass på mortalitetsratene for unge i 20-årene. Foto: Colourbox



Riskhospitalet



Sykepleierutdanningen i Mo i Rana får fornøyde studenter tilbake fra praksisen både på sykehjem og sykehus.

Tekst Eivor Hofstad Foto Elin Alte og Eivor Hofstad

Følger studentene tett ute i praksis

Sykepleiestudent Marit Jacobsen lar temporaltermometeret gli over panna og ned langs tinningene og kinnet på pasient Dag Jørgen Søråa. Hun har sin sjuende uke av totalt åtte i praksis ved kirurgisk avdeling på Helgelandssykehuset i Mo i Rana. Småpratningen deres akkompagneres av morgennyhetene som flimrer over flatskjermen høyt på veggen på dobbeltrommet. Er temperaturen under 36 grader, kan han ikke opereres på grunn av faren for infeksjon.

– 36,1, sier hun og møter blikket og et lite nikk fra lærerveileder Anne Deinboll, som har våget seg ut fra kontoret på skolen og inn på sykehuset.

«Skolen er en god rollemodell.»

Kine Bentzen, studentleder i NSF

Det gjør hun fast en hel dag i uka, når studentene er i praksis. Universitetet i Nordland, Campus Helgeland, har nemlig forbedret veiledningen av studentpraksisen og minsket det berømte gapet mellom teori og praksis.

– Ukultur ved flere skoler

Det er slett ikke alle sykepleierutdanninger som følger rammeplanen som sier at undervisningspersonellet jevnlig skal være til stede i praksis. Noen skoler nøyer seg med en telefon til praksisstedet og spør hvordan det går med studentene.

– Mange studenter melder at de

sjelden eller aldri ser lærere når de er i praksis. Dette er en ukultur ved flere høyskoler og universiteter, sier leder av NSF Student, Kine Bentzen.

Hun mener finansieringsmodellen bidrar til dette, med økt studentmasse uten økt lærertetthet.

– Det er positivt å se at studentene i Mo i Rana får den oppfølgingen og veiledningen de har krav på. Forhåpentligvis vil andre strekke seg etter denne modellen, til tross for at ressursene er knappe. Skolen er en god rollemodell for andre utdanningsinstitusjoner, sier Bentzen.

Blodpropp var koldbrann

På kirurgisk avdeling er trailersjåfør Søråa varm nok til å bli operert i foten. Han var uheldig da han skulle forsøke å redde en diger last med melk som gikk over ende da han trillet det høye stålstativet over ujevnt underlag. Metalltet skar seg dypt inn i leggen, og han havnet på sykehuset i Mosjøen. Der fikk han antibiotika mot infeksjon, men såret ville ikke gro.

– Foten var så opphovna at de trodde jeg hadde fått blodpropp. Såret var 10 ganger 12 centimeter og gikk minst inn til hovedpulsåra. Først etter fire kontroller, 19 dager etter ulykka, sendte de meg hit. Her så de med en gang at det var koldbrann, forteller Søråa og hekter på et matt smil.

Sårstell

Lærerveileder Deinboll ber Marit Jacobsen se på såret.



KLAR: Pasient Dag Jørgen Søråa forteller sykepleierst



udent Marit Jacobsen og lærerveileder Anne Deinboll at han er klar for sin sjuende operasjon i foten. I bakgrunnen forsøker en sykepleier å få skikk på sårpumpa som ikke suger ut sårsecretet som den skal.

Vanligvis er lærerveilederne mer forsiktede med å blande seg inn i stell og behandling, men Deinboll kjenner sykehuset og har rutinene i fingrene. Hun tar vakter ved intensivavdelingen ved siden av lærerjobben.

Student Jacobsen må rive opp det digre plasteret som ligger over og i god omkrets rundt såret.

– Nå får du føle hvordan damer har det når vi må vokse leggene, sier hun og smiler oppmuntrende til pasienten.

«Samarbeidet gjør at det blir en vinn-vinn-situasjon.»

Praksisleder Øyvind Christiansen

- Au!
- Gjør det vondt i såret eller der jeg river?
- Der du river.
- Det må du nok tåle, kommenterer Deinboll og spør Jacobsen om hun kan se noen utvikling i såret.
- Det har blitt mindre mens jeg har vært her. Og jeg har lært hvordan koldbrann ser ut. Jeg trodde først det svarte i midten bare var død hud, sier hun.

Avverger frustrasjon

Deinboll avslutter dagene på sykehuset med et møte med de sju studentene og de to hovedveilederne på avdelingen som har hver sin gruppe studenter.



POPULÆRE STUDENTER: Lektor Aase Møllersen og studie- og praksisleder Øyvind Christiansen er fornøyd med at det nå har blitt mer rift om studentene blant sykehjemmene i kommunen. Foto: Eivor Hofstad

Da diskuteres faglige eller personlige utfordringer. Det som tidligere kunne utvikle seg til frustrasjon hos studentene om forskjell mellom teori og praksis, blir nå tatt opp på et tidligere stadium og løst. I tillegg må studentene levere ukas refleksjonsnotat som skal handle om en situasjon som har vært positiv eller utfordrende.

Ved å være til stede får lærerveilederne mer føling med hvordan studenten gjør det i praksis, samtidig som de

ansatte på praksisstedet lettere kan ta kontakt.

– Anne skal jo evaluere oss. Derfor er det viktig at hun får se oss i praksis selv og ikke bare får høre det fra de ansatte her, sier student Jacobsen.

– Jeg har vært kontaktsykepleier i det gamle systemet før jeg ble lærer, og da var terskelen stor for å ringe en lærer dersom det var noe som ikke fungerte så bra, sier Deinboll.

Også ved sykehjemmene

Lektor Aase Møllersen ved Campus Helgeland opplyser at de også har innført ny veiledningsmodell for studentene i sykehjemspraksis. Det startet med at hun ønsket å gjøre noe med misnøyen som kom fra sykepleierstudentene i sykehjemspraksisen.

– Det ble spesielt sterkt å høre en student som opprinnelig kom fra Kongo si akkurat det samme som de norske studentene. Når hun også var misfornøyd, tenkte jeg at det var på tide å gjøre noe. Sykehjemsjobbing krever jo egentlig ganske spesialisert kunnskap innen geriatri, og burde være en stor faglig utfordring for studentene, sier Møllersen.

Nå er det slutt på den negative omtalen. I 2007 la de om, i første omgang på Gruben sykehjem. Møllersen samler opp de 14 timene som utløses for veiledning av hver student, slik at det til sammen blir en dag i uka for fire studenter i løpet av hele praksisperioden. På den måten slipper hun å kjøre rundt fra sykehjem

til sykehjem som hun måtte før. Det blir mer ro rundt veiledningen. Hun avslutter også dagen med møter slik Deinboll gjør det på sykehuset.

Studie- og praksisleder Øyvind Christiansen forteller at før ville ikke sykehjemmene ha studenter, men nå ser de muligheten både for rekruttering og fagutvikling.

– Før hadde vi praksissteder ved mange sykehjem. Men ved at vi nå har samlet studentene på færre avdelinger, med flere på hver avdeling, har det plutselig blitt rift om studentene. Det synes vi er positivt, selv om de sykehjemmene som dermed ikke får studenter kanskje vil synes det er en ulempe, sier han.

Sykehjemslegen må skjerpe seg

Distriktsleder for Område Øst ved Gruben sykehjem, Marit Sviggum, bekrefter at de ser en rekrutteringsmulighet i studentene.

– Vi har satset på studentene. Alle ansatte ble opplært i å veilede. Nå har vi en helt annen dialog og kan diskutere små saker med Aase når vi treffer henne i gangen. Vi lærer litt nytt ved å ha så tett kontakt med utdanningen, dessuten trenger både vi og de tilbakemeldinger, sier hun.

Til og med sykehjemslegen har merket en forskjell til det bedre.

– Hun sier studentene stiller mer spørsmål nå, så hun må virkelig skjerpe seg, sier Sviggum.

Studentene må også lage undervisningsopplegg for de ansatte. Ved en avdeling førte det til at munncygiene ble forbedret og satt i system.

– Dette er fagutvikling i praksis. Samarbeidet gjør at det blir en vinn-vinn-situasjon både for praksisfeltet og for studentene, sier praksisleder Christiansen.

Frikjøpte kontaktsykepleiere

Kontaktsykepleierne både på sykehus og sykehjem er frikjøpt. Tidligere hadde de såkalt en-til-en-veiledning av en sykepleier per student på praksisstedene. Det var mye belastning på hver enkelt sykepleier, som skulle gjøre dette i tillegg til alle andre oppgaver. Dessuten var det et sårbart system. Ble personen syk eller var kjemien dårlig mellom sykepleieren

og studenten, kunne praksisutbyttet for studenten være sparsomt.

Morten Jensen er tredjeårsstudent og NSF's studentleder for Nordland fylke. Han er kjempefornøyd med sin praksis i Mo i Rana.

– Kontaktsykepleierne opplever det mindre belastende å være frikjøpt. De kan ta med seg studentene og gå i møte, hvis det trengs. Vi er ingen ekstra ressurs, vi får være studenter og får dermed et bedre læringsmiljø.

Jensen opplever det nye systemet som mindre sårbart, og han føler seg både sett og hørt av skolen.

– I det gamle systemet hadde jeg følt meg som en gratisarbeider, sier han.

Praksisleder Øyvind Christiansen er enig i at frikjøpingen av kontakt-

sykepleieren er et viktig stikkord for suksess. Pengene kom opprinnelig fra samarbeidsmidler fra Universitetet, men nå har de i samarbeid med kommune og sykehus funnet frem til nye løsninger. Hvis en sykepleier ringer seg syk en dag, er det flere sykepleierstudenter der som gjør at man slipper å leie inn ekstra. Dermed frigjøres penger til kontaktsykepleieren som kommer studentene til gode.

– Vi er en ressurs, men skal ikke utnyttes som det, sier studentleder Jensen.

– Vi har diskutert dette med alle parter og røyket ut mistenksomheten rundt det. Nå har vi et tillitsforhold til kommunen og sykehuset, sier Christiansen.

– Vi har hatt mange møter med

kommunen som har vært veldig samarbeidsvillig. Veien blir til mens vi går, sier Aase Møllersen.

Sjuende operasjon

Inne hos pasient Søråa er sårskiftet snart ferdig. Forhenget mellom ham og nabopasienten er trukket for mens naboen spiser frokost. På enden av senga til Søråa henger et skilt med ordet «faster» på. Forhåpentligvis trilles han snart inn for sin sjuende operasjon i foten. Nå har han slitt med såret og koldbrannen i to måneder.

– De sier jeg skal bli bra, men det kan ta tid, sier trailersjåføren som lærte sykepleierstudent Jacobsen hvordan koldbrann egentlig ser ut. ■■■

eivor.hofstad@sykepleien.no



TEMPERERT: Sykepleierstudent Marit Jacobsen konstaterer ved hjelp av temporaltermometer at Dag Jørgen Søråa er varm nok til å opereres.

Flere pasienter fra andre land skaper behov for andre å betro seg til enn sykehuspresten.

Tekst og foto Zahir Athari

Samtalepartnerne

Samtalepartnerne

Består av 24 personer som kommer fra følgende tros- og livssynssamfunn:

- › Den katolske kirke
- › Islam (arabisk, urdu, punjabi, berbisk, bosnisk)
- › Det norske baptistsamfunnet (tamilsk)
- › Buddhistsamfunn (Karma tashi ling) (vietnamesisk, fransk)
- › Human-etisk forbund
- › Venneses samfunn kvekerne
- › Bahá'í-samfunnet
- › Norges Hindu kultursenter (tamilsk)
- › Den evangelisk-lutherske frikirke (japansk)
- › Metodistkirken
- › Kristensamfunnet
- › Sikhismen (hindi, punjabi)

Kilde: Oslo universitetssykehus

Hun haster med store skritt fra post til post på gastromedisinsk avdeling for å få en pasient å snakke med om prosjektet. Etter flere forsøk i de lange korridorene og med de travle helsearbeidere, kommer endelig en høy, hvitkledd norskafrkaner med rastaflettet hår. Han viser rommet til en pasient som har sagt ja til å få besøk. Ambreen Pervez takker ham med et dypt åndedrag før hun går inn i rommet.

Pervez koordinerer prosjektet «Samtalepartnerne». Hun har mastergrad fra England i «Community studies» med fokus på chaplaincy og interfaith work.

I dag har prosjektet informasjonsdugnad på Ullevål sykehus.

Tilstede

Med sitt asiatiske ansikt innrammet av et rødt skaut setter Pervez seg på stolen ved siden av sengen. Med store, østlige øyne ser hun varsomt på kreftpasienten May Aamodt Gomez (70) i senga: etnisk norsk, blondt hår, blå øyne.

sjeftet Samtalepartnerne.

I prosjektets brosjyre, som er tilgjengelig på fem språk, står det «Trenger du en å snakke med? Nå tilbyr OUS samtalepartnerne fra ulike tro og livssyn, i tillegg til den ordinære sykehusprestetjenesten.»

– Vi samtalepartnerne er tilstede hvis en pasient ønsker å snakke med noen om eksistensielle spørsmål, om sitt åndelig behov eller bare ønsker å dele sine bekymringer og ensomhet med en som har taushetsplikt og kan snakke på pasientens morsmål, smiler Pervez stort.

Med noen brosjyrer på fanget er hun vendt framover og lytter til pasienten med hele seg.

– Jeg har en stor og snill familie og mange venner, derfor fikk jeg mye besøk og meldinger da jeg ble innlagt på sykehuset. Jeg er heldig, sier Gomez lavmælt med noen pauser innimellom.

– Prosjektet er kanskje ikke for meg, men for dem som ikke har mange gode hjerter rundt seg. Veldig bra prosjekt,

livssynsminoriteter, men norske helseinstitusjoner har ingen systematiske tiltak for å tilsvare dette mangfoldet.

Ifølge Statistisk sentralbyrå har 28 prosent av Oslos befolkningen innvandrerbakgrunn.

I 2011 tok STL og OUS initiativet til prosjektet Samtalepartnerne. Så ble prosjektet startet i januar 2012 etter at 24 samtalepartnerne hadde blitt kurset ved Det teologiske fakultetet, Universitetet i Oslo.

Men er tilbudet virkelig nødvendig?

– Misjonerer ikke

«Dersom livssynsminoriteter opplever at de ikke blir møtt med et likeverdig tilbud i sykehus og fengsler, kan dette oppleves diskriminerende og provoserende.» skrev Pervez og forsker Inger Furseth i kronikken «Privilegiet kun for de kristne?» i Aftenposten i mai 2012.

– Målet er at prosjektet blir en fast ordning slik det er i andre land som

«Imamene er ikke noe mystisk» Muhammad Bouras, imam



IKKE MISJONÆRER: Imam Muhammad Bouras i Islamsk råd vil berolige de som er skeptiske og tror at samtalerne vil bli brukt til misjon.

Hun har spyttkjertelkreft, ble operert på Rikshospitalet og nå venter hun på cellegiftbehandling her på Ullevål. De hilser på hverandre.

En hvit engel med et stor rødt hjerte står på hylla i veggen foran senga.

– Så vakker denne engelen er.

Pervez peker på hylla.

– Det er en gave fra barnebarnet mitt. Jeg har ni barnebarn, vet du, forteller May Aamodt Gomez reservert.

Ambreen Pervez introduserer pro-

smiler hun med lukket munn.

Å åpne sitt hjerte tar tid. Det gjør hun, men litt senere.

Mange innvandrerpasienter

Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn (STL) satte ned et arbeidsutvalg i 2004. I 2009 kom organisasjonen med rapporten «Livsfaseriter: religion og livssynspolitiske utfordringer i Norge.» Rapporten viste at hver femte pasient på sykehusene i Oslo tilhører

USA, UK og Danmark. Det var på tide at vi også kom i gang i Norge, sier hun med et glimt i øyet.

Da prosjektet startet, kritiserte organisasjonen Likestilling, integrering og mangfold (LIM) imams rolle i prosjektet og advarte mot «avsekularisering av samfunnet og segregering av befolkningen basert på religion identitet.»

«Jeg er positiv til samtalepartnerne som pasienter selv etterspør. Tilbudet



VIL NÅ ALLE SKIFTENE: Ambreen Pervez vil informere alle de ansatte om prosjekt «Samtalepartnere». Kveker Marit Kromberg og humanetiker Morten Fastvold følger med.

må ta utgangspunkt i hva pasientene ber om, slik skaper vi likeverd» skriver leder i LIM, Tina Shagufta Kornmo i en e-post til Sykepleien.

Samtalepartner imam Muhammad Bouras inviterer LIM til dialog ansikt til ansikt.

– Imamene er ikke noe mystisk, sier han og lener seg bakover ytterst på en kontorstol med vippefunksjon på Islamsk råds kontor i Rabita-moskeen.

– Selvsagt besøker vi pasienter når de ønsker det, ikke for å misjonere, men for å lytte til dem. Ofte snakker vi om eksistensielle spørsmål hvor religionen forsvinner og det som står igjen er menneskelighet og medmenneskelighet, sier han.

– Hva gjør deg mest fornøyd med prosjektet?

Han vender seg framover med et åpent ansikt.

– Det er en anerkjennelse av islam som en del av norsk kultur og en av flere norske religioner. Jeg er jo norsk, sier den norsk-marokkanske imamen iført dress og slips, som har bodd i Norge i 40 år.

Det ser ut som at alle trosminoriteter oppfatter dette prosjektet som en anerkjennelse av deres tro i det norske samfunnet.

– Meget positivt og inkluderende prosjekt, sier samtalepartner Pulendran Kanagaratnam.

Han står mellom et titall guder i forskjellige størrelser, farger og form i det kunstneriske hindutemplet på Ammerud. Stearinlysduft fyller rommet.

– Det viktige er ikke bare at vi tilhører en minoritetstro, men at vi også har kunnskap og kvalifikasjoner til å være samtalepartnere. Jeg kan også være samtalepartner for en pasient med en annen tro, sier han mens han henter et beger med pulver og andre ingredienser for å lage den kjente hinduistiske pannemerke (Tilaka).

Men prosjektet er mer flerdimensjonalt enn det som er synlig på overflaten.

Likeverdige

Tove Strand, viseadministrerende direktør ved Oslo universitetssykehus, er opptatt av menneskerettighetsaspek-



tet i dette prosjektet. Hun mener det er på tide at Norge tilpasser helsevesenet til det flerkulturelle samfunnet.

– Norge i 2012 er noe annet enn Norge i 1980. Hvis vi gir et tilbud, må vi gi det på et likeverdig grunnlag.

Tove Strand drikker morgenkaffen på kontoret sitt og ser bort på hyllene som er fulle av skulpturer fra forskjel-

MELLOM GUDENE: Samtalepartner Pulendran Kanagaratnam, her i hindutemplet på Ammerud, mener prosjektet er meget positivt og inkluderende.





POSITIV: Tove Strand, viseadministrerende direktør ved Oslo universitetssykehus, var tidlig ute med å lansere alternativer til sykehuspresten.

lige land: en gudinne fra Brazil, tenkeren fra Mosambik og kvinne-harpe fra Myanmar.

– Prestetjenesten er ikke dekkende for alle med etnisk norsk bakgrunn heller. Jeg er humanist, for eksempel, og vil helst snakke med en humanetiker eller en filosof dersom jeg skulle få behov for en samtalepartner om eksistensielle spørsmål.

Tonen gir assosiasjoner til 70-tallets kvinnekamp, sterkt og energisk. Da Tove Strand var assisterende direktør ved Rikshospitalet (1982-1986), klistret hun en notis i sykehusheisen: «Hvis du vil snakke med en humanetiker, ta kontakt: telefon», et lite opprør mot sykehusprest som eneste samtaletilbud og tjeneste.

Statskirke

Kveker og samtalepartner Marit Kromberg lyder kritisk når hun snakker om hvordan Den norske kirke som statskirke gjennom historien behandlet andre kristne trossamfunn i Norge, og hva det har ført til.

– Den lutherske tolkningen har fått en veldig dominerende rolle i vår kultur i møte med andre tolkninger av kristendommen, sier hun og skyver de ovale, rammeløse brillene litt opp.

Hun tror det derfor er viktig at samtalepartnere utenfor den ikke-lutherske tolkning representeres i prosjektet.

– Men det betyr ikke at vi i dag konkurrerer med Den norske kirken. Vi samarbeider på et likeverdig grunnlag.

Hun prøver å snakke høyere i den støyete kantinen til akuttmottaket på Ullevål. Filosof og humanetiker Morten Fastvold, som sitter på andre siden av bordet, nikker bekræftende.

Mens intervjuet fortsetter, avdekkes stadig flere usynlige aspekter i prosjektet.

Kropp og sjel

Morten Fastvold er en av fire samtalepartner som representerer Humanetisk forbund i prosjektet. Han har innvendinger til hele det etablerte synet på helse og sykdom.

– Vi har i dag en tendens til å betrakte et sykehus på linje med et bil-

verksted, der kroppen vår kan «fiks» på når vi har fått noe «rusk i maskineriet». Den rådende biomedisinske modellen nører opp om et slikt syn. Men menneskets fysiologi er ingen maskin. Vi har både kropp og sjel, der det sjelelige spiller inn, ikke minst når vi er syke. Derfor må den sjelelige faktor tas hensyn til i en behandlingssammenheng, forklarer Fastvold.

Han filosoferer videre om at teknologi kan holde menneskets kropp i live, ikke menneskes sjel.

– Derfor er prosjektet Samtalepartnere så viktig, fordi vi sørger for den andre delen, sinn og sjel, understreker han.

Her får han støtte av kveker Kromberg.

– Menneskekroppen har også selvhelbredende evner som kan spille sammen med den medisinske behandlingen. Hvis et menneske kan dele sine bekymringer og få glede og håp i et fellesskap med andre, vil selve håpet styrke de selvhelbredende evnene, sier hun.

Men det fellestrekket som alle er enige om er at medmenneskelighet er det viktigste.

Fastvold sier at omtanke for andre mennesker meget vel kan begrunnes sekulært også, slik den ateistiske og humanistiske dikteren Arnulf Øverland (1889-1968) skrev: Det at du gleder en annen, det er den eneste glede.

Kromberg nikker og legger til at et hvert menneske kommer til å bli ensomt og sykt en eller annen gang i livet, og da trenger vi noen som kan dele sorgen med oss, og derfor er solidaritet helt grunnleggende.

– Denne gangen deg, nesten gang meg, uttaler hun rytmisk, som om hun leser et dikt.

Møtet mellom Pervez og kreftpasienten Gomez under informasjonsdugnaden er et slående eksempel på det Kromberg sier.

Vi trenger hverandre

Ambreen Pervez hører med noen korte svar på kreftpasienten Gomez og lar henne fortsette. Hun som var litt tilbakeholden først er i ferd med å åpne seg helt nå:

– Vet du, en spansk mann, to hun-

der og 22 kanarifugler venter på meg hjemme.

Hun tar en lang pause. Kanskje ikke for å huske noe, men for å si noe viktig, noe tungt.

– Det er første gang i hele mitt liv jeg har vært syk.

Pause igjen. Smilet avblomstrer.

– Jeg var frisk hele livet.

Pause. Røsten skjelver. Noe knuses innerst i henne? De harmoniske rynkene på et ansikt som fortsatt har mye av skjønnhet, blir dypere. Kanskje hun ser livet passere revy?

Pervez trekker stolen nærmere, klapper på hennes underarm. Ingen sier noe.

– Ja, livet er sånn, mumler Gomez.

Tårene renner sakte nedover i rynkene, sorgens bekker i livets spor som glitrer litt under blekt lys fra vintervinduet. Hun gjemmer ansiktet med begge håndflater. På venstre hånd er en venekateter festet med bandasje, og på høyre hånd er det sorte merker etter et tidligere venekateter. Hun har vært lenge under behandling.

Hun vibrerer. Uten lyd.

Pervez reiser seg, legger brosjyrene på stolen, kjemper for å holde tårene tilbake, bøyer seg helt ned, klemmer henne, som en datter sin mor.

– Men det er ikke bare frykt som finnes, det er også håp, hvisker hun med skjelvende røst.

Utfordring

Fram til nå har prosjektet hatt rundt 50 samtaler. Samtalepartnerne er selv ikke fornøyd med det. De mener det skyldes at verken pasienter eller helsepersonell vet om prosjektet. Derfor er de ute på informasjonsdugnad i dag.

På gastromedisinsk avdeling, post 2 hører sykepleieren Ida Karoline Edvardsen (24) med korslagte armer og alvorlig ansikt på samtalepartnerne Fastvold og Kromberg. Etter noen minutter åpner sykepleieren gradvis både ansiktet og armene.

– Takk skal dere ha for informasjonen. Et veldig bra prosjekt, det trengs, smiler hun vegg til vegg mens hun tar imot prosjektets brosjyrer til slutt.

Pervez sier at å informere alle avdelinger på sykehusene er en stor ut-



TÅRER: Møtet med kreftpasient May Aamodt Gomez blir tårevått. Pasientenes historier gjør dypt inntrykk på Ambreen Pervez, prosjektleder og selv samtalepartner.

fordring fordi helsepersonell jobber i skift. En må gå mer enn tre ganger på en avdeling for å få informert alle ansatte.

– Det er ikke en rutine for helsepersonell å spørre pasienter om de ønsker å snakke med noen, og det kommer til å ta tid før det blir det, sier Pervez.

Møtes med respekt

Pervez sitt kontor ligger i seksjon for likeverdig helsetjenester på OUS. Bak døra står det et skilt med velkommen på 24 språk. Klokken er fire. Pervez har en halvspist kjeks i hånden, hun hadde ikke tid til lunsj. På veggen over hennes skrivebord står det «Kake er alltid halal».

Hun sier at samtalen med kreftpasienten tidligere på dagen var litt tung, og at slik er mange andre samtaler også, hvor hun blir lei seg av livets skjørhet og menneskets lidelser.

– Det viktigste er likevel å møte pasienten med respekt og ydmykhet og høre på hennes sårbarhet, engstelser, frykt, håp og behov, sier hun.

Ifølge henne blir en pasient isolert fra

resten av samfunnet når hun blir innlagt på sykehus, uavhengig om de har stort nettverk ute eller ikke. Derfor blir behovet for å snakke med noen større og større over tid.

– Men det er også mange som kommer fra vanskelige kår og som ikke har familie og nettverk her, for eksempel asylsøkere. Pasienter som er alene, trenger aller mest å snakke med noen, understreker hun.

Pervez forteller videre at hun ofte

tenker på pasienter hun har hatt samtaler med, og det får henne til å vurdere grensen mellom jobb og privatliv.

– Jeg tror nok at jeg tar med pasientene videre og ikke minst samtalen. Noen av pasientene jeg har snakket med er døde, mens andre lever. Jeg kan ikke legge dem bak meg, de blir en del av meg og lever videre i mine tanker,

sier hun noe mellom trist og taketfull.

– Hva er det beste under en samtale?

– Når pasienten begynner å puste roligere og det glimter av lysstråler i pasientens øyne igjen. Da føler jeg meg i mål. Gleden kan ikke måles med noe da, smiler hun.

I tillegg til informasjonsdugnaden har Pervez hatt individuelle oppfølgingsmøter med samtalepartnere om det året som har vært. Derfor er det fortsatt flere møter til som hun skal ha

**«Vi har både kropp og sjel, der det sjel-
lige spiller inn, ikke minst når vi er syke.»**

Morten Fastvold, filosof og humanetiker

i dag. Men hun gleder seg til å gå tilbake til kreftpasienten May Gomez i morgen.

– Jeg burde ikke avslutte så brått i sted. Vi var ikke ferdige, men jeg måtte løpe tidsnok til oppfølgingsmøtene. Jeg vil tilbake til henne igjen i morgen, gjentar hun. ■■■

redaksjonen@sykepleien.no

På isolerte øyer i Stillehavet styres hele helsevesenet av sykepleiere med spesialutdannelse: Medisinske assistenter.

Tekst og foto Georg Mathisen

Alene på øya

Kiribati

Kiribati ligger midt i Stillehavet. Landet består av 33 atoller og øyer. Største øy er Kiritimati, eller Christmas Island, som den opprinnelig ble kalt.

Sykepleiere i Kiribati studerer i tre år på hovedatollen Tarawa. Der er det også spesialutdannelse for jordmødre og for medisinske assistenter. De medisinske assistentene er sykepleiere som får ett års tilleggsutdannelse etter at de er ferdige med det vanlige, treårige sykepleierstudiet.



Afrika er lukt. Kiritimati er lyd. Første gangen du besøker et varmt land i den tredje verden, er luktene det som overvelder deg. Krydder. Støv. Sjøppel. Svette fra mennesker som åpenbart har spist noe annet enn frossenpizza, sommerkoteletter og melk.

Med mindre tredje verden-besøket skjer midt i Stillehavet.

Også de idylliske sydhavsøyene består først og fremst av forfalne bølgeblikkskur og mennesker uten annet enn noen trestammer og palmeblader til å beskytte seg mot været. Omtrent som Afrika. Forskjellen er at mange av luktene er blåst på havet. Til gjengjeld lever du med lydene hele tiden.

Veien til sykehuset er en kakofoni. Først bølgenes jevne dur og sot-ternenes skrålning. Så hardcore technomusikk som får hele minibussen til å riste mens passasjerene prøver å finne plass til å lene bakenden mot noe som en gang var et sete, men som aldri ble reparert fordi musikkanlegget la beslag på hele vedlikeholdsbudsjettet.

London, Kiribati

Det eneste som låter omtrent som i Europa, er venterommet. Riktignok står dører og vinduer åpne for å slippe inn vinden, og riktignok er plakaterne som advarer mot ubeskyttet sex og ensidig kosthold, preget av fremmed språk og fremmed design. Men nesten-stillheten, pasientene som ser

i gulvet og venter, bare avbrutt av en tøflende innlagt eller en målbevisst sykepleier som skrider gjennom rommet, får en europeer til å føle seg omtrent som hjemme, selv etter over 30 timers flytur.

Det er her Arote Uriam arbeider. På sykehuset i landsbyen som en gang ble døpt London, fordi den lå rett over kanalen fra Paris, men som nå heter Ronton fordi L og D ikke finnes i det kiribatiske alfabetet. Herfra bestyrer hun et helsetilbud der spesialutdannede sykepleiere har det meste av det daglige ansvaret.

