

3

2013

28. februar 2013
101. årgang

Sykepleien

Sykehjemsbråk i Oslo 16

Ønskeambulansen 40

Et liv med hiv 74



MANGELVARE →

Mangelen på spesialsykepleiere
skaper kritiske flaskehalser. 18



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



 Navamedic

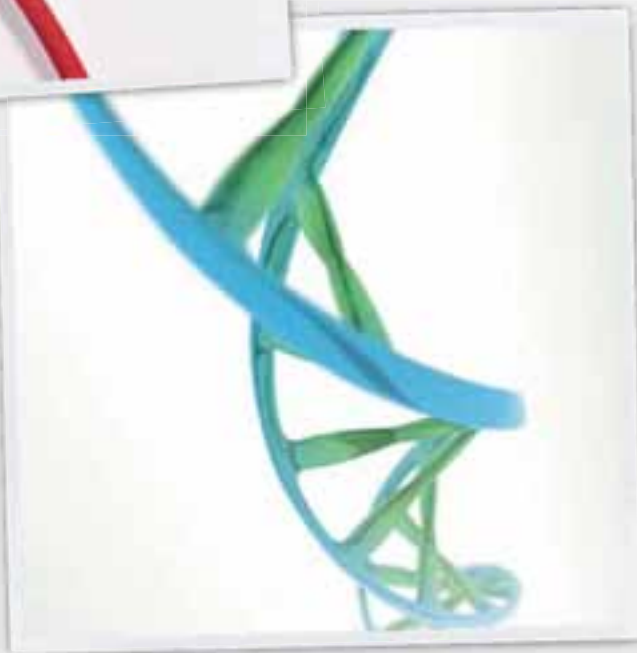
Ecovag Balance® fås i alle apotek og i Navamedic's nettbutikk, www.navamedic.com





Mer innovasjon

Sammen bidrar Takeda og Nycomed til et enda friskere Norge



Gjennom 138 år har Nycomed bidratt til å gjøre Norge friskere. Det fortsetter vi med, under navnet Takeda Nycomed.

Navnet kommer fra vår nye eier. Takeda er et globalt farmasøytisk selskap som tilfører oss flere medisiner og spisskompetanse innen nye terapiområder. Som Takeda-selskap er vi en del av et forskningsmiljø i verdensklasse.

Takeda Nycomed vil fortsette å være en aktiv medspiller for norske sykepleiere og andre helsearbeidere. Sammen bidrar vi til et enda friskere Norge.



Nycomed: a Takeda Company

Nye TENA Lady Protective Underwear

Nærmere en vanlig truse kommer du ikke

Nye TENA Lady Protective Underwear er vår mest diskre absorberende engangstruse gjennom tidene. Designet med utgangspunkt i kvinnens anatomi, og ved hjelp av avansert teknologi både ser de ut som og føles som vanlig undertøy. Den har Fresh Odour Control som hemmer utviklingen av lukt, og er så diskre at du ikke kommer til å merke at du har den på deg.

TENA Lady Protective Underwear finnes i to ulike absorpsjonsnivåer og i størrelsene Medium (livvidde 75-100cm) og Large (livvidde 95-125cm).

Du får kjøpt de hos ditt nærmeste apotek eller bandagist.



Discreet

Medium: 75-100cm
Large: 95-125cm



Plus

Medium: 75-100cm
Large: 95-125cm



Skann koden med din smarttelefon eller gå inn på www.tena.no/kvinne for å lese mer om urinlekkasjer og produktene våre. Produktene er godkjent på blå resept - kontakt din lege for hjelp og rådgivning.





Tema: Mangel på spesialsykepleiere

- 18** Rekrutter søkes. Haster!
20 – Mange tror vi bare langer instrumenter
22 Slik betales videreutdanningene
27 Vil bli spesialsykepleier



18

Innhold

3 2013 **Sykepleien**

«Upstairs har vi legene. Downstairs har vi sykepleierne.» Barth Tholens i Aksjonisten, side 6.

Hva skjer

- 6** Aksjonisten
- 8** Hva skjer – småstoff
- 10** – Berører meg
- 12** Får rett til utvidet stilling
- 13** Vi bare spør Marthe Kristin Nereng
- 14** Helsefagarbeidere veileder i stell
- 16** Sykehjemsbråk i Oslo

Der ute


- 28** Smånytt fra utlandet
- 30** Hurtigtester for hiv
- 33** Kaos i Kalkata
- 36** Elias har Ulrikke på timeplanen
- 40** «Ære være dere, ønskeambulansens engler»
- 42** Min jobb: Arnhild Fredriksen

Fag og bøker

- 44** Fagdager økte motivasjonen
- 48** – Foreldre kan påvirke barnas blodsukker
- 50** Hiv-tester papirløse migranter
- 54** Fagnyttig
- 56** Forfatterintervju: Hanne Johnsen
- 58** Fagdebatt: Ikke sikkert vi bør spise mer mettett fett
- 61** Mangler kunnskap om medikamenter
- 62** Skiftarbeid gir søvnproblemer
- 64** Etikkk: Lillian Lillemoen
- 66** Kryssord og quiz

Mennesker og meninger

- 68** Eli Gunhild By om arbeidstid
- 69** Meninger
- 71** Innspill: Anne Lise Ryel
- 72** Kronikk: Britt Valderhaug Tyrholm
- 74** Tett på: Widar Wenæs
- 78** Paragrafrytterne
- 79** Stillingsannonser
- 84** Kunngjøringer

 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



42 Problemer med urinveiene er et følsomt tema.



74 – Sykepleiere vet ikke nok om hiv-viruset.



«Jeg skal bli fotballspiller. Eller jobbe på sykehjemmet.»

36



AKSJONISTEN

Barth Tholens

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

Herskap og tjenere

Au, tenkte jeg da jeg hørte Jonas Gahr Støre snakke om oppgaveglidning.

Hver søndagskveld setter jeg meg godt til rette når NRK sender en av disse herlige serier om det klassesdelte britiske samfunnet. Ikke før har jeg kommet meg etter tragediene på Downton Abbey før jeg nå blir vitne til et nytt klassesdrama, under tittelen Herskap og tjenere.

Det karakteristiske ved disse erkebritiske seriene er at distansen mellom «upstairs» og «downstairs» skildres med raffinement. Vel er det stor distanse mellom de som hersker og de som tjener. Men begge klassene er befolket av personer med både gode og dårlige egenskaper. Jeg liker den milde aristokraten som behandler fotfolket pent, men også den enkle tjeneren som jobber seg litt opp fra kjelleren. Mest fornøyet blir det når klassene møtes i et skjebnefelleskap. Da er intet menneskelig umulig.

Det kan synes langt fra engelsk klassesdrama til norsk helsetjeneste. Men paralleller finnes.

Nylig lanserte helseminister Jonas Gahr Støre ti grep for å få til bedre sykehustjenester. Et av dem er en ny oppgavedeling mellom dem som jobber der. Han foreslår at helsefagarbeidere kan løse flere oppgaver enn de gjør i dag og at sykepleiere kan gjøre noe av legens jobb.

Au, tenkte jeg da jeg hørte det. Ikke fordi ideen ikke er god. Men hvis man tenker på hvor tradisjonelle og «klassesdelte» sykehusene er i sin organisering av pasientarbeidet, hadde det

nok vært smartere å begynne med litt bedre samarbeid mellom profesjonene.

Et sykehus skal være en kooperativ kunnskapsbedrift hvor kompetansen til alle ansatte brukes optimalt for å få til gode resultater. Men de som antar at leger og sykepleiere har et slikt dynamisk samarbeid til pasientens beste, må tro om igjen. De har i hvert fall ikke lest sosiolog Nina Olsvolds avhandling fra 2010, om den sosiale organiseringen i sykehus. Olsvold observerte leger og sykepleiere i fire sengeposter ved tre forskjellige sykehus i Oslo-området. Hennes funn står ikke langt tilbake for klassesdramaet på Downton Abbey: Upstairs har vi legene. Downstairs har vi sykepleierne.

Legenes hegemoni på sykehus er absolutt og total. De er suverene. Forskeren observerer to yrkesgrupper i slående lite interaksjon med hverandre. Sykepleierne deltar ikke på legenes møter. Og motsatt. De to yrkesgruppene spiser sjelden sammen. Legene ser ut til å være lite informert om hva sykepleierne egentlig gjør, utover å følge opp deres forordninger. Sykepleiere og leger hilser ofte ikke på hverandre, og de få gangene de har felles møter, er «legenes hegemoni så udiskutabel at vilkårene for å kunne kalles et tverrfaglig møte ikke er til stede.»

Funnene er ikke nye. Den amerikanske psykiateren Leonard Stein beskrev i 1968 hvordan kommunikasjonen mellom de to yrkesgruppene har karakter av et spill. Spilletts formål er å gjøre det mulig for sykepleieren å tilfredsstille to motstridende krav til yrkesrollen samtidig. De skal både vise initiativ og forventes å opptre passivt og underdanig for ikke å trække legene på tærne. Derfor må sykepleieren gi sine anbefalinger på en måte at det framstår som om det er legen som tar initiativet. Det vil si som en legestyrt delegering.

Olsvolds funn viser at lite har endret seg siden 1960-tallet: «Previsittene i intensivposten kunne være en fryktinngytende affære med svært mange overleger til stede», observerer

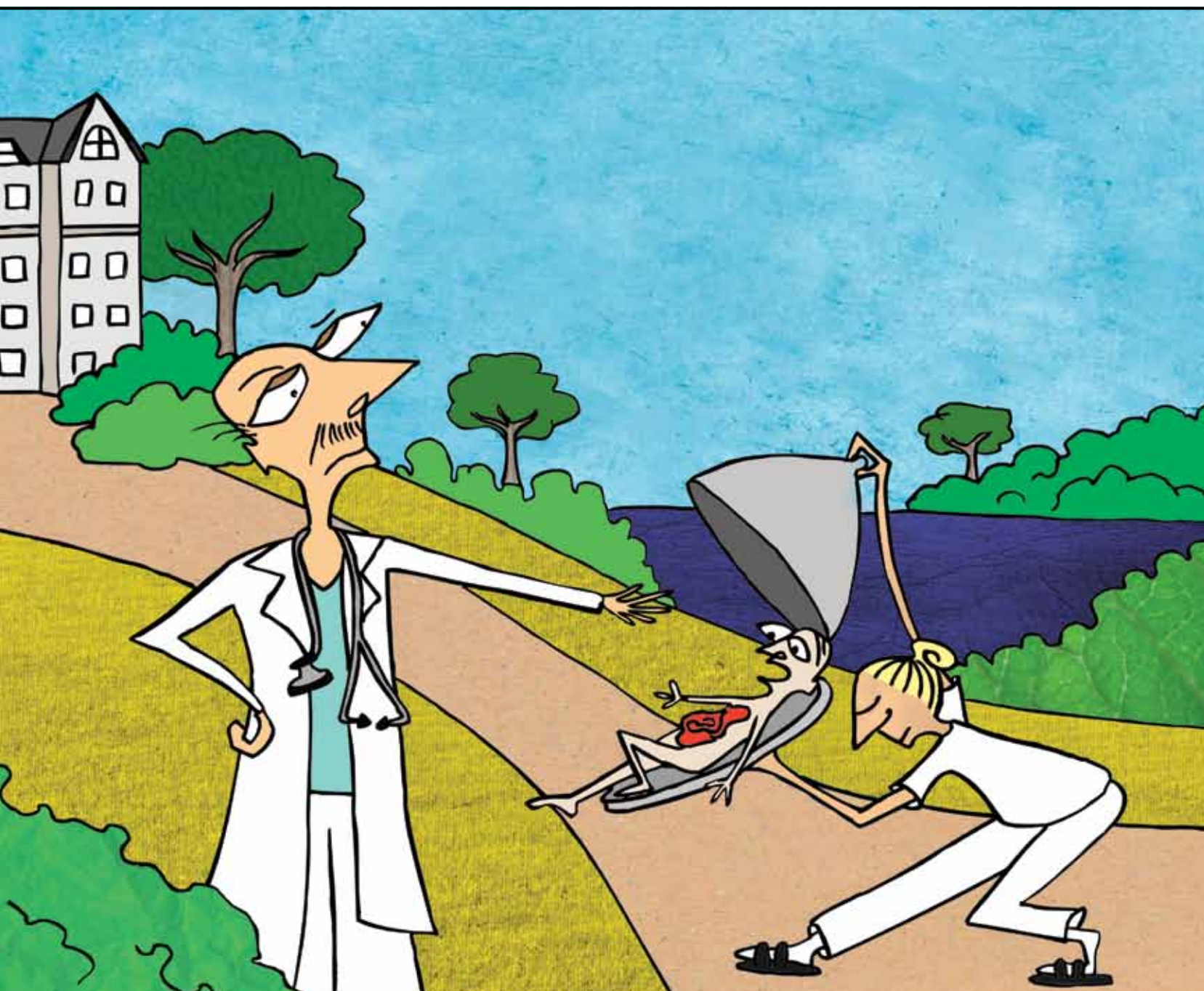


hun. «Sykepleierne alltid bakerst. Overlegen fra posten henvendte seg som regel alltid til de andre legene i rommet. Til tross for at intensivsykepleierne kunne ha inngående kunnskaper om pasientens tilstand og reaksjon på behandling, ble de sjelden trukket inn i samtalen på revisittene. Hvis en sykepleier meldte seg på i diskusjonen om en pasient, virket det alltid som de snakket i et tomt rom, eller som om legene som var til stede verken hørte eller så på dem. Sykepleierens innspill ble tilsynelatende overhørt når det var flere leger samlet.»

Bedre går det ikke på selve revisittene. Der framstår ikke sykepleiere som likeverdige partnere overfor pasientene, men snarere som legens tause assistenter. Selv om legene ofte

Sagt & ment

– En kneoperasjon vil bli betydelig dyrere med Høyres helsepolitikk, sier helseøkonom Terje P. Hagen. Han har uttredet saken for Jonas Gahr Støre.
Det høye prisnivået forhindrer ikke Arbeiderpartiet til å legge inn noen stygge taklinger.



har for lite tid til hver pasient, har sykepleiere gjennomgående en opplevelse av at de ikke er deltakere og at de ikke blir dratt med i diskusjoner og beslutninger om pasienten. De føler seg som et unødvendig mellomledd i legenes øyne, ifølge Olsvold.

Det finnes selvfølgelig mange forklaringer på hvorfor det er slik. Måten profesjonene blir utdannet på, sykehusets hierarkiske struktur og forholdet mellom kjønnene er noen av årsakene til at leger og sykepleiere synes å leve i «hver sin etasje». Leger er individualistisk orientert. Den medisinske arbeidskulturen har ikke utviklet kooperative prosesser og verdier, antakeligvis fordi sykepleiere har tatt ansvar for dem.

Akkurat som i «Herskap og tjener» finnes det unntak. Spør du legene selv, svarer de gjerne at sykepleiere er hyggelige og «flinke». Men tilfredsheten med sykepleierne henger sammen med at de gjør som legene sier, ikke fordi sykepleiere utgjør en forskjell når det gjelder pasientbehandlingen. Legene har i det hele tatt lite å si om sykepleierne, mens sykepleierne i større grad har meninger om doktoren. De føler, ifølge forskeren, at de stadig får delegert nye oppgaver, men uten at det resulterer i formelt ansvar. De forblir «tjener».

Dette må være dårlig nytt for Gahr Støre. Løsningen på utfordringene i sykehusene er ikke først og fremst å pålegge sykepleierne å ta på seg større oppgaver, men å ta knekken på

«Legene har i det hele tatt lite å si om sykepleierne.»

en gammel kultur. Spør du meg er sykehusets tradisjonelle klasseinndeling blant personalet moden for den historiske skraphaugen. Det er på tide å samarbeide på lik fot. ■■■

Handwritten signature

Helsepersonell sik- tet for grovt bedrageri

Tre helsearbeidere er siktet for grovt bedrageri eller medvirkning til dette overfor Helseøkonomiforvaltningen (Helfo).

Politiet mener at de tre har levert refusjonskrav på urettmessige spesialisthenvisninger, og at forholdet skal ha pågått over en periode på cirka 3 år.

– Det er skjellig grunn til å mistenke de tre personene, som jobber ved et privat helseforetak, for å ha forledet Helfo til å utbetale i overkant av 5 millioner kroner eller å ha medvirket til dette, sier politiinspektør Gro Smogeli, leder ved Finans- og miljøkrimseksjonen i Oslo politidistrikt.

De tre siktede skal ha erkjent deler av forholdene, men erkjenner ikke straffskyld.

NTB

Flest deltidsansatte sykepleiere i Østfold

Kun 56 prosent av sykepleierne i Østfold jobber tilnærmet fulltid, ifølge tall fra Statistisk sentralbyrå. Verst er det i kommunene Askim, Hobøl og Fredrikstad.

NSFs Fylkesleder, Karen Brasetvik, er overrasket.

– Vi ligger mye dårligere an enn landsgjennomsnittet. Det er ekstra ille at Fredrikstad kommune har så få sykepleiere i store stillinger, en vertskommune for sykepleierutdanningen, sier Brasetvik til NRK.

NRK



TAKKNEMMELIG: Makedonias ambassadør i Norge Enver Abdulahi (i midten) takker Røde Kors for hjelpen. John Eeg (t.v) og Anders Oustorp (t.h.). Foto: Privat.

Hjelper de fattige

Sykepleier Blerim Gjoni er leder for den humanitære organisasjonen «Hjelp de fattige.»

Makedonias ambassadør i Norge, Enver Abdulahi, er takknemmelig for hjelpen til sykehus og sykehjem i hans hjemland.

– Min hjemkommune, Asker, har vært fantastiske til å stille opp med alt utstyret, sier Gjoni. Han vil også gi en stor takk til Makedonias ambassadør i Norge og Asker Rotary Klubb, som har bidratt i prosjektet. – Og sist, men ikke minst, ønsker jeg å nevne Pristina International Rotary klubb, som har tatt på seg ansvaret for å fordele forskjellig utstyr til skoler og sykehus i deler av Kosovo, sier Gjoni.

«Hjelp de fattige» har også bidratt med hjelp til Dialysesenteret i byen Struga, som ligger ved Ohridsjøen i Makedonia.

sykepleien.no

Hva skjer

Foto: Colourbox

Les mer om:

- 10 Støre berørt av helse-søstermangel >
- 12 Får rett til utvidet stilling >
- 14 Helsefagarbeidere veileder sykepleiestudenter >
- 16 Sykehjemsbråk i Oslo >

sykepleien.no

Les mer om spesialisykepleiere, og om vikarbruk.



KUTTER: 37 senger skal kuttes ved UNN. Foto: Colourbox

UNN kutter sengeplasser

Mot de ansattes vilje, vedtok styret ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) å legge ned 37 sengeplasser. Nå koker det. Et hundretall ansatte protesterte med plakater da styret gjorde sitt vedtak.

De ansatte mener kuttene er uforsvarlige og at prosessen går for fort. Ledelsen sier de gjør dette for å få på plass nyinvesteringer.

I plakatraden som sykehusstyret måtte passere på vei inn til styrerommet lyste budskapet klart «UNN er ikke en fabrikk, stans samlebåndet». Irritasjonen er også sterk over at det regionale helseforetaket i fjor bokførte et overskudd på 475 millioner kroner, men fortsetter å kutte i sykehusene.

NTB

Hopper av helsefag

Flertallet av elevene på helsefag hopper av før lærlingtiden er over. Årsaken de oppgir er små stillinger, lav lønn og mangel på status.

Det fant forskere fra NIFU og Fafo ut etter intervjuer med 126 elever, lærlinger og ansatte.

– Svarene vi har fått forteller om en stor lekkasje til sykepleieryrket og strukturelle problemer med lønn, status og stillingsprosenter i sektoren som utdanningen er rettet mot, forteller prosjektleder og NIFU-forsker Asgeir Skålholt til forskning.no.

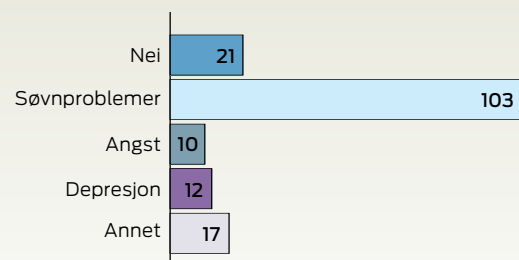
Ifølge beregninger trenger Norge 4 500 helsefagarbeidere hvert år for å dekke behovet. Lærlingordningen dekker i dag bare en femtedel av behovet.

Forskning.no



HOPPER AV: I Norge slutter 4 500 helsefagarbeidere hvert år. Foto: Colourbox

Har du opplevd helseproblemer på grunn av turnusarbeid?



Totalt: 163

Kilde: Spørreundersøkelse på sykepleien.no

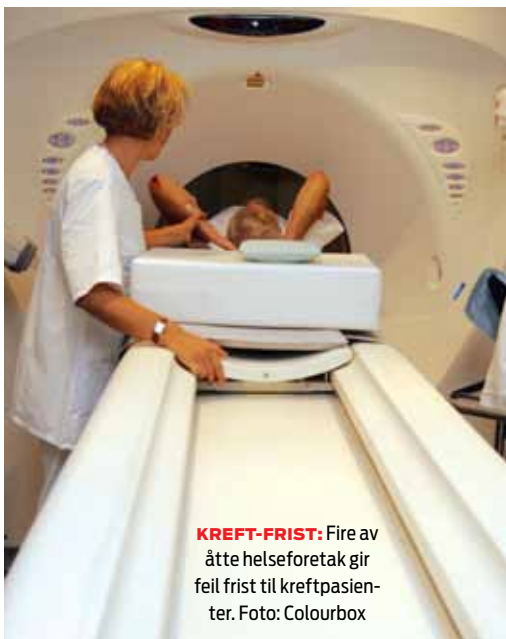
Holder ikke kreft-frist

Halvparten av helseforetakene på Østlandet og Sørlandet gir kreftpasienter systematisk feil frist for helsehjelp. De fire helseforetakene dette gjelder er: Sørlandet sykehus, Oslo universitetssykehus, Vestfold sykehus og Vestre Viken.

Pål-Dag Line er assisterende leder ved kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken på Oslo universitetssykehus. Han mener dårlige datasystemer og dårlig samarbeid mellom sykehusene er noe av årsaken til problemet.

Hovedtillitsvalgt og overlege ved OUS, Christian Grimsgaard, sier imidlertid at sykehuset bevisst har unnlatt å rydde opp i saken fordi det vil avdekke mange fristbrudd og ødelegge sykehusets statistikk.

Aftenposten



KREFT-FRIST: Fire av åtte helseforetak gir feil frist til kreftpasienter. Foto: Colourbox



Foto: Colourbox

Billigere helse

I 2010 sank utgiftene til helseformål både i EU og i Norge for første gang siden 1975, ifølge en rapport laget av Europakommisjonen og Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD). Andelen av BNP som ble benyttet til helseutgifter i EU var i snitt 9 prosent i 2010.