Sot-ternene, de cerutt-røykende, unge minibussdiskjockeyene og Ronton-sykehuset finner du på Kiritimati, tidligere Christmas Island. Sammen med Fanning, Washington og åtte ubebodde atoller utgjør den en av verdens lengste og mest avsideslig-

gende øygrupper – Line Islands, som altså er en del av staten Kiribati (se faktaboks). Hit til Kiritimati har ikke innenriksflyene lang nok rekkevidde til å komme, og den eneste forbindelsen med omverdenen er et ukentlig fly som mellomlander på vei fra Fiji til Hawaii.

«Minileger»

Arote Uriam er sjefsykepleier for hele Line Islands. Det betyr at i tillegg til å lede sykepleierne på øyenes eneste sykehus – med ti sengeplasser pluss en fødestue – har hun ansvaret for hele helsetilbudet på Fanning og Washington.

Det er det nemlig sykepleiere med spesialutdannelse som driver. Etter sykepleierstudiet tar de et ekstra år, blir medisinske assistenter, og kan komme til å få ansvaret for en hel øy og noen tusen innbyggere.



LEVDE AV FISK: Tradisjonelt har folk på Kiritimati kunnet ro ut etter fisk i enkle farkoster.



MED PENGER FRA VENNER: Den nybygde fødeavdelingen er det en privatperson i USA som har samlet inn midler til.

– Vi snakker om dem som «minileger», smiler Arote Uriam.

Gjennom en korridor, forbi et arkiv der pasientmappehyllene omgir en sofa i tilfelle behov for et ekstra konsultasjonsrom, innom en besøkende fisker som har brukket beinet, ut bakhjør og inn en ny dør, har sjefspsykeleieren kontor. Det bærer preg av at hun har mer og viktigere jobb andre steder. Men klemt inn på kontoret, sammen med noen hvitevarer som venter på et nytt hjem, har hun det eneste stedet hun kan ta imot en besøkende som ikke feiler noe som helst annet enn litt midlertidig øresus fra siste tur med hiphop-Hiacen.

Annenhver måned

Hvis du spør Uriam hvordan «minilegene» løser de alvorligste situasjonene, sliter hun med å finne et godt svar.

– Hvis noen må evakueres og ha hjelp av spesialister? Vel, da er det bare å håpe at det er en båt i nærheten. De vanlige frakterutene pleier å gå annenhver måned, sier hun.

Fra begge øyene er det et drøyt

døgn med båt i godvær – dobbelt så mye hvis været er dårlig og sjøgangen høy. Arote Uriam vil heller snakke om hvordan norske øyer ordner helsetilbudet sitt.

– Jeg er overbevist om at vi ville ha utbytte av å kunne utveksle kompetanse med norske sykepleiere. Dere har erfaring med helsevesen på øyer og i avsidesliggende strøk der pasiente-

er bygd av en amerikansk ingeniørbataljon. Røntgenavdelingen er satt opp for japanske bistandsmidler, og den nybygde fødeavdelingen er donert av en amerikansk privatperson.

Ulovlig spisegjester

Kjøkkenet, derimot, har ingen av dem donert. I bakgården sitter fem-seks kvinner og noen barn. De skvetter

«Hvis noen må ha hjelp av spesialister? Vel, da er det bare å håpe at det er en båt i nærheten.»

Arote Uriam, sjefspsykeleier

ne noen ganger må fraktes til sykehus langt unna. Kanskje kan det også være noe av det vi gjør som er interessant for norske sykepleiere? lurer Uriam.

Og om myndigheter eller organisasjoner i Norge skulle ha bistandsmidler å komme med, så er selvsagt de også velkomne. Sykehuset i Ronton

til når Arote Uriam kommer ut en bakhjør og ser dem. De har lov til å være her; de har pårørende som er innlagt. Kokekarene og matposene deres, derimot, skal egentlig ikke slippe inn. Men sjefspsykeleieren og kollegene ser gjennom fingrene med det provisoriske kjøkkenet.





ØYRIKE: Kiritimati er verdens største koralløy. Den stikker ikke mange meterne over havflaten. Fra de fjerneste landsbyene er det ingen enkel jobb å komme seg til sykehuset.

Egentlig skal de pårørende komme med mat hjemmefra til pasientene. Men Kiritimati er verdens største atoll, og fra landsbyen lengst unna er det ikke mulig å komme frem og tilbake på dagen med mindre man har egen bil. Dermed er det ikke til å unngå at bakgården blir gjesterom med kokemuligheter.

– Det blir dyrt for familien til pasienten å være her. Derfor er det mange som vil raskere hjem og prøver å over-

tale legen til å la familien ta ansvaret for behandlingen, forteller Uriam.

Forebygger

Sykepleierne gjør også tjeneste som helsesøstre. På Kiritimati er det egne sykepleiere som har ansvaret for å reise rundt på skolene, undervise og drive forebyggende helsearbeid.

– Vi har slitt med mye tuberkulose. Den er ennå ikke helt utryddet, men

nå er det ikke mye igjen av den. Nå er det hiv/aids og hepatitt som vi først og fremst arbeider for å forebygge og bevisstgjøre om, forteller Arote Uriam.

Det forebyggende arbeidet skjer på skolene, men i tillegg legger hun og kollegene stor vekt på å forklare pasienter som oppsøker dem, hvordan de og familien bør legge om vanene etter behandlingen.

Ernæringen er også et tilbakeven-



ISOLERT: Arote Uriam leder sykepleierne på tre av verdens mest isolerte øyer – to av dem uten lege og med en spesialutdannet sykepleier som ansvarlig for hele befolkningen. Ti sengeplasser er det på sykehuset i Ronton – her ser Arote Uriam til pasient Sin Hyun Jae.



KOMMER LANGVEISFRA: I bakgården på sykehuset i Ronton har pasientenes pårørende slått seg til med ulovlig kjøkken.

dende problem. Farvannene rundt Kiritimati er usedvanlig rike på fisk. Men fisk og ris holder ikke i lengden. – Selv om alle får nok fisk, så er det bare de som tar seg bryet med å dyrke selv, som får nok frukt og grønnsaker. Papaya og gresskar kan vokse overalt, og er viktige vitaminkilder. Men det er ikke alle som har tilgang på dem likevel. Dermed sliter vi med at folk jevnt over ikke får et balansert kost-

«Vi har slitt med mye tuberkulose. Den er ennå ikke helt utryddet.»

Arote Uriam, sjefsykepleier

hold, forklarer Arote Uriam.

Bakgårdsslektningene setter risen på kok, Uriam haster videre for å rekke ettermiddagens møte med de eneste legene i tusenvis av kilometers

omkrets, og venterommet er fremdeles preget av trykkende stillhet. Men rett utenfor døren venter lyden av Kiritimati: Tidevann, terner og techno. ■■■
redaksjonen@sykepleien.no

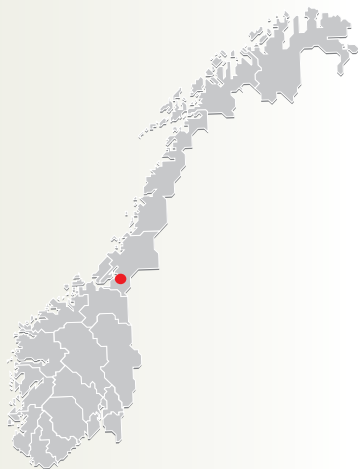
Svineinfluensautbruddet som allerede har tatt liv, skremmer folk. Men vår tids

Tekst **Terje Carlsen**

Når influensaen

Spanskesyke

- › Spanskesyken var en verdensomspennende pandemi som herjet fra **1917 til 1920**. Syken var en uvanlig hard og dødelig form for influensa som spredte seg over hele verden.
- › Man regner med at ca. **1,8 milliarder** mennesker ble smittet på verdensbasis, og minst **40 millioner døde**.
- › I Norge døde **15 000 personer** av sykdommen. Den rammet yngre personer fremfor eldre. Samer var mer utsatt enn andre.
- › Det ble utviklet en **vaksine** sammensatt av bakterier man fant hos de syke, men dødsprosenten var etter vaksinerings fortsatt hele **fire prosent** (mot seks prosent hos uvaksinerte).



- › Dødeligheten i **Levangerdistriktet** var høyere enn landsgjennomsnittet. Sannsynligvis døde omkring **300 mennesker** som en direkte følge av Spanskesyken i Levanger, Verdal, Inderøy, Snåsa og Steinkjer.

En 11 år gammel gutt døde av svineinfluensa rundt juletid. 16. januar døde en kvinne av det samme. Flere er blitt innlagt på intensivavdelinger på sykehus her til lands.

Det som gjør svineinflusaviruset til en potensiell trussel mot liv og leved er at viruset har hentet egenskaper fra humant og dyr/fugle-influsavirus typer til en ny type influensavirus som det humane immunsystemet ikke har hatt noen erfaring med. Det gjør dette viruset farligere enn de årlige epidemiene med influensavirus. Likevel er dødeligheten i dag langt lavere enn den var da spanskesyken herjet landet for snart hundre år siden.

Spaneskesyken

Min mormor, Nelly Stavern, er 11 år denne bitende kalde, sjette desemberdagen i 1918. Feberen herjer med henne. Hun har fått den fryktede spanskesyken. Men hun må se. På skjelvende ben går hun mot ruten. Ute på tunet står to hester spent for vognen med kistene til hennes mor og de eldre brødrene Olav og Johan. Bare for få dager siden hadde de alle vært friske og raske. Men så hadde feberen og den tunge pusten rent dem i senk. En fredag i slutten av november får hennes bror, skysskaren til lensmann Berg i Skogn, 20 år gamle Paul Stavern, beskjed av en alvorlig lensmann om å ta fri.

– Nå tror jeg du skal se hjem, Paul. Det står ikke så bra til på Stavern, sier Berg.

Stor dødelighet i Skogn

Det fantes ikke botemiddel mot spanskesyken da de første tilfellene i Kristiania ble beskrevet i juni 1918. Det var bare å folde hendene og håpe på

det beste. 14 dager etter rapportene om influensa i Kristiania, bryter influensaen ut epidemisk. Rundt 15 000 mennesker døde av spanskesyken i Norge i løpet av året.

På verdensbasis døde mellom 50 og 100 millioner av den alvorlige, pandemiske influensasjukdommen, altså 5–10 ganger flere dødsofre enn den fem år lange første verdenskrigen.

Navnet spanskesyken fikk sykdommen 28. mai 1918, da telegrambyrået Reuters første gang omtalte et influensautbrudd, og det nettopp i Spania.

I alt døde 41 mennesker i Skogn og Aasen herred av spanskesyken i 1918. I 1919 døde enda 13 mennesker. I Verdal, Levanger og Skogn var skoler og telegrafer i perioder stengt på grunn av sykdommen. Dødeligheten i Levangerdistriktet var høyere enn landsgjennomsnittet. Sannsynligvis døde omkring 300 mennesker som en direkte følge av spanskesyken i Levanger, Verdal, Inderøy, Snåsa og Steinkjer dersom en regner nøkternt på det (estimert utifra folketellingen i 1920. Dødelighet 1 prosent).

Trolig var dødeligheten langt høyere. Spesielt var dødeligheten stor blant barn og unge voksne. Menn hadde større dødelighet enn kvinner. Hvorfor dette mønsteret trer frem er noe uklart. Men barn hadde kan hende ikke ervervet den samme modningen av immunsystemet som middelaldrende, og var derved mer utsatt for et alvorligere forløp av sykdommen.

Sosialt skjev sykdom

Inntil nylig har man trodd at spanskesyken rent tilfeldig plukket ut sine ofre. Men ifølge seniorforsker ved Arbeidsforskningsinstituttet, Svenn-Erik

Mamelund, som har en doktorgrad på spanskesyken, rammet sykdommen sosialt skjevt. Folk fra arbeiderklassen var i mye større grad rammet enn de som hadde bedre råd. Det skyldtes formodentlig dårligere boforhold og ernæring. Begge påvirket immunforsvaret. I Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse fra 1918 heter det: «Mange av barna får tydeligvis for lite og for dårlig mat; de kommer på skolen sultne eller halvmette uten skolemat, særlig om fredagene og lørdagene.»

– I tillegg var arbeidsfolk og den fattige bondebefolkningen oftere enn bedrestilte disponert for spanskesyke og brå død gjennom andre klassespesifikke sykdommer som tuberkulose. Sammenliknet med landsgjennomsnittet (SMR = 100) hadde Skogn en statistisk signifikant (5 prosent nivå) overdødelighet på 61 prosent i 1918, forteller Mamelund.

Dette er en ingen ubetetydelig overdødelighet. Det er også grunn til å tro at antallet syke og døde kan ha vært større enn den som er registrert, men at legemangel og følgende underdiagnostisering gjorde at sykdomstilfeller ikke ble statistikkført. En opphetet polemikk i Nordre Trondhjems Amtstidende om legedekningen i Skogn kan tyde på det. En anonym innsender beskylder dr. Berg-Nilsen for ikke å ville dekke skogningens behov for legetilsyn under epidemien. Berg-Nilsen hadde sitt kontor i Aasen.

Ingen store avisoverskrifter

Det underlige er likevel at så dramatisk sykdom og død ikke skapte første-sideoppslag, selv ikke i lokalavisene. I fylkets eldste avis, Nordre Trondhjems Amtstidende, var meldinger om død

epidemier er en mindre trussel enn det for eksempel spanskesyken var.

blir dødelig



MISTET MOR OG BRØDRE: Nelly Stavern var syk som 11-åring, men overlevde spanskesyken. Familiens dramatiske skjebne ble omtalt i lokalavisen Nordre Trondhjems Amtstidende. Foto: Privat

og fordervelse i kjølvannet av «Span-ska» stort sett formidlet som enspalters notiser, innimellom brutt opp av noen lengre haranger fra stadsfysikus om hva som virket og ikke virket mot

sykdommen. Først og fremst var det krigen og revolusjonen i Russland som skapte de store overskriftene i Amstina.

Man var kanskje så vant med død

«Arbeidsfolk og bønder var mest disponert for spanskesyken.»

og elendighet at man ikke ønsket å bli minnet om det i tide og utide. BARNEDØDELIGHET var svært vanlig. Bagatellmessige infeksjoner, som en verkefinger, kunne ta livet av en voksen mann i løpet av få døgn. Mange kvinner døde i barsel-feber. Mens de fleste i dag dør etter lengre tids kronisk sykdom, døde man den gang først og fremst en brå og uventet død. Dessuten var Europa i ferd med å bli omtegnet. I Russland hadde tsar Nikolaj II måtte bøte med livet for Lenins nye arbeidssosialisme. Kulakkene likeså. I et like turbulent Tyskland vendte soldater med amputerte ben og armer hjem for å nyte godt av den lovede jordreformen. Da som nå er folks hverdagsferinger mindre viktige for journalistene enn de store og spektakulære hendelsene.

Begravelsen

På kirkegården står en gruppe menn og kvinner ved graven på Alstadhaug kirkes sydøstlige side. Stemningen er fortettet. Tårene renner nedover kinnene til naboer og venner, ifølge Amstina. Selv sogneprest Frette som kaster det siste stykke jord på kistene til Thale Jørgine Stavern og sønnene Olav og Johan er tykk i stemmen. Det er bare tre uker til jul, og en mor og hennes to sønner er revet bort fra barneflokken på Stavern, som alt har mistet sin far. 11-årige Nelly ligger feberhet i skuvsengen på kammerset

på Stavern. Spanska herjer fortsatt med henne, så hun kan ikke følge med til denne siste avskjed med mor og to brødre. «Disse barns følelser og tilstand ved dette sidste farvel til mor og brødre lar seg ikke tænkes, ei heller beskrives» skriver signaturen B. i Skogn i en meddelelse til Nordre Trondhjems Amtstidende den 7. desember 1918. ■■■

te-carl@online.no



OVERLEVDE: Her er den gjenlevende søskenflokket fotografert i 1924. Fra venstre Peder Kristian, Nelly, Sverre, Anna Pauline og Paul Stavern. Halvparten av familien er da revet bort. Foto: Privat

Karen Brasetvik

Alder: 53 år

Stilling: NSF's fylkesleder i Østfold

Sykepleiernes
gullalder

Vi må bruke reformen for alt den er verdt.

Fortalt til Kari Anne Dolonen Foto Kari Anne Dolonen

Som fylkesleder beveger man seg et godt stykke fra det å være i «klinikken». Likevel mener jeg at erfaringene og kunnskapene mine fra det kliniske arbeidet har vært viktig for meg i jobben som fylkesleder. Og jeg har alltid vært glad i å være sykepleier, enten jeg har jobbet på sykehus eller i hjemmesykepleien. Det tror jeg er et godt utgangspunkt for en fylkesleder.

Nå har jeg vært fylkesleder i Østfold i 14 år. I begynnelsen var det krevende og mye nytt å sette seg inn i. Fortsatt er det en spennende og svært allsidig jobb. Å være fylkesleder er mer en livsstil enn en jobb. Jeg er stolt av å jobbe i en så flott organisasjon.

Fylkesleder er et verv man velges til. Jeg håper at jeg forvalter den tilliten jeg blir vist på en god måte.

I Østfold har vi jobbet målrettet, særlig med bemanning og arbeidstid både i kommuner og sykehus. Vi ser at det gir resultater på sikt. Jeg opplever at det er lettere å bli hørt nå enn tidligere. Det skyldes at vi tør å «stå» i saker over tid og har en tydelig politikk. Vi argumenterer for å løfte sykepleietjenesten og lønna der det trengs, og enda bedre der det er bra.

Østfold er et flott fylke. Jeg er stolt over å være fylkesleder her. Fylket er så lite at det er lett å «tromme» sammen tillitsvalgtapparatet når det trengs. Her har mine kollegaer på Vestlandet og i Nord-Norge større utfordringer.

Etter de lokale forhandlingene lønner nå samtlige 18 østfoldkommuner våre medlemmer over minstelønn. Noen har hevet begynnerlønna, noen har hevet topplønna og noen har gjort begge deler. Det er takket være stor innsats fra dyktige tillitsvalgte.

Nå forbereder vi fagkongress for alle tillitsvalgte og medlemmer. Den arrangeres to dager en gang i året og er blitt kjempepopulær.

Å få politikere, rådmenn og personalsjefer til å lytte til våre krav og argumenter, er en viktig del av jobben. Østfoldpressen er opptatt av helsestoff og viser stor interesse for våre saker. Som fylkesleder følger jeg nøye med på hva som skjer, både på sykehus, i kommunene og på høyskolen. Stramme kommunebudsjetter og nedskjæringer er en del av hverdagen. Kutt og manglende vekst byr på kontinuerlige utfordringer for sykepleietjenesten. Da må vi ha gode faglige argumenter for hvorfor det ikke bør kuttes i sykepleietilbud som er viktige for innbyggerne.

Samhandlingsreformen må vi bruke for alt den er verdt. Av alle yrkesgrupper i helsesektoren, er det sykepleiernes kompetanse som passer best til å innfri kravene den setter. Dette er vår gullalder. ■■■
kari.anne.dolonen@sykepleien.no



FAGARTIKKEL:
Tåler skiftarbeid.
Side 44

FAGHISTORIE:
Pleiet tuberkuløse.
Side 50

FAGARTIKKEL:
Vi lever lenger.
Side 58

Grunnleggende om hiv.
Se bokanmeldelser
side 56

Sykepleien

Fag

bøker
& kultur



FORFATTERINTERVJU:
«Alle sier de ikke ante at deres nyfødte barn kunne så mye.» Side 54

FORBEDRER PRAKSIS:
Flere faktorer må legges til rette skal man oppnå fagutvikling på arbeidsplassen. Arkivfoto: Bo Mathisen

Side
47

Side
62

«Hvorfor skal de store og mest alvorlige sakene som går til statens helsetilsyn unntas fra pårørendes og pasienters innsyns- og uttalerett?» **PER NORTVEDT**



Eirunn Thun, Institutt for samfunnspsykologi, UiB

Bjørn Bjorvatn, Nasjonalt kompetansesenter for søvnsykdommer, Haukeland universitetssjukehus og Institutt for samfunnsmedisinske fag UiB

Bente Elisabeth Moen, Institutt for samfunnsmedisinske fag, UiB og Yrkesmedisinsk avdeling, Haukeland universitetssjukehus

Nils Magerøy, Yrkesmedisinsk avdeling, Haukeland universitetssjukehus

Elisabeth Flo, Institutt for samfunnspsykologi, UiB, Nasjonalt kompetansesenter for søvnsykdommer, Haukeland universitetssjukehus

Ståle Pallesen, Institutt for samfunnspsykologi, UiB og Nasjonalt kompetansesenter for søvnsykdommer, Haukeland universitetssjukehus

Robuste og aktive sykepleiere tåler skiftarbeid

Noen sykepleiere tåler godt å jobbe skift, mens andre kan få søvnproblemer, angst og depresjon.

En ny runde av «Spørreundersøkelsen om Skiftarbeid, Søvn og Helse hos sykepleiere» (SUSSH) ble sendt ut til drøyt 2900 medlemmer av Norsk Sykepleierforbund våren 2012. I Sykepleien nummer 13, 2011, presenterte vi prosjektet, dets målsetninger og et utvalg resultater (1). I denne artikkelen vil vi gi en oppdatering av prosjektet og presenterer nye forskningsresultater.

Deltakere og svarprosent

SUSSH-prosjektet har nå pågått i fire år. Fram til i år har vi hatt to grupper deltakere: Sykepleierne som svarte på vår første utsendelse av spørreskjema og nyutdannede sykepleiere som ble rekruttert året etter. Fra i år av har vi samlet alle

i én gruppe. «Spørreskjema 2012» gikk derfor ut til alle nå i vår. Svarprosenten ligger i år som de siste to årene på rundt 75–80 prosent, og dette er vi meget fornøyde med.

Utvidet fokus

I SUSSH undersøker vi om det er sammenheng mellom skiftarbeid og ulike helseproblemer og arbeider kontinuerlig for å samle inn informasjon som er relevant for dette. Noe informasjon trenger vi bare å samle inn en gang, men det meste av informasjonen må vi samle inn gjentatte ganger for å kunne se på utvikling over tid. Muligheten til å se på utvikling over tid er noe av styrken i en slik undersøkelse som dette. Derfor er det viktig for oss å samle inn nye helserelaterede opplysninger som er aktuelle for å forstå hvordan turnusarbeid og andre arbeidsforhold kan påvirke sykepleieres helse. Nye teorier og ny forskning om hva som kan påvirke turnusarbeideres helse kan være utgangspunkt for å inkludere nye spørsmål. Siden vi ikke ønsker å ha for lange spørreskjemaer må i så fall noen spørsmål vike. Derfor vil spørreskjemaene variere i innhold fra år til år. Som tidligere inneholder årets skjema spørsmål om nåværende arbeid, sosiale forhold, søvn, døgnrytme, helse, livsstil med mer. Nytt av året er blant annet at vi har spørsmål om arbeidsnarkomani, arbeidsrelaterede ulykker og nestenulykker, inkontinens og vannlating. Dette gir et utvidet fokus på helse både når det gjelder personlige og arbeidsmessige forhold.

Nye resultater

Samlet sett er åtte artikler basert på SUSSH-data publisert eller akseptert for publisering i internasjonale tidsskrifter (2-9). Her presenteres resultater fra de fire seneste artiklene som har kommet på trykk.

Individuelle forskjeller

Noen sykepleiere tåler godt å jobbe skift og har det vi kaller høy skiftarbeidstoleranse. Andre opplever problemer i forbindelse med sin arbeidstidsordning, som søvnighet, søvnløshet, og symptomer på angst eller depresjon, kalt skiftarbeidsintoleranse. Vi har undersøkt om personlighet, livsstil og erfaring med nattarbeid kan påvirke skiftarbeidstoleransen. Vi sammenlignet sykepleiere med mindre enn ett år og mer enn seks års erfaring med nattarbeid. Alle jobbet i tre-skift- (roterende) turnus. Resultatene viste blant annet at de med lite erfaring hadde høyere alkoholkonsum og høyere nivå av angstsymptomer enn de erfarne. De erfarne på sin side hadde høyere kroppsmasseindeks, større inntak av koffein og høyere nivå av depresjonssymptomer. Det var ingen forskjell mellom gruppene når det gjaldt «personlig robusthet» (se tabell 2), søvnighet, søvnløshet, utmattelse, bruk av sove medisiner, røyking eller fysisk aktivitet. En robust personlighet ble for begge gruppene funnet å være positivt for skiftarbeidstoleransen. For de nyutdannede sykepleierne var det

Hovedbudskap

Nye resultater fra «Spørreundersøkelsen om Skiftarbeid, Søvn og Helse hos sykepleiere» (SUSSH) viser at personlig robusthet og en aktiv mestringsstil er positivt relatert til evnen til å tåle skiftarbeid uten å oppleve helseplager. Erfaring i yrket ser derimot ikke ut til å være forbundet med en høyere skiftarbeidstoleranse.

Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

› Arbeidsmiljø › Turnus › Helse › Trivsel



«De fleste sykepleierne som er med i studien ser ut til å være tilfredse i jobben sin.»

INDIVIDUELLE FORSKJELLER: Ikke alle sykepleiere tåler like godt å jobbe skift. Illustrasjonsfoto: Arkivfoto: Bo Mathisen

Tabell 1: Nye resultater fra SUSH-studien

- › Selv om det var noen forskjeller mellom nattarbeidere med lite erfaring og erfarne nattarbeidere, tålte de samlet sett en roterende arbeidstidsordning like godt
- › «Robusthet» var positivt for evnen til å tåle skiftarbeid
- › Lav jobbtillfredshet var assosiert med høyere fremtidig sykefravær, men sammenhengen var svak.
- › Det var sammenheng mellom opplevd arbeidsmiljø, måte å takle problemer på, og helse

assosiert med lavere skårer på både søvnløshet, søvnighet, angst- og depresjonssymptomer. Å være «langsom/trettbar» (se tabell 2) var en sårbarhetsfaktor som var assosiert med høyere skårer på søvnighet, angst- og depresjonssymptomer (7).

Jobbtillfredshet og sykefravær

De fleste sykepleierne som er med i studien ser ut til å være tilfredse i jobben sin. Fire av fem svarte at de trives med jobben sin de fleste dager, mens sju av ti svarte at de opplever glede i arbeidet sitt. Færre enn en av ti svarte motsatt.

videre en fordel å være morgenmenneske, mens for de erfarne sykepleierne var det en fordel å være fleksibel når det gjaldt søvnen (6). I en

analyse av både to- og tre-skift-arbeidere, fant vi også at robusthet er en beskyttende faktor for skiftarbeidstoleranse. Robusthet var her



Sammenhengen mellom jobbtilfredshet og sykefravær året etter ble undersøkt. Resultatene viste at lav jobbtilfredshet var assosiert med høyere sykefravær det påfølgende året. Denne sammenhengen var imidlertid svak. Ut fra skårene på jobbtilfredshet kunne man ikke i stor nok grad forutsi hvem av sykepleierne som kom til å ha sykefravær eller ikke et år senere. Likevel, resultatene viste at sykepleiere som er lite tilfreds med jobben sin har noe høyere risiko for fremtidig sykefravær (8).

Framtidig fokus

SUSSH har et planlagt forløp på minimum ti år, men vi ønsker å holde undersøkelsen gående lenger enn dette, om det lar seg gjøre å få videre finansiering. Vi har et godt samarbeid med NSF, og har fått verdifull økonomisk støtte derfra. Et slikt prosjekt er imidlertid kostbart, og vi er avhengig av midler fra andre kilder i tillegg, noe vi jevnlig sender søknader om. Vi håper vi når målet om å holde SUSSH gående i mange år til, da nytteverdien av å følge sykepleiere over lang

bli koblet opp mot informasjon vi har fra spørreskjemaene. Vi vil da blant annet se på sammenhengen mellom barns fødselsvekt og fødselsuke og mors skiftarbeid forut for fødsel. Vi vil også undersøke om turnusarbeid kan påvirke nivået av sykemeldinger. Det er også aktuelt å starte ett eller flere delprosjekter hvor vi rekrutterer et utvalg av deltakerne til å avgi blodprøver. Da kan vi undersøke sammenhengen mellom skiftarbeid og kardiovaskulær helse, metabolisme og immunverdier. Vi venter for tiden på finansiering av dette. Vi ønsker å presisere at alle resultatene vi formidler fra studien gjelder på gruppenivå. Det er ikke mulig å identifisere enkeltindivid ut fra resultatene som blir presentert.

Tjue ulike forskningsartikler med formidling av SUSSH-data er for tiden under utarbeidelse. I tillegg ble noen av resultatene presentert under den europeiske søvnkongressen i Paris i fjor, og andre har blitt presentert gjennom populærvitenskapelige artikler. Vi ser fram til å formidle nye spennende resultater fra SUSSH-studien de neste årene.

Vi ønsker å beholde så mange som mulig av våre deltakere i studien, inkludert deltakere som har sluttet som sykepleiere eller av ulike grunner ikke er i jobb. Har du deltatt tidligere og ikke mottatt skjema i år, skyldes det trolig at vi ikke har en gyldig adresse registrert på deg. Vi er da takknemlig om du sender adressen din til Eirunn.Thun@psysp.uib.no, slik at vi kan inkludere deg ved neste runde. ■■■

Tabell 2: Forklaring av begreper

- » «Robusthet» (eng. «hardiness») refererer til personers evne til å håndtere nye utfordringer, virkelig gå inn for det de holder på med, og å føle at de har kontroll over sin situasjon.
- » «Langsomhet/trettbarhet» (eng. «languidity») beskriver tendensen til å være lite årvåken, ha et stort søvnbehov og ha vansker med å overvinne tretthet, noe som henger sammen med mindre svingninger i den biologiske døgnrytmekurven.

Arbeidsmiljø og helse

Her ble sykepleierne spurt om hvorvidt de opplevde å ha kontroll over arbeidsoppgavene sine, arbeidskravene som ble stilt og hvorvidt de opplevde sosial støtte fra sine kollegaer. De ble også spurt om hvordan de taklet problemer og ubehagelige hendelser, samt om mental helse og hvordan de generelt vurderte sin egen helse. Resultatene viste at sykepleiere som aktivt taklet problemer opplevde større kontroll over arbeidshverdagen og rapporterte mer sosial støtte på arbeidsplassen enn sine kollegaer. De hadde også bedre generell og mental helse. Sykepleiere som hadde en passiv måte å takle problemer på rapporterte høye krav på jobben, lav kontroll over egen arbeidshverdag og lite sosial støtte på jobben, samt dårligere generell og mental helse. Det var altså en sammenheng mellom opplevd arbeidsmiljø, måte å takle problemer på og helse, men årsakene til sammenhengene er ikke klarlagte (9). Se tabell 3 for informasjon om hva som kjennetegner en aktiv og passiv mestringsstil.

tid er stor. Vi får viktig informasjon om sykepleieres helsemessige utvikling og hvordan denne har sammenheng med arbeidstidsordninger, andre forhold ved arbeidsplassen og individuelle forskjeller. Kunnskap om hva som gjør sykepleiere sårbare for helseproblemer og hva som kan beskytte mot helseproblemer, er viktig for å iverksette tiltak som kommer både sykepleiere og samfunnet for øvrig til nytte.

I tillegg til data fra spørreskjemaene er spyttprøver samlet inn fra 750 av deltakerne. Vi skal se på et stort antall gener som styrer døgnrytme og undersøke hvorvidt noen av disse kan ha sammenheng med evnen til å tåle skiftarbeid. I tillegg er menstruasjonsdagbøker samlet inn fra 219 av deltakerne. Resultatene herfra vil kunne gi kunnskap om hvorvidt menstruasjonsyklus påvirkes av skiftarbeid. Videre har vi fått tillatelse fra de fleste deltakerne til å hente ut informasjon fra fødselsregisteret og trygderegisteret (blant annet om sykemeldinger). Uthenting av denne informasjonen starter opp nå, og den vil

Tabell 3: Eksempler på hva som kjennetegner aktiv og passiv mestringsstil

Aktiv	Passiv
» Vurderer problemet/situasjonen	» Forsoner seg med problemet/situasjonen
» Ser det som en utfordring	» Unngår problemet
» Vurderer mulige løsninger	» Avventer og ser hva som skjer videre
» Gjør noe med situasjonen	

LITTERATUR

1. Flo E, Magerøy N, Moen BE, Pallesen S, Bjorvatn B. Nattarbeid gir søvnproblemer. *Sykepleien* 2011;99(13):70-2.
2. Flo E, Pallesen S, Magerøy N, Moen BE, Gronli J, Nordhus IH, Bjorvatn B. Shift Work Disorder in Nurses – Assessment, Prevalence and Related Health Problems. *PLoS ONE*. 2012; 7(4): e33981.
3. Saksvik-Lehouillier I, Bjorvatn B, Hetland H, Sandal GM, Moen BE, Magerøy N, Harvey A, Costa G, Pallesen S. Personality factors predicting changes in shift work tolerance: A longitudinal study among nurses working rotating shifts. *Work & Stress*. 2012; 26(2):143-60.
4. Kunst JR, Løset GK, Hosøy D, Bjorvatn B, Moen BE, Magerøy N, Pallesen S. The relationship between shift work schedules and spillover in a sample of nurses (in press). *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*.
5. Flo E, Bjorvatn B, Folkard S, Moen BE, Gronli J, Nordhus IH, Pallesen S. A reliability and validity study of the Bergen Shift Work Sleep Questionnaire in nurses working three-shift rotations. *Chronobiology International* 2012; 29(7): 937-46.
6. Saksvik-Lehouillier I, Bjorvatn B, Hetland H, Sandal GM, Moen BE, Magerøy N, Åkerstedt T, Pallesen S. Individual, situational and lifestyle factors related to shift work tolerance among nurses who are new to and experienced in night work. *Journal of Advanced Nursing* 2012; doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06105.x
7. Natvik S, Bjorvatn B, Moen BE, Magerøy N, Sivertsen B, Pallesen S. Personality factors related to shift work tolerance in two- and three-shift workers. *Applied Ergonomics* 2011;42:719-24.
8. Roelen CAM, Magerøy N, van Rhenen W, Groothoff JW, van der Klink JLL, Pallesen S, Bjorvatn B, Moen BE. Low job satisfaction does not identify nurses at risk of future sickness absence: Results from a Norwegian cohort study. *International Journal of Nursing Studies* 2012; http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.012
9. Schreuder JAH, Roelen CAM, Groothoff JW, van der Klink JLL, Magerøy N, Pallesen S, Bjorvatn B, Moen BE. Coping styles relate to health and work environment of Norwegian and Dutch hospital nurses: A comparative study. *Nursing Outlook* 2012; 60: 37-43.

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no



Maria Løvsletten,
psykiatrisk sykepleier/
fagrådgiver FoU,
Sykehuset Innlandet

Fagartikkel

Artikkelen bygger på:

Teori: 100%

Praksis: 0%

DOI-nummer:
10.4220/sykepleiens.
2013.0002

Fagutvikling i praksis

Fagutvikling er et viktig middel for å heve kompetansen i helsetjenesten, men krever ressurser, metodekunnskap og samarbeid.

Spesialisthelsetjenestens kjerneoppgaver er diagnostikk og behandling av pasienter, utdanning av helsepersonell, forskning og utvikling (1). Helsepersonelloven stiller krav til personalet i forhold til forsvarlig utøvelse av klinisk arbeid, og spesialisthelsetjenesteloven krever at virksomhetene sørger for at helsepersonell får nødvendig utdanning for å utføre sitt arbeid forsvarlig. Et godt kunnskapsgrunnlag er selve grunnmuren i helsetjenesten. Det forutsetter at både ansatte og ledere må holde seg faglig oppdatert for å utøve en forsvarlig helsetjeneste. Men hvilken plass har fagutvikling i den kliniske hverdagen?

Nye krav

De siste ti årene har jeg arbeidet med ulike FoU-oppgaver knyttet til fagutvikling og kompetanseutvikling blant personalet på sengeposter. Min erfaring er at det skjer mye fagutvikling på de ulike enhetene, men at det ikke alltid er planlagt, systematisert eller dokumentert. Spesialisthelsetjenesten har i løpet av de siste ti årene opplevd endringer av arbeidsmetoder, teknologi og organisering, og samtidig fått strammere økonomiske rammer. Dette stiller nye krav til personalet om kompetanse, kvalitet og effektivitet. En annen utfordring er at personalet ofte består av mange ulike faggrupper med forskjellig utdanning. Økonomiske ressurser og lite tid ut over direkte pasientarbeid begrenser også hva som er mulig å iverksette. Mitt inntrykk er at personalet mener det er viktig med fagutvikling, men at dette ikke blir prioritert fordi det ikke finnes nok ressurser eller ikke er tradisjon for å jobbe systematisk med fag- og kompetanseutvikling. Sykehuspersonale mangler tradisjonelt kompetanse på og erfaring med metodekunnskap (2). Skal vi utvikle sykepleiefaget og øke medarbeidernes kunnskap, må vi prioritere dette.

Fagutvikling

- benytte allerede eksisterende viten på en systematisk måte
- ideer kan igangsettes raskt på arbeidsplassen, og prosjektene utvikles i nærmiljøet
- igangsettes ut ifra behov
- ingen formelle krav til den som skal lede arbeidet
- kan benytte stringent design og metode
- gjøre etiske overveielser
- krever ikke økonomisk støtte
- publisering skjer vanligvis i form av rapporter, prosedyrer, rutiner

Forskning

- utvikler ny viten
- tidkrevende prosess
- krav om utfyllende prosjektbeskrivelse /søknad og sette seg inn i tidligere forskning på området
- prosjektleder/veileder m/forsker kompetanse
- benytter stringent design og metode
- etiske overveielser; godkjenningssøknad til personvernombudet for forskning, og regional etisk komité
- krever økonomisk støtte
- krav til dokumentasjon og publisering

Tabell 1. Likheter og forskjeller mellom fagutvikling og forskning (6).

Hva er fagutvikling?

I dagligtalen er fagutvikling et «sekkebegrep» vi bruker om endringer som skjer i praksis og som er besluttet gjennomført. Begrepet brukes om forbedring av rutiner, prosedyrer, undervisningsopplegg, veiledning, ulike prosjekter, implementering av ny kunnskap, kvalitetsarbeid eller forskning. Ordet fagutvikling finnes ikke i ordlister og oppslagsverk (3) selv om det er mye brukt i hverdagsspråket for å beskrive en aktiv utviklingsprosess innen et fagområde. I mange sammenhenger er fagutvikling synonymt med kompetanseutvikling. Kompetanse omfatter de kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som har betydning for å gjennomføre en definert oppgave på en tilfredsstillende måte (4). Et annet begrep som ofte brukes synonymt med fagutvikling er forskning. Begge begrepene er knyttet til kunnskapsutvikling, men fagutvikling handler om å omsette eksisterende kunnskap eller viten i praksis, mens forskning har som mål å utvikle ny kunnskap (5). I den kliniske hverdagen er det behov for både fagutvikling og forskning. Blant annet viser kunnskapsbasert

Hovedbudskap

Fagutvikling er en av kjerneoppgavene til spesialisthelsetjenesten samtidig som kravet til kunnskap og kompetanse hos behandlingspersonalet øker. For å få til gode fagutviklingsprosesser, forutsetter dette at personalet har tilstrekkelig kompetanse og ressurser til å gjennomføre fagutviklingstiltak.

Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- Forskning
- Kunnskapsbasert sykepleie
- Utdanning
- Undervisning

praksis (7) hvordan man i den kliniske hverdagen kombinerer fagutvikling med forskning når man utarbeider behandlingsplaner.

Personalet

Arbeidsplassens viktigste ressurs er personalet. Fagutvikling innebærer å arbeide systematisk med personalets kompetanse (8). Samordning og organisering av personalet er viktig for å sti



NØKKELROLLE: Den enkelte ansatte spiller en sentral rolle i fagutvikling ved arbeidsplassen. Arkivfoto: Bo Mathisen

mulere og utnytte deres kompetanse. Hver enkelt medarbeiders teoretiske kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlige kompetanse utgjør til sammen personalets samlede kompetanse (8).

Kompetanseplan

Kompetanseplaner kan være et godt hjelpemiddel for planlegging og iverksetting av fagutvikling (6). Kompetanseplanlegging er en bevisst

Ansvar

Ansvar for fagutvikling ligger hos enhetsledere, men mange poster har delegert dette til en egen person som har dette som sin spesialoppgave; assisterende enhetsleder, fagutvikler eller fagutviklingssykepleier. I en travel hverdag, hvor enhetsledere har mange oppgaver, vil en slik fordeling av arbeidsoppgaver kunne legge til rette for målrettet arbeid med kompetanseoppbyggende tiltak (9). For å få dette til å fungere best mulig bør det integreres i postens rutiner, og prioriteres både av ledere og personalet.

Metoder

Det er mange måter å arbeide med fagutvikling på. Metoden man velger avhenger av hva man skal vektlegge og utvikle kunnskap i forhold til. Metoder som ofte brukes er ulike former for undervisning, veiledning eller prosjekter.

Undervisning blir ofte valgt for å utvikle kompetansen hos personalet internt på posten. Men, undervisning er ikke ensbetydende med læring og endring. Det er mange forhold som påvirker

dette. Motivasjon, interesse, forkunnskaper og holdninger påvirker læringsresultatet (10). Det er individuelt hvor lang tid det tar å lære seg noe (11). I tillegg skal man kunne anvende kunnskapen i klinisk arbeid. E-læringsprogrammer kan være et godt hjelpemiddel sammen med tradisjonelle metoder som undervisning, gruppearbeid eller litteraturstudie. Dialogundervisning som kombinerer både teori og refleksjon er en annen metode som kan være hensiktsmessig å bruke (12). Det er også viktig å ta utgangspunkt i personalets kompetansenivå når man planlegger undervisningen, slik at flest mulig får tilegnet seg ny kunnskap. Undervisning som ikke er tilpasset personalets behov eller faglige nivå, kan virke mot sin hensikt hvis nivået ligger for høyt eller blir for elementært (13).

Veiledning er en nyttig fagutviklingsmetode. Veiledning gir rom for å reflektere over egne erfaringer og følelser i møte med pasienter, og kan bidra til å finne løsninger på utfordringer og problemer på en slik måte at man kan få økt innsikt, forståelse og kunnskap (14). Veiledning kan bidra

«Arbeidsplassens viktigste ressurs er personalet.»

prosess som tar utgangspunkt i både ytre krav og forventninger (4). En kompetanseplan er et verktøy for å få en oversikt over eksisterende kompetanse og hva man ønsker å utvikle. I en kompetanseplan bør det komme tydelig frem hvem som har ansvar for å gjennomføre de ulike tiltakene i planen. Det krever en god struktur for hvordan man organiserer arbeidsoppgaver, rutiner og planlegger turnus.

organisering krever god struktur og planlegging både før, under og etter gjennomføring.

Utfordringer

Det er mange ulike utfordringer rundt det å arbeide systematisk med fagutvikling på postnivå. Det er vesentlig at personalet er bevisste på at de har et eget ansvar for kompetanseheving og at de har evne til å planlegge ulike oppgaver. I tillegg er det viktig at man tilrettelegger for å gjennomføre fagutviklingstiltak (9). Et system som har gode strukturer for å ivareta pasienter og personale og samtidig prioriterer fagutvikling, vil kunne sikre et mer kompetent personale og bedre kvalitet på behandlingstilbudet.

Metodekunnskap er avgjørende for å arbeide med fagutviklingsoppgaver. For å ivareta dette har vi i Avdeling for psykosebehandling og rehabilitering etablert et fagutviklingsforum to ganger i halvåret der vi diskuterer fag. Forumet er en felles møteplass for ledere og personale på postene som har fagutviklingsoppgaver, hvor de kan utveksle erfaringer og diskutere faglige spørsmål. For å gi personalet mer metodekunnskap, er det utarbeidet en veileder for personalet i bruk av ulike fagutviklingsmetoder (6).

Endringsstrategier er en annen utfordring i fagutvikling. Personalet er den viktigste brikken i fagutviklingsarbeid. En viktig lederoppgave er å tilrettelegge og skape et godt miljø for utvikling og endring, og ivareta av personalet er en sentral lederoppgave i denne sammenhengen (19). Endringer kan ofte skape usikkerhet og oppfattes som en trussel av personalet. Det er viktig å legge til rette for åpen dialog mellom personalet og ledelsen underveis i prosessen (2). Et godt arbeidsmiljø bidrar til at personalet opplever trygghet i eget arbeid, og til at de kan oppleve endringer som noe positivt (13). Mange har erfart at prosjekter har vært igangsatt uten at man har klart å gjennomføre det som var intensjonen. Ofte kan endringsprosesser sammenfalle med andre viktige utviklingsprosesser i en og samme enhet, slik at prosessene konkurrerer med hverandre eller ikke blir videreført (20). Det er viktig å sette av nok tid til å tilegne seg ny kunnskap i en organisasjon. Det kan ta opptil tre til fem år før ny praksis er integrert (21).

Implementering av ny kunnskap eller rutiner og å få til varige endringer kan være en utfordring (2). Mange gode tiltak har blitt avsluttet uten at man har klart å implementere tiltaket. Uklare mål, dårlig ledelsesforankring, mangel på ressurser og stramt tidsskjema er ofte de vanligste hindringene for en vellykket implementering (2).

Avslutning

Et godt kunnskapsgrunnlag er selve grunnmuren i helsetjenesten, og det er mange måter å forstå og arbeide med fagutvikling på. For å få til gode faglige utviklingsprosesser, er det viktig å øke kompetansen om hvordan man kan arbeide med fag- og kompetanseutvikling. Økt kunnskap og bruk av ulike undervisningsmetoder, veiledning satt i system og kunnskap om prosjektorganisering på postnivå vil være nyttige redskaper i den kliniske hverdagen. Systematisk fagutviklingsarbeid er viktig for å heve sykepleien, både faglig og kvalitetsmessig. Dette er et viktig lederansvar. Tilrettelegging, prioritering og planlegging er avgjørende for å få til gode utviklingsprosesser. Hvor god behand-

«Veiledning er en nyttig fagutviklingsmetode.»

ling og oppfølging pasientene får, er avhengig av hvor dyktig hver enkelt medarbeider er. Kompetanseutvikling bør derfor omfatte både hver enkelt medarbeider og posten eller avdelingen som helhet. Økt fagutvikling vil gi dyktigere medarbeidere og bedre pasientbehandling. ■■■

LITTERATURLISTE:

1. Norges offentlige utredninger. Pasienten først! – ledelse og organisering i sykehus. NOU 1997: 2. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1997.
2. Sørås I. Organisasjonsutvikling i sykehus. Oslo: Universitetsforlaget 2007.
3. www.ordnett.no. (3.11.2011).
4. Lai L. Strategisk kompetansestyring. Bergen: Fagbokforlaget, 2006.
5. St.meld. nr. 28 (1988-89) Helse og omsorgsdepartementet. Om Forskning.
6. Løvstetten M. Fagutvikling, veileder i metoder og muligheter. Sykehuset Innlandet 2010.
7. Nortvedt M, Jamtvedt G, Graverholt B, Reinart LM. Å arbeide og undervise kunnskapsbasert. Oslo: Norsk Sykepleierforbund, 2007.
8. Skau GM. Gode fagfolk vokser – Personlig kompetanse i arbeid med mennesker. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag, 2005.
9. Christensen B, Carlsen TC, Jensen K. Fagutviklings-sykepleieren som brobygger mellom forskning og klinisk praksis. Sykepleien Forskning 2009; 2: 100-106.
10. Bjørklund B. Å være lærer for voksne. Oslo: Cappelen, 1999.
11. Dalin Å. Veier til den lærende organisasjon. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag, 1999.
12. Nysveen K, Nordby K, Bratrud TL, Granrud A. Miljøterapi i psykisk helsevern – et prosjekt verdig. Vallset: Oplandske Bokforlag, 2011.
13. Larsen RP. Teamutvikling – teambygging og samarbeid. Oslo: Cappelen akademisk forlag, 2007.
14. Tveiten S. Veiledning – mer enn ord. Bergen: Fagbokforlaget, 2005.
15. Svendsen I. Veiledning som helsefremmende bidrag. Masteroppgave i rådgiving Trondheim: NTNU, 2011.
16. Aasebø Hauken M. Hva er et godt prosjektarbeid, Sykepleien 2009; 17: 62-65. 2009.
17. Jessen SA. Prosjektledelse trinn for trinn – En håndbok i ledelse av små og mellomstore prosjekter. Oslo: Universitetsforlaget, 2008.
18. Aasebø Hauken M. Sykepleier som prosjektleder. Sykepleien 2010; 1: 55-57.
19. Martinsen ØL. Perspektiver på ledelse. Gyldendal Akademiske, 2004.
20. Løvstetten M. Evalueringsrapport Ambulant Dobbelttdiagnosteam 2004-2007. Sykehuset Innlandet 2008.
21. Bastøe PØ, Dahl K, Larsen E. Organisasjoner i utvikling og endring. Oslo: Gyldendal forlag 2002.



Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

til å utvikle både hver enkelt medarbeider og hele postens faglige kompetanse (14). Veiledning har betydning for å kunne sette ord på og reflektere over egne erfaringer i forhold til eget arbeid (15). Men det er ikke alle arbeidsplasser som har tilbud om dette. Veiledning er en fagutviklingsmetode som er lite ressurskrevende i forhold til andre metoder, da dette kan organiseres i tilknytning til post, enten i gruppe eller individuelt.

Prosjekt er også en metode som er mye benyttet i fagutvikling. De siste årene har det blitt mer vanlig å gjennomføre endrings-, utviklingsprosesser og forskning gjennom prosjektorganisering (16). Et prosjekt er en målbestemt oppgave hvor oppdraget er definert på forhånd og har begrenset varighet (17). Planleggingsfasen er den viktigste fasen i et prosjekt, og det er viktig å sette av god tid til dette. En prosjektplan er prosjektets viktigste styringsdokument, og med på å sikre at prosjektet gjennomføres på en god måte (16). Prosjektplanen skal beskrive bakgrunn, mandat, prosjektledelse, målet med prosjektet, og hvor lenge det skal vare. Valg av prosjektleder er også viktig (18). Prosjekt-

– Vi var gratisarbeidere

Ingeborg Møllersen tok sykepleierutdanning under krigen og forteller om militær disiplin i avdelingene.

Tekst og foto **Eivor Hofstad**

Ingeborg Møllersen (91) fra Mo i Rana ble ferdig utdannet sanitetssykepleier i 1945, etter tre måneders forskole og tre års utdanning. Hele skoletiden bestod av praksis. Eksamener og lesing kom i tillegg.

– Vi var gratisarbeidere som vikarierte for både sykepleiere og avdelingsledere på sykehuset i Bodø, forteller hun.

De jobbet 48 timers uke. Første året måtte de til og med betale for seg. Det andre året fikk de 10 kroner i måneden, det tredje 30 kroner.

Måtte nikke til overlegen

De ble også oppdratt i militær disiplin og måtte være servile overfor legene og avdelingssykepleierne.

– Vi kunne ikke gå forbi overlegen uten å nikke. Selv om han kikket en annen vei, så visste jeg at han hadde et aldri så lite skjel med øyet til min side, så han ante om jeg nikket. Gjorde jeg ikke det, ble det reprimande.

Det var også karakterer på uniformen. Den skulle være fin og nystroket, og kapp på hodet skulle sitte rett. «Få håret under kapp! Ellers ser dere ut som dere kommer fra Frostfileten*»), ble de formant.

Fakta

Kaustikk:

Metode for å brenne av sammenvoksinger mellom lungehinnen og brystveggen hinne for å oppnå maksimal effekt av blåsebehandlingen.

Blåsing:

Kirurgisk inngrep der man setter inn en hulnål mellom to ribbein og pumper luft forsiktig inn for å oppheve vakuemet mellom brystvegg og lunge slik at bevegelsen i lungene blir redusert.

Vensmoen:

Vensmoen ble bygd som tuberkulosesanatorium for hele Nord-Norge, og var i bruk i 50 år fra 1916 til 1966. Fra 1966 ble anlegget omgjort til sentralinstitusjon for psykisk utviklingshemmede, men i 1991 var også denne epoken over. Vensmoen ligger i Saltedal kommune i Nordland.

Fikk ikke tolke symptomer

Siden kullet til Møllersen var det første med offentlig godkjenning, måtte de kvalifiseres mer enn sine forgjengere.

– Jeg lærte for eksempel å gi rapport. Men vi måtte ikke si for mye. Jeg kunne blant annet ikke si til overlegen at en pasient hadde ekstruterin graviditet, selv om jeg visste det.

– Hvorfor ikke?

– Du gjorde det bare ikke. Det var uhørt at du tolket symptomer eller prøvesvar, både som student og som sykepleier.

En gang en assistentsøster sa på ranadialekt at et sår «stanka» eksploderte overlegen i et kole-risk sinnanfall og brølte med skarrende r-er at «stanka» ikke var et ord, selv på dialekt. Men han ble heldigvis irettesatt av en annen lege nordfra, som kunne gi assistentsøsteren lingvistisk støtte.

Motstandsarbeid

Men Ingeborg Møllersen har også gode minner fra sykehuset i Bodø og synes hun lærte utrolig mye.

– Både legene og sykepleierne hadde en sterk nasjonal holdning og var involvert i motstandsarbeid under krigen. Det føltes trygt og godt for unge studenter å vite at her var det ikke noen fjasing med okkupasjonsmakta.

Ble syke i praksis

Den første praksisen hadde Ingeborg Møllersen på kirurgisk kvinnepost på sykehuset i Bodø. Fra januar 1943 hadde hun tre måneders sykepleierpraksis ved Vensmoen tuberkulosesanatorium. Selv var hun naturlig pirquet-positiv, det vil si at hun hadde vært utsatt for smitte som kroppen hennes hadde bekjempet, slik at hun var blitt immun mot sykdommen. Men hun vet at skolen faktisk sendte studenter til Vensmoen som var pirquet-negative, uten å vaksinere dem først.

– Jeg kjenner ei fra kullet mitt som ble smitta av tuberkulose mens hun var i praksis på Vensmoen. Hun var syk i flere år, men ble frisk til slutt.

– Hva tenker du om det?

– Det er jo for ille, men vi snakka ikke om det da. Vi godtok alt. Og selv om vi visste hvordan tuberkulose smittet, brukte vi verken hansker eller munnbind.

– Lite verneutstyr tilgjengelig under krigen, kanskje?

– Tror ikke det hadde noe med krigen å gjøre. Det var mer vanen. Ingen reagerte på det. Vi hadde vanket mye i miljøer med tuberkulose, så vi hadde ikke noen skrekk for det.

Streng avdelingssykepleiere

De dro fire studenter om gangen til Vensmoen hvor de delte rom. Der ble de plassert to og to på hver sine avdelinger. Møllersen var på kvinnesiden. Hun minnes oppholdet med lite glede.

– Det var et kolossalt strengt regime, også sammenligna med sykehuset i Bodø. På Vensmoen var det makt for maktens skyld, ikke for pasienten.

Det ble sagt at det var de fire avdelingssykepleierne som dirigerte. Til og med legene måtte høre på dem.

– Vi ble advart før vi dro oppover at vi bare måtte bøye oss under åket hvis vi skulle få det bra.

Og ganske riktig. Mot slutten av oppholdet havnet Ingeborg Møllersen i unåde hos sin avdelingssykepleier uten at hun kunne fatte og begripe hva hun hadde gjort galt. Det eneste hun kan komme på, er at hun gjorde det godt på eksamen de hadde på slutten, og at kanskje avdelingssykepleieren følte seg truet av det.

– Det var sure miner og knuffing. Ikke noe direkte tale, men jeg ble skjovet unna. Det var på en måte passiv mobbing. Og det var så grusomt at jeg gråt.

– Hadde du noen å snakke med om det?

– Nei, det var ikke vanlig å snakke med noen om slikt. Man bar det inni seg.

– Hva gjorde Vensmoen med deg?

– Det var ingen dramatisk utvikling. Man formes jo underveis. Vi ble påvirket av de lederne vi hadde, vi ble nok litt hjernevaska. Men jeg lærte veldig mye om tuberkulosesykdommene.



SER TILBAKE: Ingeborg Møllersen forteller om en tid da tuberkulosepasientene var nederst på rangstigen i et kaldt miljø på Vensmoen sanatorium. Innrammet: Ingeborg Møllersen som ung sykepleierstudent med håret godt innenfor hetta.

Pasientene nederst på rangstigen

Møllersen snakket litt med pasientene selv om det ikke ble stimulert til noen pasientkontakt. Men hun fikk aldri den samme kontakten som med de pleietrengende pasientene på sykehuset. Tubpasientene var mer selvhjulpne.

– Vi «småeleven» som vi ble kalt, hadde rykte på oss for at vi var snille. Vi var så nye og unge og lite innkjørte i alt og var typiske ja-mennesker.

– *Hvordan hadde pasientene det?*

– Vi sykepleierstudenter hadde veldig lav integritet. Men nederst i hierarkiet var pasientene. Det er helt sikkert. De hadde overhodet ingenting de skulle ha sagt. Der var det absolutt og total underkastelse.

Måtte gjemme tannkremen

Pasientene var der et halvt år om gangen uten å få noe særlig besøk. Det var tre barn i seks-åttårsalderen der også. Ingen spesielle aktiviteter var lagt opp for dem, men Møllersen husker dem som blide og glade.

– Vi måtte gjemme tannkremen så de ikke skulle spise den – det var jo så lite godteri å oppdrive.

Hverdagene for pasientene bestod i å kle seg, spise, gå til «blåsing» og «kaustikk» og ligge «og kure» i en åpen sal med 25 kuldegrader om vinteren. Jo kaldere, jo bedre, ble pasientene fortalt.

– De lå på noen elendige madrasser og fikk noen tepper på sanatoriet, men det var ikke nok, så de måtte kle på seg det de kunne oppdrive av ull og filler hjemmefra. Ingen hadde sovepose.

– *Frøys du også?*

– Javisst, og der lå de. Det var kaldt i gangene og på rommene også. Hele miljøet var kaldt, i alle betydninger av ordet.

Det vesentlige satt i praksisen

Etter Vensmoen ble det praksis på ulike avdelinger: Øye, barsel, øre-nese-hals, medisinsk avdeling og kirurgisk mannspost.

– Vi var med på veldig mye. Det var det som var lærdommen min. Alt det vesentlige satt i praksisen.

Da Ingeborg Møllersen giftet seg og fikk fire barn, tok hun seg 25 års pause fra sykepleieryrket. I dag er datteren hennes, Aase Møllersen, lektor ved sykepleierutdanningen ved Universitetet i Nordland, campus Helgeland. Der er hun en av mange som har vært med på å utvikle praksisen

«Vi kunne ikke gå forbi overlegen uten å nikke.»

til å bli så god at studentene skryter av det. Les mer om det på side 28.

**) Frostfileten var en fiskeforedlingsbedrift på Langstranda utenfor Bodø, som var eid av tyskerne. Jentene som arbeidet der måtte være fine på håret for tyskerne, med store krøller som hang utenfor hettene. Ingeborg Møllersen sier mange av dem ble innlagt i lengre perioder på sykehuset med honoré, og tror derfor de ble utnyttet av tyskerne. ■■■*

eivor.hofstad@sykepleien.no



Alkohol gir mye kalorier

Det er ikke lett å følge kostholdsrådene til punkt og prikke bestandig. Vi vet at middelhavsdietten er bra, hvor det inngår et glass vin til maten av og til. Men alkohol er samtidig en stor kaloribombe. Visste du for eksempel at et stort glass rødvin (2,5 desiliter) inneholder 178 kalorier, like mye som i to sjokoladekjeks, og krever nesten 40 minutters rask gange å forbrenne? På nettsidene til World Cancer Research Fund (www.wcrf-uk.org) er det en kalkulator som hjelper deg å regne ut kaloriinnholdet i ulike alkoholholdige drikker, samt hvor mye du må mosjonere etterpå for å bli kvitt det. Kalkulatoren finnes under hovedmenyen «cancer prevention» og deretter venstremenyen «health tools».

Kognitiv terapi mot tinnitus

Katharine Cecilia Williams, psykologspesialist og ansatt ved Nasjonalt senter for hørsel og psykisk helse, har skrevet en bok som skal hjelpe tinnitusrammede. Forskning har vist at kognitiv terapi kan hjelpe mennesker som er rammet av tinnitus-plager, og i denne boka finner du en trinnvis beskrivelse av hvordan du gjennomfører en slik kognitiv terapi som skal være særlig egnet mot tinnitus.