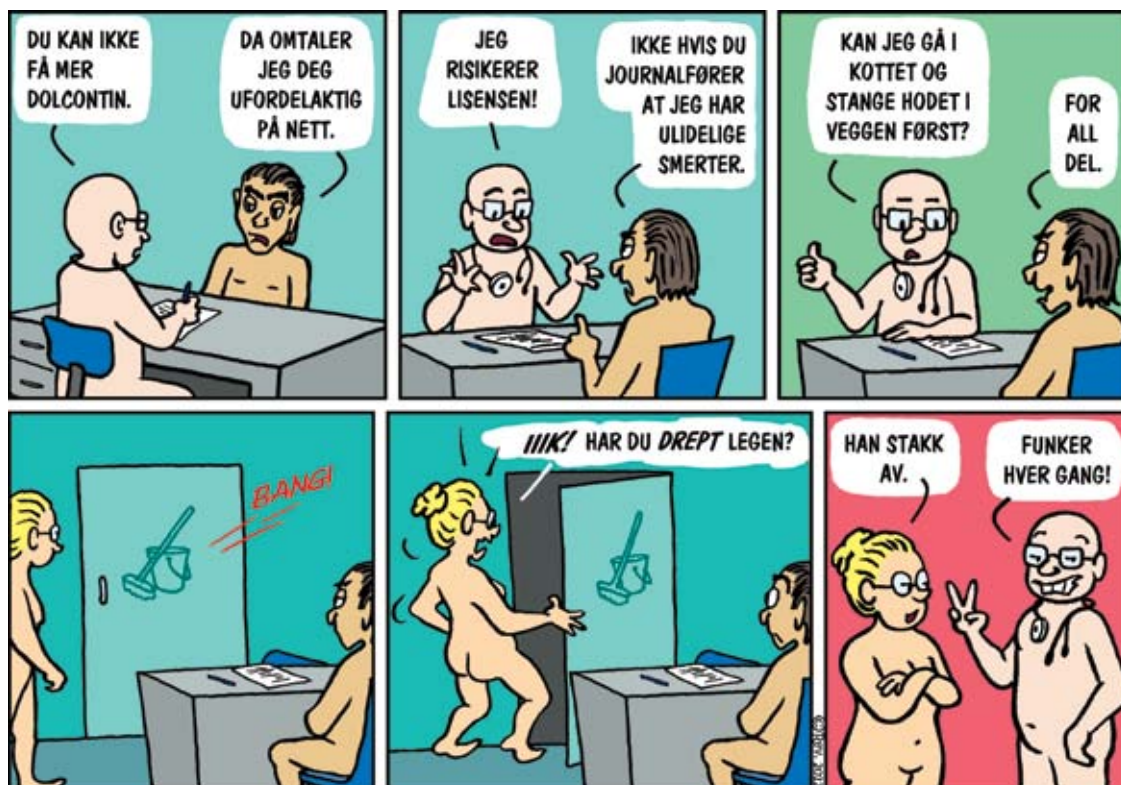
Ifølge Statistisk Sentralbyrå skyldes nedgangen i Norge at det i årene fra 2001 til 2009 ble gjennomført store sykehusutbygginger, noe som bidro til lavere investeringer i 2010 og 2011 enn de foregående årene.

– Vår vurdering er at Norge er et av få land som ikke har kuttet i helsebudsjettet. Norge og Sveits ligger fortsatt høyest i nivået for helseutgifter per kapita i Europa, sier helseråd Heidi Langaas ved EU-delegasjonen.

Ifølge rapporten har de synkende helsekostnadene ikke ført til at europeeres helse nå er dårligere. Europakommisjonen mener funnene understreker viktigheten av effektiv bruk av helsemidler for å sikre europeiske helsesystemer.

Kilde: EU-delegasjonen

TERAPI av Bodil Rørvhaug



Meninger fra www.sykepleien.no



Lærer anatomi med brettspill

– Kjempefin måte å lære på og klart hvis jeg jukser og leser svaret til et senere spørsmål, ja, da pugges jo anatomi og studentene lærer. Artig og kreativt-flere lærere burde tenke nytt.

fura

– Her kunne man heller brukt tiden på å utvikle et DATASPILL. Gjerne arkadespill.(...)I brettspill kaster man jo mye tid vekk på å svare på ting man kan bare for å vinne. Det viktigste er jo allikevel det sosiale rundt spillene.

Anonym



– Berører meg

Etter å ha mottatt Sykepleiens spørreundersøkelse blant 566 helsesøstre, erkjenner helseminister Jonas Gahr Støre at mye tyder på at det er for få helsesøstre i Norge.

Tekst **Kari Anne Dolonen og Ann-Kristin Bloch Helmers** Foto **Marit Fonn**

Helseministeren bekrefter at det berører ham å høre at helsesøstre må avvise gråtende barn i døra.

– Jeg blir berørt av å høre historiene om at det svikter. Jeg blir berørt av å høre om de som får til godt forebyggende helsearbeid ved å være til stede og se tidlig, og å ta med fagfolk tidlig. Fordi tidlig virker, sier han.

Nasjonal debatt

De siste ukene har debatten om helsesøstre gått høyt landet over, både i kommunene, i fagmiljøer og blant politikere. Mangelen på helsesøstre har også vært tema under spørretimen på Stortinget.

Bakgrunnen er Sykepleiens spørreundersøkelse som avdekker at 7 av 10 av helsesøstre oppgir at de har unnlatt å stille spørsmål til

brukere, fordi de ikke har tid til å følge opp svaret. Samtidig svarer bare 3 av 10 i undersøkelsen at de har tid til å utføre alle de lovpålagte oppgavene. 7 av 10 sier også at de ikke har nok tid til å jobbe forebyggende – som er en av helsesøstres kjerneoppgaver

I tillegg svarer helsesøstre at de på grunn av tidsnød må utsette brev til barnevernet og andre instanser, og at de ikke har tid til å følge opp barn og familier de vet sliter.

– Trenger flere

– Undersøkelsen gir et viktig budskap som stemmer med mye av det jeg ser. Skolehelsetjenesten er en viktig del av vårt «nærhelsetilbud» og i det forebyggende arbeidet, sier Støre til Sykepleien.

Nå sier helseministeren at helsesøstre vil bli et tema i folkehelsemeldingen som legges fram i april.

– Jeg er fullt klar over at helsesøstre er en viktig dimensjon i folkehelsearbeidet. Vi har ambisjoner om å omtale dette i folkehelsemeldingen som kommer i april.

– Er det nok helsesøstre?

– Mye tyder på at vi trenger flere, sier han.

Forventninger til statsbudsjettet

Ifølge Eli Gunhild By, leder i Norsk Sykepleierforbund (NSF), bekrefter funnene i undersøkelsen en mangel på helsesøstre som forbundet har gjort Helse- og omsorgsdepartementet oppmerksom på gjentatte ganger. I flere år har NSF år krevd at myndighetene må styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Ifølge beregninger Helsedirektoratet har gjort mangler det 860 helsesøstertstillinger, dersom deres normtall blir fulgt. (Se s.69).

På bakgrunn av Sykepleiens undersøkelse ba By denne måneden om et møte med Helse-



og omsorgsdepartementet. Etter møtet har By forventninger:

– Jeg opplever at de er lydhøre overfor det vi har å si. Vi la frem konkrete forslag, blant annet å øremerke 200 millioner kroner til å styrke helsesøstertjenesten over statsbudsjettet for 2014. Det betyr 400 helsesøsterårsverk, sier hun.

– Fikk dere noen løfter?

– Nei. De kan ikke love noe, men jeg håper de tar med seg våre innspill inn i budsjettforhandlingene. Jeg forventer å se at politikernes lovnader om å styrke det forebyggende arbeidet gjenspeiles i neste års budsjett, sier hun.



FAKSIMILE: I forrige nummer av Sykepleien fortalte helsesøstre om en arbeidshverdag hvor de mangler tid til å gjøre det de skal. Helsesøster Anne Åsheim (bildet) i Trondheim ønsker å presisere at Kattem helsestasjon ikke avviser dårlig ernærte nyfødte, slik artikkelen gir inntrykk av. Les artiklene på sykepleien.no. Du kan lese den på en smart-telefon ved å scanne qr-koden.





VIKTIG: – Undersøkelsen gir et viktig budskap som stemmer med mye av det jeg ser, sier helseminister Jonas Gahr Støre om Sykepleiens undersøkelse som 566 helsesøstre svarte på.

Barneombudet bekymret

Barn og unge ønsker at helsesøster må få tid til å være mer enn en «stikkedama», sier barneombud Anne Lindboe.

Tekst **Kari Anne Dolonen**

Helsesøster må ha tid til å være det helsesøster er ment å være, sier barneombud Anne Lindboe.

Lovpålagte oppgaver tar mye av tiden til helsesøster. Det blir lite tid igjen til drop-in-timer og oppfølging. Barneombudet får meldinger om at helsesøster er lite tilgjengelig. Noen steder er helsesøster på plass kun en dag i uken.

– Bare vaksinasjonsprogrammene spiser noen steder opp all tiden til helsesøster. Da er det ikke så rart om barn og unge tenker på helsesøster som «stikkedama», sier hun.

I 2013 gjennomfører barneombudet en kampanje som heter «Helse på barn og unges premisser».

– Vi har spurt barn og unge hva de mener er viktig. På den listen kommer helsesøstrene høyt opp, sier hun.

Fra ord til handling

– «Alle» snakker om hvor viktig helsesøstertjenesten er, og «alle» er enige om at den skal være et lavterskeltilbud som barn og unge skal ha lett tilgang til. Jeg savner at handling følger ord. Helsesøstertjenesten må få mer ressurser slik at de har tid til å



– TILLIT TAR TID: Barneombud Anne Lindboe mener helsesøster må ha tid til å opparbeide den tilliten som er nødvendig for at barn tør å åpne seg og snakke om vanskelige ting. Arkivfoto: Stig M. Weston.

gjøre de oppgavene vi alle er enige om er viktige. Øremerkete midler og en forpliktende bemanningsnorm kan være ett skritt på veien, sier Lindboe.

Barneombudet har satt helsesøstertjenesten på sin virksomhetsplan for 2013, og barneombudet lover at de skal gjøre det de kan for å få politikere til å styrke tjenesten.

– Vi får meldinger fra barn og unge som sliter. Ofte henviser vi til helsesøster. Men noen ganger er det problematisk. Vi får meldinger om at helsesøster bare er til stede en dag i uken, eller sjelden har tid til å snakke med dem. En ungdom som tok kontakt med oss for å få råd, gav klar beskjed: Ikke si at jeg skal snakke med helsesøster, for hun er ikke her, forteller Lindboe. ■■■

kari.anne.dolonen@sykepleien.no

Alvorlige konsekvenser

Forbundslederen er redd for hva som skjer om det ikke satses tilstrekkelig på helsesøstertjenesten.

– Det kan få alvorlige konsekvenser for den generelle folkehelsen i form av økt kriminalitet, rus, psykiatri og unge som faller ut av skole og samfunn, sier hun.

– Risiko for svikt

– Helsestasjonstjenesten er vurdert å ha risiko for svikt på mange områder, sier Richard Knoff, direktør i Statens helsetilsyn.

Han viser til en kartlegging Statens helsetil-

syn gjennomførte i 2011.

Kartleggingen avdekket at mange kommuner og bydeler ikke tilbyr barn mellom 0 og 6 år helsestasjonstjeneste i tråd med faglige normer og at mange kommuner ikke systematisk styrer helsestasjonsvirksomheten.

– Fra andre kilder vet vi også at det mange steder er avsatt lite tid og få ressurser til helseundersøkelser og oppfølging og at det er svært mange barn som skal ivaretas per helsesøster.

I 2013 skal Statens helsetilsyn granske tjenesten nærmere:

– I det landsomfattende tilsynet skal vi undersøke om kommunene sikrer alle barn mel-

lom 0 og 6 år forsvarlige helseundersøkelser, sier Knoff.

Helsetilsynet påpeker at helsestasjonen når grupper som ikke fanges opp av øvrige offentlige tjenester.

– Det gir mulighet for å fange opp tidlige signaler på omsorgssvikt, mistriivsel og utviklingsavvik og å intervensere tidlig med tiltak eller henvisning. Helsestasjonen har også en viktig oppgave med å styrke foreldrene i foreldrerollen, sier Knoff. ■■■

kari.anne.dolonen@sykepleien.no,
aknbh@sykepleien.no

Får rett til utvidet stilling

Deltidsansatte skal ha rett på en stillingsprosent som står i stil med hvor mye de faktisk har jobbet det siste året.

Tekst Bjørn Arild Østby

Det er ett av tiltakene arbeidsminister Anniken Huitfeldt foreslår for å bekjempe ufrivillig deltid, og gi ansatte som ønsker det heltidsstilling.

Hvor stor stillingsbrøk det vil være snakk om er avhengig av gjennomsnittlig arbeidstid de siste 12 månedene, og at dette har vært utført «jevnlig». Det er ikke nok med periodevis merarbeid. Hvor mye vedkommende må ha jobbet utover avtalt arbeidstid, har ikke departementet tatt stilling til.

Departementet har heller ikke definert hva innholdet i den utvidede stillingsbrøken skal være, men understreker at bestemmelsen ikke

skal forstås slik at den gir den deltidsansatte adgang til selv å velge ut fra egne ønsker. Arbeidstakeren må være beredt til å utføre det arbeidet som arbeidsgiver har behov for å få utført, blant annet å akseptere samme omfang helgevakter som inngikk i merarbeidet.

Andre foreslåtte tiltak er drøftingsplikt med tillitsvalgte om bruk av deltid og fortrinnsrett til utvidet stilling for deltidsansatte.

Nok ubekvemt arbeid

Norsk Sykepleierforbund (NSF) støtter prinsippet, men er sterkt uenig i at deltidsansatte må akseptere samme omfang av ubekvemme

vakter som vedkommende har utført i form av merarbeid.

Deltidsansatte må ofte jobbe mer ubekvemt for å oppnå høyere stillingsstørrelse. NSF advarer derfor mot å etablere et A- og et B-lag innenfor samme arbeidsplass, hvor arbeidstakere med om lag samme stillingsstørrelse vil kunne få til dels svært ulik vaktbelastning. Det er lite gunstig for arbeidsmiljøet og vil kunne gi seg utslag i økt sykefravær, mener NSF.

Mange deltidsansatte vil ikke se seg tjent med å søke om stillingsutvidelse på slike premisser.

Skeptiske arbeidsgivere

Arbeidsgiverorganisasjonen Spekter synes forslaget er lite konkret og frykter det kan få uheldige konsekvenser for deres virksomheter.

En forutsetning for at forslaget skal ha noen



ARBEIDSMINISTER ANNIKEN HUITFELDT: Vil ha mindre ufrivillig deltid. Men ikke hvis andre ansatte må jobbe oftere helg. Foto: Arbeidsdepartementet.

Hostehjelp for hele familien!



Fjern slimet – så fjerner du hosten

Bisolvon finnes i ulike varianter og smaker for hele familien
Kjøpes reseptfritt på alle apotek. Til korttidsbehandling av seigt slim i forbindelse med vedvarende luftveissykdommer. Les pakkingsvedlegget nøye.

www.bisolvon.no
www.facebook.com/bisolvon.no



«NSF advarer mot A- og et B-lag innenfor samme arbeidsplass.»

mulighet for å fungere, er ifølge Spekter at den utvidede tiden holdes utenfor fastsatt arbeidsplan og disponeres av arbeidsgiver etter tilkalling.

Kommunesektorens organisasjon (KS) mener regelen er unødvendig og ikke et egnet virkemiddel for å redusere ufrivillig deltid.

I kommunesektoren fylles de fleste ledige vakter opp med midlertidige arbeidsavtaler som kan gi rett til fast ansettelse etter fire år, eller tidligere hvis det er snakk om fast og permanent behov for arbeidskraft.

– Det er således ikke behov for den foreslåtte bestemmelsen innenfor vår sektor, mener hovedstyret i KS.

Mer om ufrivillig deltid finner du på www.sykepleien.no under Tema: Ufrivillig deltid.

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

Marthe Kristin Nereng

Alder: 28 år

Aktuell som: Assisterende avdelingssykepleier og tillitsvalgt på Lilleborg sykehjem i Oslo.

BAKGRUNN:

På Lørdagsrevyen 9. februar fortalte Marthe Kristin Nereng hvordan det var å jobbe på avdelingen hennes på Lilleborg sykehjem: Den ett år gamle samhandlingsavdelingen for pasienter som kom rett fra sykehus, hadde for få folk, for lite utstyr – og for mange alvorlige hendelser. Hun beskrev følelsen av å miste kontrollen. Det toppet seg da hun med egne hender måtte fjerne slim fra en slaggrammet pasient for å redde livet hennes.

Varslet på Dagsrevyen



Les også sak om sykehjemsbråk på side 16. →

Hvorfor intervjuet Dagsrevyen deg?

– Jeg tok kontakt, som tillitsvalgt for Norsk Sykepleierforbund (NSF).

Hvorfor?

– Jeg ble provosert. Vi hadde kjempet så hardt i et år for å få til noe som involverer mange pasienter, ansatte og pårørende. Når vi hadde stabla oss på beina og endelig fått utstyr og personale på plass, så ble vi nedlagt.

Hva synes du om innslaget?

– Jeg må ærlig innrømme at jeg ikke har sett det.

Hvorfor ikke?

– Jeg liker ikke å høre min egen stemme på tv.

Hvilke tilbakemeldinger har du fått?

– Gode. Jeg angrer ikke.

Hvordan har det vært etter innslaget på tv?

– Ganske rart. Jeg forventet ikke å få så mye oppmerksomhet.

Fra hvem?

– Både politikere, sykepleiere, sykepleiestudenter og andre privatpersoner.

Hvor lenge har du jobbet på Lilleborg sykehjem?

– Tre år. Jeg ble sykepleier i 2009.

Hva sier kollegene dine?

– De sier det var tøft, og de likte innslaget. De synes det var bra jeg sa fra. Vi hadde håpet vi ikke ble nedlagt, men det ser ikke ut som det snur.

Hva sier ledelsen?

– Her på sykehjemmet støtter ledelsen meg fullt ut. De synes også at tv-innslaget var bra.

Har du medietrening?

– Da jeg visste jeg skulle på tv, fikk jeg litt medietrening uken før. Jeg øvde på å snakke foran kamera. Det var et tilbud fra NSF.

Ikke alle varslere opplever det som en god erfaring når de varsler?

– For meg er det bare positivt. Jeg oppfordrer alle andre som er utsatt for noe som ikke er

riktig, å si fra. Jeg var så lei av å bli tråkka på. Det var naturlig å varsle.

For du har sagt fra før?

– Jeg har meldt flere avvik. Vi ble fortalt at vi skulle få en nattsykepleier hvis vi lot være å varsle Helsetilsynet. Så trakk de tilbudet. Da var det nok.

Har du fått refs?

– Jeg tror ikke direktørene i Oslo kommune er veldig fornøyd med at saken er rullet opp. Men jeg tenker at det er ikke mitt problem.

Hva håper du kommer ut av det?

– Først og fremst oppmerksomhet om saken. Jeg er veldig lei av dårlig planlegging. Først skal vi gjøre det sånn, og så sånn. Det er nye rutiner og forandringer hele tiden. Jeg håper på en mer stabil tjeneste. Jeg føler vi ikke når fram tjenestevei. Jeg skulle ønske sykehjemsetaten møtte oss på golvet på halvveien.

Men du tror ikke det skjer?

– Ikke ennå.

Hvor lenge holder du ut i jobben?

– Jeg trives egentlig veldig godt med både pasienter og kolleger. Jeg jobber både med fagutvikling og sykepleie, og jeg liker høyt tempo. Jeg blir vel værende.

Hva er det verste?

– Det er frustrerende å være pliktoppfyllende og så går det ut over privatlivet og egen helse. Jeg føler jeg gir så mye.

Hva er det med helsen?

– Belastningsskader i knærne. Det har vært så mye stress over lang tid. Kjedelig å ofre knærne for sykehjemsetaten.

Du har hatt ansvar for mange pasienter om natten?

– Ja, 125. 50 av dem syke, rett fra sykehus. Nå er det to sykepleiere om natten.

Ellers?

– Å legge ned denne avdelingen som har bygget seg opp og spesialisert seg – det er feil bruk av ressurser. ■■■

Tekst **Marit Fonn**

Foto **Stig Weston**

marit.fonn@sykepleien.no



Helsefagarbeidere veileder i stell

Er det rett eller galt å la helsefagarbeidere veilede sykepleierstudenter i stell?

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Elin Alte**

På kirurgisk avdeling ved Helgelands-sykehuset i Mo i Rana vil pasient Alf Nesne i seng etter frokost. Hjelpepleier Torill Pedersen og sykepleierstudent Linda Mari Ramsvik tar godt tak på hver sin side under armene hans og får hjulpet ham i seng. Det går smertefritt.

Ramsvik er tredjeårsstudent og har tidligere fått opplæring i stell av både sykepleiere og hjelpepleiere/helsefagarbeidere. Det er hun glad for, og opplevde ikke noen stor forskjell mellom de to yrkesgruppene i stellsituasjonene.

– Vi har mye å lære av hjelpepleiere/helsefagarbeidere i stell. Jeg synes det er greit at de veileder oss innen dette området, og jeg har bare positive erfaringer med det, sier hun.

Rammeplanen krever sykepleier

Hos Norsk Sykepleierforbund (NSF) er de ikke like entusiastiske.

– I rammeplanen står det tydelig at det er praksisstedets sykepleiere som har ansvar for

student. Men han legger til at det ikke er noe i veien for at en student som først har fått veiledning av sin kontaktsykepleier i stell, etterpå kan gå sammen med en helsefagarbeider i stellsituasjoner for å få mengdetrening.

– Driver profesjonskamp for langt

– Ute i distriktene ville vi ikke kunnet klart oss uten at helsefagarbeidere og hjelpepleiere stilte opp som veiledere av sykepleierstudenter i stell. Det er rett og slett ikke nok sykepleiere å ta av. Jeg synes det blir å drive profesjonskampen vel langt å være imot dette. Hjelpepleiere er gode på stell, sier Aase Møllersen, lektor ved Universitetet i Nordland, Campus Helgeland.

Hun er jevnlig ute i praksis på sykehjem og observerer hvordan dette fungerer. Møllersen er godt fornøyd. Det samme er høyskolelærer Anne Deinboll ved samme sted. Hun er jevnlig ute på sykehus.

– Spesielt i begynnelsen av praksisen er det positivt at hjelpepleiere veileder i stell. Mot

bachelorutdanning i sykepleie. Det er også helt naturlig at en student inngår i et arbeidsfellesskap med andre helsepersonellgrupper som en del av sin praksis. Det er viktig læring i det. Men veilednings- og vurderingsansvaret kan altså ikke delegeres bort fra praksisstedets sykepleiere.

Profesjonskampen starter tidlig

Hjelpepleier Torill Pedersen skjønner ikke tankegangen bak kritikken mot at hun veileder sykepleierstudenter i stell.

– Det er jo dette vi holder på med. Vi er nærmest pasienten. Og jeg synes det er en selvfølge at man skal jobbe i team, sier hun.

Pedersen har erfart at noen sykepleierstudenter starter profesjonskampen allerede som student. Flere ganger har hun opplevd at sykepleierstudenter ikke vil gjøre oppgaver de opplever som «helsefagarbeideroppgaver».