HEMMENDE: Mors depresjon kan gå utover barnets utvikling. Arkivfoto: Erik M. Sundt

Screening forebygger barseldepresjon

Forskning viser at 10–16 prosent av kvinner som føder i Norge i løpet av et år har symptomer på depresjon i barseltiden. Screening av gravide kombinert med forskjellige oppfølgingstiltak reduserer kvinner med fødselsdepresjon fra 10 til 6 prosent fire til seks måneder etter fødsel. Dette viser en systematisk oppsummering gjort ved Kunnskapscenteret for helsetjenesten. En ulempe er imidlertid at en slik screening vil feilidentifisere 20 prosent av de friske kvinnene som mulig depressive.

Forsker Lillebeth Larun ved Kunnskapscenteret sier studiene oppsummeringen bygger på er av god kvalitet, slik at resultatet er til å stole på. Hun mener det er viktig å oppdage og behandle depresjon hos småbarnsmødre

fordi depresjon hos mor under svangerskapet eller i barseltiden kan ha langvarige negative konsekvenser for barnets utvikling og at risikoen for uheldige effekter ved screening må balanseres opp mot risikoen for å overse en depresjon og de konsekvenser det kan ha for mor og barn.

Helsedirektør Bjørn Guldvog er foreløpig kritisk til å innføre systematiske undersøkelser av gravide for å unngå svangerskapsdepresjon. Han vil først prøve ut enklere metoder.

– Screening for barseldepresjoner oppfyller ikke WHO sine kriterier for når det bør gjennomføres en screening, sier Guldvog til Dagens Medisin.

Kilder: Kunnskapscenteret og Dagens Medisin



Foto: Colourbox

Uærlige doktorgrads-spiser

Selv om det er rapportert mindre forskningsjuks i Norge sammenlignet med andre land, er uærlighet på området ikke ukjent for norske doktorgradsstudenter i medisin. Det er konklusjonen i artikkelen «Scientific dishonesty – a nationwide survey of doctoral students in Norway». Førsteforfatter er professor Bjørn Hofmann ved senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo.

189 studenter har svart på en spørreundersøkelse, og 65 prosent av dem hadde ikke hørt eller lest noe om forskere som hadde gjort noe uærlig i vitenskapelig sammenheng det siste året. En person hadde opplevd press for å fabrikkere data, og en hadde blitt presset til å plagiere data. Rundt 11 prosent hadde opplevd uetisk press angående forfatterrekkefølgen i løpet av det siste året. 10 prosent så ingen feil i å rapportere eksperimentelle data uten at eksperimentet var gjennomført, og så mange som 38 prosent fant det uproblematisk å prøve mange metoder for å analysere slik at man kunne få et signifikant resultat. 13 prosent sa det var akseptabelt å forfalske eller fabrikkere data for å få fortgang i publiseringen, hvis de var sikre på funnene sine.

Kilde: BMC Medical Ethics



Foto: Colourbox

Assistert befruktning har økt

I 2011 ble det født 2026 barn som resultat av assistert befruktning i Norge, mens det i 2002 ble født 1228. Dette innebærer en økning på 50 prosent de siste ti årene. Kari Klungsoyr, overlege ved Avdeling for Medisinsk fødselsregister (MFR) ved Folkehelseinstituttet, mener økningen egentlig er enda større fordi MFR ikke får opplysninger om alle fødsler etter assistert befruktning som skjer i utlandet.

Kilde: Folkehelseinstituttet

Stipend for å skrive lærebok

Cappelen Damm inviterer nye og etablerte forfattere til å delta i konkurransen om å motta forlagets faglitterære forfatterstipend for 2013, på 150 000 kroner pluss utgivelse i papirformat og eventuelt digitalt format.

Stipendet deles ut til den forfatteren eller det teamet som presenterer det beste konseptet for en lærebok for høyere utdanning. Vurderingen vil skje på grunnlag av en prosjektbeskrivelse og minst ett prøvekapittel.

Prosjektbeskrivelsen må inneholde: Kortfattet beskrivelse av innhold, struktur og faglig pedagogisk idé. Disposisjon. Begrunnelse for behovet for læreboken. Beskrivelse av målgruppen. Faglig nivå (bachelor/master). Forfatters CV.

Frist 1. oktober. Kontakt Birgit Skal-dehaug i Cappelen Damm.

Foto: Colourbox



Forebyggende psykisk helsearbeid svekkes

I tråd med samhandlingsreformen gir kommunene i økende grad et tilbud til pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Men dette har vist seg å gå ut over det forebyggende psykiske helsearbeidet, viser en ny rapport fra Sintef.

Nedbygging av døgntilbudene i spesialisthelsetjenesten kombinert med samhandlingsreformen har gjort at flere pasienter sendes tidligere over til kommunene. Derfor må kommunene ta hånd om flere mennesker med psykiske lidelser enn før.

– Dette er basert på solide forskningsfunn om hva som er det beste for pasientene, men det har skjedd uten at årsverksinnsatsen er økt innenfor kommunenes psykiske helsearbeid i femårsperioden fram til og med 2011, sier Sintef-forsker Solveig Osborg Ose.

Hun mener det nå er på tide å vurdere om statlige midler bør tilføres spesifikt til kommunene for forebygging av psykiske lidelser.

Kilde: Forskning.no



Foto: Colourbox

Film om demens

Novellefilmen *Pyramiden* av Even Torgan og Karoline Husjord, er laget i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse og Nasjonalforeningen for folkehelsen. Filmen kom ut i november 2012 og handler om en sønn som opplever at moren får demens. Familien må ta mange vanskelige valg, og gutten på 16 år tvinges inn i de voksnes verden. DVD-en inneholder også en bakomfilm med intervjuer av skuespillerne, regissør og produsent, lege og forsker Tor Atle Rosness og spesialist i klinisk psykologi Per Kristian Haugen.



Gir jenter bedre selvfølelse

De siste tre årene har ungdomsskolejenter i Fyllingsdalen fått tilbud om selvtillitskurset «The best me». Kurset er en videreføring av et gruppetilbud for «stille» jenter som begynte i 2006, og

har mest fokus på selvfølelsen, siden den er grunnsteinen i arbeidet med å styrke egenverd og selvrespekt.

Helsesøstrene Siv Elin Ryan og Vigdis Landmark har mange års erfaring

som kursledere for usikre jenter. De har utarbeidet kurset «The best me» som bygger på positiv tenkning og elementer fra kognitiv psykologi. De har også samarbeidet med en fysioterapeut.

De ungdomsskolejentene som får gå kurset har få venner, lav selvfølelse, er stille og tilbakeholdne og er motiverte for å jobbe med seg selv. De møtes cirka tolv ganger à to timer i skoletiden og har et fast mønster på møtene:

Innledning: Jentene er etter tur ansvarlig for innledningen. Hensikten er å bidra med noe planlagt til gruppen og få være i fokus disse minuttene.

Ukens høydepunkt: En runde der jentene forteller hva som har vært bra fra siste uke.

Utfordringen min: Jentene har funnet egne utfordringer som de jobber med for å bli mer modige.

Dagens tema: Hovedtema for dagens møte som helsesøstrene har definert på forhånd. Det kan for eksempel handle om kroppen vår, følelser, stresshåndtering, vennskap og kommunikasjon.

Fruktpause: En liten uformell pause midtveis i møtet. I starten er jentene

LES MER: Tidsskriftet for helsesøstre er bladet til Landsgruppen av helsesøstre NSF.



rolige og forsiktige, mens etter hvert som kursdagen går blir de bedre kjent og praten går lettere.

Positiv-runde: En runde der alle jentene skal si noe som er bra med dem selv. En ny ting hver gang.

The best me-boka: På slutten av kursdagen kan jentene skrive ned ting i boka de har fått som de vil ta med seg fra kursdagen. Videre blir de oppfordret til hver dag å skrive i boka etter en metode beskrevet av Mia Tørnblom i boka «Selvfølelse nå».

– Evalueringene fra jentene er god lesning. Vi er ikke i tvil om at investering i usikre jenters selvfølelse er en riktig og viktig investering, sier Ryan og Landmark.



UTFORDRER SEG SELV: Jentene på kurset må utfordre seg selv for å bli mer modige. Det kan for eksempel være å gå forbi en skummel gjeng på skolen. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Eselører

Det hender jeg låner bøker på biblioteket der hjørner er brettet. Det som gjerne kalles eselører. Hvorfor det kalles eselører vet jeg ikke. Det er en uskikk, spør du meg.

Jeg bretter aldri hjørnene i mine eller andres bøker. Etter min mening ødelegger det noe av den helhet som utgjør en bok. Heller enn eselører foretrekker jeg andre måter å markere hvor jeg avsluttet min forrige leseøkt eller å markere noe som var godt skrevet.

Det finnes ulike typer bokmerker. En amerikansk venn av meg markerer sidene og det hun mener er viktig i teksten med små gule strimler som hun har klippet av post it-lapper. Blant venner omtales hun som Julie med de gule lappene. Det er gule lapper i fleste av de tusener av bøker hun har i sine bokhyller.

Julie er en selvlært lesehest med mer kunnskap om bøker og forfattere enn mang en lærd professor i litteratur. Om jeg nevner en bok eller forfatter for henne, ramser hun kjapt opp noe av det hun har lest av vedkommende, eller forfatterskapet sett i relasjon til andre skribenter. Hun tilhører gruppen systematiske lesere. Det gjelder både moderne og eldre litteratur.

Julie leser overalt – i bilen, på reiser, på flyplasser, på fjellet – og i badekaret om natten. Det siste ifølge henne selv.

Alltid har hun med seg de gule strimlene hun har klippet av post it-blokker. Å lese er en livsstil for henne og en inspirasjon for andre – inkludert meg selv. Hun har erobret det litterære universet med en entusiasme som er misunnelsesverdige. For henne er bøkene åndsverk som skal behandles med respekt slik at de varer lenge. Da må de behandles skikkelig.

Julie er en lesehest med bøker uten eselører.



KHMgaard

Heier på foreldrene

Inger Pauline Landsem deler kunnskap fra 17 år på nyfødt intensiv.

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Ingun A. Mæhlum**

Boken har vokst frem fra erfaring med nybakte familier, sier Inger Pauline Landsem.

Hun har skrevet *En bedre start*. Hensikten er å gjøre foreldre trygge i møte med sin nyfødte baby.

– Dessuten tror jeg også helsepersonell kan ha noe å lære av det jeg skriver.

Landsem har lang erfaring som sykepleier ved nyfødt intensiv ved Universitetssykehuset i Tromsø.

– Å hjelpe familien til å bli en familie kan være en stor utfordring i sykepleie til nyfødte, sier hun.

Selv kunne hun tenkt seg en lignende bok da hun ble mor for 25 år siden.

– Jeg gledet meg veldig til å få barn. Barna var friske og alt var bra, men jeg følte meg likevel ikke så glad. Jeg forsto ikke barnet mitt på den intuitive måten, og det var vanskelig å innrømme. I ettertid ser jeg at det å ikke føle glede er vanlig blant nybakte mødre. Men det kan oppleves veldig ensomt.

Landsem tror kunnskap om det nyfødte barnet kan forebygge depressive symptomer hos nybakte mødre.

– Norge er regnet som verdens beste land å bli mor i, likevel opplever opp mot 15 prosent svangerskapsdepresjon. Det påvirker samspillet med barnet og er viktig å forebygge, mener hun.

På nyfødt intensiv sørger mange nybakte foreldre også over den tapte normaliteten.

– Det hender jeg får lyst til å rope ut at det fantastiske med denne livsfasen ikke alltid kommer helt av seg selv.

I boken forklarer Landsem hvordan foreldre kan forstå væremåten til babyen sin. Det mener hun kan gjøre hverdagen enklere og samspillet mellom foreldre og barn mer forståelig. Både for premature nyfødte og fullbårne barn. Hun har selv tatt flere videreutdanninger i systematisk veiledning

– Hva sier foreldrene?

– Alle sier de ikke ante at deres nyfødte barn kunne så mye. I de riktige omgivelsene kan de åpne seg og gi respons de fleste ikke trodde var mulig. Foreldre får et kick av det. Å hjelpe dem i gang med samspillet tidlig legger grunnlag for godt samspill videre, og det er heldig for

«Før var det sykehusene som eide babyene.»

den sosiale utviklingen og utvikling av språk, påpeker hun.

I boken bruker hun bilder for å beskrive utviklingen hos barnet. Selv er hun glad i snøballen som bilde.

– Utviklingen er som en snøball, som fortsetter å rulle. Det er ikke sånn at når man først har fått blikkontakt, så er man ferdig med det. Det må gjentas og gjentas, og barnet

lærer stadig noe nytt. Gjentakelse preger barnealderen, og også nyfødte, presiserer hun.

På nyfødt intensiv er samspillet mellom foreldre og barn en viktig del av sykepleien. Noen barn ligger der i flere måneder, og pleiere og foreldre blir godt kjent. Men fullbårne barn ligger kort tid på sykehus.

– At de kommer hjem fort kan være bra, men det krever mer av helseøstre og jordmødre ute, sier hun.

– Det er også en grunn til at jeg har skrevet boken. Jeg ville dele kunnskapen vi på nyfødt intensiv har.

– Behandler man nyfødte annerledes nå enn da du begynte?

– Ja. Mødre sier at barnet nå er deres. Før var det på en måte sykehuset sitt. Det kan være en utfordring plassmessig, men i dag forsøker vi å la foreldre være foreldre fra første stund. Miljøet er også annerledes. For eksempel foregår nå legevistiten med lave stemmer, to meter unna kuvøsen. Vi gjør hva vi kan for å dempe inntrykkene barna får. De får nødvendig medisinsk behandling, med så lite stress som mulig.

– Hva vil du med boken?

– Jeg vil være med å fremme god utvikling i alle miljøer der helsepersonell møter nybakte foreldre. Og så vil jeg at nybakte foreldre skal oppleve å bli heiet på. Også de med mindre ressurser enn andre. Finner man som helsepersonell ikke noe positivt å trekke fram hos nybakte foreldre, er det en sak for barnevernet. Men



Inger Pauline Landsem

Aktuell med: En bedre start

sånt har vi systemer for. I min bok skriver jeg konsekvent ikke om de negative sidene ved for dårlig samspill. Den er veldig lite formanende.

Landsems erfaring er at mye handler om å bruke sin egen stemme, sitt eget ansikt og finne et språk for å snakke om det nyfødte barnet. I boken er det også dikt, regler og sanger.

– Jeg bruker også små anekdoter. De kan være verktøy for foreldrene når de skal forstå barnet sitt. Et budskap er ikke levert videre før det er forstått, og det har vært viktig i skrivingen. Jeg har også tatt utgangspunkt i hverdagsituasjoner, som bading og stell. Det er lett for foreldrene å relatere til.

– Noen aha-opplevelser underveis?

– Hvor krevende det er å skrive bok. Jeg valgte å gi den ut på eget forlag fordi jeg ellers måtte skrevet en bok om barnet fra a til å. Det var det andre forlag ønsket. Men det fins allerede flere slike bøker. Jeg ville skrive om den første tiden. Den er så viktig. Fikser foreldre denne tiden, fikser de også svært ofte det som kommer senere. ■■■

nina.hernes@sykepleien.no

Hva mener du?

Sykepleien trenger flere bokanmeldere. Vi søker etter faglig sterke sykepleiere med god penn og mot til å mene. Vi er særlig på jakt etter sykepleiere som jobber klinisk, for eksempel på intensiv eller sengepost. Erfaring med å anmelde er en fordel, men ikke et krav. Anmeldelser blir honorert.

Interessert?

Ta kontakt med Nina Hernæs på telefon 22 04 33 67 eller e-post nina.hernes@sykepleien.no



Illustrasjon: Colourbox

Sykepleien

Hva leser du nå?



Rus og skrekk

– Jeg leser stortingsmeldingen om rus, sier **Elin M. Holmgren**, fylkesleder i NSF Finnmark.

– Den er på 200 sider og blir med opp i sofaen for tiden.

– *Er det lystbetong lesing?*

– Både og. Hvis en del av det som står der følges opp, blir det bedre. Som bedre ettervern og en mer helhetlig ruspolitikk som ser hele men-

nesket.

For Holmgren blir det mye faglitteratur og politikk når hun skal lese.

– Men jeg liker skjønnlitteratur og krim også. Den siste romanen jeg leste handlet om en afrikansk kvinnes hverdag. Jeg husker ikke hva den het. Det var mye tragisk, men hun kom seg opp og fram.

Den beste boken Holmgren har

lest er *The Shining* av Stephen King.

– Beskrivelsene hans er som literære malerier, sier hun.

– Det er mange år siden jeg leste den, men jeg har ikke funnet noen annen bok hvor ordene får liv sånn som i den. Om man synes filmen er ekkel, kan jeg love at boken er verre.

Tekst **Nina Hernæs** Foto **NSF**

«Å spørre en forfatter om hva han mener om en kritiker, er som å spørre en lyktestolpe om hva den mener om hunder.» John Osborne

Sex med menn, kvinner eller begge deler?

ANMELDELSE: Hiv er en sjelden sykdom i Norge. Men overlege Åse Haugstvedt vil vise at det er en sykdom alle kan få. Og at de som får den skal møte profesjonelle hjelpere på alle nivåer.

Hun starter på en befriende måte i egne erfaringer fra Olafiakliniken, en nasjonal kompetansetjeneste for seksuelt overførbare infeksjoner. Herfra går hun først og fremst inn i materien med et medisinsk blikk og presenterer grunnleggende biomedisinske kunnskaper om hiv. Hun viser også til levekårsundersøkelsen blant hivpositive i Norge fra 2009. Et utvidende perspektiv gir fem pasienthistorier.

Ifølge Haugstvedt er ikke boka beregnet på eksperter og spesialister på hiv. Men med sitt biomedisinske tyngdepunkt opplever jeg at boka særlig passer for ansatte ved infeksjonsmedi-

sinske poster, så vel som legestudenter og tannlegestudenter

For sykepleiere kan dette være en bok for grunnutdanningen, gjerne i sammenheng med sosiologiske perspektiver og smittevernundervisning. Sistnevnte må det skorte på når vi stadig hører om pasienter med blodsmitte som får pasientrommet merket med gul trekant og gule poser i søppelbøtta.

Haugstvedt forteller at en pasient opplevde at fastlegen ikke ville ta blodprøve av ham fordi han var blitt hivpositiv. Slike episoder mener hun er absurde. «Ingen vet hvem som har hiv eller andre mer smittsomme sykdommer før de tar en blodprøve av en pasient, hvis ikke diagnosen er kjent fra tidligere. Blodprøver skal tas på en forsvarlig og lik måte av alle pasienter.»

Siden Haugstvedt har bred og lang

erfaring med kjønnssykdommer, savner jeg flere konkrete råd der rammen for samtalen ikke er en poliklinikk for kjønnssykdommer. Lavterskeltilbud om hivtester på fastlegekontor og helsestasjoner, og tilgang til gratis kondomer, kunne vært framhevet i større grad. Det hadde ellers vært nyttig med oversikt over infeksjonsmedisinske instanser i Norge hvor man kan henvise pasienter og søke informasjon.

«Knut» oppsummerer best budskapet i denne boka. Han forteller: «Da jeg tok den testen som var positiv, ble jeg møtt på en veldig hyggelig og profesjonell måte. Sykepleier var ikke moraliserende, men hadde en avslappet språkbruk som normaliserte hele situasjonen.»

Åse Haugstvedt har tatt bladet fra munnen og pekt på den grunnleggende forpliktelsen om å skape reflekterte helsearbeidere. ■■■



Hiv for helsepersonell en innføring

Av Åse Haugstvedt
140 sider

Universitetsforlaget, 2012
ISBN 978-82-15-01960-4

Anmelder: Ingrid Jahren Scudder

Bok som berører

ANMELDELSE: Ken Heap var sosionom og terapeut og hadde et aktivt yrkesliv som foreleser og forfatter. Samtalen i eldreomsorgen ble først publisert i 1990. Denne boken er fjerde utgave og ble publisert etter hans død i 2009. Redigeringsarbeidet er blitt avsluttet av hans datter.

Boken er delt inn i fire hovedbøker. Den første delen omhandler betydningen av samtale med eldre. Forfatteren viser til ulike kommunikasjonsmetoder og legger vekt på forhold som sansesvikt, forvirringstilstander og hukommelsessvikt. I del to presenteres minner og erindringsfortellinger som metode og betydningen av realitetsvurdering og validering. Del tre viser til teorier og behandling relatert til kriser og sorg i alderdommen. Den siste delen presenterer et kasusresymé hvor forfatteren beskri-

ver betraktninger om uforløst sorg.

Grunnleggende prinsipper om mellommenneskelige relasjoner knyttet til kommunikasjon med eldre er mye de samme i dag som for 30–40 år siden. Forfatteren belyser ulike teorier og metoder med eksempler som tilsynelatende er tidløse. Likevel er enhver fortelling preget av sin tid. I dag handles det for eksempel ikke på postordre, men på nett. Hvor lenge er det mulig å redigere en bok før innholdet oppleves uaktuelt? På 1990-tallet var realitetsorientering, reminisens og validering nye metoder som vakte optimisme. Mange sykepleiere ser betydningen av å benytte minnearbeid på ulike måter. Å få snakke ut om traumatiske opplevelser kan skape ro, forsoning og mening også hos de aller eldste.

I dag er vi opptatt av erfaringsbasert kunnskap. En fagbok utgitt i 2012

burde inkludert langt flere nyere forskningsartikler som viser effekten av ulike metoder som er benyttet.

For å bøte på foreldete referanser har det blitt føyd til en ekstra litteraturliste i boken, delt inn etter bokens fire hoveddeler. Her burde forlaget tatt seg tid til å integrere referansene i teksten og fjernet noen av de mest uaktuelle kildene.

Boken egner seg for helse- og sosialarbeidere som trenger ny kunnskap og muligheter til å forbedre sin samtaleteknikk i arbeidet med eldre. Bokens styrke er forfatterens menneskekunnskap og kloke tilnærming i sine kasuistikker. Eksemplene berører én som leser. Boken presenterer Eldres behov i ulike situasjoner. Den gir ettertanke og kan være et bidrag til økt innsikt om en aktiv alderdom, enten vi er fagpersoner eller medmennesker. ■■■



Samtalen i eldreomsorgen

Kommunikasjon – minner – kriser – sorg
Av Ken Heap

368 sider

Kommuneforlaget, 2012
ISBN: 9788244620376

Anmelder: Liv Wergeland Sørbye



Hans Knut Otterstad,
lege og helsetjeneste-
forsker

Historisk blikk på eldrebølgen

Eldrebølgen er et resultat av at den norske velferdsstaten har nådd sitt mål om økt levealder blant innbyggerne.

Det har bodd mennesker i Østfold i 6000 år, men det er først utviklingen de fem siste generasjonene som har forårsaket en eldrebølge. Det er derfor viktig med et historisk overblikk over utviklingen av livslengden. Hva har vi lært som kan hjelpe kommunene til å velge en god strategi for å mestre dagens utfordringer med samhandlingsreformen? Det sentrale spørsmålet blir hvor og hvorledes vi skal behandles i livets slutfase, når så mange lever så lenge og trenger så mye hjelp? Dette blir bestemt av helsevesenet, og etter samhandlingsreformen er det først og fremst prioriteringer og drift av den kommunale helse- og omsorgstjenesten som avgjør hvorledes dette kommer til å skje.

Målet nådd

Norge har lenge ligget i toppsjiktet i verden når det gjelder livslengde. Dette har vært et mål og en ønsket utvikling. Og denne artikkelen vil vise at eldrebølgen har et historisk perspektiv på cirka

150 år. Når eldrebølgen blir framstilt som et problem setter man saken på hodet. Vi har jo strevet for å forlenge levealderen i de siste fem generasjonene. Og Norge har nå klart det, i motsetning til de fleste andre land. Men dette gir samtidig en spesifikk utfordring for sykehus og eldreomsorg: Hvilke tilbud skal vi gi til de gamle når helse svikter, og hvor skal de eldre dø?

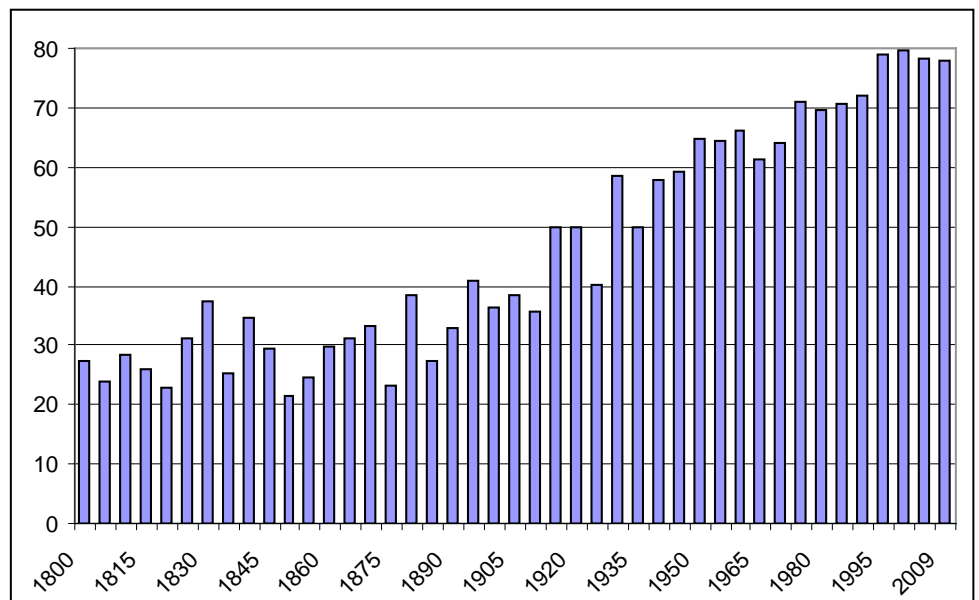
Fra kirkebøkene

Faktagrnnlaget for denne historiske oversikten er tatt fra kirkebøkene som inneholder opptegetninger for de siste 200 årene. Det er betydelig lenger tilbake enn hva man kan finne av tilsvarende data fra helsetjenesten. I Tune, Sarpsborg kom-

mune i Østfold, ligger en meget gammel kirke, og fra kirkebøkene er alle fødsels- og dødsdager for innbyggerne registrert, samt også adressen på dødstidspunktet.

Økt levealder

Figur 1 viser utviklingen fra 1800 og fram til i dag. Dette er en figur som sier mer enn tusen ord, og den forteller at eldrebølgens forløp kan spores tilbake til 1870-årene. Før dette tidspunktet var gjennomsnittsalderen for dem som døde i Tune kun litt over 28 år. Men så startet moderniseringen av det norske samfunnet, og i løpet av de neste 75 årene, det vil si fram til 1950, steg gjennomsnittsalderen ved død til 65 år.



Figur 1. Gjennomsnittsalder for alle som døde i Tune i perioden 1800 til 2009, registrert hvert femte år.

Hovedbudskap

Historiske tilbakeblikk er viktige for å forstå dagens utfordringer. Helsetjenesteforskningen viser at driften av sykehjem, særlig driften av kortidsplassene, avgjør om kommunen vil klare å takle eldrebølgen.

Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- › Sykehjem
- › Samhandling
- › Historie
- › Kommunehelsetjeneste



FØROGNÅ: Eldrebølgen er et resultat av økt levealder; mens gjennomsnittsalderen i Sarpsborg kommune eksempelvis var 28 år på 1870-tallet, steg den til 65 år i 1950. Illustrasjonsfoto: Nicolai Howalt/NTBscanpix

Et sentralt årstall er 1970. Da kom sykehusloven som var starten på helsevesenets ansvar for eldreomsorgen. Det startet sykehjemmene, definert som en medisinsk institusjon drevet av fylkeskommunen, som sykehusenes forlengete arm. Tidligere var det bygd gamle hjem som i starten var drevet som en del av fattigomsorg og sosialtilbudet i kommunene. Andre viktige årstall er 1982 med kommunehelseloven og 1988 med overføringen av sykehjemmene til kommunene. Senere har kommunene hatt et helhetlig

ansvar for primærhelsetjenesten og for samordningen av de ulike tjenestene i eldreomsorgen.

Presset økonomi

Det er verdt å merke seg at eldrebølgen først ble merkbar i de fleste sykehus og kommuner i Norge fra rundt 1970, og at de beskrevne administrative endringene av helsetjenesten var et resultat av et økende press på sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester. Hovedsakelig var det en presset offentlig økonomi som

lå bak. Samhandlingsreformen fra 2012 er en videreføring av disse tilpasningene slik at kommunene fra nå av får et enda større ansvar for behandlingen av de eldre.

Den historiske utviklingen som framgår av Figur 1 dokumenterer at mesteparten av den sterke økningen av levealder har funnet sted i perioden 1870 til 1950, det vil si mens Norge var et fattig land og den kommunale helsetjenesten ikke var etablert. Men også før de effektive kurative medisinske behandlingsmetoder!!



Flere sykehjem

Før 1950 døde de fleste hjemme eller i sykehus. Dette skyldtes at institusjonene for de eldre i kommunene ikke ble ansett som noe helsetilbud. Gamlehjemmene var et lavstatustilbud som først og fremst ble benyttet av dem som ikke hadde noen familie som kunne ta vare på sine eldre. Sykehuse- sene ble det vanligste stedet å dø på etter hvert som disse ble utbygget og spesialisert, et mønster som har vart fram til vår tid.

På 1970-tallet ble det satt i gang en storstilt utbygging av sykehjemmene i Norge. Da var det fylkeskommunen som drev både sykehus og sykehjem, og en rasjonell sykehusdrift forutsatte at sykehjemmene kunne ta imot de sykeste gamle slik at de ikke ble liggende som «pleiepasienter» og forårsake sykehuskøer.

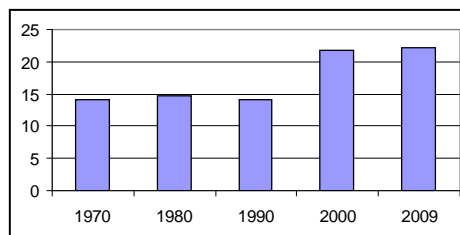
Flest dør på sykehus

Slik var situasjonen fortsatt rundt 1990, men på slutten av 1990-tallet ble eldrebølgen så kraftig at mange eldre døde på sykehjem, se Tabell 1. Årsaken var at sykehusesenes liggetider ble kraftig redusert i denne perioden, både på grunn av økende køer, men også på grunn av politikernes krav til økt effektivitet. Korte liggetider gir flere pasientbehandlinger per år, noe som fortsatt blir tolket som mer effektiv drift. Mange eldre som før døde på sykehus ble nå i stedet overført til sykehjem i en terminal fase (1).