– De kan for eksempel sette fra seg urinflaska av papp på skyllerommet uten å ta den gjennom søppelkverna. Eller de kan komme til oss og si at «den og den skal på do eller den og den skulle hatt et glass vann». Da sier jeg ifra.

– Ja, slik skal det ikke være. Det må vi ta opp med studentene, sier både Anne Deinboll og Aase Møllersen.

– Studentene er ikke ved avdelingen for å lette på arbeidet til de ansatte, men for å lære, minner Eirik Aldrin om.

Han mener det er lite læring i å trille senger til sengesentralen, eller tømme søpla hver dag i en praksisperiode, dette er dessuten arbeidsoppgaver som skal bli ivaretatt av ansatte ved praksisstedet.

– Men selvfølgelig skal man følge en pasient på toalettet, eller rydde opp etter seg på skyllerommet, hvis man har tid, sier student-nestlederen. ■■■

eivor.hofstad@sykepleien.no

«Jeg synes det blir å drive profesjonskampen vel langt å være imot dette.» *Aase Møllersen, lektor*

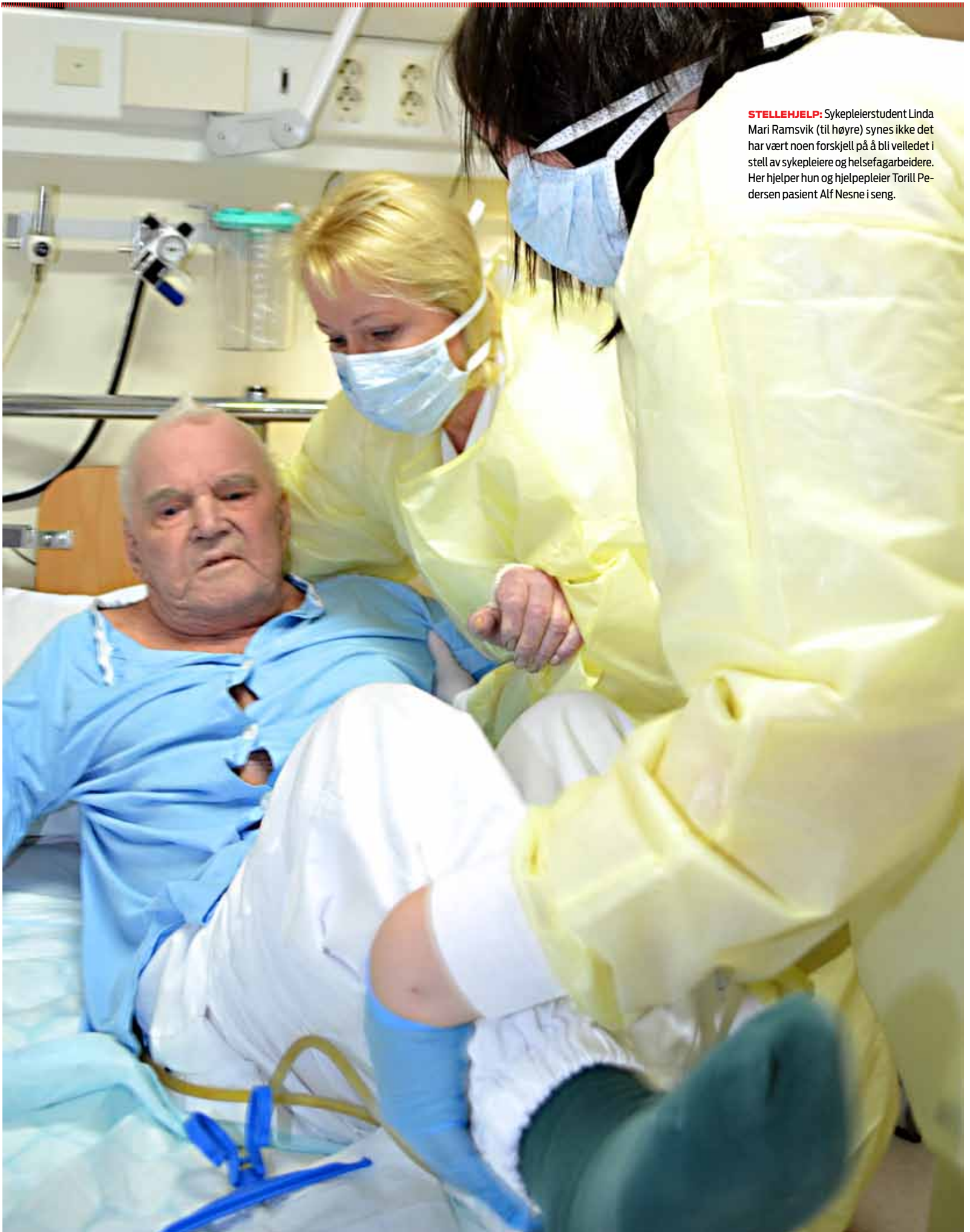
daglig veiledning og opplæring. Annet personale kan gi tilleggsveiledning forutsatt at de har likeverdig kompetanse eller spesialkompetanse. Profesjonskunnskap etableres i møte med profesjonsutøvere innen det fag en utdanner seg til, sier Jarle Grumstad, assisterende fagsjef i NSF.

Også Eirik Aldrin, nestleder hos NSF Student, mener det er klart at en helsefagarbeider ikke kan ha ansvaret for veiledningen av en

slutten tar studentene mer ansvar sjøl og trenge mindre veiledning, sier hun.

– Dette er ikke profesjonskamp, men erkjennelse av at kompetanse og kunnskap har ulik innretning, ulikt nivå og bærer ulikt ansvar, sier Jarle Grumstad og fortsetter:

– Dette gjelder også i stell av pasienter. Stell er en grunnleggende virksomhet i sykepleien som er krevende og fordrer kompetent veiledning som gjør at studenten når målene for en



STELLEHJELP: Sykepleierstudent Linda Mari Ramsvik (til høyre) synes ikke det har vært noen forskjell på å bli veiledet i stell av sykepleiere og helsefagarbeidere. Her hjelper hun og hjelpepleier Torill Pedersen pasient Alf Nesne i seng.

Sykehjemsbråk i Oslo

TRUET SPESIALAVDELING: Lillian Tømmerås ved intermedieavdelingen på Abildsø sykehjem er redd for skjebnen til de tre intermedieavdelingene i byen dersom kommunen ikke vil opprettholde spleiselaget med sykehusene. Her skal hun måle EKG på en pasient.



- › Avviksmeldinger som ikke fører fram.
 - › Usikkerhet om spesialiserte sykehjemsplasser.
 - › Ulik virkelighetsoppfatning på golvet og i administrasjonen.
- Dette er noen av ingrediensene i suppa som nå koker i sykehjems-**Oslo**. Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Stig M. Weston**

I midten av januar fikk NSF's tillitsvalgte Lillian Tømmerås og hennes kolleger ved Abildsø sykehjem i Oslo en beskjed hun sier kom som lyn fra klar himmel: Avdelingen hun jobber på skulle ikke lenger ha intermedieare plasser.

I Oslo er det tre sykehjem som til sammen har 38 slike plasser, med mer utstyr og kompetanse enn vanlige sykehjemsavdelinger. Disse tre avdelingene er et spleiselag mellom sykehus og kommune. Myndighetene har framholdt intermedieare plasser som gode eksempler på hvordan samhandlingsreformen kan møtes.

Fikk kontramelding

Derfor ble Tømmerås overrasket da hun hørte begrunnelsen: At intermedieare plasser var en forløper for samhandlingsreformen, og at de nå skulle legges ned.

– Det var nytt for oss. Vi har lavt sykefravær, holder budsjettet og er faglig dyktige. Vi tar alle blodprøver og EKG-undersøkelser, og det har bare vært skryt å få om måten vi driver på. Jeg trodde virkelig intermedieare plasser var kommet for å bli, sier Tømmerås.

Men ikke før denne beskjeden hadde sunket inn, kommer kontrameldingen 11. februar: «Vi tilbakekaller med dette vår oppsigelse for nærmere å kunne vurdere det totale sykehjemstilbudet i Oslo kommune», skriver sykehjemsetaten. Uten nærmere begrunnelse.

Kan grunnen være at NRK to dager før hadde vist at sykehjemstilbudet i Oslo ikke er som det burde? Dette vil ikke sykehjemsetaten svare på.

9. februar viste NRK Dagsrevyen kritikkverdige forhold ved Lilleborg sykehjem. Der manglet både sykepleiere og utstyr til å ta

Intermedieare plasser

Intermedieare plasser er spesialiserte korttidsavdelinger som tar imot pasienter fra sykehus der behandling er satt i gang, men ikke avsluttet. Intermedieare betyr mellomliggende og er en slags mellomting mellom sykehus- og sykehjemstilbud, også kalt halvannenlinjetjeneste.

imot mange av pasientene som etter samhandlingsreformen i 2012 hadde blitt både flere og sykere. Sykepleierne måtte gå alene om natta med ansvar for 125 pasienter. Det var sendt 40 avviksmeldinger fra Lilleborg i løpet av 2012, 37 av dem hadde høy alvorlighetsgrad.

Gravde slim med bare hendene

Sykepleier Marthe Kristin Nereng fortalte i NRK-innslaget om en gang hun var alene på nattevakt: Hun måtte grave slim ut av halsen på en slappasient med hendene fordi hun manglet utstyr for å suge det ut. Direktøren for sykehjemsetaten Per Johannessen, hevdet i NRK-reportasjen at han ikke hadde sett avviksmeldingene fordi de var blitt håndtert på et lavere nivå. Men Nereng selv opplevde ikke at avviksmeldingene førte til bemannings- el-

ler utstyrsendringer, og etter den alvorlige episoden med slagpasienten, meldte hun både gjennom kommunens varslingsjeneste og til Helsetilsynet den 18. desember.

– Det var dråpen som fikk det til å renne over for meg. Jeg hadde gått i nesten ett år med dårlig samvittighet fordi jeg følte at jeg ikke fikk gjort en forsvarlig jobb, og sendt flere avviksmeldinger om uforvarlig bemanning. Først på julaften fikk vi tillatelse til å leie inn en ekstra sykepleier på natt, forteller Nereng.

Helsetilsynet opprettet ikke tilsynssak fordi sykehjemsetaten da hadde gitt tillatelse til å leie inn ekstra sykepleiere for å sikre forsvarlig drift i påvente av saksbehandling av omgjøring/oppsettelse av nye stillinger.

– Det er betenkelig at jeg måtte gå helt til Helsetilsynet før vi fikk tillatelse til å leie inn ekstra personell. Fra i dag er vi to sykepleiere på natt, sier Nereng når vi snakker med henne en uke etter dagsrevisjonslaget.

Byrådets redegjørelse

Den 13. februar må byråden for eldre, Aud Kvalbein (KrF), redegjøre for helse- og sosialkomiteen som følge av dagsrevisjonslagene. Hun mener at NRK har gitt et uriktig bilde når de hevder at avviksmeldinger verken er fanget opp eller fulgt opp ved den aktuelle avdelingen og at det mangler både utstyr og tilstrekkelig personell. Hun har fått vite av sykehjemsetaten at Lilleborg har hatt mulighet for å leie inn både utstyr og ekstra personell når det har vært påkrevd.

I redegjørelsen viser Kvalheim til at institusjonslederen ved Lilleborg har opplyst til sykehjemsetaten at sykepleierne hadde tilgang til sug som var montert på oksygenflaske. Ved hjelp av sug og hender klarte Nereng å få frie luftveier hos pasienten.

– Det stemmer ikke, sier sykepleier Nereng til Sykepleien.

– Jeg hadde kun mine egne hender som jeg ikke engang fikk tid til å ta hansker på. Det var et sug der, men det hadde ingen fortalt meg om, eller lært meg å bruke. Jeg har fremdeles ikke fått opplæring i å bruke det, sier Nereng.

– Ifølge sykehjemsetaten ble episoden ikke meldt som et avvik, og de mener at den heller ikke skulle vært meldt som et avvik, sier Kvalbein i redegjørelsen.

– Det stemmer heller ikke, sier Nereng.

Hun meldte avvik på vanlig måte, tok kontakt med bydelen og meldte til Helsetilsynet, mens avdelingslederen tok kontakt med sykehuset som hadde skrevet ut pasienten.

– Alvorlig kvalitetssvikt

Ivar Johansen (SV), medlem av Oslo bystyre, synes Lilleborg-saken har avslørt en alvorlig kvalitetssvikt i kommunens avvikhåndtering.

Sykehjemsetaten bruker Kvalitetslosen, et system for avviksmeldinger. Hvis ikke avvik blir lukket, går det videre etter 14 dager til neste trinn, en av områdedirektørene. Alle direktørene har tilgang på avvikene og kan kontrollere dem.

– Hvor det har stoppet opp i Lilleborgs tilfelle, er ikke godt å si, men det viser i hvert fall at rutineene ikke er gode nok på å utkvitere avvik, sier Johansen.

Når han blir spurt om årsaken til at noen av avvikene har blitt lukket uten at problemene har blitt løst, svarer Per Johannessen at det har vært gitt skriftlig og muntlig tilbakemelding til institusjonssjefen ved Lilleborg om at de fortløpende måtte vurdere behov for økt kompetanse på natt ut fra pasientsituasjonen, i påvente av endelig behandling av omgjøring av stillinger.

– Vil dere se nærmere på rutineene for å kvalitetssikre avviksbehandlingen bedre heretter?

– Etaten legger hele tiden vekt på å utvikle sine tjenester, noe som blant annet skjer ved tilbakemeldinger og bruk av et velutviklet elektronisk kvalitets- og avvikssystem, sier Johannessen.

Vurderer omstrukturering

Byråd Aud Kvalbein gikk i dagene etter NRK-reportasjen fra først å støtte sykehjemsetatens oppsigelse av avtalen om intermedieerplassene, til å argumentere for en tilbaketrekkning av oppsigelsen.

– Hvorfor skiftet du mening?

– Når det var så mye feilinformasjon i mediene som det var på mandag 11. februar, mener jeg at sykehjemsetaten gjorde klokt i å se på saken

«Jeg synes ikke det er logisk å legge ned intermedieæravdelingene.»

Turid Mood, institusjonssjef Abildsø sykehjem

på nytt. Ingen plasser skal nedlegges. Men vi må omorganisere de intermedieære avdelingene siden det ligger pasienter der som ikke er utskrivningsklare. Samhandlingsreformen trekker klare skiller mellom at sykehuset har ansvar for pasienten inntil sykehuset har skrevet dem ut, og kommunenes ansvar for pasientene etter at de er skrevet ut fra sykehuset, sier Kvalbein.

Etatsdirektør Per Johannessen forteller at oppsigelsen av avtalen om de intermedieære plassene først ble gjort fordi ansvarsfordelingen og samarbeidet er endret etter innføringen av samhandlingsreformen.

– Tiden er nå inne til å vurdere sykehjemsetatens totale plasstilbud og eventuelle omstruktureringer for å tilpasse seg bydelenes behov, sier han.

Samhandlingsreformens konsekvens

Det er økonomisk gunstig for sykehusene å bli kvitt pasientene fortest mulig slik at de kan behandle flest mulig. Samtidig må kommunene betale 4000 kroner per ekstra liggedøgn som hver utskrivningsklar pasient tilbringer på sykehus. Det er altså penger å spare når kommunene tar imot pasientene, selv om de ikke har nok ressurser. Derfor har det blitt en stor pasientøkning av ekstra syke pasienter for kommunenes sykehjem etter 2012.

Samhandlingsreformen i Oslo-tall:

I Oslo var det 63 prosent flere meldinger om utskrivningsklare pasienter i 2012 enn i 2011.

I 2011 lå de utskrivningsklare pasientene 33 009 liggedøgn på sykehus etter at de var ferdigbehandlete.

I 2012 (etter reformen) var tallet bare 2 869.

– Hvorfor trakk dere så oppsigelsen av kontraktene tilbake?

– Vi vil på nytt vurdere situasjonen.

– Ikke logisk

På Abildsø sykehjem venter Lillian Tømmerås og kollegene spent på hva sykehjemsetaten bestemmer seg for. Hvis sykehusene ikke skal være med å finansiere de intermedieære plassene lenger, vil det bety at det forsvinner en sykepleier, fysioterapeut og en halv legestilling ved avdelingen.

Institusjonssjefen på Abildsø sykehjem, Turid Mood, sier hun er vant til omstillinger og at de forholder seg til det etaten bestemmer.

– Jeg synes ikke det er logisk å legge ned intermedieæravdelingene, men det viktige er at man tilbyr det som de ekstra syke pasientene trenger; korttidsopphold med høy kompetanse og spesialisert utstyr, sier hun.

Tillitsvalgte Lillian Tømmerås skulle ønske de fikk være med i den videre diskusjonen og vise dem som bestemmer hvordan disse spesialiserte avdelingene faktisk fungerer.

– Men det virker ikke som om de er interessert i å høre våre meninger. Det er pengene som rår, sier hun. ■■■

eivor.hofstad@sykepleien.no



Les mer om Marthe Kristin Nereng på side 13. ←

Tema **Mangel på spesialsykepleiere**

- 20 – Mange tror vi bare langer instrumenter ›
- 22 Slik betales videreutdanningene ›
- 27 Vil bli spesialsykepleier ›



Rekrutter søkes.



LAPAROSKOPI: Akuttkliniken, Ullevål: En del av pasientens tykktarm er skåret og brent løs. Nå skal den dras ut av kikkhullet. Student Zari Kalivash jobber sterilt.

Haster!

Spesialsykepleiere er mangelvare, særlig operasjonssykepleiere. Stadig flere pensjoneres, men de unge vegrer seg for å ta over. Samtidig øker behovet. Tekst og foto Marit Fonn



FORNØYD: Zari Kalivash har praksis i operasjonssykepleie og får stipend fra OUS. – Jeg lærer masse nytt. Det er ikke kjedelig!



«Mange tror vi bare langer instrumenter.

Vivi-Ann Sandersen, nestleder i faggruppen for operasjonssykepleiere

Operasjonssykepleiere jobber bak lukkede dører. Er det penger som skal lokke flere til å spesialisere seg?

Operasjonssykepleiere på OUS

- » Om lag 400 stillinger.
- » Om lag 30 av stillingene er ubesatte.
- » Én av fem er over 60 år. (Om lag 70 stykker.)

Kilde: Oslo universitetssykehus

En vanlig morgen, en vanlig hverdag: Teamet på operasjonsstuen er i full sving. Bak den lukkede døren kikkhullsopererer to kirurger. De skal fjerne en svulst i pasientens tykktarm. En operasjonssykepleier koordinerer, samtidig som hun veileder en student som jobber sterilt.

Her på Oslo universitetssykehus (OUS) Ullevål er operasjonssykepleierne ettertraktet, slik de også er på mange andre sykehus.

Ved pasientens hode, som er tildekket for å unngå varmetap, er anestesisykepleieren på plass. Også hun veileder en student. Pasienten er godt leiret under den grønne, sterile dekingen. Instrumentene ligger på rekke og leveres over etter behov.

Action før og etter

Allerede et par timer før operasjonen startet, kom pasienten til

operasjonsstuen. Sikkerhetsspørsmål ble stilt før pasienten skulle sovne. Intubering, leiring, desinfisering – sykepleierne ordnet opp. Så kom kirurgene.

Etter to nye timer er svulsten ute og tarmen sydd igjen. De to kirurgene forlater salen. En annen kirurg tar preparatet – en kilotung tarmbit med svulst og avføring – med seg i en bølge. Svulsten skal til patologen for å sjekkes.

Nå har sykepleierne igjen full regi. Operasjonssåret dekkes, instrumentene ryddes. Pasienten vekkes: «Nå må du trekke pusten selv», sier anestesisykepleieren mens hun bagger. Når pasienten er ute, tar det rundt tjue minutter, så er stuen ren og klar for ny operasjon.

Et ganske vanlig inngrep, en vanlig dag, slik det foregår på mange sykehus, hver dag. Og mens operasjonene går sin gang, slutter stadig flere operasjonssykepleiere i jobben.



Anestesisykepleierne

- › Cirka 2 000 anestesisykepleiere.
- › Høy andel menn – én av fire.
- › Høy alder; de fleste er fra 40 til 55 år og over.
- › Søkningen på utdanningen er større enn tilbudet.
- › De fleste jobber på operasjonsstuen på sykehus.

Kilde: Anestesisykepleiernes landsgruppe av Norsk Sykepleierforbund

AVANSERT: Det kikkhulopereres. Mange operasjonssykepleiere synes det er fint å forholde seg til en pasient om gangen – i motsetning til hvordan det er på sengepost.

– Vi er for usynlige

– Mange er klare for pensjon, ja. En stor andel er over 60 år. Vi får jo noen nye unge, men ikke nok. Vi lekker i begge ender, sier Vivi-Ann Sandersen, fagutviklingssykepleier i operasjonsavdelingen på akuttklinikken ved OUS.

Hun er også nestleder i Norsk Sykepleierforbunds faggruppe for operasjonssykepleiere. Faggruppen får meldinger fra hele landet om at høy alder gir stor avgang de nærmeste årene.

Faggruppen har nesten 1 600 medlemmer. Det totale antallet operasjonssykepleiere er høyere. Sandersen vet ikke hvor høyt.

Å rekruttere har lenge vært vanskelig. Sandersen tror det skyldes at de jobber bak lukkede dører.

– Vi strever med å synliggjøre oss. Det er en forestilling om at operasjonssykepleiere bare langer instrumenter. Mange vet ikke hvor forebyggende vi jobber. Vi hindrer infeksjoner, trykksår og nerveskader. Når vi har gjort en god jobb, synes det ikke. For da er det jo forebygget.

Sandersen understreker at kompetansen ikke kan erstattes.

– På operasjonsstuen må vi handle her og nå.

Står lengst i jobben

OUS har studenter både på Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) og Lovisenberg diakonale høgskole.

– Men høyskolen klarer ikke å fylle studieplassene, og dermed fyller ikke vi praksisplassene. Studentene slutter mer enn før, de er mer på shopping. Jeg skulle ønske de hadde praksis fra operasjonsavdelingen i grunnutdanningen, så de fikk se hva yrket er.

For de som velger denne spesialiteten, de blir. De som står lengst i sykepleierjobben, finner man ofte på operasjonsstuen.

Sandersen ønsker seg utdanningsstillinger.

– Bindingstid er ikke noe problem. To år er ikke lang tid i fagfeltet, og tiden brukes jo til å opparbeide erfaring.

– Må gjøre noe nå!

– Vi bruker mye tid og penger på å leie inn vikarer. Flere millioner, sier Anne Kari Amundsen Bø, avdelingsleder i operasjonsavdelingen i akuttklinikken på OUS.

OUS har fem klinikker med operasjonsaktivitet. Akuttklinikken er størst med om lag 160 hjemler for operasjonssykepleiere.

«Når vi har gjort en god jobb, synes det ikke.» *Vivi-Ann Sandersen*

De aller fleste jobber full tid. 38 av dem er nå 59 år og eldre. Det er én av fire.

– Jeg har takket av to i dag.