Fortsatt er sykehuset det vanligste stedet å dø, men samhandlingsreformen skal nå sørge for at flere eldre utskrives før de dør. Det blir derfor et betydelig press på eldreomsorgen i kommunene når terminale pasienter i høyere grad enn før blir erklært som utskrivingsklare.

År	Dødssted		
	I hjemmet	I sykehjem	I sykehus
1990	25	23	52
2009	12	39	49

Tabell 1. Dødssted for døde i Tune i 1990 og 2009. Prosentfordeling.



Figur 2. Andel av dem som døde som bodde på langtidsavdeling i sykehjem, 1970-2009.

i Tune bodde i langtidsavdeling i sykehjem. Men fra slutten av 1990-tallet var eldrebølgen blitt så omfattende at sykehjemsdekningen ble mye lavere enn før. Dermed fikk bare de sykeste av de eldre sykehjems plass. Da steg sykehjemsdødeligheten, noe som vises tydelig i tabell 1.

Tallene viser at 39 prosent av alle som døde bodde i sykehjem, mens andelen som hadde sykehjem som fast bosted, det vil si langtids plass, var betydelig mindre, 23 prosent. Differansen skyldes de som døde i korttids plass. De fleste var eldre, utskrivingsklare sykehuspasienter med en mye høyere dødelighet enn de som bodde i langtids plass. Korttids plassene var ofte kommunens eneste mulighet til å ta imot utskrivingsklare sykehuspasienter, siden langtids plassene var belagt, og de var for syke for hjemmesykepleienivået. En undersøkelse fra Akershus viser at hele 100 av de 159 utskrivingsklare pasientene døde i korttidsavdeling innen 25 dager etter overflyttingen (1). Dette viser at pasientstrømmen i korttids plassene er preget av meget høy dødelighet, noe som ikke er tilfelle i samme grad i langtids plassene, der liggetiden i gjennomsnitt fortsatt er rundt to år.

Hva kan vi lære?

Kommunenes møte med Samhandlingsreformen vil få både etiske og økonomiske konsekvenser. Forskjellen i kvaliteten på den kommunale eldreomsorgen vil trolig bli stor i tiden som kommer. Dataene fra eldrebølgen i Tune viser at driften av sykehjems plassene vil stå helt sentralt for å kunne gi et godt behandlingstilbud i eldreomsorgen. I klartekst betyr det at kun pasienter med de største behovene skal få sykehjems plass. Da må ikke sykehjemssengene blokkeres av pasienter med lange

liggetider og mindre behov enn de «utskrivingsklare» sykehuspasientene, som raskt bør kunne overføres fra sykehus til ledige korttids senger i kommunene.

Flere korttids plasser

I Vestfold fylke har de fleste kommuner tatt seg dette ad notam (2). Fra 1985 til 2005 økte andelen korttids senger i sykehjem fra 12,3 til 18,6 prosent, mens den totale sykehjemsdekningen ble redusert fra 19,0 til 14,1 plasser per 100 innbygger som var 80 år og eldre. Til tross for en reduksjon av dekningen av sykehjems plasser på 32 prosent ble sirkulasjonsfaktoren i sykehjemmene i Vestfold likevel opprettholdt på samme nivå i denne krevende 20-årsperioden. Løsningen var å omdanne langtids senger til korttids senger i takt med endringene i eldrebefolkningens behov og presset fra eldrebølgen.

Økt sirkulasjon

Utviklingen av eldreomsorgen etter at Samhandlingsreformen er innført vil gi et betydelig press på mottakskapasiteten i hjemmetjenester og sykehjem. Dette vil kreve strategiske valg som må baseres på empiri, analyser og evnen til å endre behandlingsopplegg, særlig moderne sykehjemsdrift. Dødelighetstallene fra Tune og erfaringer fra omleggingen av eldreomsorgen i kommunene i Vestfold viser at driften av korttids plassene vil være helt avgjørende for sirkulasjonen i sykehjem og dermed mottakskapasiteten for de utskrivingsklare sykehuspasientene. Blir den stor nok? – bør være det sentrale drifts- og planleggings spørsmålet.

Dersom langtids pasientene med mindre behov blokkerer for inntaket av pasienter med større behov, vil man i noen kommuner få scenarier som ikke vil kunne forsvares faglig eller etisk. Dette er spørsmål som vil utfordre kommunene i forhold til kvaliteten på tjenestene og rettferdig fordeling av begrensede ressurser. Med Samhandlingsreformens økonomiske virkemidler vil det også få store økonomiske konsekvenser, og norsk eldreomsorg vil i løpet av kort tid kunne inndeles i A-, B- og C-grupper. Da vil det være viktig å bo i «den riktige kommunen», både for de eldre og for deres nære pårørende. ■■■

LITTERATURLISTE:

- Otterstad HK, Sorteberg K. Alvorlig syk og utskrivingsklar. Sykepleien 2008; 01: 34–36
- Otterstad HK. Flere korttids plasser gir økt sirkulasjon. Sykepleien 2008; 09: 37–41.

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

«Når eldrebølgen blir framstilt som et problem setter man saken på hodet.»

Tabell 1 og Figur 2 viser dynamikken i dagens eldreomsorg og dødspleie slik den framstår på høyden av den første eldrebølgen i perioden 1990–2009. Tallene forteller at sykehjemmene har fått en økende betydning, særlig driften av korttids plassene.

Sykehjem i Østfold

Fram til 1990 var sykehjemsdekningen i Østfold så god at mange relativt friske eldre ble innlagt. Dødeligheten var derved ikke så høy, noe som medførte at under 15 prosent av dem som døde

Forebygger feilstillinger

Siden 2009 har til sammen 200 helsepersonell fra Troms fylke vært på kurs hos NAV hjelpemiddelsentral for å lære om liggende posisjonering.

Tekst **Åse Seljebu og Jonas Henriksen**

Feilstillinger som ofte sees hos personer med nedsatt egenbevegelse, kan være kontrakturer i knær og hofter, skjevt bekken og skjevhet i ryggstølen. Ved å sette inn tiltak for å stoppe videreutvikling av skjevstillinger, eller forebygge at disse oppstår, kan personene få mer energi, mindre smerter, bedre hvile og en økonomisering av kreftene sine. Et slikt tiltak kan være posisjonering.

Fra England

I Norge har vi god tradisjon med posisjonering i sittende og stående, mens liggende posisjonering ikke har samme fokus. Begrepet «posisjonering i et 24 – timers perspektiv» oppstod i England for over 15 år siden, og foregangspersoner har vært Pauline Pope og Liz og John Goldsmith. Begrepet tar hensyn til alle døgnets timer for å forebygge feilstillinger hos personer med nedsatt egenbevegelse.

I ryggliggende stilling har vi god erfaring med å påvirke spasmer, bekken og kroppssymmetri i en gunstig retning. Grunnen til dette er at ved

ryggliggende posisjonering kan personen få en god understøttelsesflate og god hjelp av tyngdekraftens positive innvirkning på kroppen.

Tverrfaglig

Det tverrfaglige teamet rundt pasienten består som oftest av syke- og hjelpepleiere, terapeuter og assistenter. Disse er ressurspersoner for å gjennomføre posisjoneringstiltak. Pleiepersonalet har døgkontinuerlig kontakt med pasienten, slik at deres kompetanse og nærhet til pasienten er svært viktig for gjennomføring av posisjonering i et 24- timers perspektiv.

I januar holdt Nav hjelpemiddelsentral i Troms tre grunnkurs i liggende posisjonering. Kurset ga blant annet en innføring i hvilke personer denne tilnærmingen kan passe for, og hva som er viktig å ta hensyn til før en starter. Videre ble det presentert fokusområder for å forebygge og hindre feilstillinger, samt posisjoneringsprinsipper. Tverrfaglig samhandling og hvordan overføre denne viten til det daglige arbeidet, var også sentralt på kurset. ■■■



LIGGENDE KUNNSKAP:

I Norge har vi god tradisjon med posisjonering i sittende og stående, men ikke for liggende, hevder fysioterapeutene Åse Seljebu og Øyvind Henriksen fra Nav hjelpemiddelsentral i Troms. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

R RIKS
TEATRET

TVILLING-SJELER

GUNVOR HOFMO OG RUTH MAIER

Av OTTO HOMLUNG.

25/2	Oslo/Nydalen	11/4	Lyngdal
26/2	Oslo/Nydalen	12/4	Mandal
27/2	Oslo/Nydalen	14/4	Grimstad
28/2	Oslo/Nydalen	15/4	Sandefjord
5/3	Ålesund	16/4	Skien
6/3	Molde	17/4	Notodden
8/3	Verdal	19/4	Nøtterøy
10/3	Melhus	20/4	Vikersund
11/3	Namsos	21/4	Drammen
13/3	Bodø	23/4	Ål
16/3	Stokmarknes	24/4	Fagernes
17/3	Harstad	25/4	Lillehammer
18/3	Tromsø	26/4	Gjøvik /Raufoss
4/4	Førde	27/4	Elverum
5/4	Sandane	28/4	Jessheim
7/4	Os	29/4	Halden
9/4	Haugesund	6/5	Oslo/Nydalen
10/4	Sandnes		

Det blir gratis foredrag en time før forestilling.
LES MER PÅ WWW.RIKSTEATRET.NO

K

Stolt sponsor fra A til Å
DNB

S



Per Nortvedt,
professor ved seksjon
for medisinsk etikk,
Universitetet i Oslo.

Er helsevesenet til for pårørende eller for helsepersonell?

Det er bekymringsfullt at leger og psykologer synes det er viktigere å beskytte egen yrkesgruppe enn å sikre pasientens og pårørendes rettigheter.

For snart to år siden døde en nær kollega og venn. Han døde etter en rutinemessig bypass hjerteoperasjon ved Ullevål sykehus/ OUS. Det er gjort tusenvis av slike inngrep siden 1970-tallet, og de aller aller fleste operasjoner går bra. Det er bare fra 0,7 til 0,3 prosent risiko for at man får luftemboli til hjernen ved påkobling til hjerte-lungemaskin.

Med her gikk imidlertid alt galt i et sammenstøt av systemsvikt og menneskelige feil. Jeg har inntrykk av at pårørende ble godt ivaretatt av sykehuset. Men mange av oss sitter likevel igjen med en rekke spørsmål.

«Hvorfor kan ikke pårørendes adgang til å klage gi økt kvalitet?»

Det ble selv sagt full gransking av hendelsen ved Statens Helsetilsyn og politiet. Det er vanlig ved alvorlig feilbehandling. Resultatet av granskingen ble at en i operasjonsteamet fikk advarsel og sykehuset ble ilagt en foretaksbot.

De det rammer mangler rettigheter

Når en slik feil skjer og med så alvorlig resultat

er det forferdelig for alle parter. Likevel er det ikke helsepersonell som har det verst! Pasienten døde og familien sitter igjen med tapet, det er det verste.

Merkelig nok har de det angår mest (pasienten og familien) ingen rettigheter som parter i slike saker. De har ikke rett til innsyn i sakens dokumenter, til forhåndsvarsel når vedtak skal fattes, ingen rett til å uttale seg før vedtak skal fattes, ingen klagerett osv. Pasient og pårørende er ikke etter forvaltningsloven regnet som parter i saken, og har derfor ingen partsrettigheter! Part i saken er helseforetaket og det angjeldende helsepersonell.

Foreslår rettigheter

Helse og omsorgsdepartementet foreslår derfor i et nytt lovutkast at brukere og pårørende skal gis partsliknende rettigheter i saker til Helse-tilsynet i fylkene. Å gi partsliknende rettigheter innebærer at brukere og pårørende skal ha innsyns- og uttalerett i saker som angår dem. Men de har likevel ikke klagerett på vedtak. Et flertall i et utvalg som utredet spørsmålet for departementet i 2011 gikk også inn for utvidet klagerett. Sykepleierforbundet og pasientombudene støttet dette, men ikke legeföreningen

og psykologiföreningen. Heller ikke mange av de store helseforetakene støttet forslaget. Det ble påpekt at:

- › En klageadgang vil ikke bidra vesentlig til kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet
- › Det vil innebære økt saksmengde og saksbehandlingstid
- › Det vil favorisere ressurssterke

Uten empirisk belegg

Spørsmålet er om disse påstandene medfører riktighet og om dette er gode nok grunner til ikke å gi klageadgang.

Det er naturlig at den som er berørt av en hendelse, som en rettighetskrenkelse eller skade på liv og helse, også skal ha en rett til å uttale seg om administrative reaksjoner i en sak som angår dem selv direkte. Og det er så vidt jeg vet intet empirisk belegg for å hevde at det å gi pårørende en adgang til å klage på saksbehandling ikke vil bidra til kvalitetsforbedring. Og skal det brukes som et argument mot å gi pårørende og pasienter større rettigheter at det favoriserer de som er ressurssterke?

Skal økt saksmengde være et argument mot å gi likebehandling og rettmessige rettigheter? Da er det mange likestillingsframskritt og de-



sienter



mokratiske rettigheter i det moderne samfunn som aldri ville ha sett dagens lys.

De mest alvorlige sakene

Saken stopper likevel ikke her. Forslaget fra departementet dreier seg nemlig bare om å gi pårørende partsliknende rettigheter i saker som angår helsetilsynet i fylkene, men dette skal ikke gjelde saker som framlegges for det statlige helsetilsynet.

Men hvorfor skal de store og mest alvorlige sakene som går til statens helsetilsyn unntas fra pårørendes og pasienters innsyns og uttalerett? En tilsynssak vil i de tilfeller den direkte angår en pasient eller pårørende, gjøre disse til en de facto berørt part.

Det synes rimelig at den eller de som er direkte berørt av en hendelse således skal ha partsrettigheter i henhold til forvaltningsretten. Særlig vil dette kunne gjelde der brudd på Helsepersonelloven også må sees i sammenheng med krenkelse av pasienten eller pårørende i samsvar med Pasientrettighetsloven. Det innebærer at pasient/pårørende også må kunne påklage vedtak om administrative reaksjoner fattet av Statens helsetilsyn, dvs. ha de samme partsliknende rettigheter inkludert klageadgang som nå forslås gis ved saker til helsetilsynet i fylket. ■■■

☺	PLEIER	VE	SVI	SALVE	STING	SJARM	▼	TALL MAGE	KUTTET	JERN (FORK)	BEINDAN- NELSE	▼	EGLE ORGAN- ER	ØKE	STONE	▼	ENDRER ELV	KARAK- TER	POSTE	UVEN- NER
PLAGE	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
GIFTEN GREIT	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	DOKTOR- ER	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
▼	MØTES	▼	▼	▼	▼	▼	▼	YTRE	▼	FIK	▼	▼	▼	IDR.ARR. UT- LØSNING- ER	▼	▼	▼	NEST- SJEF	▼	▼
HOST TITTE	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	TILBAKE	▼	▼	▼	▼	▼	KONJ.	▼	▼	▼	DIKT MÅL	▼	▼
▼	▼	SÅR	OFRE	TOLKET	▼	▼	▼	KAV	ART. DRYPP	▼	SANGER PLASS.	▼	▼	3 KONSON ANTER	▼	▼	▼	ORG.	▼	▼
ORGAN	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	PINES	▼	▼	▼	▼	▼	HULL	PREP SYMPT.
OST	▼	▼	▼	▼	TALL TITTEL	▼	▼	▼	ØVE	▼	▼	▼	▼	MÅL ENE- STÅENDE	▼	▼	▼	TANKE	▼	▼
MORD	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	EUFORI RYDDER	▼	▼	▼	▼	▼	PRON.	▼
▼	▼	DYR	TALL SKIPS- FORK.	▼	▼	▼	▼	OBS!	KLOKKE	FISK DYR	▼	▼	▼	IDR.ARR.	▼	▼	▼	NIVÅ RYKTE	▼	▼
LEVER PREF.	▼	▼	▼	▼	NYTELSE SMIDDEL PREP.	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	KAR	▼
NARKO- MAN	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	HJELPE- MIDLER	▼	▼	▼	▼	▼	▼

Se løsning i neste nummer.

Quiz

Tekst Nina Hernæs

Er du en kompetent sykepleier? Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hvordan er utviklingen i antall alvorlige fødselsrifter i Norge?

- A Det blir færre
- B Det blir flere
- C Det er stabilt

2 Hvem har mest ADHD-symptomer?

- A Gutter har det like ofte som jenter
- B Gutter
- C Jenter

3 Hvilken av disse påstandene om ME er riktig?

- A ME er mest utbredt blant yngre
- B En kvart million briter har ME
- C ME kan sammenliknes med utbrenthet og symptomene reduseres ved hvile

4 Hva er et syndrom?

- A En sykdom med uklare symptomer
- B Symptomer og tegn som ofte opptrer sammen

C En helsetilstand som stadig gjentar seg

5 Hva er digitalis?

- A Sykelig overdrevent nettbruk
- B At knoklene på en tå peker ned
- C En samlebetegnelse på hjertemuskelstyrkende substanser som demper hjerterytmen

6 Hva er gangren?

- A Koldbrann
- B En forgreining fra basalgangliene
- C Et desinfeksjonsmiddel

7 Hva er felles for alle livsstil-srelaterede sykdomstilstander?

- A Dårlig impuls kontroll
- B Depresjon eller angst
- C Kronisk, lavgradig inflammasjon

8 Hva kan det lukte av pusten ved for høyt blodsukker?

- A Lønnesirup
- B Eddik

C Neglelakkfjerner

9 Hva betyr psora?

- A Utslett
- B Flamme
- C Sollis

10 Hvor mange har psoriasis i Norge?

- A 2 prosent
- B 10 prosent
- C 50 prosent

**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.)

NOEN OVERDRIVER NETTBRUKEN:
Men fører det til digitalis? Illustrasjon: Colourbox

9A, 10A

SVAR: 1A, 2B, 3B, 4B, 5C, 6A, 7C, 8C,

Sykepleieren måtte vaske skopene med Zalo og sprit! Side 67

Her får de hver morgen utdelt PDA-er. Side 72

Jeg mister nattillegget. Er dette riktig? Side 78

Sterke synspunkter? Skriv til oss!

Mennesker & meninger

Sykepleien

Send inn din mening på e.post til: redaksjonen@sykepleien.no eller som brev til: Sykepleien, p.b. 456 Sentrum 0104 Oslo



TETT PÅ KAI ØIVIND BRENDEN

«Behovet for personell blir jo ikke mindre ved å flytte pasientene.»

74

KRONIKK KARI KVIGNE OG JAN KÅRE HUMMELVOLL

«Helsefaglig forskning publiseres i mindre grad på norsk.»

70



NSF HAR ORDET

Forbundsleder Eli Gunhild By

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: eli.gunhild.by@sykepleierforbundet.no

Myndighetsgodkjenning av spesialsykepleiere

Helsesøstre og anestesisykepleiere bør få spesialistgodkjenning. Dette har NSF jobbet for i mange år.

Mange av medlemmene i Norsk Sykepleierforbund (NSF) er spesialsykepleiere. I flere år har vi jobbet for en offentlig spesialistgodkjenning av enkelte grupper spesialsykepleiere. I første omgang gjelder det anestesisykepleierne og helsesøstrene, men målet på sikt er at også flere spesialiteter skal bli gjenstand for en offentlig godkjenningsordning lik den ordningen legene har.

NSF er i dialog med Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) der vi informerer om vårt mangeårige arbeid for en offentlig spesialistgodkjenningsordning for sykepleiere. Helsepersonelloven åpner for spesialistgodkjenning av andre yrkesgrupper enn leger, tannleger og optikere. I forarbeidene til helsepersonelloven er anestesisykepleiere nevnt som en aktuell gruppe.

«Vi kommer ikke til å gi oss.»

I 2002 etablerte Sykepleierforbundet prosjekt for anestesisykepleiere og senere for helsesøstre. Det overordnede målet var en myndighetsgodkjent spesialistgodkjenning. Begge prosjektene er drevet i tett samarbeid med de to faggruppene i NSF, Landsgruppen av helsesøstre (LaH) og Anestesisykepleiernes Landsgruppe (ALNSF). Vi har også signalisert overfor departementet at andre aktuelle grupper er intensiv-, kreft-, geriatrisk-, psykiatrisk- og operasjonssykepleiere.

NSF mener spesialistgodkjenning er spesielt viktig for spesialsykepleiere som arbeider selvstendig, og hvor yrkesutøvelsen innebærer særlig risiko for pasienters liv og helse. Hovedmålet for spesialistgodkjenningen er å styrke pasientsikkerheten gjennom å kvalitetssikre spesialsy-

kepleierens kompetanse, oppgaver og tjenester. På denne måten vil myndighetsgodkjenningen gi et system som er forutsigbart og anvendelig for den enkelte godkjente spesialsykepleier, for arbeidsgiver, kollegaer, myndigheter og ikke minst for pasienten og pårørende.

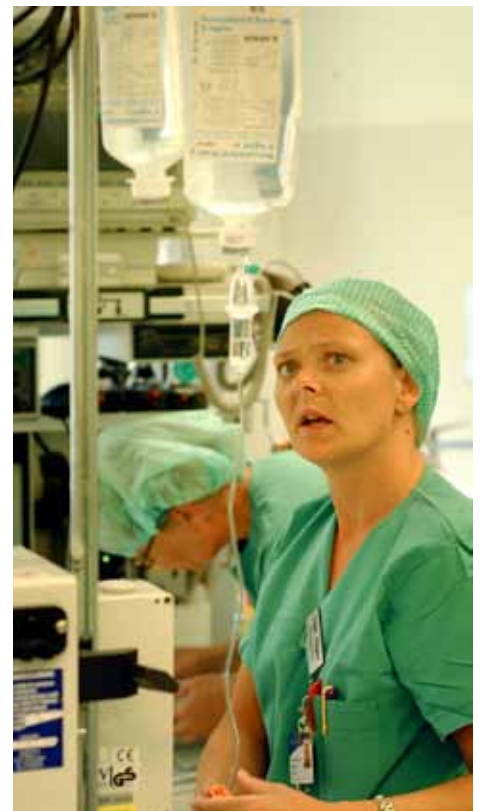
Spesialistgodkjenning av anestesisykepleiere og helsesøstre har som mål å gi samfunnet en garanti for at en godkjent spesialist i anestesisykepleie og helsesøstrefag innehar kunnskaper, ferdigheter og holdninger som myndighetene til enhver tid anser som påkrevet.

For NSF er det viktig med en god dialog med HOD for å begrunne vårt engasjement og faglige vurderinger i denne saken. Vi mener at myndighetsgodkjenning er et myndighetsansvar som ikke skal utføres av yrkesorganisasjonene. Men utvikling av spesialistgodkjenninger bør skje i tett samarbeid med de berørte yrkesorganisasjonene innen helsetjenesten.

Siden prosjektet med anestesisykepleierne ble etablert, har NSF og ALNSF samarbeidet med flere sykehus i å utvikle strukturer og kriterier for spesialistgodkjenning. I 2010 utviklet vi sammen med Sykehuset Østfold HF modeller for å sikre et helhetlig, effektivt og kvalitativt godt pasientforløp, riktig bruk av anestesisykepleierkompetanse samt arbeidsfordeling mellom anestesileger og -sykepleiere.

Et tilsvarende pilotprosjekt er utført for helsesøstrene, denne gangen i samarbeid med kommunene Sør-Varanger, Austevoll og bydel Gamle Oslo. Systematisk kartlegging av deres kompetanse har resultert i et nyutviklet, systematisk etterutdanningsprogram og modell for resertifisering.

Prosessen frem til i dag har tatt lang tid og NSF har brukt mye ressurser. Men en lang prosess har også positive sider. Tiden er benyttet til å videreutvikle de to overnevnte praksisnære prosjektene. Vi har fortsatt mye arbeid foran oss



SELVSTENDIG: Spesialistgodkjenning er spesielt viktig for spesialsykepleiere som arbeider selvstendig, og hvor yrkesutøvelsen innebærer særlig risiko for pasienters liv og helse, skriver Eli Gunhild By. Arkivfoto av anestesisykepleier på Ullevål: Stig M. Weston.

før vi oppnår myndighetsgodkjenning for helsesøstre og anestesisykepleiere. Men vi kommer ikke til å gi oss før vi kan gratulere de første myndighetsgodkjente spesialsykepleierne blant våre medlemmer.

Eli Gunhild By

Rent/skittent utstyr

I det første nummeret av Sykepleien i det nye året stå det en artikkel om sterilavdelingen. Min mann syntes det var artig å lese litt om sitt gamle yrke. Før vi flyttet til Norge jobbet han som leder på en sterilavdeling i Nederland i mer en femten år, og han var og er ikke sykepleier. Det er intet sted i det landet, tror jeg, hvor det jobber en sykepleier på en sterilavdeling, verken som leder eller assistent. Der ble det sett på som et mindreverdige arbeid. Spesielt av oss sykepleiere, som jeg er. (Jeg ble allikevel forelsket i «en sånn en» og giftet meg med ham!). Der nede er det en egen utdanning til sterilassistent, og deretter kan du videreutdanne deg til leder.

Han fortalte meg, etter å ha lest artikkelen, at han da, i årene han jobbet på sterilsentralen som assistent og etterpå som leder, håndterte strenge regler om hygiene, desinfeksjon, sterilisering, utgifter til utstyr osv. Men også angående engangsutstyr. Mye ble standardisert av det offentlige folkehelseinstituttet, men også fra sterilisasjonsforeninger seg imellom. Han måtte mange ganger endre protokoller, gå på kurs for oppdatering, firmainformasjon og sjekke om det var i samsvar med reglene. Han samarbeidet mye med en «hygieniske», en spesialutdannet person. Sammen

jobbet de for å få forståelse for at reglene måtte følges. Leger og sykepleierne skjønnte ikke alltid hvorfor prosessen tok så lang tid eller hvorfor dette måtte gjøres sånn.

I Nederland har det også vært bråk angående skoper. Det tok legene for lang tid å vente på rengjøringsprosedyren, og sykepleieren på avdelingen måtte vaske skopene med Zalo og sprit! Veldig strenge prosedyrer er det blitt for dette nå.

På sterilavdelingen er man veldig nøye med å holde på regler og lover, fordi man kan få uanmeldt besøk fra helsedirektoratet.

Vi jobbet på forskjellige sykehus. Det var sterilassistenter som hentet skittent utstyr fra operasjonsavdelingen, poliklinikker og andre avdelinger i lukkede transportvogner. På et sykehus var det strengt forbudt å ha sterilt arbeid (rengjøring, skylling) på operasjonsavdelingen. Men på mange operasjonsavdelinger skulle operasjonssykepleieren bare sette åpnet, skittent utstyr i vognen. På sterilsentralen ble dette videre behandlet. Det var strenge regler for personalet som jobbet på en steril avdeling. De som hentet vognene fikk for eksempel ikke lov å hjelpe til på «sterile» siden. Man jobbet i skift unntatt natt, eller hadde vakt hjemme. Hvis det var noe som vi bare hadde ett

av og var brukt, ble det ringt til sterilassistenten og han/hun måtte komme, natt eller helg.

Først måtte jeg skrive og si at han hadde beundring for disse sykepleierne som ville jobbe på den avdelingen! Likevel tror han det kan oppstå en slags beslutningspåvirkning. Dette fordi man med hver sin egen utdanning ofte ser annerledes på ting. Han har vært på besøk på en sterilentral i Norge, og da ble han fort konfrontert med at sykepleierlederen så ting fra en annen synsvinkel enn ham (unntatt lover og regler som kan være forskjellige fra land til land eller...?).

Til slutt vil jeg si at jeg synes det var moro at min mann engasjerte seg litt i sin tidligere jobb. Nå gjør han noe helt annet siden vi kom til Norge. Jeg selv har bare endret pasientgruppe.

Laila Haugerudbråten

www.sykepleien.no

Du kan si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no



SIDEN SIST

Siden sist inneholder korrigererte og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe? Kontakt oss på interaktiv@sykepleien.no



Nattsykepleier?

I det siste har jeg stadig kommet over ordet «nattsykepleier». Primært dukker ordet opp på garderobeskap, men det som fikk meg til å skrive til dere var at ordet igjen dukket opp i en artikkel i Sykepleien 14/2012. Første gang jeg så ordet ble jeg litt forundret. Hva er en nattsykepleier? Etter hvert har jeg forstått at det rett og slett betyr en sykepleier som jobber nattevakter. For meg blir det veldig spesielt å putte «natt» foran «sykepleier». Hvorfor velger noen (alle?) som jobber nattevakter å kalle seg for nattsykepleier? I reportasjen jeg tidligere har henvist til, står det at vedkommene «er nattsykepleier og hjemmesykepleier...». Burde det ikke vært nok å si at man er sykepleier, og eventuelt føye på at

man jobber nattevakter (på sykehus?), og i hjemmesykepleien? Har det med identitet å gjøre? Sykepleiere som tar videreutdanning får et ekstra ord foran «sykepleier». For pasienter og pårørende vil det gi ekstra trygghet å vite at det er en «spesialist» som er til stede. I slike tilfeller mener jeg man skal bruke den faktiske spesialiteten foran «sykepleier», ikke bare velge «spesialsykepleier». For hvordan vet da pasientene hvem de har med å gjøre? Spesialist i hva? Om man er spesialsykepleier i geriatri, og jobber på barneavdeling, så betyr jo ikke denne spesialiteten så mye for pasienten.

Uansett, jeg stusser fortsatt på «nattsykepleier». Er det for å vise pasienten at det er natt? I så fall, hvorfor brukes ordet

på garderobeskapene i garderoben?

Flere sykepleiere jobber også bare dagvakter. Blir de da «dagsykepleier»? Og hvis man som sykepleier jobber på sykehjem, blir man da en sykehjemssykepleier?

Det jeg vil fram til er at en sykepleier er en sykepleier. Om man jobber dag, natt, aften, turnus. Om man jobber i hjemmesykepleien, sykehjem, på sykehus eller i Nordsjøen. Bør vi ikke være stolte nok av den identiteten vi har som sykepleier? Eller bør man presisere hva man er i detalj på navneskiltet sitt? Brukes ord som «nattsykepleier» for enkelthetsskyld? Eller er disse «nattsykepleierne» en egen rase som må ha et ekstra ord foran yrket sitt?