Hun mener det beste middelet for å rekruttere nye spesialsykepleiere er å heve lønnen generelt – på lang sikt.

– Men noe må gjøres nå. Øk stipendsatsen. Eller enda bedre: Tilby full lønn i utdanningsperioden. Operasjonssykepleierens kompetanse er viktig i det kirurgiske teamet. De er derfor ettertraktet. Det burde være et attraktivt yrke å spesialisere seg i, både faglig og lønnsmessig. Det er et valg Norge må ta. For nå lønner det seg ikke økonomisk å videreutdanne seg. En god del gjør det uten stipend, og mange jobber ved siden av.

Forsvinner til det private

Lederne i operasjonsavdelingen bruker mye tid på å leie



Intensivsykepleiere

- › 2 500 er medlemmer i faggruppen
- › De fleste er fra 35 til 55 år.
- › Vanskelig å rekruttere og beholde, men i 2011 var det flere søkere enn plasser på videreutdanningen.
- › Stor vaktbelastning: Jobber hele døgnet, alle dager.
- › Jobber ved mange avdelinger, som intensiv, postoperativ, oppvåkning og overvåkning.
- › Sliter med å dekke helgevaktene, vikarbruket er stor. Ønsker større helgetillegg.
- › Mens operasjons- og anestesisykepleierne ikke kan erstattes, ansettes vanlige sykepleiere på intensivavdeling. Behov for flere intensivsykepleiere til stadig flere kritisk syke pasienter.

Kilde: Norsk Sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere

NSF gir tilskudd

- › To ganger årlig deler NSF ut stipend til sykepleiere som tar videreutdanning eller mastergrad med 60 studiepoeng eller mer.
- › Stipendet er en engangsstønning.
- › Spesialsykepleierstudenter (90 studiepoeng) kan få 12 000 kroner.
- › Totalt skal det deles ut 3 millioner utdanningskroner i 2013.

Kilde: Norsk Sykepleierforbund (NSF)

inn vikarer og intervjuer for nyansettelser.

– Sykehuset leier også inn hele operasjonsteam fra vikaryrårer for å sikre virksomheten. Stor bruk av vikarer påvirker arbeidsmiljøet for de ansatte.

Bø påpeker et dilemma:

– Det er vi som tar hovedansvaret for å lære opp operasjonssykepleierstudentene i praksis. Men etter at de er ferdig med utdanningen og har fått praktisk erfaring, forsvinner mange til det private. Vi har søkere som sier de får 50 000 mer et annet sted.

– *Hva gjør du da?*

– Det er vanskelig. Jeg ser at lønn motiverer, men vi har lite mulighet til å løfte individuelt. Vi mister folk på grunn av lønn, sier Bø.

Hjelp ikke å lokke med 40 000

OUS-ledelsen bekrefter mangelen på spesialsykepleiere. Særlig innen operasjon, men også anesthesi og intensiv.

– *Hvorfor ikke gjøre som i Tromsø – betal videreutdanningen?*

– Vi vurderer alle muligheter, også det. Men det er for tidlig å konkludere, sier Morten Meyer, assisterende HR-direktør.

– Vi utelukker det ikke. Men dette må vi diskutere med Ahus og de andre sykehusene i vår helseregion. Det er også et naturlig tema mellom regionene.

– *Men det må vel mer penger på bordet?*

– OUS er fortsatt ikke i økonomisk balanse, og en slik ordning vil koste oss på kort sikt. Samtidig må vi vurdere kompetansebehovet på lengre sikt. Vi må også se på oppgavedelingen rundt pasienten. Ikke for å erstatte spesialsykepleierne, men for å se om noen av oppgavene kan overtas av andre med lavere kompetanse.

OUS brukte om lag 153 millioner kroner (183 årsverk) på å leie inn vikarer i 2012. De fleste av dem var sykepleiere/spesialsykepleiere. Lønn- og innleiekostnader totalt var knapt 13 milliarder kroner.

I fjor lokket OUS med 40 000 kroner ekstra for å rekruttere operasjonssykepleiere.

– Det ga marginal effekt, det vil si: Vi rekrutterte elleve. Så det tiltaket har vi avvirket. Nå fortsetter vi å samarbeide med de vikaryråene vi har avtaler med, og vi må se på andre tiltak. Som tidligere er det aktuelt å lyse ut stillinger og delta på messer i Skandinavia. Vi bør også kartlegge markedet i EU bedre.

I fjor økte OUS antallet stipender for videreutdanning i operasjonssykepleie til 30.

– Vi vil gjøre det samme i år, sier Meyer.

Utsetter opptaket i Oslo

Men Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) har nettopp utsatt opptaket til operasjonsutdanningen ett semester. Neste kull begynner ikke før neste år.

– Det har vi gjort for å sikre praksisplasser. Vi strever med å få nok. Det er lettere å få til når kullene ikke overlapper, sier Dag Karterud, som leder Institutt for sykepleie.

– *Men mangelen på operasjonssykepleiere er akutt?*

– Hvis vi får søkere nok, kan vi øke antallet studenter til 50 etter jul.

Det vil si omtrent dobbelt så mange som nå videreutdanner seg i Oslo. Frafallet på videreutdanningene er større enn før.

– Tidligere ble studentene håndplukket. Nå søker de på vanlig måte. Det gjør noe med rekrutteringen. Mest populær er anesthesi og intensiv.

Men skal HiOA klare å fylle studieplassene i operasjonssykepleie, trengs det drahjelp.

– Jeg savner klare meldinger fra helseforetakene om hvilke av sykepleierens videreutdanninger som bør prioriteres til enhver tid, sier instituttlederen.

La ned operasjonsteam i Bergen

– Vi har hatt betydelige flaskehalser, sier Hanne Klausen, anestesilege og klinikkdirektør ved Kirurgisk serviceklinikk



PREPARATET: Kikkhullet er åpnet litt ekstra, og tarmbiten (preparatet) er dradd ut. Inni der er svulsten.

Slik betales videreutdanningen:

Høgskolene har ansvar for videreutdanningene i spesialsykepleie, som varer halvannet år (90 studiepoeng). Helseforetakene tilbyr ulike former for pengestøtte.

Tromsø-måten: Betalt utdanning

Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) har lyst ut 80 utdanningsstillinger for sykepleiere. Dette gjelder videreutdanning innen operasjon-, intensiv-, anesthesi, barne-, og kreftsykepleie.

Bindingstiden er to og et halvt år.

UNN betaler tarifflønn. Det betyr at alle rettighetene til arbeidstaker blir ivaretatt, og at det gis lønn etter ansiennitet. Studentene må jobbe i studiefrie perioder.

Oslo-måten: Stipend

Oslo universitetssykehus (OUS) tilbyr studentene årlige stipend på 190 000 kroner. Bindingstiden er to år.



SAMARBEID: Operasjons- og anestesisykepleierne i hver sin ende er gjensidig avhengig av hverandre. Anestesisykepleier Irene Bords- haug passer på at pasienten har det bra.

på Haukeland universitetssykehus i Bergen.

I fjor førte mangelen på spesialsykepleiere til at et operasjonsteam ble lagt ned fra september og ut året.

– Men akkurat nå er det full drift – takket være kullet som var ferdig til jul, forteller Klausen.

Men lykken vil ikke vare lenge: Til høsten skal sykehuset åpne ti nye operasjonsstuer. Da vil de igjen mangle team.

– Hva kan gjøres?

– Utdanningskapasiteten for spesialsykepleiere er økt og stipendordningen styrket. Kanskje spesialsykepleierne kan bruke mindre tid på instrumentlogistikk og arbeide mer pasientrettet?

Radiografene inn på operasjonsstuen

– Vil du heller ha operasjonsteknikere?

– Nei, vi snakker mer om hvem som skal skaffe utstyr til operasjonsstuene. Vi må lage moderne logistikksystemer. Til noen typer operasjoner trengs annen kompetanse. Det foregår en rivende

«Jeg har takket av to i dag. *Anne Kari Amundsen Bø*

utvikling med invasive behandlingsmetoder som krever avansert bildebehandling. Derfor er radiografene i ferd med å komme inn på operasjonsstuene. Dette er ikke kontroversielt.

Også intensivsykepleiere mangler.

– Postoperative avdelinger tåler en del vanlige sykepleiere. Ved vårt sykehus er det anbefalt inntil 20 prosent.

Fordi operasjonene blir stadig lengre og tyngre, oppsto vansker



Bergens-måten: Økte stipend

Ved Haukeland universitetssykehus får studentene i operasjonssykepleie de største stipendene.

De kan velge mellom to ordninger:

› 230 000 kroner årlig og lønnet jobb hver fjerde helg pluss fire uker om sommeren.

› 200 000 kroner og jobbing bare om sommeren.

Anestesi- og intensivsykepleierne har fått

økt sine stipend til 150 000 eller 180 000 kroner (med samme vilkår som over).

Bindingstid er 2 år. Tilbud om full fast stilling. Høyskolen har nå opptak hvert år, ikke hver 18. måned som før.

Tema Mangel på spesialsykepleiere

OPERASJON AVSLUTTET: Kirurgene har gått, sykepleierne tar over stuen. Anestesisykepleierne vekker pasienten. Operasjonssykepleier Marte Novik rydder unna brukte instrumenter.





FOREBYGGER: Før operasjonen ble pasienten leiret for å hindre trykksår og nerveskader. Etterpå fjerner operasjonssykepleier Camilla Småstu Cramer leiringsutstyret.



Operasjonssykepleiere i Tromsø

- › UNN Tromsø har 70 stillingshemler.
- › 16 av stillingene er ubesatt.
- › 7 av operasjonssykepleierne er over 60 år.

Kilde: Universitetssykehuset i Nord-Norge

med å ta to operasjoner innenfor vanlig arbeidstid.

– Derfor har vi økt åpningstiden noe for å unngå overtid. Vi har ikke planer om å utvide arbeidstiden ytterligere akkurat nå. Operasjonsstuene er der sykehusene har den høyeste personaltettheten, slik at endringer i driften angår svært mange arbeidstakere, sier Klausen.

Best i nord?

Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) har lyst ut 80 utdanningsstillinger med tarifflønn.

– Vi har ikke råd til å la være. Vi klarer oss ikke uten denne kompetansen, sier Inger Gadgil, fagrådgiver i klinisk utdanningsavdeling.

– Legene som spesialiserte seg får lønn. Hvorfor skal sykepleierne betale selv? argumenterer hun.

Dette er andre kullet som får lønn.

– Vi har også en bred rekrutteringskampanje, med særlig vekt på operasjonssykepleiere. I Tromsø mangler 20 av dem.

Når Sykepleien snakker med Gadgil, er hun på åpen dag på operasjonsavdelingen.

– Oj, her strømmer det på med unge damer som vil bli operasjonssykepleiere, sier hun fornøyd.

Hun føler seg trygg på at de denne høsten skal klare å fylle

kullet med studenter.

– Utdanningsstillingene har vekket stor interesse. Vi har fått oppslag i mediene. Vi har gått sammen om dette; sykehuset og universitetet.

Eli Gunhild By, leder i Norsk Sykepleierforbund, støtter ordningen på UNN. Hun kaller det en gladmelding.

– Jobb full tid!

– Videreutdanning for sykepleierne er sentralt i våre oppdrag til sykehusene. Men det er ledelsen ved virksomhetene sitt ansvar å utvikle kompetansen som trengs, sier statssekretær i Helsedepartementet Robin Kåss.

– Vi stiller krav om å få ned ventetiden. Hvis bøygen er for få operasjonssykepleiere, er det sykehusene sin oppgave å skaffe denne kompetansen.

Departementet legger seg ikke opp i hvordan videreutdanningen skal finansieres.

– Men vi er også opptatt av å redusere deltid. Det koster halvparten så mye å videreutdanne en som jobber 100 prosent enn to i halv stilling. Arbeidsgivernes og arbeidstakernes organisasjoner må her samarbeide for å få ned deltid, sier Kåss.

marit.fonn@sykepleien.no

Vil bli spesialsykepleier

Sykepleier Hanne Wangen (37) teller på knappene. Hvilken videreutdanning skal hun velge?

Wangen ble sykepleier i 2008 og jobber til vanlig på hjertemedisinsk avdeling på Akershus universitetssykehus (Ahus). Nå har hun barselpermisjon og er hjemme med Eyolf på seks måneder.

– Jeg har lyst på noe mer, jeg vil opp et nivå. Å videreutdanne seg vil bety et stort innhugg i økonomien, men jeg kan jo ta ekstravakter. Jeg skal greie å få det til. Men man må være overmotivert.

Slitsomt på sengepost

En del av motivasjonen er å komme vekk fra sengepost.

– Jeg kan ikke jobbe sånn til jeg blir pensjonist. Det er slik det står i medieoppslagene – et fryktelig hardkjør. Jeg føler ofte at jeg ikke gjør jobben min som sykepleier. Hvis jeg hadde vært intensivsykepleier, ville jeg i hvert fall jobbet faglig. På sengepost føles det som man gjør jobben med harelabb. Det er frustrerende.

Hun vurderer også operasjonssykepleie.

«Hadde jeg vært alenemor, ville videreutdanning vært uaktuelt.

– Jeg tenker at da kan jeg unngå turnusarbeid. Jeg skal søke noe til våren. Det blir litt tilfeldig hva jeg velger.

Vil ikke binde seg til Ahus

Wangen vil ikke søke utdanningsstipend, selv om Ahus tilbyr det.

– Fordi jeg ikke vil binde meg til det sykehuset nå. På en god, stabil arbeidsplass har ikke bindingstid noe å si.

Studielån er et alternativ:

– Men da går vinningen opp i spinningen. Lønnsøkningen forsvinner i utgiftene. Man må nesten ha familie for å klare seg. Hadde jeg vært alenemor, ville videreutdanning vært uaktuelt. Et stipend rekker heller ikke, det betyr at man må jobbe ved siden av.

– Hva skal til?

– Bindingstid på ett år i stedet for to. Likevel ville helseforetakene tjent på det.

Men i bunn og grunn handler videreutdanning om et ønske om å gjøre noe med jobben, mener hun:

– Skillet går mellom dem som er engasjert i faget og dem som bare gjør en jobb. Det reklameres lite for videreutdanning, synes jeg. Vi må motiveres.

– Hvem skal motivere?

– Tja. Tillitsvalgte, kanskje? ■■■



MOTIVERT: Hanne Wangen vil utvikle seg faglig – selv om det ikke lønner seg økonomisk.



Dør ute

Les mer om:

30 Hurtigtester for hiv ›

33 Kaos i Kolkata ›

36 Elias har Ulrikke på timeplanen ›

40 Hyller ønskeambulansen ›

Tekst **EivorH ofstad**
eivor.hofstad@sykepleien.no

AFGHANISTAN får helsehjelp fra EU

28. januar ble Afghanistan lovet 185 millioner euro fra Europakommisjonen for å støtte nye programmer innen helse og landbruk.

Helseprogrammet skal gi grunnleggende helsetjenester og sykehustjenester til 14 millioner mennesker, nesten halvparten av befolkningen i Afghanistan. Det vil også støtte det afghanske helsedepartementet i gjennomføringen av den nasjonale helsestrategien «Helsetjenester for alle afghanere.» Med dette nye programmet vil fattige i Afghanistan få tilgang til grunnleggende offentlige tjenester, og de som bor i avsidesliggende provinser vil få lettere tilgang til gode medisinske fasiliteter, leger og jordmødre.

Foto: Colourbox



Kilde:
Den europeiske unions delegasjon til Norge

Mest meslinger i ROMANIA

I 2011 var Frankrike det EU/EØS-landet med flest tilfeller av meslinger. Men ifølge de siste tallene fra European centre for disease prevention and control (ECDC), har Romania overtatt denne lite flatterende statusen.

I 2011 hadde Frankrike 15 206 tilfeller av meslinger. Noen av disse endte med dødsfall og enda flere fikk akutt encefalitt som komplikasjon. Mens for de siste 12 månedene (til og med november 2012) er tilfellene i Frankrike sunket til 1044, noe som gir 16 tilfeller per million innbyggere.

Romania hadde for de siste 12 måneder 4 154 tilfeller, det gir en rate på 194 per million innbyggere.

De fem EU/EØS-landene med mest meslinger er Romania etterfulgt av Storbritannia, Frankrike, Spania og Italia. Til sammen stod disse landene for 87 prosent av de rapporterte tilfellene med meslinger de siste 12 måneder.

Målet er at meslinger og Rubella skal elimineres i Europa innen 2015, og MMR-vaksinedekningen blir stadig bedre. Likevel melder avisen The Guardian at Storbritannia i 2012 var på sitt høyeste meslingnivå på 18 år.

I Norge var det 38 tilfeller av meslinger i 2011, ifølge ECDC, og tallet hadde



FARLIG: Meslinger er ikke en ufarlig barnesykdom. Hvert år forårsaker meslinger dødsfall og enda flere tilfeller av akutt encefalitt. Foto: Science Photo Library/NTBscanpix.

sunket til 4 for de siste 12 måneder. Det siste tilfellet av meslingencefalitt her til lands var i 1994.

Kilder: ECDC, Folkehelseinstituttet



Foto: Colourbox

DANSKE sykepleiere til Norge

Over halvparten av de danske sykepleierne som ble ferdig utdannet i fjor sommer er blitt forsøkt headhunted til jobb i utlandet. Det viser en undersøkelse utført av Dansk Sygeplejeråd (DSR Analyse), der de spurte 288 nyutdannede sykepleiere. 146 av dem var kontaktet av rekrutteringsbyråer som tilbød dem arbeid i utlandet.

En god del av dem kommer til Norge. Danske sykepleiere som fikk autorisasjon i Norge ble tredoblet fra januar 2010 til januar 2011.

Kilde: Dansk Sygeplejeråd

SVENSK krangel om sykepleiere



Landstingspolitiker Anna Starbrink fra Folkpartiet mener at Sverige aldri vil kunne oppnå den sykepleierbemanningen som kreves på landets sykehus. Derfor foreslår hun å erstatte sykepleiere med helsefagarbeidere. Det har fått leder i Svensk Sjuksköterskeförening til å se rødt:

– Akkurat som tyske EU-politikere har Starbrink et naivt håp om at kunnskapen fra en treårig høyskoleutdanning kan erstattes med tre år på videregående, sier Ania Willmann i en pressemelding.

IRRITERT: Lederen for Svensk Sjuksköterskeförening, Ania Willmann (bildet), er irritert på landstingspolitikeren Anna Starbrink (Fp). Foto: Eivor Hofstad.

Hun fortsetter med å påpeke at Starbrink i tillegg har misoppfattet saken. Antallet sykepleiere med grunnutdanning vil øke med 15 prosent i år, det er ikke her skoen trykker, mener Willmann.

– Det alarmerende i Sosialstyrelsens rapport er at antallet spesialutdannede sykepleiere har minsket katastrofalt fra rundt 75 prosent til 47 prosent. I dag vet vi at 10 prosent fler sykepleiere med videreutdanning i «omvårdnad», innebærer at dødeligheten blant pasientene minskes med 7 prosent. Den som mener alvor med regjeringens mål om at pasientsikkerhet skal øke, må derfor bidra til at antallet spesialutdannede sykepleiere øker, sier hun.

FINSK medisinpris til fertilitetseksperter

Outi Hovatta, professor ved Karolinska Institutet i Stockholm og overlege ved Fertilitetsenheten på Karolinska Universitetssjukhuset, har fått Finlands største medisinpris for sin framgangsrike vitenskapelige virksomhet på 25 000 Euro.

Outi Hovatta er en velrennomet stamcelleforsker og barnløshetseksperter. Et av hennes prosjekt handler om umodne menneskeceller som kan utvikles til alle slags vev i kroppen.

Hun har også lykket å dyrke fram modne eggceller av vev som er tatt av kvinners eggstokker og frosset ned. Denne metoden kan hjelpe barnløse kvinner som tidligere har hatt kreft til å bli gravide.

Kilde: Karolinska Universitetssjukhuset



Foto: Colourbox

Dødshjelp til BELGISKE barn og demente

Belgias senat vurderer å utvide adgangen til aktiv dødshjelp til også å omfatte mindreårige og demente personer. Lovforslaget kommer fra det regjerende sosialistpartiet og skal på høring hos blant annet sykehusansatte. Forslaget fastsetter ikke noen minstealder, men overlater til en faglig ekspert å vurdere den enkelte pasients dømmekraft.

I 2011 fikk 1 133 personer aktiv dødshjelp i Belgia. Det tilsvarer cirka 1 prosent av alle dødsfall. De fleste var terminalt syke kreftpasienter.

Kilde: Ugeskrift for læger

AMERIKANSK app for geriatrisk sykepleie



Hartford Institute for Geriatric Nursing ved New York University College of Nursing har utviklet en app for iPad som skal hjelpe helsepersonell å ta de riktige valgene og gi den beste pleie for eldre pasienter.

Instituttet har lagt den nyeste kunnskapsbaserte praksis til grunn for utviklingen av applikasjonen. Disse standardene vil nå bli tilgjengelige for helsepersonell over hele verden, som faktisk kan få kunnskapen servert uten å måtte forlate pasientsengen.

Foreløpige temaer inkluderer delirium, uro, forvirring, fallforebygging og evaluering etter fall.

ConsultGerIRN heter appen som kan kjøpes på iTunes for to dollar.

Kilde: American Nurse Today

RETT-I-APPEN: Her fins råd for god pleie. Foto: Colourbox

ENGELSK kritikk av AMERIKANSK diagnosesystem

I mai kommer en ny utgave av den amerikanske diagnosemanualen for psykiatriske diagnoser, DSM-5. Norge bruker Verdens helseorganisasjons system, ICD. Det er ventet at når ICD revideres om tre år, vil den legge seg tett opp til DSM-5.

Professor Peter Kindermann er leder ved Psykologisk institutt ved Universitetet i Liverpool. Han mener DSM-5 senker den diagnostiske terskelen for mange psykiatriske lidelser og hevder det vil føre til at flere personer vil diagnostiseres.

Han frykter at den nye versjonen vil føre til at en rekke vanlige menneskelige reaksjoner diagnostiseres som psykisk lidelse, og at dette igjen vil føre til at mange avspises med en merkelapp og noen piller i stedet for hjelp og forståelse. Flere av de antipsykotiske og antidepressive legemidlene har risiko for negative langtids-bivirkninger.

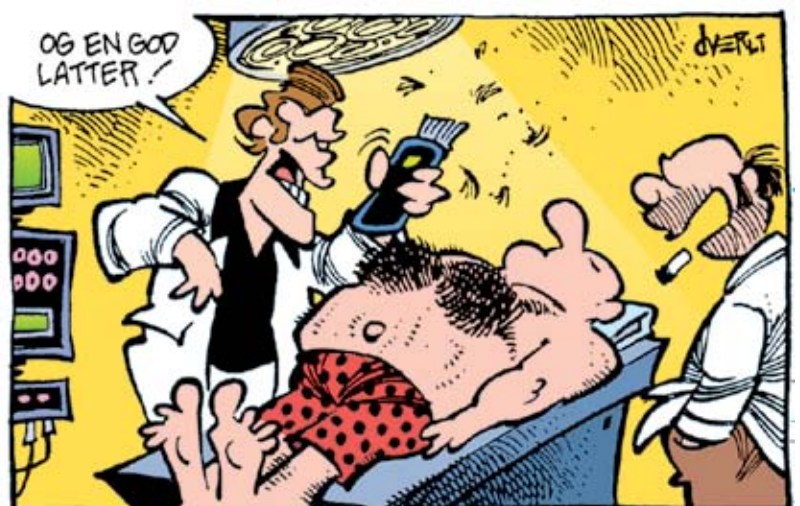
Kindermann nevner som eksempler at den nye diagnosen «disruptive mood dysregulation disorder» vil gjøre vanlig trass hos barn til et symptom på psykiatrisk sykdom og normal sorg vil bli «alvorlig depressiv lidelse».