Sykepleier

Helse-Norge offer for NPM

Helse-Norge er ute i hardt vær om dagen. Akershus universitetssykehus (Ahus) opplever flukt av leger og sykepleiere og beskyldes for i lengre tid å ikke ha hørt på de ansattes bekymringer om uforsvarlig pasientbehandling. Personalets varslings om manglende behandlingskvalitet på sykehuset straffes, og blir derfor meldt anonymt. Pasientdødsfall både ved Ahus og etter sammenslåingen av Oslo universitetssykehus (OUS) granskes.

Bente Mikkelsen måtte i fjor forlate jobben som adm. direktør i Helse Sør-Øst og fikk etter avskjedens et tilbud om en flott jobb i WHO, en belønning for hennes absolutte lojalitet og gjennomføringen av ledelsens mål og resultatkrav, uten hensyn til de ansattes protester og bekymringer. Hvorfor den behandlingen av en angivelig inkompetent leder? Gjennomføringen kan ha kostet flere pasienter livet, og mange, både pasienter og ansatte, ble påført unødige lidelser. Helseministeren fjernet Mikkelsen i håp om å ta oppmerksomhet vekk fra systemsvikten i helseforetaket. Vi kan derfor ikke forvente noe styringsendring etter Mikkelsens avgang. Det blir bare mer av det samme.

Helse-Norge opplever nå følgene av det offentlige styringsverktøyet New Public Management

(NPM), et styringsverktøy for offentlige organer etter en bedriftsøkonomisk modell som ble innført i 1990-årene. NPM stammer egentlig fra samlebåndindustrien. Den har et ensidig fokus på mål og resultatstyring.

Dette kjennetegner NPM:

1. Sterk administrativ ledelse.
2. Mindre spillerom for politisk innflytelse: Politikere skal kun fokusere på måloppnåelsen, ikke på prosessene bak disse.
3. Mindre selvstendighet for den enkelte ansatte: Ansatte skal motiveres gjennom ytre faktorer, straff og belønning, mens indre motivasjon som faglige mål, trivsel, opplevelse av mening og mestring spiller liten rolle.
4. Profesjonsnøytral ledelse: Økonomer har overtatt den tidligere mer helseprofesjonelle ledelsen.
5. Omorganisering skjer i høyt tempo, med manglende planlegging og konsekvensanalyse: Den profesjonsnøytrale ledelsen mangler forståelse av kompleksiteten i behandling av mennesker istedenfor ting og produkter.
6. Manglende evaluering: Man lærer ikke av feilene som er begått, og disse repeteres.

7. Motstand nedenfra bekjempes: De ansattes motstand mot nye kvalitets og kontrollsystemer blir presentert som motstand mot å miste egne privilegier. Motstanden blir kommunisert ensbetydende med motstand mot forbedringer for hjelpemottakeren. Motstand mot nye rutiner blir tolket som et svik mot den svake part. Varsling blir tolket som kverulering, protester blir stoppet og behandlet som personalsaker. Sakene kommer derfor ikke videre i systemet.

8. Økt motstand mot krav fra fagforeninger: Jf. behandling av legenes tillitsvalgt Bredeli og andre tillitsvalgte i styret for sykehusreformen i Oslo.

9. Pulverisering av ansvar: Kun 1 prosent av pasientskader de siste ti år er politianmeldt. Årsaken er at det er vanskelig å vite hvem man skal anmelde. Er «de skyldige» de som fatter vedtak om uforsvarlig rammer for omsorg og behandling, eller er det de som må «operere» innenfor disse rammene? Ansvar for dårlig resultatoppnåelse er gitt en «ovenfra og ned-karakter». Ved å zoome på enkeltindividet unngår ledelsen kritisk oppmerksomhet på systemsvikten og saken vil fremstå som en individuell svikt. Jf. Mikkelsens avgang.

Den enkelte medarbeideren har «no win situation»:

Hvorfor ikke utendørs trygghetsalarm?

Velferdsteknologi er kort fortalt en samling teknologiske hjelpemidler («trygghetspakke») som skreddersys for hver enkelt tjenestemottaker (bruker), og som vil kunne bidra til at eldre og syke kan bo lenger hjemme før de eventuelt må på sykehjem eller annen institusjon. Ifølge Helse-direktoratet (Ref. Velferdsteknologi. Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013 – 2030) er hovedgrunnene til å satse på velferdsteknologi at den kan:

- ▶ Bidra til at enkeltindividet gis mulighet til å mestre eget liv og helse bedre, basert på egne premisser.
- ▶ Bidra til at personer med behov for helse og omsorgstjenester kan bo lenger hjemme og dermed utsette tidspunktet de ellers ville måtte flytte til sykehjem for kortere eller lengre tid.

Utformingen av trygghetspakken for hver enkelt bruker vil kunne by på noen utfordrende avveininger. Hvis kostnadene dekkes helt eller delvis over offentlige budsjetter, må det settes opp en del spesifikke tildelingskriterier for hver enkelt tjeneste i pakken. Tilsvarende vurderinger må også gjøres i de tilfeller hvor bruker selv, eventuelt pårørende, betaler for pakken.

Her syns jeg at begrunnelsen fra Helsedirektoratet som referert ovenfor gir to meget viktige retningslinjer for slike kriterier: Mestring på egne premisser og å bo hjemme lengst mulig. Og det er den som lengst mulig kan holde seg mest mulig frisk, som vil være den som best mestrer eget liv, og derved kan bo hjemme lengst mulig.

En viktig oppgave blir derfor å sette sammen pakken av velferdsteknologi på en slik måte at den mest effektivt bidrar til at de eldre holder

seg friske lengst mulig. Og da er det to vesentlige faktorer som peker seg ut: Det å holde seg i best mulig fysisk form og det å treffe andre mennesker.

Prioritering av teknologiske løsninger ved innføring av velferdsteknologi må derfor innrettes slik at den først og fremst legger til rette for fysisk aktivitet kombinert med sosialt samvær. Her er bruk av utendørs trygghetsalarm med GPS-posisjonering og tale en viktig faktor. En slik alarm bør tilbys til alle som av en eller annen grunn føler seg utrygge når de beveger seg ute på egen hånd. Brukeren kan bevege seg ute samtidig som hjelpen er innen rekkevidde.

Så langt er det demente det har vært mest fokusert på hva angår bruk av utstyr for GPS-posisjonering for eldre. Det er kanskje på tide at dette utvides betydelig?

Seniorkonsulent Bjørnar Barbogen

Å nå de dikterte målene eller ta belastningene det innebærer å ikke nå målene.

10. Mer byråkrati: På grunn av flere kontrollsystemer og interne og eksterne aktører tilknyttet disse, fører NPM til mer byråkrati. Leger og sykepleiere opplever seg mer som kontorpersonalet, og tiden blir brukt mer til papirarbeid enn til pasienter som de er utdannet til å betjene.

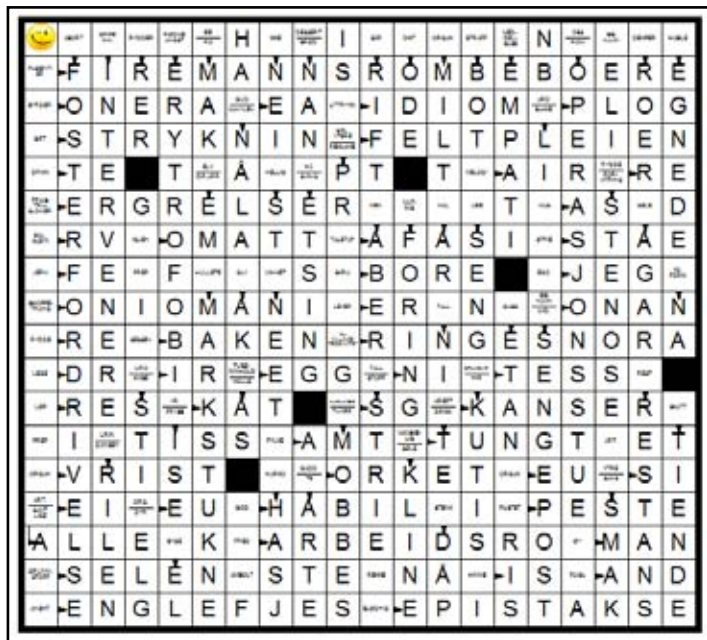
Offentlig sektor er mye mer enn et samlebånd eller en enkel tjenesteproduksjon. De offentlige organ er også forpliktet til å balansere mot andre hensyn som lovverk, borgernes rettssikkerhet, offentlighet og likebehandling.

Tore Tønne og Bjarne Håkon Hanssen innførte bedriftsøkonomiske modeller kjent fra fiskerinæringa og Toyotafabrikken til vårt helsevesen. Disse modellene gir oss et reduksjonistisk menneskesyn. Mennesket blir «tingliggjort». Pasienter blir et produkt som forsøkes standardisert, og helsearbeidere blir produksjonsarbeidere med stoppeklokke og produksjonsmål som eneste verdi. Pasienten som skulle være i sentrum, er skjøvet ut i periferien, og de mest interessante pasientvalgene er de med en høy «stykkprisapp».

Sett fra en demokratisk vinkel, må det være et problem at politikernes innflytelse er svekket og den administrative ledelses innflytelse styrket, ved innføringen av NPM. Det betyr at du og jeg som borgere også har mistet mye innflytelse. Vi kan ikke gjennom valg kvitte oss med administrasjonen. Er dette en utvikling vi borgere har ønsket oss, eller er den snikinnført for å spare penger?

Anne Karin Gammelsrud, pensjonert spesialsykepleier, Rakkestad

Løsning på kryssord i nr. 1/2013:



MINNEORD

Anne Lise Skår Røssland

Anne Lise Skår Røssland døde 61 år gammel 12.12.2012.

Vi gikk sammen med Anne Lise på Røde Kors sykepleieskole fra 1969–72. Siden har vi som bor i Bergen samles i klubb en gang i måneden. Gjennom en årreke var vi også på studie/ferieturer til storbyer. Da ble vi ekstra godt kjent med hverandre.

Hele kullet samles hvert femte år. Vi var i Rosendal i juni 2012 og feiret 40-årsjubileum. Det var utrolig trist og uvirkelig i juli, en måned senere, å få vite at Anne Lise var blitt alvorlig syk. Den positive, ekte, reale, flotte damen som gikk i full jobb og trente fast.

Anne Lise hadde en egen evne til å vise interesse for hver og en av oss med sin omtanke. Vi fikk følge henne i sykdomsforløpet og var velkommen til å besøke henne på sykehuset og hjemme. Vi hadde også god kontakt via sms. Vi ville så gjerne se henne og være sammen med henne. Anne Lise viste utrolig styrke, utholdenhet, tålmodighet, ro og takknemlighet. Til det siste var hennes tankegang klar. Vi har så mange gode minner i våre hjerter som vi vil ta vare på.

Anne Lise fikk sitt ønske oppfylt: Ved hjelp og velvillighet også fra sine nærmeste, kunne hun få være hjemme til det siste. Hun døde med sine nærmeste til stede.

Våre tanker går til mannen Bjørn, døtrene Katri og Synnøve, svigersønnene Rene og Tomas, barnebarna Ida, Mathilde og Ella som hun alle var så glad i.

Vi lyser fred over hennes minne.

Fra Gudny, Wenche, Mette, Eli, Lillebeth, Marta og hennes øvrige kullinger fra sykepleien.



Kari Kvigne, førsteamanuensis, Høgskolen i Hedmark.



Jan Kåre Hummelvoll, professor, Høgskolen i Hedmark.

KRONIKK Helseforskning

Hvordan ta i bruk kunnskap raskere

Selv om sykepleiere og sykepleiestudenter er positive til å anvende forskningsresultater i sin praksis, blir dette i liten grad gjort.

Kunnskapsdepartementets nye melding «Utdanning for velferd: Samspill i praksis» (St. meld. nr. 13 2011-2012)(1), understrekes at utdanningene må sikre velferdsarbeidernes dobbeltkompetanse, altså både profesjonskompetanse og kompetanse i tverrfaglig samarbeid. Dessuten trengs kunnskap om velferdssystemets kompleksitet og rammer. Slik kompetanse er nødvendig for å kunne arbeide forebyggende og helsefremmende og for å imøtekomme behovet for helsetjenester til personer med sammensatte behov. Det poengteres videre at velferdstjenestene skal bygge på den best tilgjengelige forsknings- og erfaringsbaserte kunnskap. Derfor vil et likeverdig forskningssamarbeid mellom utdanning, forskning og tjenesteområdene være nødvendig.

Kunnskapsbasert praksis

Det er et økende krav om at helsetjenester skal være kunnskapsbaserte. Kunnskapsbasert praksis innebærer at velferdstjenestene skal hvile på tre kunnskapskilder, nemlig tjenestebrukernes erfaringer, synspunkter og ønsker, de profesjonelles erfaringer og brukskunnskap, samt den best tilgjengelige vitenskapelige kunnskap. Disse tre komponentene skal være likeverdige. Det er likevel slik at den tradisjonelle, situasjonsuavhengige forskningsbaserte kunnskapen tillegges størst vekt i akademisk sammenheng, og det er heller ikke utesentlig hvor forskningsresultatene publiseres.

Kunnskapsbasert praksis forutsetter at ansatte i høyskolen forsker og at de som utdannes har forståelse for betydningen av forskning, anvender den i sitt daglige arbeid og dessuten har kompetanse til å utføre forskning og utviklingsarbeid rettet mot kvalitetsforbedring av tjenester. Det er dette som gjør forskningen «lønnsom». Björkström (2) fant imidlertid i sin doktoravhandling at selv om både sykepleiere og sykepleiestudenter var positive til å anvende forskningsresultater i sin praksis, ble dette likevel i liten grad gjort. Det kan være flere grunner til dette, men en viktig faktor for anvendelse er at den tilgjengelige forskningskunnskapen oppleves relevant for dem som skal benytte den.

Må angå hverdagen

Høgskolen i Hedmark, Institutt for sykepleie og psykisk helse, legger vekt på at forskningen skal være praksisnær. Det vil blant annet si at

den gir svar på problemstillinger og utfordringer som pasienter/brukere og de profesjonelle opplever i sin hverdag. Ulike forskningsmetoder er benyttet, og flere av studiene har utforskende og beskrivende forskningsopplegg. Aksjonsforskning – eller handlingsorientert forskningssamarbeid – har imidlertid blitt benyttet over lang tid i flere studier. Her gransker de ansatte sin egen praksis, deltar i å definere områder for forbedring, søker etter beste vitenskapelig kunnskap, reflekterer over kunnskapens relevans i eget felt og gjør endringer. Det gjør at den vitenskapelige kunnskapen – reflektert sammen erfarings- og brukerkunnskapen – oppleves som meningsfull, gir nye perspektiver og oppfattes å tilhøre «deres verden».

Samtidig med kunnskapsutviklingen styrkes også kompetansen for dem som deltar ved at det er stor nærhet mellom utforskning og implementering av forskning. Men her er det viktig at deltakerne opprettholder bevissthet om begrunnelsene for etablerte praksisformer og at bærekraften prøves i de nye perspektiver og forslag som kommer frem gjennom forskningen (3).

Relevans og tellekanter

I 2006 innførte Kunnskapsdepartementet en ordning som skulle bidra til å registrere og synliggjøre forskningsvirksomheten ved norske høyskoler og universiteter. Systemet ble benevnt «publiseringsindikatoren», men ble raskt omdøpt til «tellekantsystemet». Dette var ment å gi instituttene en stimulans til å prioritere forskning enda høyere. En basis i dette systemet er rangering av forlag og tidsskrifter etter vitenskapelig kvalitet. Tidsskrifter rangeres ut fra to nivåer: Publisering i tidsskrifter på nivå 1 gir ett publiseringspoeng (hvert poeng gir 34 000 kroner), mens publisering i nivå 2-tidsskrifter gir tre publiseringspoeng. Omtrent 20 prosent av publiseringskanalene tilhører den øverste divisjon og gir dermed mest prestisje i akademisk sammenheng. Nivå 1- og 2-tidsskrifter er et særnorsk fenomen. Tellekantsystemet bygger på fagfellevurdering, noe som er viktig for den vitenskapelige kvalitet i den enkelte publikasjon.

Effekten av ordningen har for en stor del blitt at mange forskere forsøker å publisere i internasjonale tidsskrifter med stor prestisje, noe som gjerne støttes av institusjonenes forskningsledelse. Samtidig har ordningen ført til at helsefaglig forskning i mindre grad publiseres på norsk. Dermed begrenses kunnskapens tilgjengelighet og ofte



NYTT: Kronikkforfatterne lanserer en alternativ publiseringsstrategi som lettere kan gjøre forskningen tilgjengelig for praksis. Arkivfoto: Bo Mathisen.

også den konkrete betydning og bruksverdi av forskningsresultatene.

Først lokalt

Vi vil her fremheve en alternativ publiseringsstrategi som ivaretar både formidling av forskningen nasjonalt og internasjonalt, og som inkluderer en utvidet forståelse av «fagfellegranskning». Den utvidete forståelsen innebærer at de som er medskapere av kunnskapen bidrar til å sjekke holdbarheten av resultatene. Resultatene blir publisert på flere måter – alt fra empirinære notater – via fullstendige rapporter – til mastergradsoppgaver og doktorgradsavhandlinger, vitenskapelige artikler og bøker. Konkret betyr dette at den første forskningsteksten legges frem lokalt som et notat, som først og fremst er preget av at det ligger nær erfaringsmaterialet som er skapt.

På grunnlag av dialog og tilbakemeldinger lages så en vitenskapelig rapport med presisering av forskningens teoretiske og metodiske utgangspunkt og tolkning av resultatene. Også her kan man innhente reaksjoner og vurderinger, men nå også fra andre utenfor feltet hvor studien er gjennomført. På bakgrunn av denne kvalitetssikringen skrives så en fagartikkel som når de antatt viktigste målgruppene og/eller en vitenskapelig artikkel for ordinær fagfellegranskning. Denne trinnvise publiseringsstrategien er valgt for å sikre kunnskapens bruksfunksjon og at kunnskapens innholdsmessige og praktiske gyldighet prøves i den sammenheng hvor den er skapt før den sendes til vurdering i forlag eller vitenskapelig tidsskrift.

Lokal kunnskap kan med dette utvikles til sentral kunnskap. En gjennomgående tanke i praksisnær forskning er at bærekraftig kunnskap utvikles best i dialog med tjenesteytere, brukere/pasienter og forskere. Følgelig gjelder det å finne gode metoder for å aktivere personale og brukere som kunnskapskilder og skape rom

der erfaringskunnskap kan foredles slik at den blir mulig å dele med andre. Praksisnær forskning bidrar til å speile utvikling og endring av praksisformer, peke på mulige konsekvenser av utviklingen og å få innsikt i hva som faktisk foregår.

Denne alternative, trinnvise forsknings- og publiseringsstrategi som her er omtalt, er ofte tidkrevende. For høyskolenes del kan dette føre til at det tar tid før den gir uttelling i form av publiseringspo-

«Forskningsskunnskapen må oppleves relevant for dem som skal benytte den.»

eng. Strategien kan imidlertid være «lønnsom» fordi kunnskapen raskere kan tas i bruk i tjenestene, noe som må være forskningens fremste hensikt. I tillegg vil også tjenesteyternes kompetanse styrkes når det gjelder å kunne granske egen praksis kritisk, søke etter den best tilgjengelige kunnskap, reflektere over den i lys av erfarings- og brukerkunnskap – og slik sett bidra til forbedring av tjenestenes kvalitet. ■■■

LITTERATUR:

1. Utdanning for velferd: Samspill i praksis (St. meld. nr. 13 2011-2012). Det Kongelige kunnskapsdepartement.
2. Björkström, M. Den professionella sjuksköterskan – i relation till den akademiska sjuksköterske utbildningen. Doktorsavhandling Karlstad University Studies, 2005:57.
3. Eriksson, B. & Hummelvoll, J.K. Relevans og evidens. Praksisnær og brukerrettet kunnskapsdannelse innen psykisk helsearbeid. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2012, 9(1), 33–43



Ny teknologi – endret arbeidsform

Innføring av ny teknologi i hjemmetjenesten starter en ny og lovende utvikling for denne delen av vår helse- og velferdstjeneste.

Hovedgrunnene til å innføre denne teknologien er, som overalt ellers, at det skal føre til større effektivitet, høyere kvalitet på tjenestene, større trivsel for tjenesteytere og tjenestemottakere og reduserte kostnader for det offentlige.

Det er gjort en rekke studier som kartlegger behov og muligheter for denne type teknologi, og det gjennomføres i dag flere prøveprosjekter. Basert på dette er det trukket en del konklusjoner på anvendeligheten av de enkelte teknologier og hvilke forutsetninger som må være oppfylt før nytteeffekten kommer. En gjennomgående konklusjon er at det er en del organisatoriske utfordringer som må løses før teknologien gir noen positiv effekt.

Innføring av ny teknologi uten at organisasjon, arbeidsmåte og teknologi tilpasses hverandre er som regel dømt til å mislykkes. Likevel skjer dette, og det er ting som tyder på at dette kan skje også når det gjelder ny teknologi innenfor hjemmetjeneste og eldreomsorg.

I en rapport fra Datatilsynet fra oktober i 2012 («En vanlig dag på jobb. Arbeidshverdagens elektroniske spor.») framgår at i en mellomstor kommune, hvor det er innført PDA-er til bruk i hjemmesykepleien, samles hjemmesykepleierne til sitt tradisjonelle morgenmøte. Her får de hver morgen utdelt PDA-er. I disse PDA-

er dette cirka 2,5 årsverk. Denne tiden kan brukes til å besøke flere pasienter per dag, til å tilbringe lengre tid per pasient eller simpelthen til innsparinger på kommunens budsjetter.

Ifølge ovennevnte rapport er tastaturene på PDA-ene for små til å skrive inn informasjon i journalene. Dette understøttes også av andre undersøkelser (FaFo: «Kontroll med ansatte utenfor fast arbeidssted. Ansattes erfaringer med feltteknologi» 2012). Derved reiser de fleste tilbake til kontoret etter endt arbeidsdag for å skrive journalen der, og ytterligere tid går tapt. Her er det berettiget å stille spørsmål om ikke en liten PC pluss en smarttelefon er mer hensiktsmessige verktøy enn en PDA.

Et tredje moment er måten de enkelte arbeidsoppgaver i dette tilfellet er lagt inn i PDA-en på. Oppgavene er satt opp i en bestemt rekkefølge, og det er ikke mulig å få fram neste oppgave før den foregående er avsluttet. I situasjoner hvor det kan være hensiktsmessig å endre rekkefølgen på oppgavene, er dette ikke mulig hvis ikke sykepleieren husker nøyaktig hvilke oppgaver som skal utføres. I tillegg benyttes PDA-en til å registrere hvor lang tid den enkelte pleier benytter hos den enkelte pasient. Dette er viktig, for ved behov å kunne dokumentere besøket, men har ellers lite med økt effektivitet å gjøre.

Bruk av PDA-en til slike kontrollfunksjoner er generelt sett mer egnet til å berolige ledelsen enn til å øke effektiviteten. Noe er det behov for å kunne dokumentere, men denne type funksjoner stjeler tid og bidrar derfor lett til redusert effektivitet i jobbutførelsen.

I tillegg kan PDA-er benyttes til å slå opp i pasientjournaler, noe som normalt burde forbedre effektiviteten signifikant. I ovennevnte tilfelle tilfører likevel denne funksjonen bare marginal effektivitet fordi pleierne må møte på morgenmøte, og kan derved få skrevet ut en papirversjon av journalene før de starter besøksrunden.

I tillegg er det ikke mulig fra PDA-en å få tilgang til diagnoseinformasjon fra den elektroniske pasientjournalen. I kritiske tilfeller kan dette få dramatiske konsekvenser. Blant annet kan det føre til feilmedisinering.

Den eneste funksjonen som virkelig øker effektiviteten når PDA-en brukes som beskrevet i dette eksemplet, er at PDA er et veldig bra verktøy når det oppstår behov for å få tak i pårørende hvor telefonnummer ikke er kjent. Men dette alene forsvarer ikke kostnadene ved innføring av PDA-er. ■■■

Organisatoriske utfordringer må løses før teknologien gir effekt.

ene ligger blant annet en liste over de pasienter som skal besøkes i løpet av dagen. Den samme listen får de også utdelt på papir. I tillegg får de en papirbasert liste over hvem som har hvilke PDA-er.

Allerede her «skurrer det». Er det personvern eller liknende hensyn som gjør at tjenesteytere (her hjemmesykepleiere) ikke kan oppbevare PDA-en som sin personlige enhet og dermed også kunne ta den med hjem? Slike hensyn kan eventuelt ivaretas på andre måter enn å inndra PDA-en når arbeidstiden er over.

Listen over pasienter som skal besøkes, og all øvrig informasjon, kan distribueres elektronisk til hver enkelt. Spørsmål kan ringes og mailes inn til arbeidsleder. Derved kan morgenmøtet sløyfes, og tjenesteytere kan dra rett hjemmefra og ut til sine pasienter.

Inkluderes reisetiden til jobben vil det lett kunne spares cirka 1 time per dag. I en kommune med 20 hjemmesykepleiere tilsva-



Sulten? Så synd...

Sult er politisk akseptert!

Mat er en menneskerett! Likevel sultet over 870 000 000 mennesker. Når vi vet at det produseres nok mat til alle i verden må politikerne minnes på at dette er deres ansvar.

1/3 av verdens underernærte barn bor i India. FIAN samarbeider med lokalsamfunn i India med å kreve helsestasjoner for alle, slik de har krav på etter indisk lov. Manglende politisk vilje og diskriminering gjør at de fattigste ikke får tilgang til livsnødvendig ernæringstilskudd og veiledning.

Internasjonalt samarbeider FIAN med sosiale bevegelser i Sør, FN og akademia for å styrke retten til mat og bedre levekårene for småbønder, jordløse og urfolk verden over.

FIAN er en internasjonal organisasjon. Bli medlem eller giver med QR-koden. For mer informasjon: post@fian.no / www.fian.no / 901 38 264



Treff passive jobbsøkere i Sykepleien!

De som ikke visste at de ville skifte jobb før de så din annonse.

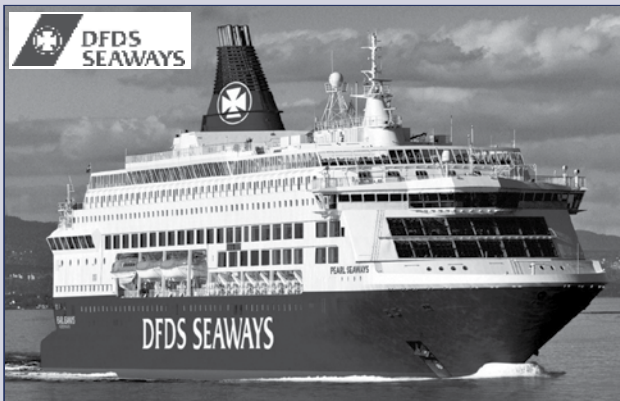
Lurer du på noe, eller ønsker å annonsere, ta kontakt med:

Silje Marie Torper
Markedskonsulent
Silje.marie.torper@sykepleien.no
Tlf: 970 93 354

eller
Ingunn Roald
Markedssjef
Ingunn.Roald@sykepleien.no
Tlf: 916 03 812



Sykepleien



En dannelsesreise i hyggelig selskap



Vårt mål med turene er kunnskap, sosialt samvær og opplevelser

Din vert på turen
Helge Qvigstad

Mer informasjon og bestilling av reisen på:
www.detseilendeakademi.no

Kunnskap i godt selskap

Det seilende akademi i samarbeid med DFDS Seaways inviterer til fire temareiser t/r København med foredragsholdere som er blant de fremste på sine felt:

- 3.-5. mars: Slektsforsker og forfatter **Liv Marit Haakenstad**: Slektsgranskning – bruk internett til å finne ut mer om slekten din. Besøk i Riksarkivet i København.
- 10.-12. mars: Tidligere operasjef **Bjørn Simensen**: Fra Opera til Opera – Hva er opera? Hvordan kan jeg bedre forstå opera? Besøk i Operaen i København.
- 17.-19. mars: Seniorfotograf **Olav Urdahl**, Aftenposten: Digital fotografering – motiv, komposisjon, lys og digital arkivering. Fotosafari i København.
- 14.-16. april: Journalist og forfatter **Per Egil Hegge**: Språket – vårt viktigste redskap for fred og forsoning.



**seilende
akademi**

Det seilende akademi
er en del av Qvigstad Strategi AS – org.nr.983 063 314 MVA

TETT PÅ Kai Øivind Brenden

Hvorfor: Fordi han er topptillitsvalgt på sykehuset som for tiden er Norges mest utskjelt

Stilling: Foretaksstillitsvalgt på Akershus universitets-sykehus (Ahus)

Utdanning: Sykepleier, Høgskolen i Nord-Trøndelag i 2000

Alder: 37 år

— Vi kan ikke ha det sann

Kai Øivind Brenden tror det blir ro på Ahus. Men ikke før neste år.

Tekst og foto **Marit Fonn** marit.fonn@sykepleien.no



Vi er ikke de som har det verst. Arealmessig.

Kai Øivind Brenden tenker mye på flateinnhold. Han er en av få på Ahus med eget kontor. Sykehusets mangel på kvadratmetre bekymrer ham, men et annet problem topper: For få folk.

«Ahus sin skyld at mamma er død» er én tittel i nyhetsflommen med utspring på Ahus. «Døde etter mandeloperasjon»

er en annen. Det har ballet på seg: «Ansatte er slitne og fortvilet.» «Nestleder i Ahus-styret trekker seg.» «Må spare 255 millioner.» «Fullt kaos.» «Pasienter dør i korridorene.» Og så videre.

Nyhetene er begredelige. Etter hvert har vi vent oss til dem. Men på nyåret kom en ny variant. Den ble en snakkis. Moro-programmene har fråtset begjærlig i det som først kom fram i VG.

– Hvor var du da du hørte om den anonyme meldingen fra sykepleierne?

– Jeg er usikker på hvilken du mener. Det har vært flere.

– Den som ble sendt til fylkesmannen før jul? Underskrevet «plikt-opplyllende sykepleiere»?

– ???

– De som sier at de er blitt beordret på jobb, selv om de har drukket alko ...