Foto: Colourbox

Kindermann
Kilde: BBC, Forskning.no

Riskhospitalet



På ett minutt kan pasienten få livet snudd på hodet.

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

Hurtigttester for hiv

Hurtigttest for hiv

- › Tilbudet er gratis og tilbys menn som har sex med menn som drop-in hver tirsdag mellom 15.30 og 19.30 på Olafiaklinikken, senter for rådgivning, undersøkelse og behandling av seksuelt overførbare infeksjoner ved Oslo universitetssykehus. Hurtigttest tilbys også i ordinær drop-in.
- › Tilbudet fins også flere andre steder i Oslo og i andre byer, blant andre Bergen og Kristiansand.
- › Testen er like sikker som vanlig hiv-test.
- › Alle som testes for hiv på Olafiaklinikken, får også tilbud om å testes for andre seksuelt overførbare sykdommer. Slik sykdom øker risikoen for å bli smittet med hiv og kan øke risikoen for å smitte andre dersom man har hiv.

Sindre Ringvik åpner reagensglasset med blod. Tilsetter noen dråper til en hvit skål. Så venter han ett minutt. I dette minuttet ligger det spenning, engstelse, håp og kanskje letelse. Det er tiden det tar å få svar på om blodet viser positiv eller negativ for hiv.

Beredskap

Her på Olafiaklinikken midt i Oslo kan menn som har sex med menn hurtigteste seg for hiv. Tilbudet har vært i gang fra august.

– Men, understreker assisterende seksjonsleder Sindre Ringvik, det er ikke noe man gjør på innfall.

– Før jeg tar blodprøven, spør jeg alltid hva pasienten gjør om den er positiv. Han bør ha en form for beredskap, som noen å snakke med. Har han ikke det, foreslår jeg å ta vanlig hiv-test som gir svar etter en uke, eller jeg ber ham komme tilbake neste dag.

Forebygger

Hensikten med hurtigttest er å forebygge. «Test og vit» er Folkehelsas oppfordring til menn som har sex med menn. De siste ti årene er antall hiv-diagnoser i denne gruppen tredoblet. En av tre som får diagnostisert hiv

er en mann som har sex med andre menn. I tillegg tyder en sterk økning av gonorré og syfilis i denne gruppen, på at flere bør testes. Dette bekymrer helsemyndighetene, som oppfordrer menn som har sex med menn til å ta hurtigttest.

Tanken er at dersom man vet, tar man forholdsregler for å unngå å smitte andre. Og de som har hiv følges opp for å forebygge alvorlige hiv-komplikasjoner. I sterk kontrast til 1980-årenes skrekkszenario, blir de som har hiv i dag forespeilet tilnærmet normal levealder.

Ille å vente

– Vi vet at mange menn som har sex med menn ikke tester seg, sier Ringvik.

– Og mange av dem som tester seg får ikke svaret på testen.

Vanlig hiv-test tar det en uke å få svar på. Ringvik ser at det å vente kan være verre enn mange tror.

– Med hurtigttest blir man ferdig med det, sier han.

– Jeg mener det er bedre å vite. Jeg kan forstå dem som ikke ønsker å vite og som tenker at så lenge de ikke har testet seg, har de ikke





GJØR HELE JOBBEN: Hurtigtestingen på Olafiklinikken gjøres av sykepleiere. Sindre Ringvik sitter som regel sammen med pasienten og gjør analysen.



EN BLODPRØVE: Sol-Britt Molin håper hurtigtest kan være med å redusere hiv-smitte.



SNAKKER OM SEX: Sol-Britt Molin og Sindre Ringvik må spørre for å finne risiko.

hiv. Vet man at man har hiv, har man mulighet for å få behandling og ikke smitte andre.

Samtale

– Det første spørsmålet etter et positivt svar er ofte «hvor mange kan jeg ha smittet».

Det sier sykepleier Sol-Britt Molin, prosjektleder for hurtigtestingen.

– De aller fleste blir mer forsiktige når de vet de har hiv. Nye studier viser at det å teste mange bidrar til å hindre

Mørketall

I 2012 ble det diagnostisert i underkant av 250 nye tilfeller av hiv. De siste årene har antallet holdt seg relativt stabilt, med et hopp i 2011. Noen tror det kan være mørketall. Hurtigtest kan være en måte å nå de som ikke har testet seg eller tester seg sjelden.

– Det ser ut som vi har dekket et behov, sier Ringvik.

Cirka 35 prosent av dem som har testet seg har aldri før vært på Olafiklinikken.

være: «Når skal jeg dø?». For noen faller livet i grus, andre er bedre rustet.

Sykepleierne som jobber her må kunne ta seg av mennesker i krise.

Alle som tester positivt får tilbud om oppfølging. De skal gå med ny timeavtale i hånden. Og Olafiklinikken har avtale med Aksept.

Sol-Britt Molin erfarer at mange har fryktet svaret lenge.

– Ok, nå er vi der, kan de si.

Risiko

– Er det aktuelt å hurtigteste kvinner?

– De har altfor lav forekomst av hiv til at det er grunn til å drive med massestesting, sier Sol-Britt Molin.

– Men det er klart det fins kvinner som burde testet seg. Det samme gjelder heterofile menn.

– For å finne ut hvem de er, må helsepersonell tørre å spørre, påpeker Ringvik.

– Hadde vi vært flinkere til å stille spørsmål om seksualitet, kunne vi testet mer målrettet.

At menn som har sex med menn er målgruppen for hurtigtestingen, betyr ikke at hele gruppen må teste seg.

– Vi er ute etter de som kan ha vært utsatt for smitte. Jeg pleier å si at om man har hatt en eller flere nye partnere, bør man sjekke seg en gang i året, sier Sindre Ringvik. ■■■

«Testen er et verktøy for å gi god sykepleie.»

nysmitte. Det skyldes ikke bare testen, men at testsituasjonen gir en mulighet til å snakke sammen.

– Testen er et verktøy for å gi god sykepleie, mener Ringvik.

– Er den negativ, kan vi snakke om hvorfor den er det. Er det fordi mannen har hatt «sikrere» sex, eller ikke vært i risiko?

– Situasjonen gir mulighet for å snakke med dem som kommer om hva de gjør og hvilken risiko de utsetter seg for. Jobben min er ikke å moralisere, men å gi kunnskap, understreker han.

– Faglig er det utfordrende å få til en kommunikasjon der den som kommer er bekvem med å snakke om det mest intime.

– Vi har også hatt flere som aldri har testet seg før, sier Molin.

– Og de er jo del av et mørketall.

Siden tilbudet startet opp i august, har 286 menn testet seg. Ifølge Molin er det som forventet, men sier det er kapasitet til flere. Tre har vært positive.

Oppfølging

I den hvite skålen foran Sindre Ringvik trer en blå prikk frem. Testen er negativ. Hadde det vært to, ville den vært positiv.

– Som regel er den negativ. Men hver gang jeg tester noen, forbereder jeg meg på at den kan være positiv, sier Ringvik.

Det kan snu opp ned på livet til den han har foran seg. Første spørsmål kan

– Det er vanskelig å gjøre en god jobb under sånne forhold, sier Marie Hornslien etter sju måneder i India.

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Stig Weston og privat**

Kaos i Kolkata

For snart ett år siden reiste Marie Hornslien til Kolkata i India. Byen, som tidligere het Calcutta, ligger mot grensen til Bangladesh. Her jobbet hun sju måneder på SSKM Hospital, et offentlig sykehus med en nyfødtavdeling som tar imot syke nyfødte og premature.

Forholdene var svært annerledes enn det hun var vant til på Ullevål.

Støy

– Det var flere nyfødte, færre sykepleiere og en helt annen kontekst, forteller hun på kafé i Oslo.

– En sykepleier kunne ha ansvar for et ubegrenset antall barn. Det er ikke uvanlig med fem sykepleiere på

dagvakt og det kunne være fra 40 til 60 barn i avdelingen. På natt kunne en sykepleier ha opptil 25 barn. Jeg har aldri sett så mange barn dø.

Lydnivået var også et annet.

– Leger og sykepleiere snakket høyt, og alarmene gikk hele tiden. Jeg opplevde at alle skopene sto og blinket og pep, men mange av dem var ikke stilt inn på alarmgrenser. Ingen reagerte heller. Støynivået speilet på en måte byen. Det var mye støy. Høye stemmer, biler som tutet. Kolkata er en spesiell del av India. Det blir sagt at for å forstå Kolkata, må man tenke på Bangladesh. Det ga mening. New Delhi, som vi besøkte flere ganger, var helt annerledes.

Utveksle

Oppholdet var en del av et samarbeid mellom Oslo universitetssykehus og SSKM Hospital i Kolkata. Målet med samarbeidet var å bedre sykepleien til premature og syke nyfødte gjennom å utveksle sykepleiere.

For ett år siden skrev Sykepleien om Debi Pal og Manisha Das fra Kolkata som hospiterte på Ullevål. Det var i møte med dem Hornslien fikk lyst til å reise ut.

– I Kolkata møtte jeg dem igjen, og det var fint og nyttig, forteller hun.

Utviklingen innenfor nyfødtomsorg har gjort at stadig flere premature overlever. Å overføre ny kunnskap til India kan redde flere liv også der, hvor

Kolkata

Kolkata, tidligere Calcutta, ligger i delstaten Vest-Bengal i India. Byen har rundt 15 millioner innbyggere. Kolkata er Indias viktigste by for handel og kultur, men har enorme sosioøkonomiske problemer. Det er anslått at flere hundre tusen mennesker sover på gaten.





I SAMME SENGE: På sykehuset i Kolkata var det ikke uvanlig med flere babyer i en seng. Her får fire lysbehandling sammen.



VASKER HANSKER: En ansatt legger engangshansker til tork.

spedbarnsdødeligheten er mye høyere enn i Norge. 50 nyfødte dør per 1 000 fødsel i India. I Norge dør 3.

Utvekslingen er en følge av Norway-India Partnership Initiative (NIPI), en avtale inngått mellom Indias statsminister Manmohan Singh og Norges Jens Stoltenberg om å redusere spedbarnsdødeligheten. Seksjon for internasjonalt samarbeid ved Oslo universitetssykehus ble spurt om å hjelpe til med å heve kompetansen på sykepleie til nyfødte.

Reiring

Da Marie Hornslien og kollega Signe Marie Bandlien reiste til Kolkata, hadde to kolleger vært der før dem. De hadde endret måten barna leires på. Mens de før lå på rygg, med bein og armer utstrakt, ligger de nå samlet i et slags reir.

Sammen med Bandlien jobbet hun videre med liggstilling. Å ligge flatt, slik barna gjorde i Kolkata, er ikke optimalt for respirasjonen.

– Å heve overkroppen 30 grader gjør det lettere å puste.

Språk

Hun legger ikke skjul på at det var utfordrende å skulle endre andres praksis.

– Språk var en barriere. Det er et mål å kunne noen ord og uttrykk til dem man skal undervise, men det var vanskelig å finne lærere. Vi hadde blitt fortalt at arbeidsspråket var engelsk, men seg imellom snakket sykepleiere og leger bengali. Vi bad dem snakke engelsk, men det var ikke alltid de gjorde det. Mødrene kunne ikke engelsk. Da jeg etter hvert fikk en lærer, og kunne kommunisere litt på deres språk, ble det lettere.

Arbeidspress

Sykepleierne på avdelingen hadde mye å gjøre, og lederen ønsket at de norske sykepleierne skulle være med i stellet.

– Men det var ikke det som var våre oppgaver. Hadde vi gått inn i daglig drift, ville vi ikke gjort jobben vår i prosjektet. Vi kunne sikkert hjulpet noen barn godt, men det ville ikke tilført kompetanse på sikt, påpeker hun.

– Det var etisk vanskelig ikke å gå

inn i stellet når vi så vi kunne hjulpet barna. Vi så jo at sykepleierne ikke rakk å gi god pleie til alle.

De fysiske ressursene var også begrenset. Barna lå flere i samme seng, og i begynnelsen hadde ikke alle bleier.

Bleier, medisiner og mat må foreldrene betale selv, men ikke alle hadde penger. Premature babyer kunne ligge i andres urin og avføring. Men i løpet av oppholdet førte en politisk endring til at sykehuset heretter får bleier til barna.

En ny avdeling som er under bygging vil også gi bedre plass og bedre forholdene.

Hygiene

Hornslien konsentrerte seg blant annet om hygiene.

– De er veldig gode på håndvask, men forholdene gjør det vanskelig å ha god hygiene. De har toalett uten såpe, hånddesinfeksjon, dopapir eller håndtørker, forteller hun.

Avdelingen hadde en dekontaminator, men den var ikke veldig god. Arbeidstøyet vasket de selv hjemme, og

Avvikler samarbeidet

Politiske forhold setter strek for samarbeidet mellom Ullevål og Kolkata.

Myndighetene har signalisert at vi ikke er ønsket, og da velger vi å trekke oss ut.

Det sier Kristin Schjøberg Hancke-Olsen, leder av seksjon for internasjonalt samarbeid ved Oslo universitetssykehus (OUS).

– Vi gjør det ikke med lett hjerte og forsøker å avslutte på en verdig måte. Blant annet ved å bidra til å opprette en melkebank, noe Kolkata ikke har i dag, sier hun.

Norway and India Partnership Initiative (NIPI) har valgt å ikke bruke nyfødtavdelingen i Kolkata som ressursenter mer, og trekker seg ut.

Et politisk maktskifte har ført til at professor Singh, pådriveren for prosjektet i Kolkata og en stor ressurs innen nyfødtmedisin, plutselig ble forflyttet til et annet sykehus. Det har også komplisert samarbeidet. Han var bindeledd mellom Ullevål og myndighetene i Kolkata.

Ledelsen for nyfødtavdelingen på SSKM Hospital beklager at samarbeidet opphører. I et brev til Hancke-Olsen skriver dr. Ranajit Mukherjee at spedbarnsdødeligheten har gått ned etter at samarbeidet begynte. Barna blir bedre ernært og hygienen er bedre. Å avvikle prosjektet vil bremse den positive utviklingen. Han skriver at han har hele avdelingen med seg når han ber om at samarbeidet må fortsette.

To leger og seks sykepleiere fra Kolkata har vært på OUS det halvannet året samarbeidet varte. Fem sykepleiere fra OUS har vært i Kolkata.

– Kunne dere gjort noe annerledes?

– Vi hadde sikret et godt samarbeid gjennom professor Singh, men skulle kanskje ikke spilt så mye på én person.

Seksjon for internasjonalt samarbeid flytter nå aktiviteten til andre prosjekter i India.

– Vi er invitert til å samarbeide med NIPI, som har plukket ut fem stater for å fremme bedre mødre- og barnehelse. Det blir en annerledes måte å jobbe på, blant annet vil vi være mer ute i distriktene og drive veiledning der. Håpet er at kompetanseoverføring her vil tilflytte andre områder av India, også Kolkata.

– Hva var det viktigste dere fikk til i Kolkata?

– Reiring av den nyfødte, mer oppmerksomhet på amming og bedre hygiene. Sykepleierne har klart å endre praksis, og det er helt fantastisk.

– Hva tar dere med videre?

– Hvor viktig det er å sende personell med kunnskap og at de overfører kunnskap ved sengen. Da blir ny praksis implementert rett inn i avdelingen.

– Hva har OUS fått ut av dette?

– De som har vært ute får mer



NYE PROSJEKTER: Kristin Schjøberg Hancke-Olsen vil fortsette å utveksle kunnskap med indisk helsevesen.

kunnskap om minoriteter og mangfold. De viser større forståelse i møte med de flerkulturelle pasientene, sier Kristin Schjøberg Hancke-Olsen. ■■■

nina.hernes@sykepleien.no

legene brukte ikke alltid frakk på avdelingen. Sjøppelkassene hadde ikke poser.

Hornslie og Bandlien bestemte seg for å begynne med vaskepersonalet. De var ivrige etter å lære. For eksempel at det ikke holder å sprite av flater som er synlig tilsmusset. De må vaskes først.

Som avskjedsgave pusset de opp sykepleiernes toalett. De kjøpte elektrisk håndtørker og såpedispenser.

– Det var på en måte et kortsiktig tiltak, men jeg tror det har symboleffekt.

Der og da

Hornslie er klar på at det å være i praksis er den mest effektive måten å endre måten å jobbe på.

– Møter oppsto der og da, og da måtte vi være der. Vi måtte lage undervisningssituasjoner. Så vi en mulighet, kunne vi si «kom her, nå snakker vi litt om smertelindring». Vi prøvde også å få en halvtime i vaktskiftet hvor vi kunne veilede.

De som hadde vært i Norge var ikke de mest erfarne på avdelingen, og fikk

ikke så lett gjennomslag for sine synspunkter.

– De ble møtt med at de hadde lært en ny stil. Men da sa de «nei, vi har ikke lært en ny stil, men det som er internasjonal standard».

Sykepleiere i India har heller ikke høy status, og Hornslie erfarte at



«På natt kunne en sykepleier ha opptil 25 barn. Jeg har aldri sett så mange barn dø.»

Marie Hornslie

samarbeidet med legene var annerledes enn hun er vant til.

– På Ullevål stoler legene på oss, og våre observasjoner påvirker behandlingen de gir. Men på sykehuset i Kolkata bestemte legene, og jeg opplevde at sykepleiere ikke turde å fortelle hva de hadde observert. Derfor ble det viktig for oss å støtte sykepleierne i å tenke selv.

Ny jobb

– Hva fikk du ut av oppholdet?

– Kulturforståelse og evne til å jobbe selvstendig. Det er en helt annen politisk situasjon der, og mye større forskjell mellom fattig og rik. Jeg opplever at jeg forstår mer i møte med mennesker fra andre kulturer, som

vi har mange av på Ullevål. Jeg føler at jeg ser verden på en annen måte.

Erfaringen har også ført til jobbbytte. I mars slutter Hornslie på nyfødt intensiv og begynner som prosjektrådgiver i seksjon for internasjonalt arbeid ved Oslo universitetssykehus. ■■■

nina.hernes@sykepleien.no

Først var det skummelt. Men nå er fjerdeklassingene husvarme på sykehjemmet.

Tekst og foto Eivor Hofstad

Elias har Ulrikke på timeplanen

Humørsprederne

Utviklingssenter for sykehjem i Nordland har hatt et fagutviklingsprosjekt som skulle gjøre sykehjemmene bedre til å ivareta pasientenes åndelige behov. Et av de mange resultatene fra dette arbeidet er et lokalt prosjekt på Herøy som har fått navnet «Humørsprederne»: En klasse fra grunnskolen besøker jevnlig de eldre på Herøy sykehjem. Elevene begynte med besøkene i første klasse og skal fortsette til de går ut av tiende klasse.

«Sløyd er best. Så kommer gym, og så sykehjemmet.»

Fjerdeklassing på Herøy

De 21 fjerdeklassingene på Herøy i Nordland er ikke som andre fjerdeklassinger. Siden de gikk i første har de en gang i måneden besøkt de eldre på øyas sykehjem. Bygget som huser hele Herøy omsorgssenter, ligger ute i det åpne havgapet, hvor beboerne har en drøm av en veranda-utsikt mot fjellkjeden De sju søstre.

Når Sykepleien får overvære et av disse besøkene, er det desember og barna har kommet for å bake pepperkaker med de gamle. De blir delt opp i grupper og sendt av gårde til hver sin avdeling. Der får noen sette i gang med å kjevle mens andre går rundt og snakker med beboerne. Etterpå bytter de.

– De første gangene var det litt skummelt. Vi holdt oss tett inntil læreren. De var så gamle og skrukkete, og så hosta de sånn. Men nå går det mye bedre, sier Ida, og rekker hånden ut for å hilse på Unni som sitter i dagligstua på en av avdelingene.

Der sitter tre andre beboere også, og det er helt stille i rommet. Unni smiler og småprater, og slipper ikke den lille hånda til nieringen. Ida og klassevenninnen Cassandra setter seg ned hos Unni og gir henne tid og nærhet.

Ånd er å puste

– Å ivareta pasientenes åndelige behov handler ikke nødvendigvis om religiøs

forkynnelse. Vi må spørre oss om hva som gir mening for pasientene her og nå, sier enhetsleder ved Herøy sykehjem, Wenche Sæthre Jørgensen.

Det var slik hun i samarbeid med en lærer kom på ideen med å la en skoleklasse besøke de eldre.

Ordet «ånd» heter på latin spiritus, som kan oversettes med å puste. Ånd kan dermed forstås som noe som gir liv og kraft til mennesker. Noe vi ikke kan greie oss uten. Ved sykdom og svekkelse kan åndelig omsorg gi kraft slik at vi blir friske eller tåler sykdommen og lidelsen bedre.

Lagde minnealbum

Nå har elevene blitt et fast månedelig innslag i livet på sykehjemmet, og besøkene har ført med seg litt av hvert av aktivitetene.

– De har strikket og bakt lefser med de gamle i samarbeid med husflidslaget, og før sommerferien lagde de minnealbum som de ga til noen av beboerne, forteller Jørgensen.

Til minnealbumene måtte de intervju de gamle om skolegang og oppvekst og livet de hadde før de kom på institusjon. Informasjonen ble supplert med opplysninger fra et bakgrunnsskjema alle pasienter fyller ut i samarbeid med pårørende når de kommer til sykehjemmet.

Tre gutter viser stolt fram minneboka de har laga til Knut.

– Her er familien hans. Han var fisker. Se her steiker han fiskekaker. Han ble veldig glad da han fikk boka, sier de.

Lærer om demens og døden

Men det er ikke bare de gamle som får noe igjen av kontakten på tvers av generasjonene. Barna liker godt å være der og har fått vite ett og annet om alderdommen som mange jevnaldrende ikke aner noe om. De erfarer at noen eldre ikke husker så godt, og de får oppleve døden på nært hold.


– Ungene får et naturlig forhold til døden. De har vært på kirkegården og besøkt gravene til dem de kjente som har gått bort, forteller Jørgensen.

– Artig, svarer ungene på spørsmål om hvordan de synes det er å være med de gamle.

– Bedre enn alle de andre fagene på skolen?

– Sløyd er best. Så kommer gym, og så sykehjemmet, er de fleste enige om.

Samtalelestere

Patrick og Elias bestemmer seg for å svinge innom rommet til Edvarda mens de venter på tur til å få bake. Edvarda Hanssen sitter i lenestolen sin i en krok av rommet med dagens aviser på fanget og kryssordboka ved siden av seg på bordet. De to guttene har tydeligvis lært seg konversasjonens kunst: 



KAFFESERVITØR: Elias Lenning serverer en kaffekopp til Ulrikke Pettersen mens språkpraktikant Mohamed Noor følger med.