– Den ja! Her er vi i en prosess. Jeg kan ikke gå i detaljer.

Han begynner å romstere i papirer og pc.

– Jeg må rekonstruere litt. Skal vi sjå.

Han blar i dokumenter på pulten, skummer tekst.

– Akutt, mumler han. Stønner litt.

– Jeg ser i styrepapirene, forklarer han, – jeg mener vi snakker

«Det løsner litt nå. Jeg håper det kommer midler.»

om forskjellige ting her. Ja! Jeg visste jeg hadde det her. For det har jo gått melding fra akuttmottaket.

Den gikk anonymt.

HAN SJEKKER:

– Den ble sendt i november til fylkesmannen. Så ble det sendt en ny til ledelsen internt 21. desember. Begge var fra sykepleierne.

– Er det ok? Å melde anonymt?

– Både ja og nei. Disse meldingene beskriver kjente situasjoner: Marginalt med areal og for lav bemanning. Det fører til risiko ...

En rødhåret kollega dukker opp i døråpningen. Hovedtillitsvalgte Nina Hedkrok forteller om nye møter hun er på vei til. De to har jobbet sammen siden 2005 og mener de – inkludert hovedtillitsvalgt Torgeir Birkeland – kompletterer hverandre.

– Enige om det meste?

– Nei, men da er vi enige om at vi er uenige, skratter hun og fyker videre.

– Du sa risiko.

– Ja, de ansatte beskriver stor pågang av pasienter. Når beman-

ningen er for lav, kan det få konsekvenser for pasientene. Og det blir en uholdbar belastning for ansatte.

– Som altså blir innkalt til jobb selv om de har promille?

– Det viste seg heldigvis at saken ikke var så dramatisk. Det er verken lovlig eller akseptabelt å jobbe alkoholpåvirket. Den holdningen deler ledelsen og vi.

Han mumler noe om medienes vinkling.

– Hva sa du?

– Ikke noe viktig.

– Men når fikk du vite om de ruset sykepleierne, som altså jobber på barne- og ungdomsklinikken?

– Jeg var ikke klar over problemstillingen før den var i media. Først da jeg fikk innsyn i dokumentet, kjente jeg igjen saken. Det er en alvorlig melding der det pekes på krevende arbeidsforhold for sykepleierne. Som sagt er saken om berusede sykepleiere mer nyansert enn det som kom fram i media. Vi fokuserer derfor på det totale arbeidsmiljøet.

– Sykepleierne ville være anonyme fordi de mener det straffer seg å melde fra?

– En alvorlig opplevelse. Man skal kunne varsle uten forfølgelse. Nå har ledelsen sagt tydelig fra at det skal være høyt under taket her. Jeg er glad for slike klare signaler.

– Det er forskjell på fine ord og praksis. Ofte avhenger det av enkeltledere?

– Jeg kan ikke utelukke at varsling kan ha blitt møtt med sanksjoner av enkeltledere. Det er i tilfelle uakseptabelt. Men generelt kan anonyme meldinger svekke en sak. Vi vet ikke om den er fra én eller flere. Vi kan ikke etterspørre mer fakta i saken. NSF prøver uansett å komme til bunns i sakene.

– Hva konkret har det kommet ut av meldingene?

– Divisjonsledelsen på medisin erkjenner i hvert fall situasjonen: Bemanningen er for lav og de sliter med arealene.

Tiltak vil i første omgang gjelde bemanning.

– Arealene er det verre å gjøre noe med på kort sikt. Men akuttmottaket skal bygges ut. Ellers er det snakk om å ta i bruk arealer på Ski sykehus – og i dette bygget her.

Pasienthotellet huser to etasjer. Utenom tillitsvalgte jobber også forskere og administrasjonen her.

HELSEMINISTER STØRE SA han vurderer om Ahus skal få ansvar for færre pasienter. «Da må vi nedbemanne», advarte sykehusdirektør Hulda Gunnlaugsdottir. Hun vil heller ha 50 flere senger og 50 flere ansatte.

Brenden er helt enig:

– Underlig at eier nå tar opp at problemet er antall pasienter, som om det kom som en overraskelse. Eier har en overdreven tro på at bare man omstrukturerer, så kan man kutte i helsepersonellet og spare penger. Men behovet for personell blir jo ikke mindre ved å flytte pasientene.

Han snurrer på stolen og skuer bort på slagmarken: Med fire utstikkende fløyer ligger Ahus-kroppen der, pen å se på, men for liten allerede før den var ferdig i 2008. Akuttmottaket kan han ikke overvåke herfra, for det har inngang på andre siden.

Brenden snur seg tilbake.

– Man må ikke tro at redningen er å redusere pasientopptaket.

Da risikerer vi at tilbud presses ut. Det går ut over pasientene.

Han svinger seg igjen, peker sørvestover:

– Da vil pasientene for eksempel måtte dra til Oslo. Hva vil skje med universitetsfunksjonen vår? Blir den borte, får det store konsekvenser for sykepleietjenesten. Kreftkirurgien kan også stå i fare.

Han beholder fatningen og konkluderer med hva som skal til:

– Flere midler.

– *Hvor mye?*

– Hva? Å, ikke all verden. Men det er tulle å tro at bare man reduserer antallet sykepleiere, så jobber de mer effektivt.

– *Hvem er motstanderen?*

– Jeg vil ikke kalle det motstander, men løsningen ligger hos statsråden og Helse Sør-Øst.

Brenden snakker i vei om konstant overbelegg. Om at pasienter må vente for lenge på behandling, ja, noen får ikke engang behandling før de må ut.

– Vi etterlyser ikke mye bemanning, vi, men nok ut fra pasientens behov. Alle har en travel hverdag andre steder også.

BRENDEN HAR EN DOBBELTROLLE. Han er både tillitsvalgt og styremedlem:

– *I høst trakk nestlederen seg fra styret. Har du også tenkt at «dette går ikke lenger»?*

– Ja, jeg skal jo fortelle styre og ledelse hvordan det er. Noen ganger er det krevende å sitte der uten å få gjennomslag. Jeg har like stort ansvar for økonomien som de andre i styret, men jeg tenker oftere på arbeidsmiljø og pasienter enn økonomi. Jeg er sikker på at det er feil å redusere bemanningen for å spare penger.

– *Hjelper det forresten at direktøren er sykepleier?*

– Hun er først og fremst direktør. Toppleder.

– *Hvis alle problemene er så kjente, burde det ikke skjedd noe før?*

– Absolutt, men det kreves tålmodig arbeid. Det løser litt nå. Jeg håper det kommer midler.

– *Hvordan er det ikke å nå fram?*

– Frustrerende. Tillitsvalgte legger ned mye arbeid, ikke minst de som er i klinikken. «Er det noen som hører på oss?» lurer mange. Vi blir også kritisert: «Gjør dere noe?» Men det er ingen tvil om at hovedarbeidet dreier seg om arbeidsmiljøet og tilbudet til pasientene.

– *Plager noe deg så du blir søvnløs?*

– Mmm, meldingene om hvordan sykepleierne opplever det gjør meg urolig. Det er åpenbart at dette må jeg prioritere.

Han klapper på bunken på bordet.

– Vi kan ikke ha det slik.

SOM HØYREMANN har du vel lett for å identifisere deg med arbeidsgiver?

– Jeg er jo ikke partipolitiker i denne rollen, sier han forurettet.

– Medlemmene på Ahus styrer min agenda. Men jeg hadde en runde i kommunestyret i Lørenskog.

I fem år utøvde han sykepleie. Da pleiet han infeksjons- og hematologipasienter på Ahus. Han har ikke noe imot en klinisk karriere.

– Men jeg tror fortsatt at vi skal få til noe. Jeg vil være med og få resultatene.



«Å ligge i korridor uten å bli observert er verre enn å ligge i korridor og bli observert.»

Derfor stiller han nå til valg for to nye år.

– *Når blir det ro på Ahus?*

– Jeg håper neste år.

– *2014 altså?*

– Jeg tror driften snart blir mer stabil. Men det vil nok dra seg over til 2014.

Tross alt sliter ikke alle avdelinger på Ahus.

– 10–12 av totalt 16 sengeområder har behov for tiltak. Det vil jo alltid være grader.

Overbelegget i seg selv er ikke det verste. Han gnir inn poenget nok en gang:

– Det er enda verre med lav bemanning. Å ligge i korridor uten å bli observert er verre enn å ligge i korridor og bli observert, sier han tørt.

MELDINGER DET ER LETT å identifisere seg med gjør mest inntrykk:

– Jeg hører om sykepleiere som går fra vakt og ligger våken utover natten: Gjorde jeg alt jeg skulle? Sjekket jeg pasienten godt nok? Fikk alle medisiner? De grubler. Gradvis mister de kontrollen.

Han gjentar seg selv:

– Vi kan ikke ha det sånn. Der er oppgavene for tillitsvalgte. Vi skal hjelpe til å få fakta på bordet og foreslå forbedringer.

Brenden liker seg i styre og stell. I 2011 ble han medlem i Sykepleierforbundets styre. Som eneste mann med stemmerett.

– *Hvordan er det?*

– Sånn er det når man har valgt dette yrket. Vi er ofte i undertall og ofte alene. Det er jeg vant til. Jeg har det helt fint. Men flere menn i yrket, ja, absolutt.

– *Hva gjør du ellers?*

Nå blir han taus. Kommer til slutt på at han liker musikk og litteratur.

– Men å være tillitsvalgt er en livsstil. Det er veldig mye dokumenter. Ofte har jeg ikke lyst til å lese så mye mer.

Han har likevel flere bøker på nattbordet. Blant annet en om Thyra Frank, lederen av Lotte sykehjem i København.

– Men jeg leser variert.

– *Krim?*

– Ikke krim. ■■■

PARAGRAFRYTTERNE

Har du spørsmål om lønn, rettigheter eller forsikring?

Send en epost til interaktivt@sykepleien.no.

Du kan også gå inn på sykepleien.no og finne svar på aktuelle spørsmål.

Ekstravakter og pensjon

Pensjonen beregnes på grunnlag av stillingsprosenten man faktisk har arbeidet. Men ikke i Oslo kommune, forklarer **Lars Petter Eriksen**.

? **Overtidsvakt og nattillegg**
Jeg jobber 100 prosent nattstilling som sykepleier. De gangene jeg tar en ekstravakt blir dette automatisk overtid. Men jeg mister nattillegget. Er dette riktig? Har 45 prosent tillegg for natten, og dette blir borte ved overtidsvakt. Synes det er rart at reglene er slik at jeg ikke får dette ved merarbeid. Har 10-timers-vakter og synes det vil være naturlig om jeg får 10 timer nattillegg i tillegg til 100 prosent overtid av grunnlønn.

§ Både i Spekter-området (helseforetakene) og i KS-området er det bestemmelser om dette. Begge steder er det fastsatt at tillegg knyttet til nattarbeid ikke betales under overtidarbeid.

? **Ekstravakter og pensjon**
Jeg jobber i Oslo kommune i 50 prosent fast stilling, og tar ekstravakter slik at jeg totalt sett har 100 prosent hver måned. Jeg har jobbet ved siden av min faste stilling i snart ti år og lurer da på følgende: Oppnår jeg pensjonspeng for kun min faste stillingsstørrelse, eller regnes alt ut ifra total arbeidsmengde, det vil si fast stilling pluss ekstravakter?

Lurer også på om jeg har krav på økt stillingsprosent, selv om min faste 50 prosent stilling kun består av kveldsvakter.

§ Som hovedregel skal pensjonen beregnes på grunnlag av stillingsprosenten man faktisk har arbeidet. Gjennomsnittlig stillingsprosent blir beregnet for hvert kvartal i ettertid. I Oslo kommunes pensjonsordning derimot, får man i tjenestepensjonen opptjeningen kun i henhold til avtalt stillingsprosent og ikke i forhold til det man faktisk har jobbet. Selv om man i folketrygden får opptjening for alt, gir tjenestepensjonsreglene i Oslo langt dårligere pensjon for mange enn det man ville hatt i KLP.

Hvorvidt du har krav på økt stillingsprosent, vil jeg være varsom med å si mye om ut ifra de opplysningene du kommer med. Men dersom du for eksempel dekker opp for et permanent vikarbehov, vil du fort vekk kunne ha rett på en høyere stillingsprosent. Det vil i så fall være slik fordi hjemmelen for å ansette midlertidig i vikariater som du finner i arbeidsmiljøloven, ikke er ment å kunne brukes for å dekke opp permanente vikarbehov. Det skal gjøres med fast ansatte.

? **Foreldrepenger**
Mange sykepleiere tar videreutdanning. Som oftest tas denne videreutdanningen uten at man er å regne som arbeidstaker, man får ikke lønn, men stipend. Hva skjer hvis man blir gravid i disse tilfellene? Har man rett på foreldrepenger?

§ De fleste sykepleiere som tar videreutdanning i dag gjør det uten at man er arbeidstaker. Man beholder sitt tilsetningsforhold, men får permisjon fra dette mens man studerer. På den måten mister man tariffavtalte bestemmelser, pensjonsmedlemskap, vanlige sykepengerrettigheter med mer.

Når det gjelder foreldrepenger er det en rettighet som opptjenes ved yrkesaktivitet – på samme måte som sykepenger. Likevel skiller foreldrepenger seg fra sykepenger ved at det er en del aktivitet som etter loven er likestilt med yrkesaktivitet. I folketrygdlovens § 14-6 fjerde ledd nevnes spesielt «lønn fra arbeidsgiver under permisjon i forbindelse med videre- og etterutdanning» som likestilt med yrkesaktivitet.

I forarbeidene til folketrygdloven fremkommer det at personer som oppbærer lønn fra arbeidsgiver mens de har permisjon for å etter- og videreutdanne seg, gis rett til fødsels- og adopsjonspenger. Det er imidlertid et vilkår at ytelsen fra arbeidsgiver er pensjonsgivende inntekt. Dersom dette vilkåret er oppfylt, vil dermed utdanningspermisjon sidestilles med yrkesaktivitet slik at ytelsen gir opptjeningsrett til fødsels- og adopsjonspenger. At man får «stipend» og ikke «lønn» er således ikke avgjørende for retten til foreldrepenger. Til slutt – de øvrige vilkårene for rett til foreldrepenger må selvsagt være oppfylt, jf. folketrygdlovens § 14-6.

Passer på paragraferne:





sykepleien.no

Vestre Viken HF har rundt 9 500 ansatte. Vi gir god og trygg behandling til 450 000 mennesker i 26 kommuner.

INTENSIVSYKEPLEIERE

Intensiv, Ringerike sykehus

Referansnr. 1689685970 Søknadsfrist: 22. februar 2013

Intensivavdelingen har ledig 3 nyopprettede faste stillinger for intensivsykepleiere.

Stillingene er ledige fra 8. april, og stillingsprosenten er henholdsvis 100 %, 85% og 75 %.

Kontaktinfo: Avdelingssykepleier Tone Amlien, tlf. 32 11 61 29

Elektronisk søknadsskjema og fullstendig utlysningstekst finner du på våre nettsider www.vestreviken.no

frantz.no



Vestre Viken HF har rundt 9 500 ansatte. Vi gir god og trygg behandling til 450 000 mennesker i 26 kommuner.

SYKEPLEIERE

Ringerike sykehus

Referansnr: 1676172188 Søknadsfrist: 01.04.2013

Medisinsk og kirurgisk/ortopedisk avdeling har ledig flere stillinger som sykepleier. Faste stillinger i 50 - 75 % - Vikarpoole i 75 % og vikariater.

Kontaktinformasjon: Avdelingssykepleier Grete S. Skaalvik, tlf. 32 11 66 31, Gunn Frydenberg, tlf. 32 11 66 51, Ellen Løstegård, tlf. 32 11 66 50 eller Nina Sæther, tlf. 32 11 66 70.

Elektronisk søknadsskjema og fullstendig utlysning finner du på våre nettsider www.vestreviken.no

frantz.no



Vestre Viken HF har rundt 9 500 ansatte. Vi gir god og trygg behandling til 450 000 mennesker i 26 kommuner.

OPERASJONSSYKEPLEIER

Øyeoperasjon, Drammen sykehus

Referansnr: 1682798872 Søknadsfrist: 17. februar 2013

Er du lei turnusarbeid, og ønsker deg en utfordrende arbeidsplass?

Vi har ledig en 100% og en 60 % dagstilling ved Øyeoperasjon.

Vi ønsker oss en kollega som er seviceinnstilt, har allsidig erfaring og som kan arbeide selvstendig og effektivt.

Vi kan tilby et dynamisk arbeidsmiljø, spennende utfordringer og hyggelige kolleger.

Spørsmål vedrørende stillingene kan rettes til daglig leder Mette J. Låtun, tlf. 32 80 39 20 eller avdelingssykepleier Liv Skogen, tlf. 32 80 35 89 / 85

Elektronisk søknadsskjema og fullstendig utlysningstekst finner du på våre nettsider www.vestreviken.no

frantz.no



Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er et universitetssykehus som tilbyr befolkningen i den nordligste landsdel medisinsk spisskompetanse av høy kvalitet. Samtidig er UNN lokalsykehus for Troms og deler av Nordland. Foretaket har 6000 ansatte. Virksomheten skal bygge på kvalitet, trygghet, respekt og omsorg.

Universitetssykehuset Nord-Norge søker dyktige kandidater til følgende stillinger:

Sykepleier, Rehabiliteringsklinikken

Fast stilling ved Døgnerheten Tromsø, Fysikalsk- og rehabiliteringsmedisinsk avd.

Kontakt: Birgit H. Henriksen, tlf. 941 49 080 eller Arne Wilhelmsen, tlf. 77 62 80 43 / 948 78 185.

Fullstendige annonsetekster, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på www.unn.no/jobbsok

Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGGA UNIVERSITEHTABUOHCCIEVUSSU



Antibac AS er markedsleder innen desinfeksjon og hygieneløsninger med Antibac-produktene. Vi leverer systemer og materiell for desinfeksjon av hender, overflater og instrumenter til sykehus, tannleger, apotek og andre helseinstitusjoner via distributører. Antibac AS har 11 ansatte og har en omsetning på ca 80 mill NOK. Antibac tilbyr en utfordrende stilling i et spennende marked som stadig ekspanderer, og søker derfor etter:

KEY ACCOUNT MANAGER M/REGIONS-ANSVAR PÅ VESTLANDET OG TRØNDELAGE

Primære arbeidsoppgaver vil være salg og salgsoppfølging av Antibac-produkter til nye og eksisterende kunder. Vi søker en person som vil få regionalt oppfølgingsansvar for nye og eksisterende kunder på Vestlandet og Trøndelag. Du må være glad i å reise og holde et høyt tempo. Du inngår i et vinnende salgsteam med høyt tempo og store muligheter for å påvirke din egen hverdag.

Ønsket bakgrunn:

Du har relevant utdanning og erfaring fra helsesektoren eller lignende. Gjerne også spisskompetanse innen hygiene og smittevern. Salgsferfaring med dokumenterte resultater er også en fordel.

Personlige egenskaper som vektlegges:

- Strukturert, selvstendig og målrettet
- Initiativrik, stort pågangsmot og arbeidsevne som salgsperson
- Kompetanse og forståelse for forretningsmessige prinsipper
- Analytisk og faglig forankret
- God muntlig og skriftlig fremstillingsevne

Vi søker et motivert menneske som klarer å kombinere salg og faglighet. For rette vedkommende tilbyr vi også et fagansvar innen helse. Du kan gjerne være bosatt i regionen du arbeider i.

Ved spørsmål rundt stillingen kontaktes Salgssjef Henrik Skibrek på E-post henrik.skibrek@antibac.no eller telefon 9324 9025.

Søknadsfrist: Snarest



Fekjær psykiatriske senter (FPS) 3528 HEDALEN I VALDRES

FPS er tilknyttet Sykehuset Innlandet HF, Divisjon psykiatri og består av døgnerhet, poliklinikk med ambulant team og Fekjærtunet overgangsboliger. FPS ligger natur-skjønt til og er bygget opp med småhus rundt garden Fekjær lengst sør i Valdres. Avstand til Oslo eller Gardermoen er ca 12,5 mil.

Døgnerhetens målgruppe er vesentlig voksen ungdom i aldersgruppen 18 – 35 år med ulike diagnoser som psykoser, personlighetsforstyrrelser og bipolare lidelser. Ofte har pasientene et tilleggssproblem med rus. Pasienter og personell er her inndelt i to ulike behandlingsgrupper; ute- og innegruppa. I tillegg til individual- og gruppesamtaler, vektlegges miljøterapi og fysisk aktivitet.

Til vår døgnavdeling vil det bli ledig 2 x 100% stillinger for PSYKIATRISK SYKEPLEIER

(Sykepleiere kan søke, men ved ansettelse forplikter vedkommende seg til å ta videreutdanning innen psykisk helsearbeid innen en avtalt periode)

Vi søker etter sykepleiere helst med bred erfaring og med gode samarbeids-ferdigheter.

Vi kan tilby:

- Arbeidsplass i landlige omgivelser
- Varierte arbeidsoppgaver med både eksterne og inneliggende pasienter
- Lønn og arbeidsforhold etter tariff og gjeldende overenskomster
- Moderne leiligheter til leie
- Pensjonsordning
- 6 måneders prøvetid

Ansettelse etter nærmere avtale.

Kontaktpersoner:

Tor Anders Perlestenbakken: Tlf. nr: +47 915 13 484

Epost: tor.anders.perlestenbakken@sykehuset-innlandet.no

Elling Fekjær: Tlf.nr: +47 905 91 545

Epost: elling.fekjar@sykehuset-innlandet.no

Søknadsfrist 20. februar 2013.

Søknad sendes enten elektronisk til en av kontaktpersonene eller i posten til: Fekjær psykiatriske senter, Fekjarvegen 110, 3528 Hedalen i Valdres

Sykepleien vokser!

En annonse i Sykepleien gir i snitt 218.000 eksponeringer og snitt lesetid er på hele 1 time!

Sykepleien



Spesialsykepleier; operasjon-/hygienesykepl.

Akutt klinikken, Sterilavdelingen, Sterilforsyning Ullevål

Vi søker en positiv og faglig engasjert spesialsykepleier som skal være en ressursperson for seksjonsledere, og være delaktig i Sterilavdelingens strategiarbeid og fagutvikling. 100% fast stilling.

Kontaktinfo: Solvor Skreden, seksjonsleder, tlf. 986 56 314 / 22 11 95 66.

Ref.nr. 1682872702 Søknadsfrist: 28.02.2013

For fullstendig annonse se: www.oslo-universitetssykehus.no

Oslo universitetssykehus er lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, regionssykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst og har en rekke nasjonale funksjoner. Sykehuset er landets største med over 20 000 ansatte og har et budsjett på 17 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for størstedelen av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.

frantz.no

Lørenskog kommune



Sykepleier til forsknings- og utviklingsarbeid

Lørenskog sykehjem har siden 2006 vært Utviklingscenter for sykehjem i Akershus. Funksjonen er tildelt av Helsedirektoratet og innebærer at sykehjemmet har særskilte oppgaver som pådriver for utvikling av kunnskap og kvalitet i sykehjem i Akershus. Utviklingscenteret har til enhver tid en rekke fagprosjekter og tilrettelegger og bidrar i forskning og innovasjonstiltak. Utvikling av sykehjemmet som god læringsarena for studenter og elever samt satsning på utvikling av en kunnskapsbasert praksis, er to svært sentrale fokusområder. Mye av arbeidet gjennomføres i nært samarbeid med Bærum kommune som er Utviklingscenter for hjemmetjenester i Akershus. Det overordnede målet for alle prosjekter ved Utviklingscenteret, er å bidra til en bedre klinisk praksis i sykehjem.

Vi har startet opp flere nye forsknings- og utviklingsarbeid, og vi trenger derfor å utvide faggruppen vår og har da ledig en prosjektstilling/engasjement for 1,5 år med mulighet for forlengelse ved ytterligere prosjektfinansiering.

Arbeidsoppgavene vil bl.a. bestå av; planlegging og gjennomføring av prosjekter, sette sammen prosjektgrupper, søke bakgrunnskunnskap, skrive søknader, kommunisere internt og eksternt, lære opp samarbeidspartnere, innhente forskningsdata - til å bidra i evaluering, skrive rapporter og presentere resultater.

Nærmere opplysninger om stillingen, fås ved henvendelse til:
FOU leder Kari Annette Os, tlf: 67 91 59 77 eller søk "sykepleier Lørenskog sykehjem" på Finn.no

Søknadsfrist: 22. februar 2013

frantz.no



MediPluss AS er et tverrfaglig Medisinsk senter og en offentlig godkjent Bedriftshelse-tjeneste. Vi har fokus på helsefremmende arbeid, gjennom økt kunnskapsnivå hos individ og i bedrifter, om egen helse. Våre kunder skal bli sine egne medisinske rådgivere.

FAGLIG OG ADMINISTRATIV LEDER MED JORDMOR-/SYKEPLEIERKOMPETANSE, 100 % STILLING

Vi ønsker å ansette en ny leder på vårt medisinske senter. Vi planlegger HMS aktiviteter gjennom året sammen med bedriften, gjennomfører helsekontroller, tilbyr livsstilveiledning, reisemedisin, HMS rådgivning og oppfølgingsarbeid. Vi har også vanlige pasientkonsultasjoner.

Hovedoppgaver:

- Lede og videreutvikle vårt Medisinske senter
- Faglig ansvar
- Økonomisk resultatansvar
- Personalansvar
- Pasientarbeid -klinikk
- Være en del av lederteam
- Koordinere opp mot HMS rådgiverne
- Rådgivning av ledere i forhold til gravide arbeidstakere

Ønskede kvalifikasjoner:

- Erfaring fra og gode egenskaper innen ledelse
- Gode samarbeids- og kommunikasjonsevner - tverrfaglig
- Evne til å ta utfordringer på strak arm, være løsningsorientert
- Kompetanse og interesse for pasientarbeid
- Erfaring fra helsefremmende og forebyggende arbeid ute i bedrifter
- Søkere må beherske norsk og engelsk muntlig og skriftlig, og må påregne endring i organisering og oppgaver.

Lønn og tiltredelse etter avtale med Daglig leder.

Søknad, CV og attester sendes: MediPluss AS, PIB 3, 0410 Oslo,
Att: Kari O. Øren
For nærmere opplysninger om stillingen: Kari@medipluss.no

Søknadsfrist: 20. februar 2013

Helgelandssykehuset HF er et helseforetak som består av sykehusenheter i Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen med hovedkontor i Mo i Rana. Gjennom pasientfokus og samhandling skal helseforetaket sikre et trygt og framtidig tjenestetilbud basert på kvalitet, omsorg og respekt.

Sandnessjøen

Jordmorstillinger

Ved Helgelandssykehuset avdeling Sandnessjøen, Føde/Gyn avdelingen har vi ledig 1 fast stilling og 2 vikariater i 75% stilling som jordmor f.o.m.: Snarest

Nærmere opplysninger om stillingen fås ved henvendelse til avdelingsjordmor Solvi Hestnes tlf. 75 06 52 40 mob: 918 32 773 eller pr. epost: solvi.hestnes@sasyk.nl.no evt. ass.avdelingsleder Anne Sofie Tverbakk tlf. 75 06 52 40 mob: 918 57 494.

Søknadsfrist: 28. februar 2013

Fullstendige annonsetekster, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på www.hsyk.no/jobb

Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!



HELGELANDSSYKEHUSET
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÆTIE



frantz.no



Stryn kommune

Vikane omsorgssenter - ledige stillingar som sjukepleiar - saksnr 13/108

100% FAST STILLING, SNARAST

2 X 100% SVANGERSKAPSVIKARIAT

FRÅ 28.05.13 OG 01.07.13

Sjå fullstendig annonse på www.stryn.kommune.no, under Ledige stillingar.

For nærare opplysningar ta kontakt med: Oddhild Hilde tlf 57 87 35 52

Søknad skal sendast elektronisk via Stryn kommune si heimeside www.stryn.kommune.no.

Merk søknaden med 13/108 i feltet for Arkivsaksnr. Send kopi av rett-kjende attestar og vitnemål per post (vil ikkje bli returnert).

Søknadsfrist: 19.02.2013

Hjarteavdelinga, Thoraxkirurgisk post søker:

Autorisert sjukepleiar

Kontaktpersonar:

Seksjonsleiar Kari Henriksen, Tlf. 55973630.

Ass. Avdelingssjukepleiar Wenche Håvik, Tlf. 55973631.

Referansenummer: 1658988102 - Søknadsfrist: 20.02.2013

For å lese meir og å søkje på stillinga: www.helse-bergen.no



Haukeland universitetssjukehus



RÆLINGEN KOMMUNE

Rælingen kommune har ca. 16 000 innbyggere og ligger sentralt i Akershus fylke med kort vei til Lillestrøm, Oslo og Gardermoen. Du vil møte en moderne og utviklingsorientert kommune med nærhet til både det urbane og det landlige.

Enhet familie og helse - forebyggende helsetjeneste

Avdelingsleder/ledende helsesøster

100 % fast stilling

Søknadsfrist 20.02.2013

Ytterligere opplysninger og elektronisk søknadsskjema finnes på www.ralingen.kommune.no

Søkere kan ikke skjermes fra offentlig søkeliste.

Trivselskommunen med nærhet til Østmarka og Oyeren

HiST - Kunnskapen du trenger

I framtida må viktige samfunnsoppgaver løses smartere.

Høgskolen i Sør-Trøndelag har kunnskapen som trengs på de fleste samfunnsområder. Vi har kompetanse innenfor teknologi, informatikk, lærer og tolk, økonomi og ledelse og helse og sosialfag. Våre studenter har yrkesnær praksis i samarbeid med offentlige og private arbeidsgivere. HiST er landets nest største høgskole, og er et spennende studie- og arbeidssted.

Stipendiatstilling

ASP 01/13

Ved Avdeling for sykepleierutdanning er det ledig stilling som stipendiat ved satsningsområdet Klinisk sykehjemsarbeid.

Satsningsområdet Klinisk sykehjemsarbeid har som hovedfokus å drive praksisnær forskning i eldreomsorgen. Pasientgruppen er individer som har helseplager eller sykdom som krever heldøgns helsetilbud. Gjennom tverrfaglig klinisk forskning ønsker vi å løfte fram problemstillinger som kan lede fram til kvalitativt gode tjenester. Visjonen er at vi skal bidra til å styrke kvaliteten på tjenestene overfor eldre på sykehjem, slik at utviklingen av sykehjemstjenester skjer i samsvar med pasientenes og deres families behov. Videre vil vi være en arena for samhandling mellom klinikk, høgskole og universitet. Sentrale områder for forskning er og vil være knyttet til kvalitetsindikatorer, eliminasjon og problemstillinger vedrørende overføring av forskning til praksis (implementeringsforskning).

Se fullstendig utlysning på www.hist.no/stillinger.

Søknadsfrist: 24.2.2013

Høgskolen i Sør-Trøndelag

N-7004 Trondheim - Tlf.: 73 55 90 00



Kunnskapen du trenger



Enhetsleder

**Klinikk psykisk helse og avhengighet,
Regional avdeling for spiseforstyrrelser**

Vi søker enhetsleder for 100% fast stilling til ny enhet.

Det er ønskelig med tilsetting snarest, slik at enhetsleder kan være med i utviklingen av enheten på et så tidlig stadium som mulig.

Kontaktinfo: Roy Andersen, avd.sjef, tlf. 23 01 62 46 / 904 07 257, uxaroy@ous-hf.no eller Walborg E. Sandvik, avdelingsoverlege, tlf. 23 01 62 30 / 468 10 471, uxsanw@ous-hf.no

Ref.nr. 1675251867

Søknadsfrist: 15.02.2013

For fullstendig annonse se: www.oslo-universitetssykehus.no

Oslo universitetssykehus er lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, regionssykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst og har en rekke nasjonale funksjoner. Sykehuset er landets største med over 20 000 ansatte og har et budsjett på 17 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for størstedelen av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.

frantz.no



NESTLEDER

ved Stiftelsen Solliakollektivet

Vi synes vi har en spennende jobb, og ønsker oss flere på laget! Solliakollektivet har siden 1970 tilbudt voksne rusavhengige en medikamentfri rehabilitering. I naturskjønne omgivelser på Trogstad (Østre Toten) og Sollia (Søndre Land) driver stiftelsen to økologiske gårdsbruk, i tillegg har vi videreføringsboliger på Raufoss. Stiftelsen har løpende avtale med Helse Sør-Øst. Vi har nå en ledig stilling som nestleder på Sollia med tiltredelse snarest mulig.

Arbeidsoppgaver:

- Nestleder med arbeidsoppgaver i administrasjonen.
- Medlever og rollemodell
- Vi ønsker en person med helsefaglig bakgrunn

Vi ønsker at du:

- har livserfaring.
- kan tilslutte deg Sollia sin ideologi og rehabiliteringsmodell.
- Er motivert og engasjert.

Har du i tillegg noen av disse egenskapene?

- Uredd, trygg og selvstendig
- Initiativrik
- God til å kommunisere
- Aktiv og nysgjerrig

Vi kan tilby

- Nestlederstillingen på Sollia
- Bolig til deg og din familie
- En interessant hverdag i et hyggelig og lærerikt arbeidsmiljø.
- Boplikt, men fleksibel friordning for medlevere
- Veiledning

Høres dette spennende ut for deg? Kontakt oss for å få vite mer!

Kontakt Tore Martin Helgesen eller Unni Hatlevoll på 61 12 87 00

Søknadsfrist er 1.2.13

Du kan også besøke oss på vår hjemmeside www.sollia.no



Gol kommune

Gol er ein kommune i Hallingdal med ca. 4.400 innbyggjarar. Vi kan by på gode moglegheiter for aktiv fritid, både innan friluftsliv og kultur. Arbeidet er fagleg utfordrande og variert, med turnusjobbing på dag/kveld og natt.

Gol Helsetun, institusjonstenester har for snarleg tilsetting ledige stillingar for sjukepleiarar.

- **100 % stilling som sjukepleiar, dag/kveld turnus med 3. kvar helg.**
- **2 X 50 % stilling som sjukepleiar, natt turnus.**

For fullstendig utlysing sjå: www.gol.kommune.no

For nærare informasjon kontakt: Områdeleiar
espen.mentoft@gol.kommune.no mobil +47 916 73977
eller leiar for institusjonstenestene
hanna.weloy@gol.kommune.no mobil +47 916 73953.

Send søknad med CV til: Gol kommune, Gamlevegen 4, 3550 Gol eller postmottak@gol.kommune.no. Søknadspapira blir ikkje returnert.

Søknadsfrist: 22.02.13

St. Olavs Hospital - Universitetssykehuset i Trondheim - er ett av fem helseforetak i Helse Midt-Norge. Foretaket er organisert i 16 klinikker og en divisjon for psykisk helsevern. St. Olavs Hospital er lokalsykehus for befolkningen i Sør-Trøndelag, men ivaretar også regionale og nasjonale oppgaver. Virksomheten er lokalisert flere steder i fylket med hovedtyngden i Trondheim. Det er ca. 8000 ansatte og et brutto budsjett på 7,3 milliarder kroner. Universitetssykehuset drives integrert med NTNU, og studenter, lærere og forskere er en naturlig del av pasientbehandlingen. Siste fase av Nytt universitetssykehus er under oppføring på Øya i Trondheim og fullføres i 2013-14. For å fremme mangfold og variasjon blant våre tilsatte ønsker vi kvalifiserte søkere, uavhengig av etnisk bakgrunn, kjønn eller alder. Mer informasjon finnes på www.stolav.no

Barn infeksjon - Barne- og ungdomsklinikken

Avdelingssykepleier

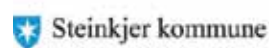
Vi søker etter avdelingssykepleier i 100 % fast stilling. Tiltredelse etter avtale. Stillingen er direkte underlagt avdelingssjef sykepleie og er en del av klinikkens ledergruppe.

Nærmere opplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til avdelingssjef sykepleie Randi Hansen tlf. 72 57 39 95.

Søknadsfrist: 24. februar 2013

Søknad sendes elektronisk via www.stolav.no, velg Jobbsøk, deretter ledige stillinger.

frantz.no



Har du lyst på nye utfordringer som leder på en av Nord-Trøndelags største arbeidsplasser? Er du nytenkende og utviklingsorientert? Liker du å jobbe med mennesker? Nå har du muligheten til å bli leder i Steinkjer, en kommune med slagordet «Åpen, lys og glad»! Avdeling for omsorg i Steinkjer kommune gir i dag tilbud til 1200 brukere. Avdelingen har 380 årsverk - og mange dyktige medarbeidere med erfaring og kunnskap. Ledergruppen består av omsorgssjef og 5 tjenesteenhetsledere. Vil du være med på laget?

Idnr. 462

TJENESTEENHETSLEDER 100 %

tjenesteenhetsleder Hjemmetjenesten nord

Tjenesteenhetsleder har lederansvar knyttet til faglige, økonomiske, personalmessige og utviklingsorienterte oppgaver innen sin enhet. Tjenesteenhetsleder rapporterer direkte til omsorgssjef. Tjenesteenheten består av 3 seksjoner.

For fullstendig kunngjøringstekst og opplysninger om stillingen, samt elektronisk søknadsskjema som bes benyttet, se www.steinkjer.kommune.no

Søknadsfrist: 18.02.13.

Medisinsk intensiv og overvaking (MIO), Hjarateavdelinga søker:

Intensivsykepleiar

Kontakt: Seksjonaleiar Anne Åshild Herdlevær, Tlf. 55973662

Referansenummer: 1691163065

Søknadsfrist: 05.03.2013

For å lese meir og å søkje på stillinga: www.helse-bergen.no



HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetenestene

Vil du bidra til pasientsikkerhet? Vi styrker tilsynet med spesialisthelsetenesta og treng lege, sjukepleiar og jurist

Statens helsetilsyn har ledig stillingar for lege, sjukepleiar og jurist. Vi arbeider med alvorlige saker mot verksemdar og helsepersonell, har ansvar for varselordning samt gjennomfører uttrykkingar i spesialisthelsetenesta.

For fullstendig utlysning, sjå <http://www.helsetilsynet.no>
(Om tilsynsmyndighetene/ Ledige stillingar).

Søknadsfrist: 19. februar 2013



Oslo HMS-senter SA er en privat fellesordning som leverer bedriftshelsetjenester gjennom medlemskap og rammeavtaler til over 200 virksomheter i Oslo og omegn. Vi er 13 medarbeidere med spesialistkompetanse og med solid erfaring innen bedriftshelsetjeneste og HMS-arbeid. Vi deltar i det faglige nettverket HMS-sentrene, som består av i alt 5 medlemside bedriftshelsetjenester i Oslo og Akershus.

Vi har ledig vikariat som

BEDRIFTSSYKEPLEIER I 1/1 STILLING (CA. 1 ÅR)

Du må ha utdanning som sykepleier og helst bred kompetanse og erfaring innen HMS og forebyggende bedriftshelsearbeid.

Du må ha stor arbeidskapasitet og kunne arbeide både selvstendig og tverrfaglig i team. Det er en forutsetning at du behersker relevante dataverktøy og en fordel om du har kjennskap til Profdoc Vision. God muntlig og skriftlig formidlingsevne er en forutsetning for å kunne fylle stillingen, som bl.a. vil innebære et nært samarbeid med kundenes ledelse og vernetjeneste.

Arbeidsoppgaver:

- Vaksinasjoner
- Undervisning/kurs
- Helseundersøkelser
- Arbeid med inkluderende arbeidsliv, bl.a. dialogmøter
- Bistand med implementering av systematiske HMS-aktiviteter
- Risikovurderinger
- AKAN-arbeid
- Kartlegging og bistand ved oppfølging av psykososialt, organisatorisk og fysisk arbeidsmiljø

Vi kan tilby et godt arbeidsmiljø, utfordrende arbeidsoppgaver og gode muligheter for faglig utvikling.

Vi tilbyr pensjonsordning og lønn etter avtale.

Nærmere opplysninger kan fås ved henvendelse til daglig leder
Vigdis Engen, tlf. 23 15 88 50.

Skriftlig søknad med CV sendes pr. e-post til: vigdis.engen@pdo.no

Se vår hjemmeside www.oslohms.no



Oslo S tannlegevakt og lege er en privatklinikk som også driver med kosmetiske behandlinger. For tiden utvider vi vår kosmetiske del av klinikken og er i en spennende utvikling. Vår sykepleier skal i svangerskapspermisjon og vi er derfor på utkikk etter en sykepleier til 12 mnd vikariat. Ønsket oppstart fra 01.mai.2013.

VIKARIAT SOM KOSMETISK SYKEPLEIER

Det tilbys:

- 80-100% stilling som selvstendig næringsdrivende
- Lønn og provisjon i henhold til omsetning
- Godt arbeidsmiljø og gode utviklingsmuligheter
- I første omgang et 12 mnd vikariat, med mulighet for forlengelse
- Dagtid, fleksibel arbeidstidsordning

Kvalifikasjonskrav:

- Autorisasjon som sykepleier
- Du må beherske norsk flytende, skriftlig og muntlig
- Fleksibel og positiv
- Det er en fordel med erfaring med injeksjonsbehandlinger (Restylane og Azzalure, botulinum toxin).

Arbeidsoppgaver:

- Resepsjonist- og sekretærarbeid, kundebehandling
- Kosmetiske behandlinger:
- Fettfjerning ultralyd (kavitasjon)
- Laserbehandlinger (hårfjerning)
- IPL-behandlinger
- Injeksjonsbehandlinger

Søknad med CV og kopier av vitnemål og attester sendes til:
Tannlege og lege Oslo S
Jerbanetorget 1
0154 OSLO

Eller på epost til mail@oslostannlegevakt.no

Merk mailen med «Søknad kosmetisk sykepleier v/Karianne».

Ledige fagstillinger innan sjukepleieutdanninga

Vi har ledig 2-3 faste stillingar og fleire vikariat/engasjement som første-amanuensis/førstelektor/høgskulelektor i sjukepleie frå 01.08.13. ved Avdeling for helsefag i Førde i Sunnfjord. Vi søker særskilt etter kompetanse innan fagfelte psykisk helsearbeid, intensivsjukepleie, spesialisthelsetenesta og grunnleggjande sjukepleie.

Meir informasjon får du hos dekan Eva Marie Halvorsen, tlf. 57 72 25 55/ 41 56 14 66 eller instituttleiar Sara Osland, tlf. 57 72 25 53/906 07 962.

Full utlysning finn du på www.hisf.no

Søknadsfrist er 23. februar



HØGSKULEN I SOGN OG FJORDANE
POSTBOKS 133, 6851 SOGNDAL
TLF: 57 67 60 00 FAX: 57 67 61 00
post@hisf.no www.hisf.no

hisf.no

jobbnorge.no

Helse Møre og Romsdal HF er eit helseføretak under Helse MidtNorge RHF og har ansvar for den offentlege spesialisthelsetenesta i Møre og Romsdal. Verksemda omfattar sjukehusa i Volda, Ålesund, Molde og Kristiansund samt fleire omliggjande institusjonar. Helseføretaket har omlag 4200 årsverk fordelt på 6500 tilsette, og gir eit differensiert tilbod innan dei fleste fagfelte i somatikk og psykisk helsevern. Vår visjon er å vere «På lag med deg for helsa di». Les meir om oss på www.helse-mr.no

Volda sjukehus

Klinikk for kirurgi, f.t. operasjonsavdelinga

Operasjonssjukepleiar

St.nr.: 65/2013. Det er frå snarast ledig fast 100 % stilling for operasjonssjukepleiar. Stillinga inneber 3-delt turnus med arbeid kvar 3. helg. Ved ev. internt opprykk kan andre stillingsprosentar bli ledig.

Kontaktinformasjon: Seksjonsleiar Irene Fimland, tlf. 70 05 83 24.

Søknadsfrist: 16. februar 2013

Søknad blir sendt elektronisk via www.helse-mr.no - der du òg finn fullstendig utlysningstekst.

Kopi av attestar og vitnemål vil bli etterspurt ved intervju. Vi ønskjer ikkje kontakt med annonseselarar.



frantz.no



MEDIYOGA -medisinsk yoga

Utdanning for helsepersonell.
OSLO-STAVANGER
TRONDHEIM-TROMSØ

mediyoga.com +46 85 40 882 80

Vestre Viken HF har rundt 9 500 ansatte. Vi gir god og trygg behandling til 450 000 mennesker i 26 kommuner.

ØYESYKEPLEIER/ OFTALMOLOGASSISTENT

Øyeseksjonen, Drammen sykehus

Referansenr: 1686729272 Søknadsfrist: 24. februar 2013

Vi har ledig 2 stillinger for øyesykepleier/oftalmologassistent evt. optiker ved øyeseksjonen i Drammen.

Arbeidet i stillingen vil være svært variert. Mye av arbeidsdagen vil bestå av pasientundersøkelser med avansert medisinsk utstyr. Det vil dreie seg om forskjellige typer undersøkelser av synsfelt, IOL master, OCT, optomap, øyebunns-fotografering etc. I tillegg vil det være enkle synsundersøkelser og trykkmålinger. Det vil være noe kontorarbeid i forbindelse med administrering av egne pasienter.

Vi ønsker primært en øyesykepleier, men andre med helsefaglig bakgrunn vil også bli vurdert.

Nærmere informasjon om stillingen fås ved henvendelse til avdelingsleder Nils Petter Dalaker, tlf. 32 80 39 11.

Elektronisk søknadsskjema og fullstendig utlysningstekst finner du på våre nettsider www.vestreviken.no



frantz.no

HiST - Kunnskapen du trenger

I framtida må viktige samfunnsoppgaver løses smartere. Høgskolen i Sør-Trøndelag har kunnskapen som trengs på de fleste samfunnsområder. Vi har kompetanse innenfor teknologi, informatikk, læring og tolk, økonomi og ledelse og helse og sosialfag. Våre studenter har yrkesnær praksis i samarbeid med offentlige og private arbeidsgivere. HiST er landets nest største høgskole, og er et spennende studie- og arbeidssted.

Stipendiatstilling

Ved Avdeling for sykepleierutdanning er det ledig stilling som stipendiat ved satsningsområdet Klinisk sykehjemsarbeid.

Satsningsområdet Klinisk sykehjemsarbeid har som hovedfokus å drive praksisnær forskning i eldreomsorgen. Pasientgruppen er individer som har helseplager eller sykdom som krever heldøgns helsetilbud. Gjennom tverrfaglig klinisk forskning ønsker vi å løfte fram problemstillinger som kan lede fram til kvalitativt gode tjenester. Visjonen er at vi skal bidra til å styrke kvaliteten på tjenestene overfor eldre på sykehjem, slik at utviklingen av sykehjemstjenester skjer i samsvar med pasientenes og deres families behov. Videre vil vi være en arena for samhandling mellom klinikk, høgskole og universitet. Sentrale områder for forskning er og vil være knyttet til kvalitetsindikatorer, eliminasjon og problemstillinger vedrørende overføring av forskning til praksis (implementeringsforskning).

Se fullstendig utlysning på www.hist.no/stillinger.

Søknadsfrist: 24.2.2013

Høgskolen i Sør-Trøndelag
N-7004 Trondheim - Tlf: 73 55 90 00



Kunnskapen du trenger

Jobber du med rekruttering?

Velg mediet som når alle!

Rekruttering er viktig. Personen som ansettes skal fungere både faglig og samarbeidsmessig. Trenger du sykepleiere er det lurt å velge mediet som når alle, og som også de passive leser. På den måten har du gjort ditt for å få et godt resultat.

Velg mellom kombinasjonsproduktet blad og nett eller kun nett. Lever gjerne annonsen i god tid, så får din annonse ekstra lang utlysningstid på nett. Fordi vi daglig legger ut på nettet.

Vi har søker garanti og konkurransedyktige priser.

Kontakt:
Ingunn Roald, ingunn.roald@sykepleien.no,
Silje Marie Torper, silje.marie.torper@sykepleien.no
Tlf: 02409

Sykepleien



Klar for faglig påfyll?

Vi tilbyr masterstudier i:

- Helse og empowerment
- International Social Welfare and Health Policy
- Klinisk sykepleievitenskap
- Læring i komplekse systemer
- Psykisk helsearbeid
- Rehabilitering og habilitering

Vi tilbyr også en rekke relevante etter- og videreutdanninger

www.hioa.no





Når krisen rammer

Å arbeide i psykososiale kriseteam

- et nettbasert kurs for deg som ønsker økt kompetanse for arbeid med berørte og etterlatte etter kriser, ulykker og katastrofer

Formål

Formålet med kurset er å styrke den psykososiale oppfølgingen etter kriser, ulykker og katastrofer. Terrorhandlingene 22.07.2011 er omtalt spesielt. Målsettingen er å gi relevant og oppdatert kunnskap, som igjen gir økt trygghet og kompetanse hos medlemmer av psykososiale kriseteam i møte med berørte og etterlatte.

Faginnhold

Kurset bygger på to veiledere utgitt av Helsedirektoratet:

- Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer
- Etter selvmordet - Veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord.

Kurset er gratis, og du finner det på helsekompetanse.no/kriseteam

Kurset er utviklet av



i samarbeid med landets øvrige RVTS

Utviklet i samarbeid med



Laget på oppdrag fra



VI TILBYR UTDANNELSE INNEN HUDPLEIE OG KOSMETISK DERMATOLOGISK HUDBEHANDLING

I samarbeid med Høgskolen i Buskerud er vi de eneste som tilbyr utdanning for sykepleiere innen:

- **Hudpleie og dermatologi, 15 studiepoeng**
Grundig basis hudpleieutdanning. Du lærer om hudtyper, stell av hud, diverse hudbehandlinger og om hudproblemer.
- **Kosmetisk dermatologi og hudbehandling, 15 studiepoeng**
Du lærer om injeksjoner og fillers, laser, kjemiske peeling og hud og ernæring. Du får også undervisning i etikk, kroppsbilde og idealer. Vi bruker anerkjente leger og sykepleiere som forelesere.



senzie
akademiet

Mer info finner du på www.senzie.no eller ring tlf: 911 00 799.
Du finner oss på Papirbredden kunnskapspark i Drammen.

HØGSKOLEN
i Buskerud



www.hials.no

NYTT MASTERSTUDIUM VED HØGSKOLEN I ÅLESUND

AVANSERT KLINISK SYKEPLEIE

Høgskolen i Ålesund tilbyr en rekke videreutdanninger innen helsefag. Fra august 2013 tilbyr vi også masterstudiet Avansert klinisk sykepleie - den kritisk syke. Mastergraden vil kvalifisere for klinisk arbeid i kommunen og spesialhelsetjenesten.

Mastergradsstudiet gir deg kompetanse i avansert sykepleie til kritisk syke pasienter i ulike faser av pasientforløpet og i ulike kontekster. Med den kritisk syke menes her personer som har truende eller manifest svikt i en eller flere vitale funksjoner eller organsystem. I dette inngår også pasienter som har risiko for, eller er i bedring fra, organ- eller funksjonssvikt.

Du kan studere på heltid eller deltid på dagtid, studiet er samlingsbasert. Opptakskrav: To års relevant praksis etter bachelorgrad i sykepleie eller annen helsefaglig bachelorutdanning med tilsvarende innhold i aktuelle fagområder.

Søknadsfrist master: **15.04.2013**

www.hials.no/mastersykepleie

www.hials.no/videreutdanning



HØGSKOLEN
I ÅLESUND

Høgskolen i Ålesund har 2000 studenter og 200 ansatte. Vi er et sentralt kompetansemiljø i en region preget av en sterk industri og et mangfoldig arbeidsliv.

Regionsenter for barn og unges psykiske helse Helseregion ØST og SØR

R.BUP

Videreutdanning i familierterapi

Videreutdanning i familierterapi i samarbeid med Høgskolen i Oslo og Akershus og Institute of Family Therapy i London er et 60stp deltidsstudie som går over to år og gir en klinisk utdanning i systemisk/språkbasert og narrativ terapi.

Målgruppen er ansatte i kommunale- og spesialisthelsetjenester som har sitt oppdrag knyttet til barn og unges psykiske helse, f.eks. ansatte i familiesentre, ambulante tjenester, barnevern, BUP, helsestasjon ol.

Søkere må dokumentere minimum 3-årig helse- og eller sosialfaglig utdanning og praksis med barn, unge og familier i minimum 2 år etter endt grunnutdanning.

Søknadsfrist 1. april 2013 / Studiestart i september 2013.

Søknadsskjema og informasjon finnes på www.r-bup.no (se kurskalender for september) eller ved kurskoordinator Inger Line Wahl Tlf: 22 58 60 63, E-post: inger.wahl@r-bup.no



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

R.BUP



Avdeling for sykepleievitenskap utøver viktig og relevant forskning for å møte helsetjenestens fremtidige kunnskapsbehov, i følge Norges Forskningsråds evaluering i 2011. Vi tilbyr to masterprogram for sykepleiere. Oppstart høst 2013.

Master i sykepleievitenskap

Vil du være med på å forme fremtidens helsetjeneste? Med master i sykepleievitenskap får du teoretisk og metodisk kompetanse og erfaring til å initiere og delta aktivt i faglig utviklingsarbeid og forskning.

Vi tilbyr ulike tematiske fordypningskurs om pasientlæring, pasientsikkerhet, aldring og egenomsorg i et livsløpsperspektiv. Du lærer også om praksisutvikling og teknologi.

Etter endt studium kan du gå inn i kliniske stillinger, i leder-, utdannings- eller fagutviklingsstillinger, eller du kan gå videre på doktorgradsstudium.

Normert studietid er 2 år på full tid. Studiet kan gjennomføres som deltidsstudium på inntil 4 år.

For søknadsskjema og info om studieprogrammet: www.uio.no/studier/program/sykepleievit-master

Kontakt oss

Telefon: +47 22 85 06 24

E-post: sykvit-studieinfo@helsam.uio.no

Master i avansert geriatrisk sykepleie

Studiet gir erfarne sykepleiere en klinisk spesialisering og faglig videreutvikling innen geriatri. Du tilegner deg avansert teoretisk og klinisk kunnskap, og vil gjennom systematisk praksis bidra til å bedre helsetilbudet for eldre pasienter, med primært fokus på de kommunale helsetjenestene.

Flere eldre vil bety stadig mer interessante og betydningsfulle arbeidsoppgaver for spesialiserte sykepleiere. Med denne utdanningen blir du med på å forme den fremtidige rollen som avansert geriatrisk sykepleier. Vi samarbeider gjerne med arbeidsgivere for å utvikle rollen våre kandidater kan ha etter å ha fullført studiet. Du må ha minimum tre års klinisk praksis i 100 % stilling eller tilsvarende for å søke studiet.

Studiet er organisert som et deltidsstudium som kan gjennomføres på tre år. Du må regne med å studere på heltid i det første semesteret

For søknadsskjema og info om studieprogrammet: www.uio.no/studier/program/geriatrisk-sykepleie-master

Kontakt oss

Telefon: + 47 22 84 46 15

E-post: geryk-studieinfo@helsam.uio.no

Søknadsfrist 1. mars

Fyll ut elektronisk søknadsskjema på våre nettsider. Vedlegg ettersendes innen 1. mars 2013.

Grunnlag for opptak til mastergraden er oppnådd bachelorgrad i sykepleie/cand.mag. grad med sykepleie grunnutdanning, eller tilsvarende. Gjennomsnitt av karakterene fra grunnutdanningen må være C eller bedre.

Det kreves generell studiekompetanse, gode norskkunnskaper og offentlig godkjenning som sykepleier i Norge.

UiO : **Institutt for helse og samfunn**
Det medisinske fakultet

**DET ER
DITT VALG!**

**NYTT I ÅR:
Søknadsfrist 1.mars
[utvalgte studier]
hiof.no/opptak**

**BLI BEDRE KJENT -
MØT OSS PÅ SOSIALE MEDIER**
f /blistudent @blistudent @blistudent

Høgskolen i Østfold hiof.no

medela

**8th International Breastfeeding
and Lactation Symposium**

**April 12th – 13th, 2013
Radisson Blu Scandinavia,
Copenhagen, Denmark**

Latest research findings for lactation specialists
Nine renowned experts from Australia, Denmark, Sweden, USA

Recommendations for research based practice
Building the bridge between research, and the day to day reality of breastfeeding challenges.

The unique components of human milk
The next step in stem cell research; the link between appetite regulation and breastfeeding; and the breastfeeding oxytocin fix for mother and infant.

Value of human milk in NICU
The impact of human milk on the premature infant and the practical side of how to feed immature infants.

Putting high level research into practice

Register now online:
www.medela-symposium.com

twitter.com/Medela



LANGS PILEGRIMSRUTEN TIL SANTIAGO DE COMPOSTELA MED SYKEPLEIEN

FØLG I PILEGRIMENES FOTSPOR GJENNOM VIDUNDERLIGE SPANSKE LANDSKAPER, MIDDELALDERBYER MED VAKRE KIRKER – OG MER ENN 1000 ÅRS HISTORIE – MED ALBATROS-REISELEDER, 8 DAGER

På denne kulturhistoriske reisen har vi valgt ut noen av de mest interessante stedene på den berømte nordspanske pilegrimsruten – historiske kirker og klostre, imponerende katedraler og pittoreske byer. Vi har lagt inn mulighet for kortere vandring langs pilegrimsruten, hvor vi kommer forbi vinmarker, høysletter og fjellområder – og på egne ben kan følge den meditative reisen pilegrimer i mer enn et årtusen har gjennomført med vandrestokk i hånden og endemålet – den hellige Jakobs grav – for øyet. Vi har imidlertid gjort turen komfortabel og tar de lange strekningene med buss, sover på behagelige hoteller og smaker de forskjellige regionenes gode mat og drikke, inklusive vinsmaking i Rioja.

DAGSPROGRAM

- Dag 1** Oslo–Bilbao.
- Dag 2** Bilbao–Pamplona. Byrundtur, kirker.
- Dag 3** Pamplona–Burgos. Kirker, vinsmaking og vandring.
- Dag 4** Burgos–León. Burgos-katedralen, kloster, kirker, vandring.
- Dag 5** León–Ponferrada. Santa María de León-katedralen, Hostel San Marcos, Gaudís bispepalass, vandring til Jernkorset.
- Dag 6** Ponferrada–Santiago de Compostela. O Cebreiro-passet, blekksprutspecialitet, vandring.
- Dag 7** Santiago de Compostela. Byvandring, Santiago-katedralen, pilegrimsmesse og avskjedsmiddag.
- Dag 8** Kort besøk i Porto. Hjemreise Porto–Oslo.

AVREISE 19. SEPTEMBER 2013

KR. **12.990,-**

Tillegg for enkeltrom: kr. 1.590,-

Informasjon og påmelding

Les mer på www.albatros-travel.no/sykepleien

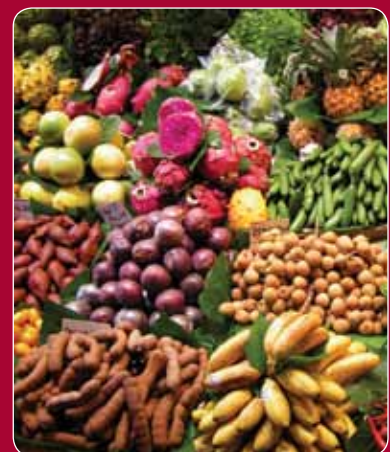
info@albatros-travel.no

Vennligst opplys reisekode LR-SYK



Prisen inkluderer

- Fly Oslo – Bruxelles – Bilbao / Porto – Bruxelles – Oslo med Brussels Airlines t/r
- Alle flyskatter og -avgifter
- Svensk el. norsk reiseleder
- Engelsktalende lokalguider der det kreves
- Transporter og utflukter ifølge program
- Innkvartering i delt dobbeltrom
- Halvpensjon som består av frokost og middag
- Vinsmaking i Badarán



Reis med oss – Albatros

Rundreiser med reiseleder. Mer enn 25 års erfaring!

Besøk oss på www.albatros-travel.no

Man-fre 9:30-17:00

ÅPENT I HELGENE: Telefonene er åpne også lør-søn kl. 10-15. Ring på tlf.: 800 58 106



Kjenner du dine medlemsfordeler?

NSFs avtale med DNB gir deg gode bank- og forsikringsløsninger som du og din familie trenger i hverdagen. Som medlem får du svært gode betingelser innen lån og forsikring.

Studentmedlem?

Da får du ekstra fordeler gjennom kundeprogrammet Student.

På dnb.no/nsf finner du oversikt over alle dine fordeler.

Du kan også ringe oss på 04800 – hele døgnet, alle dager.



Bank fra A til Å