KONVERSASJONSMESTERE: Elias og Patrick utviser stor interesse når de snakker med Edvarda om alle bildene hun har på veggen.



HADDE EN MANN EN GANG: Edvarda forteller gjerne fra livet sitt og påpeker at hun kunne vært tippoldemora til Elias og Patrick.

- Ke du gjer her egentle?
- He-he. Nei, e gjer no'kje så mykje.
- Kor gammel e du?
- E e no fylt 90.
- Du ser yngre ut!
- Å, e kuinn ha vør tippoildermora di.
- E du tippoildermor te nån?
- Det er så talkshow-vert Fredrik Skavlan kunne blitt misunnelig.
- Nei, e ha'kje barn.
- Har du ikkje barn?!
- Nei, men e hadde ein mainn.

- norsk-amerikaner som tok bildet.
- Kor gammel va dokker i den der tida? spør Patrick og peker på et bilde av Edvarda og mannen.
- Main'n min va 50 år der.
- Ka slags katta e det? spør Elias og peker på et annet bilde.
- Ka? Det e foreldran mine.
- Nei, det kattebildet.
- Å, det e berre et bilde e har fått fordi e e så gla i katta.
- Du skuill ha fått de katta her.
- Å, nei, her kain vi'kje ha katta. Det bli så mykje hår og ...

andre, mens Dilana slår av en prat med Edvarda.

Mulig rekruttering

- Noen synes det blir litt mye med alle ungene, mens andre liker det veldig godt. Øyeblikket blir viktig, sier enhetsleder Jørgensen.
- Tenker dere rekruttering med dette prosjektet også?
- Ja, om vi kunne fått én av dem hadde det vært flott. Fem hadde vært fantastisk.

Rundt bakebordet sitter beboerne og ser på at de unge baker. Noen forsøker seg på en julesang, men det tar ikke helt av. Lærer Gunn Lise B. Hansen hjelper til med logistikken og ber Elias gå rundt med kaffekopper mens Patrick tilbyr pepperkaker.

– Har dere fått lyst til å jobbe på sykehjem når dere har vært her så mye?

– Ja, jeg skal bli sånn som mamma som besøker de gamle og gir dem medisiner, sier Ingrid, mens hun pynter pepperkakene med melisglasur og nonstop.

Moren hennes er hjemmesykepleier.

«Noen synes det blir litt mye med alle ungene, mens andre liker det veldig godt.»

Wenche Sæthre Jørgensen, enhetsleder»

Han e der på bildet, sier Edvarda og peker på veggen der det henger flere familiebilder.

- Kem e den babyen der?
- Det e main'n min som liten. Han va sju måna og elleve kilo! Det va en

– Og skit, fullfører guttene kontant for henne.

Klassevenninne Dilana kommer inn med et fat pepperkaker og byr Edvarda som tar en. Så er det Patrick og Elias sin tur å bake litt med de



BESØK: Ida slår av en prat med beboer Unni. Klassevenninne Cassandra er også med.



FOTBALLSPILLER OG SYKEPLEIER: Patrick vil både bli fotballspiller og jobbe på sykehjem når han blir stor. Her kjører han Knut profitt inn på rommet i rullestolen.

– Nei, jeg skal bli bonde. Jeg er ikke eldst, men det er ganske sikkert at jeg skal overta gården. Så du den kjempestore gården på høyre side da du kom fra ferga? sier talkshow-talentet Elias.

Den blå Moods of Norway-T-skjorta hans prydes av en rosa traktor.

Patrick skal bli fotballspiller, men vil ha en jobb til å falle tilbake på, og det skal være på sykehjem.

Han tar et godt tak i rullestolen til Knut og manøvrerer ham kyndig inn på rommet når Knut har fått nok av å se på pepperkakebakingen rundt bordet.

«Skjerma avdeling» i vokabularet

Etter to timer er besøket over. Elevene får på seg vinterutstyr og begir seg tilbake til skolen. Vel framme betror Dilana seg til Sykepleien:

- Jeg og Pia-Adele likte ikke å komme til sykehjemmet før, men så ble vi kjent med Edvarda, og da ble det artig.
- Hvorfor likte dere det ikke før?
- Det var skummelt.
- Hva da?

– Ei dame som ropte høyt.
– Forklarte noen hvorfor hun gjorde det?

– Ja, mange av de gamle hører dårlig, og da roper de ofte.

– Har dere lært om demens?

– Hæ?

– At noen av de gamle husker dårlig?

– Ja, de på skjerma avdeling husker ikke så godt. Nå må jeg gå og ha sløyd. Ha det, sier Dilana og springer for å ta igjen klassekameratene. ■■■

eivor.hofstad@sykepleien.no



UTSIKT: Herøy omsorgs-senter har kanskje landets vakreste utsikt mot fjellkjeden De sju søstre, med fire av toppene over 1000 meter.

Da nyheten om det frivillige prosjektet Ønskeambulansen ble lagt ut på Facebook, begynte rosemeldinger å strømme inn.

Tekst Zahir Athari Foto Sykehuset i Vestfold

«Ære være dere, ønske

Ønskeambulansen er et tilbud til alvorlige syke pasienter i Vestfold, som ikke kan reise med vanlige transportmidler, og som alltid trenger hjelp fra spesialisert helsepersonell. «Frivillig helsepersonell og ambulanse transporterer pasienter til et ønsket sted» står det i informasjonsbrosjyren som nylig er distribuert. En tur som av og til kan bli den siste ønsketuren.

En kreftpasient døde en måned etter at hun benyttet Ønskeambulansen til en siste ønsketur i Vestfold.

– Hun ville ha en tur til, sier Torbjørn Lia lavmælt og ser utover bordet.

Resten av gruppen nikker empatisk. Lia er ambulansesjef på Sykehuset i Vestfold (SiV).

ninne som døde ei uke etter at hun var på en ønsketur hvor mannen hennes hadde fridd. Umiddelbart begynte Andersson da å tenke på hvordan hun kunne sette i gang et et tilsvarende prosjekt i Norge.

Etter jul kontaktet hun Nina Cecilie Firing, som er seksjonsleder på onkologisk-palliativ avdeling. Og så fikk de med seg ambulansesjefen Torbjørn Lia og overlegen Else-Marie Ringvold.

– Responsen var umiddelbar: Dette skal vi få til, smiler Andersson.

– Vi trengte en gruppe med forskjellig kompetanse som er nødvendig for å ta en alvorlig syk pasient med på tur, sier Nina Firing.

Det tok mindre enn ett år før prosjektet ble satt i gang. Sykehuset i Vest-

fold og respekt for pasienten. Ikke mange som får sitt siste ønske oppfylt.»

«Det er det beste jeg har lest på lenge, flott.»

«Ære være dere som fikk i gang dette!»

«Stå på folkens! Kjente tåre kommer i auekroken når ej las!»

«Håper tilbudet kommer flere steder i Norge.»

«Utrolig flott tiltak. Det som er trist er at det ikke blir dekket av offentlige midler slik at flere kan få oppleve slikt.»

«Alle ære til alle som stiller opp på et slikt tiltak! Jeg vet selv jeg ikke ville klart det psykisk. Det å vite at alle de jeg hjelper er på siste reis ville blitt for tungt.»

«Så fint tilbud da! Men håper ikke jeg er såå syk ennå.»

Siden da har initiativtakerne fått ros og moralsk støtte fra kjente og ukjente folk på gata og i samlinger, forteller de.

«Prosjektet er ikke medisinsk nødvendig, men menneskelig riktig.»

Else-Marie Ringvold, anestesilege

Men fordi pasientens situasjon ble kritisk, ble den andre turen utsatt i håp om at ønsket kunne oppfylles etter at hun ble bedre. Men dette fikk hun ikke jansen til.

– Selv om det er trist at hun er død nå, er vi svært tilfredse med at hun i hvert fall fikk mulighet til én av de turene. Det er jo fantastisk, stråler Camilla Andersson.

Hun er en svensk sykepleier og har jobbet i ti år på SiV. Andersson snakker en blandning av norsk og svensk som hun selv kaller svorsk.

Juleideen

Sist jul fikk Andersson besøk av sine foreldre fra Sverige. Under julepraten nevnte hennes mor det frivillige prosjektet Ønskeambulansen i Sverige. Anderssons mor fortalte om en ven-

fold tilbyr ambulanse og utstyr mens frivillig helsepersonell bidrar med sin fritid.

– Prosjektet er ikke medisinsk nødvendig, men etisk og menneskelig riktig, sier avdelingssjef Ringvold, som er glad for at de fikk god respons fra SiV-ledelsen.

Hun sier at de bruker sin fritid slik at det ikke fortrenger arbeidstida i SiV.

– Ofte møtes vi i lunsjen med matpakke på bordet og snakker om prosjektet, presiserer Lia.

Enorme rosemeldinger

Da Andersson la melding om prosjektet ut på Facebook for noen måneder siden, strømmet det inn rosemeldinger fra hele landet:

«Må si jeg ble litt stolt av sykehuset vårt, som har så stor medmenneske-

Å gjøre en forskjell

Gruppen har permanente smil i ansiktene sine. Nina sier at alle kan delta i mange frivillige prosjekter, men få kan gjøre det som de gjør.

– For å ta en alvorlig syk pasient med på tur, trengs det et visst utstyr og folk som har en viss helsekompetanse. Det har vi, legger hun til.

– Når folk spør oss om vi får lønn, svarer jeg at det å gjøre en forskjell er lønn i seg selv, sier ambulansesjefen.

– Derfor synes vi at vi er privilegerte, oppsummerer Ringvold.

Bygger kultur

– Siden dere bruker deres fritid, krasjer det ikke med tida som må brukes med familie og barna?

– Nei, dette handler også om barnoppdragelse. Barna våre må vite at det

ambulansens engler»

er viktig å hjelpe andre mennesker frivillig. Det er sunt at de forstår at foreldrene ikke bare jobber for penger, men for menneskelige verdier også. Vi må oppdra barna våre med slike verdier, forklarer Nina Firing.

De mener at prosjektet utvider helsebegrepet: Her er det ikke penger som er det viktigste, men å hjelpe andre mennesker som trenger hjelp.

– Hvis vi ville ha mer penger, burde vi heller utdanne oss til en annen profesjon, understreker Else-Marie Ringvold med selvtillit.

Ønsker mer tur

Fram til nå har Ønskeambulansen vært på to oppdrag. Noe som teamet ikke er fornøyd med.

– Pasientene vet kanskje ikke nok om

prosjektet ennå, forklarer Andersson.

– Eller noen av dem synes kanskje ikke at de er i den fasen at de må ta den siste turen, legger ambulansesjefen til.

– Men tilbudet er ikke bare for døende pasienter. Dette er for alle som ikke har mulighet til å ta ønsketuren sin på grunn av sykdom eller mangel på nettverk, sier anestesilege Ringvold.

Prosjektet begynte med familiejuleprat i fjor, og fram til i dag har 35 frivillige helsearbeidere meldt seg inn. Motivasjon og handlingsenergi sprenger:

– Det eneste vi trenger nå, er pasienter som ønsker tur, ler ambulansesjefen.

Og så skratte alle fire, fornøyde. ■■■

redaksjonen@sykepleien.no



FRIVILLIG HELSEPERSONELL: Seksjonsleder kirurgiske poliklinikker Camilla Andersson (bak til h.), seksjonsleder onkologisk poliklinikk/sengepost Nina Firing (bak til v.), avdelingssjef ambulans Torbjørn Lia og avdelingssjef anestesi Else-Marie Ringvold.

Arnhild Fredriksen

Alder: 58

Stilling: Uroterapeut ved Urologisk poliklinikk, Oslo universitetssykehus, Aker

Blæra er et vanedyr

Trykket på strålen kan si noe om hva som er galt.

Fortalt til Ellen Morland Foto Erik M. Sundt

Pasientene som kommer hit har ulike problemer med vannlating eller med å fungere seksuelt. Når de kommer til meg, har de fleste vært til undersøkelse hos urolog for å utelukke eller bekrefte om det dreier seg om alvorlig sykdom. Pasienter kan også bli henvist av fastlege og leger ved andre avdelinger. Etter behandling, for eksempel av prostatakreft, får mange menn ereksjonssvikt og en del får urinlekkasje. Operasjoner i mageregionen kan gi nerveskader som påvirker blærens tømmeffunksjon.

Det er avgjørende å få kartlagt hva som er pasientens problem. Vi kan få frem mye med et godt intervju og samtale, samt enkle undersøkelser og registreringer. Min oppgave er også å undervise, forklare og instruere slik at pasienten forstår sammenhengen mellom årsak og symptomer.

Vannlatingproblemer og seksuell dysfunksjon er følsomme temaer. Jeg må få pasienten til å føle seg trygg. Vi bruker god tid, og jeg blir godt kjent med pasientene mine. Noen har med partneren også, særlig hvis det er seksuelle problemer. Jeg bruker anatomiske skisser og tegner på disse for å forklare pasientens problemstilling. Jeg har et godt utstyrt behandlingsrom med eget toalett med flow-måling, undersøkelsesbenk, ultralyd og et rikt utvalg av hjelpemidler og utstyr.

Oftest må vi i gang med måling av urinmengden. Da må pasienten over et par døgn registrere drikkemengde og urinmengde på et skjema. Jeg får da et bilde av hvordan urinblæra fungerer.

Urinblæra er et «vanedyr». Man kan trene den opp. Den gir signaler via nerver til ryggraden og oppover til hjernen når den trenger å bli tømt, og disse signalene kan man lære seg å styre. Jeg hjelper pasienten til å endre vaner eller lære egenbehandling.

Noen ganger må pasienten selv bruke engangskateter. Mange vegrer seg og vil ha permanent kateter. Da kan jeg råde dem til selvkateterisering. Forskning viser nemlig at det blant annet gir lavere risiko for infeksjoner.

Det er viktig å underbygge rådene jeg gir med erfaringsbasert kunnskap og ny forskning. Det er slik jeg liker å jobbe.

Vi er rundt 100 uroterapeuter i Norge. Her på Aker er vi tre. Vi jobber veldig selvstendig, og det trives jeg med. Noen tror Aker er nedlagt, men jeg kan fortelle at her på urologen er det full aktivitet. Og et veldig godt arbeidsmiljø! ■■■

ellen.morland@sykepleien.no



Fag

bøker
& kultur



FORFATTERINTERVJU:
«Nå skjønner jeg hvor alvorlig omsorgssvikt er.» Side 56

Side
62

SØVNTRØBBEL: Skiftarbeid medfører ofte problemer med å sovne, kortere søvn og trøtthet i arbeidstiden. Illustrasjonsfoto: Patricia Curi/NTBscanpix



Side
64

«Er det legitimt å snakke om trusler, vold og trakassering, ofte av seksuell karakter, som profesjonelle utsettes for?» **LILLIAN LILLEMOEN**



Line Cecilie Steen,
spesialsykepleier
Kreftsentret, OUS,
Ullevål.

Ragnhild Fossum,
spesialsykepleier Gas-
trokirurgisk avdeling,
OUS, Ullevål.

Hilde Knudsrød,
høyskolelektor ved
Høgskolen i Oslo og
Akershus.

**Nina Bjerketveit
Ødegaard**, høyskole-
lektor ved Høgskolen i
Oslo og Akershus.

Fagdager økte motivasjonen

Faglig påfyll for sykepleiere som veileder studenter i praksis, økte interessen og forståelsen for veilederrollen.

I denne artikkelen vil vi presentere to samarbeidsprosjekter der vi arrangerte lokale fagdager for kontaktsykepleiere som en forberedelse til at nye studenter kommer til praksisstedet.

Bakgrunn

Praksis er en viktig læringsarena for studenter. I praksis skal studentene lære ferdigheter, integrere kunnskap og utvikle holdninger. Studentveiledning er en viktig del av praksisperioden. I Rammepan for sykepleierutdanning heter det at studentene skal ha jevnlig veiledning, oppfølging og vurdering i praksisperioden. Videre heter det at «veiledere må ha kompetanse til å veilede studentene og å vurdere deres faglige utvikling, herunder også etiske aspekter ved yrkesutøvelsen samt skikkethet» (1, s. 11). Praksisstedets sykepleiere har ansvar for daglig veiledning og opplæring. Vår erfaring er at mange sykepleiere mangler den veiledningskompetansen som kreves, og at motivasjonen for å veilede studenter varierer. Mange opplever ansvaret som stort og er usikre på hva

og hvordan studenter skal lære i praksis.

Dette var utgangspunktet for to samarbeidsprosjekter mellom Oslo universitetssykehus, representert ved Kreftsentret og Gastrokirurgisk sengepost på Ullevål, og Fakultet for helsefag ved Høgskolen i Oslo. Bakgrunnen for slike samarbeidsprosjekter er en omdisponering av praksisveiledningsmidlene, hvor midlene som praksisstedet tidligere ble tildelt for å ha studenter nå skal benyttes til prosjekter eller særskilte tiltak som fremmer samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og praksisstedene.

Målet med fagdagen var at deltakerne skulle bli tryggere og mer motiverte for rollen som kontaktsykepleier, og få økt kunnskap og forståelse for hva veiledning er og handler om. Gjennom å styrke veiledningskompetansen og skape bevissthet om veilederrollen ønsket vi å gjøre kontaktsykepleierne mer motiverte og kompetente til oppgaven som praksisveiledere. Vi ville også gi kontaktsykepleierne noe tilbake for innsatsen de gjør som veiledere. Mange legger ned mye arbeid i denne oppgaven, og vi ønsket å tilby faglig påfyll i rammer som innbyr til inspirasjon.

Gjennomføring

Fagdage har vært arrangert like før praksisstart, eller i første uken av praksisperioden. Antall deltakere har variert mellom fire og ti sykepleiere. Totalt har det vært arrangert 12 fagdager. Den første fagdagen ble holdt på Gastrokirurgisk sengepost våren 2009. Dette er en studenttett post, som mottar bachelorstudenter fire ganger i året. Sykepleierne på denne avdelingen er forholdsvis unge, både med hensyn til alder og erfaring som sykepleiere. På Kreftsentret er det arrangert fagdager for kontaktsykepleiere siden

januar 2010. Senteret mottar studenter flere ganger i året, både bachelorstudenter og studenter som tar videreutdanning i kreftsykepleie. Mange av sykepleierne som jobber her har lang erfaring, både som sykepleiere og praksisveiledere.

Innholdet i fagdage er organisert ut ifra et læringssyn hvor dialog og egenaktivitet er sentralt. Likevel er det faglige opplegget noe forskjellig på de to avdelingene, ettersom sykepleiergruppens erfaringsbakgrunn er ulik. Både på Gastrokirurgisk sengepost og Kreftsentret blir det lagt vekt på at fagdagen skal ha en avslappet stemning. Det blir servert god mat og lagt inn godt med pauser i programmet. Fagdage er godkjent av NSF som meritterende for godkjenning til klinisk spesialist i sykepleie eller spesialsykepleie.

På Gastrokirurgisk sengepost

Fagdagen er delt i to. I første del fokuserer vi på strukturerte temaer innen praksisveiledning: Veilederrollen og maktforholdet i veiledningsrelasjonen, hvordan vi kan gjøre studenten mottakelig for veiledning og forslag til hvordan kontaktsykepleier kan organisere dagene i praksisperioden. Formelle krav og forventninger som stilles til studenter, kontaktsykepleier og lærer, samt studentenes studiekrav i den aktuelle perioden, blir også diskutert. Både kompetansekrav, for at studentene skal få bestått praksis, og formaliteter og utfordringer rundt «ikke bestått» blir gjennomgått og konkretisert. Vi diskuterer også etiske aspekter rundt hvor og hvordan vi snakker om studentsituasjoner, spesielt når det oppstår noe som er vanskelig. Etter lunsj er det en mer uformell del hvor vi diskuterer konkrete veiledningssituasjoner, og

Hovedbudskap

Samarbeid mellom høyskole og praksisfelt om lokale fagdager for kontaktsykepleiere har vist seg å være et godt redskap for å gjøre sykepleiere mer motiverte og bedre rustet til praksisveiledning.

Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

» Sykepleierstudent » Praksis » Veiledning



NYTTIG: Mange kontaktsykepleiere trekker frem betydningen av å utveksle erfaringer med hverandre og diskutere utfordringer rundt det å være kontaktsykepleier. Arkivfoto: Stig Weston.

hvordan vi kan gi tilbakemeldinger på en god måte. Erfaringer med å ha og å være student blir også diskutert.

På Kreftsenteret

På Kreftsenteret er fagdagen bygd opp rundt fire hovedtemaer: 1) Veiledningens hva og hvordan, 2) relasjon og kommunikasjon i veiledning, 3) planlegging, gjennomføring og evaluering av en praksisperiode, 4) vurdering av studenter i praksis.

Deltakerne på fagdagen kommer fra ulike avdelinger på senteret og er ikke nødvendigvis så godt kjent med hverandre. Vi organiserer derfor dagen ut fra hvordan en praksisperiode kan organiseres: En bli kjent-fase, en arbeidsfase, og en avslutningsfase. Vi starter med å bli kjent gjennom praktiske øvelse og trekker paralleller til hvordan vi kan møte studentene når de starter praksisperioden. Betydningen av et godt første møte, hvor man føler seg velkommen og sett, for å skape trygghet og tillit, blir diskutert. I arbeidsfasen jobber vi med de fire hovedtemaene for dagen. I tillegg til den tematiske undervisningen benytter vi oss av ulike arbeidsformer

som rollespill og skriftlige oppgaver for å skape aktivitet, deltakelse og dialog. Det blir satt av god tid til refleksjon og diskusjon underveis. I avslutningsfasen oppsummerer vi dagen og hvilken betydning den har for praksis.

Deltakernes evalueringer

Evaluering har vært en viktig del av prosjektene. Kontaktsykepleierne har evaluert fagdagene både skriftlig og muntlig, og tilbakemeldingene har generelt vært positive. Det er tre forhold som særlig er blitt trukket frem: Kontaktsykepleierne føler seg bedre forberedt til oppgaven, mer motivert for å ha student, og tryggere i rollen som veileder. Eksempler på tilbakemeldinger er: «Gjør meg mer forberedt. Setter i gang tanker rundt det å være veileder, hva det vil si og hvilket ansvar det er», «Føler meg mer trygg i rollen som veileder», «Bedre forberedt og motivert til å ha student», «Fint med bevisstgjøring av rollen som kontaktsykepleier. Er foreløpig det eneste forum hvor vi samlet kan diskutere rollen». I evalueringene kommer det tydelig frem at det er et behov for å ha slike fagdager: «Alle sykepleiere som er veiledere bør ha denne

fagdagen. Burde vært obligatorisk», «Det var en nyttig og lærerik dag og den bør prioriteres».

Mange trekker frem betydningen av å utveksle erfaringer med hverandre og diskutere utfordringer rundt det å være kontaktsykepleier. Det blir også trukket fram som positivt at det er en liten

«Alle sykepleiere som er veiledere bør ha denne fagdagen.»

gruppe, noe som gjør det lettere for alle å delta aktivt. Et annet viktig punkt i evalueringen har vært betydningen av at læreren fra høyskolen også har deltatt på fagdagene. Tilbakemeldingene viser at det blir lettere å ta kontakt med læreren for å diskutere veiledningen av studenten senere, og at det er fint å kunne stille læreren spørsmål på fagdagen: «Føler meg mer sikker på at lærer fra HiO er en person man kan ta opp ting med», «Ser at det er et godt samarbeid mellom avdelingen og HiO-lærer. Viktig!», «Lett å ta kontakt med lærer for å ta tak i ting i forhold til studenten». Studentene har også gitt tilbakemeldinger som støtter vår oppfatning av at fagdagene bidrar



til en god praksisperiode: «Merker at avdelingen var forberedt på å ta imot oss», «Kontaktsykepleierne visste hva vi skulle igjennom».

Suksess

Samarbeidet mellom avdelingene og utdanningsinstitusjonen har vært en viktig suksessfaktor for prosjektene. Vi opplever at det stilles stadig større krav til kontaktsykepleierne, samtidig som høyskolelærerne er mindre i praksisfeltet. Derfor kan samarbeidsprosjekter som dette være med på å gjøre gapet mellom utdanningsinstitusjonen og praksisfeltet mindre. Vi har gjennom samarbeidet blitt bedre kjent med den virkeligheten vi begge befinner oss i, og dette har vært nyttig for å tilpasse innholdet i fagdagene. Slik det framkommer av evalueringene, har også høyskolelærers tilstedeværelse på fagdagene blitt trukket frem som positivt. Samme høyskolelærer har vært knyttet til Gastrokirurgisk sengepost over tid, og har observert at sykepleierne tar med seg det de har lært på fagdagene og praktiserer det i veiledningen av studentene. Eksempler på dette er at sykepleierne er blitt tydeligere og modigere i sine tilbakemeldinger, tilbakemeldingene er blitt mer strukturerte og problemer blir grepet fatt i tidligere.

Tilpasset innhold

Ved å holde fagdagene lokalt, kan vi tilpasse innholdet til sykepleierne på den enkelte arbeidsplass. Sykepleierne på Kreftsenteret og Gastrokirurgisk sengepost skiller seg fra hverandre ved at den ene avdelingen har flere nyutdannede sykepleiere uten veiledningserfaring, enn den andre. Vi har derfor lagt opp fagdagene noe ulikt for at nivået skal passe deltakerne. Dette har vært en positiv erfaring. En annen styrke ved å holde fagdagene lokalt, har vært at de kan knyttes direkte opp mot en praksisperiode. Innholdet oppleves da som svært relevant og aktuelt for deltakerne, og de får praktisert det de lærer umiddelbart etterpå.

Det er en utfordring for praksisfeltet å få sendt sykepleiere på veiledningskurs. Prosjektet har ikke dekket utgiftene for å fristille sykepleiere til å delta på fagdagen, det har den enkelte avdeling selv bekostet. Det er derfor en stor fordel for praksisfeltet selv å kunne velge tidspunkt for fagdagen. Det oppleves også som en styrke at flere kontaktsykepleiere får delta på samme fagdag, så kontaktsykepleierne får en felles forståelse av hvordan de kan veilede studenter i praksis. Vår erfaring er at når rammene for fagdagen først er på plass går selve gjennomføringen av dagen lett.

Avslutning

Kunsten å veilede studenter i praksis er ikke lært på en dag. Våre fagdager for kontaktsykepleiere kan ikke erstatte veiledningskurs og utdanninger innen praksisveiledning. Fagdagene kan imidlertid være et viktig supplement som gjør sykepleierne bedre forberedt til den viktige oppgaven det er å veilede studenter. Fagdagen gir sykepleierne en innføring i studentveiledning, og motiverer dem til oppgaven.

Samarbeidet mellom avdelingene og utdanningsinstitusjonen har gjort at vi har dratt nytte av hverandres kunnskap og erfaringer. Vi har erfart at enkle grep hadde god effekt. Vi håper derfor våre erfaringer kan inspirere andre til å samarbeide om lignende opplegg. Tilbakemeldinger som «jerner jeg har lyst til å fordype meg mer i veilederrollen» styrker vår tro på at fagdagene er nyttige. ■■■

LITTERATUR

1. Rammeplan for sykepleierutdanning. Kunnskapsdepartementet 25. januar 2008.

✓ Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

Fra 199,-

NY prisgunstig kolleksjon!

...i hele 20 farger!

Se flere modeller på www.HealthWorkers.com

HealthWorkers
www.HealthWorkers.com

– Foreldre kan påvirke barnas blodsukker

Anne Haugstvedt fikk seg flere overraskelser da hun undersøkte foreldres opplevelser med å ha barn med type 1-diabetes. Tekst **Nina Hernæs** Foto **Bjørn Erik Larsen**

A regulere blodsukkeret er komplekst, sier Anne Haugstvedt. Hun har funnet en sammenheng mellom foreldres frykt for lavt blodsukker og for høyt blodsukker hos barna. Før jul disputerte hun for ph.d.-graden med avhandlingen «Parenting children with type 1-diabetes».

Viktig
Men hun er tydelig på at hun ikke har påvist

en årsak, bare en sammenheng.
– For å finne årsaken, måtte jeg ha fulgt familiene over tid. Jeg har gjort en tverrsnittsstudie, som undersøker noe der og da. Den viser en sammenheng, men kan ikke slå fast at det er foreldrenes bekymring som gir høyt blodsukker. Kan hende er det en bakenforliggende årsak til begge deler. Likevel mener jeg dette er viktig kunnskap å ta inn i oppfølgingen av disse familiene.

Rundt 300 barn får hvert år diabetes type 1 i Norge. Å ha et barn med diabetes krever at foreldre går inn i rollen som behandler. Haugstvedts studie omfatter foreldre til 115 barn under 16 år. Alle barna ble behandlet med insulin, enten med pumpe eller med injeksjoner. Hun ville blant annet undersøke hvordan foreldrene opplevde å ha et barn med diabetes. Hvordan har de det, og hvilken betydning har det for barnets diabetes?



VERV OG VINN



Norsk Sykepleierforbund
Svarsending 1016
0090 Oslo



MÅ SE PÅ FAMILIEN: Anne Haugstvedt mener helsepersonell må snakke mer med mor og far når et barn har diabetes.

– Det er kommet mange tekniske løsninger for å behandle diabetes, men studier viser liten forskjell mellom de ulike metodene. Jeg tror at de som får til å regulere blodsukkeret, ville klart det nesten uansett teknikk. Det er mye som tyder på at et godt regulert blodsukker handler om familiens evne til å tilpasse seg situasjonen. I tillegg er barn forskjellige rent fysiologisk.

Belastning

Det var tidligere gjort noen studier blant ungdom og deres mødre, men få på små barn og ingen som så på barn i ulike aldre. Det var svært få som hadde sammenliknet mødre og fedre og hvordan de opplevde å ha et barn med diabetes.

Haugstvedts studie viser en tydelig sammenheng mellom foreldres frykt for føling og høyt langtidsblodsukker hos barnet. Den viser også en sammenheng mellom økt bekymring hos foreldrene og flere enn sju problematiske følinger siste år hos barnet. Fedre rapporterte mindre frykt enn mødrene.

– Mødrene og fedrene rapporterte like stor grad av belastning, forteller Haugstvedt.

– Det var bare når det gjaldt håndteringen av det medisinske at mødrene opplevde belastningen som større enn fedrene. Det kan tyde på at det er mødrene som har hovedansvaret

for behandlingen i hverdagen.

Ansvar

Men det var bare hos mødrene Haugstvedt fant en sammenheng mellom belastningen ved å ha barn med diabetes og symptomer på angst og depresjon. De rapporterte oftere om symptomer på angst og depresjon.

– Kjenner du det igjen fra praksis?

– Det var ofte mødrene som kom til kontroll med barna da jeg jobbet, men det kan ha endret seg. Det at vi har mange fedre med i studien, viser at de er involvert. Men jeg ser at mange mødre sier «meg og barnet». Fedre sier «oss tre». Det er mulig mødre tar mye ansvar, eller at de ikke anerkjenner fars innsats.

Haugstvedt mener denne kunnskapen er viktig å ha med i møte med familiene.

– I begynnelsen får familien mye oppfølging, men så blir det rene konsultasjoner hvor barnet er til stede. Det er ingen arenaer der mor og far får luften ut alene med helsepersonell.

– Var det noen av funnene som overrasket deg?

– Jeg hadde forventet at foreldre med lite sosial støtte ville ha barn med dårligere regulert blodsukker. Men jeg fant det motsatte. Det er en sammenheng mellom god blodsukkerkontroll og mødre med sterk sosial begrensning på grunn

av barnets diabetes. Det kom overraskende på meg, men jeg tror det kan handle om at det koster å være flink. De ofrer seg for å gjøre det beste for barnet.

Forskningen viste også en sammenheng mellom høy utdanning og god blodsukkerkontroll.

Høyt blodsukker

I studien er det bare 29 prosent, tre av ti, som oppnår anbefalt behandlingsmål for diabetes.

– Det er egentlig ikke overraskende, for flere

«Det er ingen arenaer der mor og far får luften ut alene med helsepersonell.»

studier viser det samme. Men det viser at vi ikke er flinke nok, påpeker hun.

– Selv om jeg ikke kan trekke konklusjoner om årsakssammenhenger, så peker jeg på flere ting helsepersonell bør være oppmerksomme på.

Hun viser til at 75 prosent av utgiftene til diabetes går med til å behandle komplikasjoner.

– Kanskje burde vi omfordele litt, sånn at vi kan bli flinkere til å forebygge på lang sikt, sier Anne Haugstvedt. ■■■



FAG

Papirløse migranter

Frode Eick, sykepleier, helsefaglig ansvarlig, Helsesenteret for papirløse migranter

Roger E. Cassidy, prosjektsykepleier, Helsesenteret for papirløse migranter

Hivtester papirløse migranter

Av 125 migranter som takket ja til tilbud om hiv-hurtigtest ved helsesenter for papirløse migranter i Oslo, testet én positivt.

Papirløse migranter, det vil si personer uten oppholdstillatelse i Norge, har etter smittevernloven § 6-1 rett til smittevernhjelp. Dette innebærer at de har rett til oppfølging av spesialisthelsetjenesten dersom de er hiv-positive. De har derimot ikke rett til fastlege eller nødvendig helsehjelp i kommunehelsetjenesten, og må dekke utgifter til konsultasjon selv (1). Ifølge Statistisk sentralbyrå oppholdt det seg cirka 18 000 papirløse migranter i Norge i 2006. Av disse var to tredjedeler tidligere asylsøkere (2). Andre grupper kan være personer som har immigrert uten å ha registrert seg hos norske myndigheter, eller som har blitt utvist eller har utgått visum. Papirløse migranter har begrenset rettigheter til helsehjelp i Norge etter forskrift (1). De har ytterligere begrenset tilgang

til helsehjelp i form av faktorer som manglende personnummer, liten betalingsevne, frykt for å bli angitt, liten kjennskap til helsevesenet og språk- og kulturbarrierer.

Helseproblemer

Det er gjort lite forskning på papirløse migranternes helsesituasjon i Norge og faktorer som påvirker helsen deres. Likevel oppholder de seg i det norske samfunnet og man finner de i primærhelsetjenesten. Aarseth med flere publiserte i 2009 en studie som viste at 43 prosent av fastlegene i Osloregionen hadde behandlet en papirløs migrant (3). En systematisk litteraturstudie av Myhrvold i 2010 peker på funn i andre land, av papirløse kvinner med høy forekomst av uplanlagte graviditeter, høyere forekomst av klamydiainfeksjon, mange papirløse menn som oppga å ha sex med høyrisikopartnerne og mangelfull bruk av kondom (4). Det er klart at å leve på siden av samfunnet har direkte negative konsekvenser for papirløse migranternes helse. Fafo publiserte en rapport i 2011 som pekte på at det å leve som papirløs skapte og bidro til helseproblemer (5). I tillegg har mange med seg tidligere erfaringer fra opprinnelsesland og fra selve migrasjonen som trolig definerer og påvirker helsen deres.

Helsesenteret

Helsesenteret for papirløse migranter ble etablert i oktober 2009 i et samarbeid mellom Kirkens Bymisjon Oslo og Oslo Røde Kors. Helsesenteret tilbyr tverrfaglig helsehjelp til mennesker uten oppholdstillatelse i Norge.

Helsesenteret har siden oppstart tilbudt hiv-testing både som hurtigtest og som serologisk prøve, i hovedsak til gravide og pasienter der det er indikasjon for testing. Det har også vært åpent for testing etter pasientønske, men dette har ikke vært offentliggjort. Vi er usikre på om papirløse migranter er klar over at det er et behandlingstilbud i Norge dersom de skulle teste positiv på hiv. Høsten 2011 fikk Helsesenteret prosjektmidler av Helsedirektoratet for å prøve ut om hurtigtest av hiv kunne avdekke og forebygge hivinfeksjon hos papirløse som ellers har liten tilgang til testing.

Hiv-hurtigtest

Målet for prosjektet var å tilby hiv-hurtigtest til papirløse migranter og hente erfaringer fra dette, ikke å samle inn informasjon systematisk fra pasientgruppen. Prosjektet ble gjennomført i en tolvukers-periode fra 4. oktober til 22. desember 2011, og resulterte i en offentlig rapport til Helsedirektoratet. Hiv-hurtigtest ble tilbudt under 24 åpningsdager. Helsesenteret gikk inn for en «provider-initiated rapid hiv testing and counseling (PITC)»-metode (6). Prosjektet tilbød screening av pasientene foretatt av en ansvarlig prosjektsykepleier som sto for kvalitet og kontinuitet. PITC-screening ble presentert til alle som oppsøkte helsesenteret i prosjektperioden.

Informasjon

Alle, ikke spesielle grupper, fikk skriftlig informasjon på norsk og engelsk via oppslag. En gang i timen kom prosjektsykepleier ut i venterommet

Hovedbudskap

Hiv-hurtigtestprosjekt har vist at papirløse migranter tester seg for hiv dersom det er et gratis tilbud og anbefalt av helsepersonell. Et slikt tilbud åpnet opp for informasjonsutveksling og forebyggende helsearbeid innenfor seksuell helse. Det ble av 125 tester av papirløse i Norge avdekket udiagnostisert hiv hos en person. Papirløse migranter i Norge og deres seksuelle og reproduktive helse er et område det bør forskes på.

Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- » Hiv/aids
- » Flyktning
- » Seksualitet
- » Helsekontroll



HIVHURTIGTEST: Helsesenteret for papirløse migranter fikk høsten 2011 prosjektmidler av Helsedirektoratet for å prøve ut om hurtigtest av hiv kunne avdekke og forebygge hivinfeksjon hos papirløse som ellers har liten tilgang til testing. Illustrasjonsfoto: Stig Weston

og ga muntlig informasjon på norsk og engelsk til dem som ventet, med tolkning til andre språk ved behov. Alle ble informert om at prosjektet foregikk med støtte fra Helsedirektoratet, at det var frivillig og konfidensielt å delta, og at hurtigtesting ga resultater innen en halv time. Alle som testet seg ble informert om at ved et positivt testresultat ville de få medisinsk behandling. Informasjon om at medisinsk oppfølging av pasienter som testet positivt dekket av det offentlige uavhengig av oppholdsstatus, bidro også til rekruttering.

På grunn av helsesenterets begrensede åpningstid, og for å senke terskelen for å delta, valgte vi å bruke fingerstikk og kapillærblood i testen. Selve teststrippen ble tapet til prøvetakingsskjema, slik at både deltakeren og sykepleier var sikre på at ikke forveksling av testresultatene kunne forekomme. Da testresultatene forelå, ble deltaker først bedt om å bekrefte sitt navn.

Resultat

Til sammen ble 142 hiv-hurtigtestkonsultasjoner

gjennomført, i snitt seks samtaler i løpet av en fire timers åpningstid. Om lag 30 minutter ble satt av til hver pasient. De 142 hurtigtestene ble fordelt på 128 pasienter i målgruppen, det vil si registrerte pasienter i helsesenterets journalsystem. De øvrige 14 testene (10 prosent) ble tatt av sju personer som fulgte pasienten, tre invalide testresultater uten kontrolllinje, kontrolltesting av tre kjente hivpositive og én retesting på grunn av nye opplysninger.

Prosjektets funn baserer seg således på 125 pasienter som har gjennomført hiv-hurtigtest i løpet av den tre måneder lange prosjektperioden. En pasient testet positivt på hiv. Om lag 33 prosent av pasientene som var innom helsesenteret i prosjektperioden deltok i hurtigtesttilbudet. Prosjektets deltakere kom fra 26 forskjellige land. Blant deltakerne var 26 kvinner (21 prosent) og 99 menn (79 prosent). Kvinnelige deltaker var i snitt 34 år og mannlige 28 år. To land utgjør 50 prosent av deltakerne: for kvinner er disse land Etiopia (27 prosent) og Mongolia (35 prosent); for menn er det Palestina (18 prosent) og Afghanistan (30 prosent). 2,5

prosent av dem som takket ja til informasjon, takket nei til selve hurtigtesten.

De fleste oppga at de hadde lite tid og overskudd til å eksponere seg seksuelt. Det var store sprik i kunnskap om seksualitet og seksuell

«Alle som testet seg ble informert om at ved et positiv testresultat ville de få medisinsk behandling.»

helse. Deltakerne var takknemlige og åpne for ny informasjon, korrigering av manglende informasjon og bekreftelser av at egne valgte strategier hadde vært adekvate og gode.

Erfaringer

Funnene fra dette prosjektet kan ikke brukes i forskningsmessig sammenheng da verken intensjon, utførelse eller analyse tilfredsstillte kravene til forskning. Man må derfor se og



vektlegge erfaringene i prosjektet i lys av dette. Forhåpentligvis kan våre erfaringer skape interesse for en gruppe det hittil er forsket lite på.

At en person av de 125 deltakerne testet positivt viser at udiagnostisert hiv er å finne blant papirløse migranter, noe som ikke er oppsiktsvekkende i seg selv. I et prosjekt med begrenset utvalg er det ikke mulig å dra noen slutninger i forhold til omfang, verken i forhold

Romania og Somalia) kan ha mangelfull folkehelsestatistikk.

Ikke tvang

Helsesenteret valgte å følge European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) sine retningslinjer for screening av hiv i migrasjonsbefolkning som innebærer PICT-screening (8). Tvungen hiv-testing for migranter bryter etiske prinsipper og kan ikke begrunnes ut ifra hensynet til folkehelsen. Man må også vise forsiktighet når man tilbyr hiv-testing til migranter hvis det ikke er reell tilgang til medisinsk oppfølging. Smittevernloven i Norge tilsier at dette blir ivarettatt så lenge pasientene blir henvist.

Diskusjoner

Det oppsto interessante diskusjoner rundt hvem som skulle teste seg. I to tilfeller av slo eldre kvinner i følge med pasienten tilbud om hiv-hurtigtest på vegne av deres yngre, rundt 20 år gamle mannlige landsmenn. I begge tilfellene lyktes vi i å presisere at dette var et allment informasjons- og helsetilbud, ikke et målrettet tiltak mot personer vi mente tilhørte risikogrupper. Selv mennesker som hadde liten eller ingen seksuell erfaring ble informert om at det var bra å teste seg hvis de hadde vært operert eller fått en blodoverføring i hjemlandet.

Kvinneandel

Kvinneandelen steg svakt i løpet av prosjektperioden. Dette må man se i lys av helsesenterets pasientdemografi som består av 32 prosent kvinner og 68 prosent menn. Vi justerte den muntlige presentasjonen av tilbudet til pasientene på venterommet for å øke kvinnelig deltakelse. Legene kunne også rapportere at flere kvinner ba om en hiv-test som en del av konsultasjonen inne hos legen.

Utsatt gruppe

Selv med anbefaling fra helsepersonell og et gratis tilbud var det to tredjedeler som ikke ville teste seg. Flere som hadde vært innom helsesenteret og vurdert å ta hiv-hurtigtesten sa at de ville komme tilbake for prosjektets slutt. Vi er usikre på hvor mange som faktisk gjorde det. Å leve som papirløs migrant er en ustabil tilværelse, og man skal til en viss grad være personlig trygg for å teste seg for hiv. Pasienten som testet positivt uttrykte kort tid etter prøvesvar: «Før hadde jeg ett stort problem; nå har jeg to!» Pasienten siktet til det å være papirløs som å ha

ett problem og det å teste positivt på hiv som å få ett til. Ikke alle er klare for å få vite sannheten. Og selv om de er blitt informert om et behandlingstilbud videre, er det ikke sikkert de stoler helt på dette i en så utsatt situasjon som det er å ikke ha oppholdstillatelse.

Tid og krefter

Flere av deltakerne fortalte at de brukte mye tid og krefter på å overleve, og på å opprettholde en tilværelse som ivaretok opplevelsen av egen verdighet og anstendighet, selv om fattigdom og uttransportering truet. De fleste oppga at de hadde lite tid og overskudd til å eksponere seg seksuelt. «Penger og papirer, mer har jeg ikke tid eller energi til!» sa en lettet afrikansk kvinne i 30-årene da hun fikk sitt negative hurtigtestsvar. Det var i hovedsak unge menn som ga uttrykk for at de deltok i risikoatferd. Disse unge mennene hadde kunnskap om og tilgang til kondomer, men var ikke konsekvente i å bruke det. Det kom også frem historier om risikoeksponering, som for eksempel deltakere med lang erfaring som lastebilsjåfør i Afrika, personer utsatt for gjengvoldtekt på flukt gjennom Europa og deltakere som hadde oppdaget at partneren hadde flere seksuelle forhold på siden.

Få av våre erfaringer i prosjektet tilsier at det foregikk stort salg av seksuelle tjenester blant pasientgruppen. Med unntak av en pasient var det ingen som innrømmet at de solgte seksuelle tjenester. De som oppga eller møtte opp med fast partner, hadde som oftest lange etablerte forhold. Det kan tenkes at papirløse migranter i Oslo som selger seksuelle tjenester, allerede har kontakt med helsetilbud for prostituerte og således ikke hadde bruk for prosjektets hiv-hurtigtesting.

Kunnskapssprik

Ut ifra spørsmål som ble stilt, enten ved informasjonssamtalen før test eller ved gjennomgang av hurtigtestresultatene, er det store sprik i kunnskap om seksualitet og seksuell helse. Etter å ha fått informasjon om nødvendigheten av kondombruk ved seksuell omgang med partner med ukjent seksuell historie, ved hjelp av Helsedirektoratets hiv- og aids-piktogram (IS-1614/1615), kunne noen komme med spørsmål, for eksempel om det er trygt å ta sin partner på brystene. På den andre siden fantes det leger, sykepleier, advokater og journalister blant deltakerne. Med disse kunne det oppstå interessante diskusjoner i forhold til epidemier, fordommer,

«Flere var usikre på hvordan hiv smitter og ikke smitter.»

til pasienter på helsesenteret eller papirløse generelt. Det er også vanskelig å trekke entydige slutninger om en så heterogen gruppe som papirløse migranter. For å redusere mørketall og unngå sen diagnostisering av hiv-infeksjon, er det likevel sentralt at terskelen for å teste seg er så lav som mulig og at det er behandlingsmulighet ved positivt testresultat. Papirløse migranter i Norge har i dag ikke rett til fastlege der det er naturlig å teste seg, men de har rett til hiv-behandling dersom de blir henvist til spesialisthelsetjenesten.

En tredel deltok

Dersom to tredjedeler av papirløse migranter i Norge er tidligere asylsøkere, kan vi anta at de fleste har hatt mulighet til å ta kontakt med norsk helsevesen før kontakten med vårt helsesenter. At en tredjedel av pasientene på helsesenteret, inkludert tidligere asylsøkere, ønsket å teste seg for hiv i prosjektperioden, gir utgangspunkt for nye spørsmål. Har disse pasientene lenge ønsket å ta en slik test uten å få et tilbud, eller er det på grunn av manglende informasjon om tidligere testresultat? Tok pasientene testen på grunn av nysgjerrighet, eller skyldes det at mange har seksuell risikoatferd som papirløs migrant?

Prevalens

Prevalensen av hiv hos papirløse migranter i Norge vil trolig være preget av prevalens i opprinnelseslandene. Russland, Etiopia og Nigeria, som er land der mellom 1–5 prosent av befolkningen mellom 15 og 49 år er hivsmittet, var blant de ti største nasjonalgrupperinger av papirløse som hadde oppsøkt Helsesenteret fra oktober 2009 til september 2011 (7). Det er grunn til å tro at de sju andre landene (Afghanistan, Palestina, Iran, Irak, Mongolia,

testing og behandlingsmuligheter i opprinnelsesland. De aller fleste hadde kjennskap til begrepet «hiv», og alle reagerte gjenkjennende på uttrykket «aids». Mange hadde tatt en hiv-test før, noen også i Norge, men flere var usikre på hvordan hiv smitter og ikke smitter. På mange måter gjenspeiler prosjektdeltakernes kunnskap om hiv og aids kunnskapen i det norske samfunnet.

Nyttig tilbud

Som helsearbeidere i et primærhelsetilbud var det faglig tilfredsstillende å kunne tilby pasienter en enkel tjeneste som var nyttig. Det var absolutt fordel med å tilby en hurtigtest for hiv og ikke kun serologisk prøve, især når resultatene meddeles umiddelbart på en konkret og fortlølig måte. Å gå visuelt gjennom testresultatene ga en ytterligere trygghet der hvor det fantes språklige utfordringer. Mange av dem som hadde testet seg for hiv i Norge tidligere, mislikte at ingen svar betydde at man ikke har hiv-infeksjon. Dette kan være en naturlig menneskelig reaksjon, men kan også ha sammenheng med at enkelte har opplevd lang ventetid på svar i asylsakene som så viser seg å være negative. Samtidig fikk vi tilbakemeldinger om at en halvtimes ventetid var «den lengste halvtimen i mitt liv». Prosjektsykepleier bekreftet at dette var en naturlig reaksjon, og brukte den pedagogisk for at deltakerne i et senere seksuelt møte skulle velge beskyttelse for å slippe den psykiske påkjenningen det var å teste seg. ■■■

LITTERATUR

1. Lovdata. Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket. <http://www.lovdata.no/ltavd1/filer/sf-20111216-1255.html> (15.05.12).
2. Li Chun Zhang Developing Methods for Determining the Number of Unauthorized Foreigners in Norway. Oslo: Statistics Norway, 2008.
3. Aarseth S, Kongshavn T, Kristoffersen O. Går papirløse innvandrere til allmennlege? Utposten 2009; 4: 7-12.
4. Myhrvold T. Illegale ved sin blotte eksistens. Om papirløse migranternes helsestatus og behov for helsetjenester. En systematisk litteraturstudie. Vård i Norden 2010; 97(3): 38-43.
5. Øien C, Sønsterudbråten S. 2011. No way in, no way out?. Fafo rapport 2011:03.
6. WHO, Guidance on provider-initiated hiv testing and counselling in health facilities; 2007. <http://www.who.int/hiv/topics/vct/en/>
7. UNAIDS Hiv Prevalence Map (2010) Tilgjengelig fra: http://www.unaids.org/documents/20101123_2010_HIV_Prevalence_Map_em.pdf
8. European Centre for Disease Prevention and Control: Migrant Health: HIV testing and counselling in migrant populations and ethnic minorities in EU/EEA/EFTA Member States. Stockholm: ECDC; 2011. http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1108_TER_HIV_in_migrants.pdf

✓ Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

KOMBINER JOBB OG AKUPUNKTURUTDANNING!

- Jeg kan fortsatt bo i Stavanger, jobbe som sykepleier og ta en bachelor i akupunktur på deltid i Oslo. Min sykepleierutdanning gir meg fritak fra de



Marianne Mohagen (25)
Sykepleier og akupunkturstudent,
Stavanger

fleste medisinske fag det første året. Akupunkturutdanningen vil gi meg flere valgmuligheter i forhold til å jobbe med pasienter og jeg ser frem til å kombinere vestlig og østlig medisin i praksis.

- Den helhetlige forståelsen av mennesket er grunnleggende i din sykepleierutdanning. Dette gir deg et bra utgangspunkt når du skal lære helhetsforståelse innen kinesisk medisinsk filosofi. Dine kunnskaper om anatomi/fysiologi og sykdomslære, kombinert med gode kommunikasjonsferdigheter og evne til å samarbeide med andre helseprofesjoner, er viktig når du skal arbeide som akupunktør.



Edna Røssberg
Sykepleier og høyskolelektor
ved Institutt for akupunktur

Som sykepleier kan du søke om fritak fra medisinske emner, og eventuelt starte direkte på andre året i bachelorstudiet. Du kan ta bachelor i akupunktur på hel- eller deltid. Se www.nhck.no for mer informasjon.

Norges Helsehøyskole holder til sentralt i Oslo på Ullevål Stadion og er en del av Høyskolen Campus Kristiania.

TA EN BACHELORGRAD I:

AKUPUNKTUR HEL- OG DELTID

ERNÆRING

FRISKLIV OG
LOKALT FOLKEHELSEARBEID

FYSISK AKTIVITET
OG ERNÆRING

OSTEOPATI



Norges Helsehøyskole
Campus Kristiania

Kontakt oss hvis du ønsker mer informasjon:
Tlf 22 70 19 00 - studier@nhck.no - www.nhck.no

– Klokt om Parkinson

Svenske Staffan Råberg har skrevet *Hjärna Parkinson*, en bok om å leve med Parkinson. Boken kom ut i 2011, og anbefales varmt av norske Torgeir Torsteinsen. I likhet med forfatteren er han utdannet sykepleier og har selv Parkinson. Han mener boken er nyttig, både for helsepersonell, pasienter og pårørende.

– Boken er lett å forstå og lett å lese, sier Torsteinsen.

– Den tar for seg ulike sider av sykdommen, som forstoppelse, sexhunger og overdrevet følsomhet. Mange tenker bare skjelvinger, stivhet og lutende gange når de tenker på Parkinson, sier han.

– Forfatteren er flink til å sette ord på ting man selv kanskje overser. Ting kan fort bli en vane, også symptomer. Forfatteren av boken gir mange råd for at de med Parkinson kan leve fullverdige liv. Det er jeg også opptatt av. Det er viktig å leve livet og ikke bare bekjempe sykdommen, sier Torgeir Torsteinsen.



Hjelper netthefta ungdom

80 spillavhengige ungdommer har fått hjelp i Rogaland. Psykiatrisk sykepleier Gro Tepstad erfarer at det ikke nødvendigvis er dataspilling som er problemet, men nettbruken. Enkelte bruker all tiden de er våkne foran pc-skjermen.

Sammen med familierapeut Elsa Kvam har Gro Tepstad et lavterskeltilbud for spillavhengige mellom 13 og 25 år. Tilbudet er gratis og finansiert av

Helsedirektoratet.

Det er hovedsakelig foreldre, men også helsesøstre og ungdom selv, som tar kontakt. Det er særlig gutter som har problemer, og grunnen kan være mobbing eller at de ikke føler de får det til i det virkelige livet.

Snittalderen er 17 år, men ungdom helt ned til 13 år har fått hjelp.

Kilde: Stavanger Aftenblad

Behandling og relasjon

I en ny bok gir psykolog Bjørn Wormnes oversikt over psykologiske faktorer i en god og virksom behandling. Behandling som virker er rettet mot studenter i psykologi, medisin og helsefag og profesjonelle som gir pasienter behandling eller veileder kolleger.

Ifølge forlaget beskriver boken hvordan samarbeid og allianse virker, og hvor viktig det er å ha oppmerksomhet på blant annet ressurser og mestringsting.



Læring på Langerud

– Sykepleierstudentene hos oss må bruke tilgjengelig forskning systematisk fra første dag i praksisperioden. Alle sykepleiefaglige avgjørelser tas etter innhenting av forskningsresultater, sier institusjonssjef Bente Sæve ved Langerud sykehjem i Oslo.

Den såkalte Langerudmodellen er ut-

viklet i samarbeid med Høgskolen i Oslo og Akershus. Faglærere, praksisveiledere og en bibliotekar samarbeider om å veilede studentene. Det er også etablert et eget elektronisk læringssystem, Wiki Langerud. Her kan alle kommuniserer med hverandre og utveksle erfaringer på tvers av fag, sykehjem og høyskole.

– Det handler om å bruke systematisk forskning fra første stund, sier Gerd Melsæter (HiOA), grunnlegger av Langerudmodellen. Tidligere baserte studentene kunnskapene sine på erfaringer hos de ansatte og på kontakt med pasienter og pårørende.

Forskningsmagasin

Nominert til pris

Bård Nannestad er nominert til Sørlandets litteraturpris for boken *Da Henrik Husten kom hjem*. «Gripende og overraskende lesning. Velskrevet om fortid og å kjenne sin historie» står det blant annet i begrunnelsen for nominasjonen.

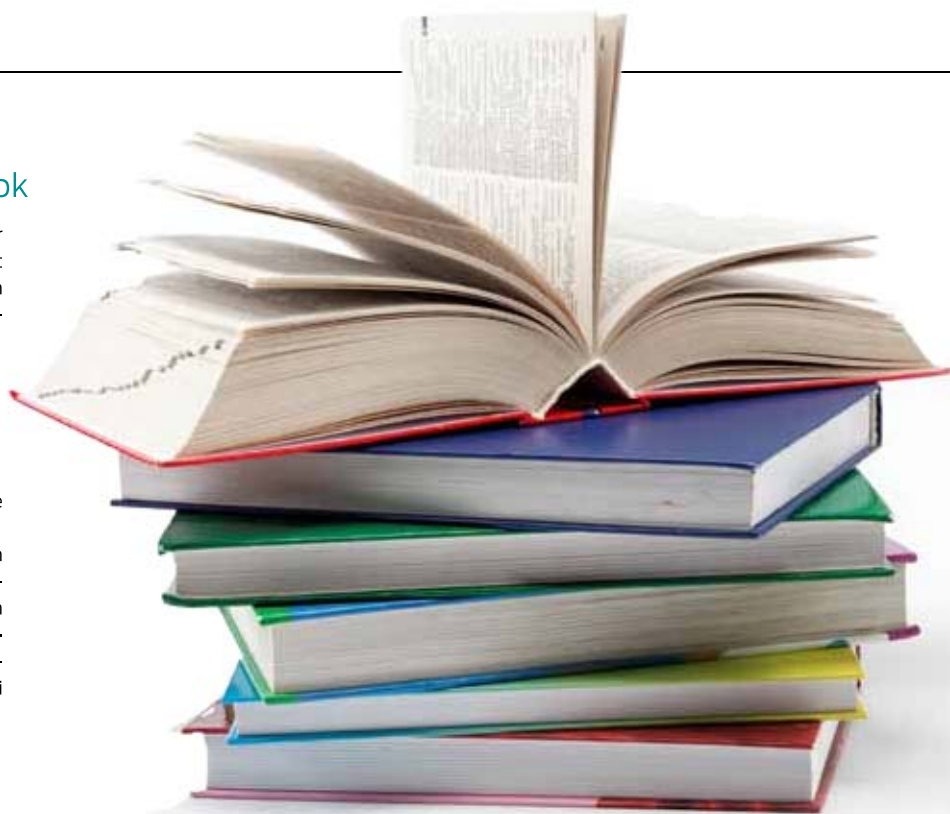
Bård Nannestad er psykiatrisk sykepleier og jobber på Sykehuset Sørlandet. Da Henrik Husten kom hjem er en bok om menn, skjebner og valg. Boken har fått gode kritikker.



Pris for lærebok

100 000 kroner lokker Universitetsforlaget med i jakten på den beste læreboken. Ifølge forlaget er den norskspråklige læreboken under press, og søker etter prosjektbeskrivelser av lærebøker til bruk i høyere utdanning.

Frist for å sende inn bidrag er 15. april. Vinneren blir kåret av en uavhengig jury, og presentert på Universitetsforlagets sommerfest i juni.





Nei til screening

Det blir ikke screening for barseldepresjon i Norge. Det har Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten bestemt.

Helsedirektør Bjørn Guldvog vil ikke sykkelgjøre friske kvinner. Den metoden som er skissert finner ni av ti med barseldepresjon, men det er bare en av tre som tester positivt som faktisk har depresjon.

Kilde: Dagens Medisin



Færre dør

Færre dødfødte og færre barn som dør like etter fødselen. Nedgangen har vært jevn de siste tolv årene, ifølge Medisinsk fødselsregister.

I Norge er 3 av 1 000 fødte barn dødfødte. Det er litt forskjeller fylkene imellom, med flest dødfødte i Finnmark og færrest i Møre og Romsdal.

Også for tidlige tap og barn som er døde mellom uke 16 og 21 i svangerskapet er det registrert en sterk nedgang.

Ifølge professor Rolv Skjærven ved Medisinsk fødselsregister er årsakene flere, blant annet mindre dagligryking under svangerskapet, sunn livsstil og bedret ernæring.

Kilde: Folkehelseinstituttet

Over 30 i Oslo

Kvinner i Oslo er over 30 år ved første fødsel. Det viser tall fra Medisinsk fødselsregister. Mens gjennomsnittet i Norge er 27,7 år, ligger Oslo høyest med 30 og Nord-Trøndelag lavest med 25,5 år.

Alder ved første fødsel har de siste ti årene økt med 0,6 år i gjennomsnitt. Stadig færre kvinner får barn før de er 20.

Kilde: Folkehelseinstituttet



Pårørende vil delta

Hvordan opplever pårørende til personer med demens innlagt i sykehjem samarbeidet med helsepersonell? De opplevde i stor grad lettelse over å ha fått sykehjemsplass til sine nærmeste, samtidig som det var en belastning. Kjærligheten til ektefellen eller forelderen hadde stor betydning for i hvilken grad de fortsatt involverte seg etter at

personen flyttet til sykehjem, men involveringen hadde også sine grenser. Ønsket om å samarbeide med helsepersonell ble også uttrykt.

Dette er hovedfunnene i en undersøkelse om betydningen av pårørendeinvolvering og hvilke konsekvenser dette har for sykehjemspasienten, i fagbladet Geriatrisk sykepleie. Under-

søkelsen er utført ved to sykehjem og består av intervjuer med elleve pårørende av begge kjønn med ulike roller i forhold til sykehjemspasienten: sønner, døtre, menn, koner og svigerdøtre. De fleste som ble intervjuet var pårørende til en person med demens.

De fleste pårørende beskrev tiden før familiemedlemmet flyttet til sykehjem som tung og vanskelig, men at de opplevde å få et nytt liv etter flyttingen. De som var ektefeller opplevde også at flyttingen satte kjærligheten på prøve, samtidig som kjærligheten gjorde at de fortsatte å gå på besøk selv om det kunne være belastende. Mange pårørende trengte hjelp fra helsepersonell til å sette grenser for involvering i sykehjemspasienten.

Mange av de pårørende opplevde at involveringen var viktig for at sykehjemspasienten skulle få dekket sine individuelle behov og ønsket derfor å samarbeide med helsepersonellet på sykehjemmet. På den annen side kunne de få dårlig samvittighet når de formidlet disse behovene til helsepersonell, fordi det kunne opp-

LES MER: Pårørendes opplevelse av samarbeid med helsepersonell beskrives i fagbladet til geriatrike sykepleiere.



fattes som kritikk og innebære økt arbeidsbelastning for de ansatte.

Hensikten med studien, som er ført i pennen av sykepleier og førstelektor i sykepleievitenskap Anne Norheim og medforfatter Rita Sommereth, sykepleier og cand. socion, er å bedre kunnskapsgrunnlaget om betydningen av pårørendeinvolvering. De skriver at: «Denne kunnskapen vil i neste omgang kunne være til støtte for pårørende, noe som igjen vil kunne ha betydning for kvaliteten på omsorgen til den enkelte pasient».

Tekst **Susanne Dietrichson**
susanne.dietrichson@sykepleien.no



BLANDETE FØLELSER: Pårørende føler ofte lettelse når til personer med demens får sykehjemsplass. Men de opplever det også som en belastning. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Jubileums- boken

Her fra går skibe het jubileums-boken til Bergen Mekaniske Verksteder i 1955. Bedriften markerte på denne måten sitt 100-årsjubileum. Det var her min far arbeidet fra han var 14 til han døde 63 år gammel.

Hjemme hadde boken en sentral plass i bokhyllen. Boken ble viktig for meg. Særlig bildene. Her fant jeg bilder av far, morfar, onkel og «filletante» som var bedriftssykepleier – og i en periode generalsekretær og fylkesleder i NSF. Jeg var stolt av å finne trykte bilder av slekten.

Jeg måtte ha forstørrelsesglass for å kunne gjenkjenne dem på gruppebildene med opptil 100 mann. Far sto i nest bakerste rekke omgitt av andre tømrere og snekkere. De var alle i grovt arbeidstøy.

Boken synliggjør godt at det er forskjell på folk. Noe jeg skjønte tidlig i livet. Arbeiderne framstod som masse. Det var annerledes med funksjonærene. De framstod som individer, velkledde og pene i tøyet. Fire til seks i gruppebildet med plass til fullt navn i bildeteksten. Direktøren og styrets medlemmer fikk hvert sitt bilde der de ser rett inn i kameraets linse, blir foreviget og trykket i stort opplag gitt som jubileumsgave til de ansatte.

På den måten havnet jubileumsboken i mine foreldres bokhylle og i mitt eget unge fang der jeg satt med forstørrelsesglass og gradvis skjønte at det er forskjell på folk – og at det ikke trenger å være sånn.



Hanne Johnsen

- Omsorgssvikt er et universelt fenomen

Hanne Johnsen bruker penn og kamera for å vise frem utsatt barndom.

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

To barn som klemmer hverandre. Et tenksomt blikk. En gjenghengslete unggutter. I svart-hvitt trer de frem på sidene i boken *Vekst i det vanskelige*. I intervjuer forteller utsatte barn om sine liv. Hanne Johnsen har møtt dem på dagsenter, akuttsteder og barnehjem et sted i Russland.

«Ja, selvfølgelig vasker jeg klær. For hånd. Bleier og sånt vasker jeg selv. Ja, mine egne klær også. Jeg vasker alles klær. Det er bare jeg som gjør husmorarbeid her i huset. Ingen andre, bare jeg.» Det forteller seks år gamle Tanja. Første gang Hanne Johnsen møtte henne, var hun på et dagsenter. Senere flyttet hun til bestemoren sin. I likhet med flere av de andre barna i boken har Tanja foreldre som drikker. Som ikke evner å ta vare på barna sine eller gi dem god nok omsorg. Til sammen 24 barn forteller om livet sitt. Hanne Johnsen har intervjuet og tatt bilder.

Det var som kunststudent på New Zealand hun skjønte hvilken kraft som ligger i fotografiet.

– En foreleser utfordret meg på hva jeg ville bruke livet mitt til, forteller hun.

– Svaret mitt var barn. Jeg ville finne ut mer om hva som skjer i barndommen og hvor ulik den kan være. Jeg prøvde å finne ut hvordan barn har det og hvordan det er ikke å ha det så bra. For meg, som har hatt en fin barndom selv, var dette veldig nytt.

Hjemme i Tromsø fikk hun kjenn-

skap til at Norge og Russland samarbeider om å bedre forholdene for utsatte barn og deres familier. Praktiske forhold gjorde det vanskelig å få tilgang til norske barn, så derfor er bare russiske med i boken.

– Men jeg tror omsorgssvikt er et universelt fenomen, sier hun.

– Jeg tror ikke russiske barn opplever det så annerledes enn norske.

Hun ba barna om å tegne. To tegninger. «Hva er viktig for deg» og

Jeg følte meg beklemmt og tenkte hun ikke ville like det jeg hadde skrevet. Men hun sa «ja, dette er min historie». Mange av dem føler ikke skam eller opplever ikke tabuer rundt sin situasjon. Samtidig har jeg et behov for å beskytte dem. Jeg vil ikke at boken skal føre til at de blir møtt med fordommer. Jeg ser heller ikke at fiktive navn gjør noen forskjell, de endrer ikke forståelsen av barnet. Dessuten er det etter russisk lov heller ikke lov

«Jeg tror ikke lenger alle foreldre alltid vil det beste for barna sine.»

«Selvportrett». Flere av tegningene er med i boken.

– De tegner familier og hus, sier hun.

– Jeg tror de drømmer om omsorg og tilhørighet.

I begynnelsen fotograferte hun. Da hun skjønte hvor mye barna hadde å fortelle, begynte hun å intervju dem. Mange av dem fulgte hun gjennom fire år.

– Flere sa jeg var den første voksne som de hadde snakket med dem, likevel var de så flinke til å formidle hvordan de hadde det.

For å ivareta barna, har de fiktive navn og det kommer ikke frem hvor i Russland de bor. For Johnsen var det en balansegang.

– Jeg opplevde at barna ønsket å fortelle. Jeg husker jeg leste opp intervjuet jeg hadde gjort for en av jentene.

å navngi barn og fortelle hvor de bor.

Alle intervjuene er gjort med russisk tolk. Intervjuene er også tatt opp og skrevet ned på norsk, for å få best mulig oversettelse av hva barna faktisk sier og måten de sier det på. Johnsens spørsmål er tatt med i intervjuene for å vise hva barna svarer på. Hun har også gitt barna bilder og oversatt tekstutkast underveis.

– Det har vært viktig for meg å gjøre dem bevisste på hva de har vært med på og å inkludere dem, understreker hun.

I tillegg til boken har hun også laget film, der barna får fortelle med egne ord og hun leser den oversatte teksten.

– Hva har dette gjort med deg?

– Jeg er blitt enda mer engasjert. Nå skjønner jeg hvor alvorlig omsorgssvikt er. Men jeg har også blitt noe sliten og forstår at det kan være vanske-



Hanne Johnsen

Aktuell med: Vekst i det vanskelige. Utsatte barns liv og fortellinger

lig å jobbe med utsatte barn til daglig.

Noe som imponerte henne i Russland, var varmen til de som jobbet på institusjonene.

– Barna var veldig knyttet til dem. De tenkte på dem når de flyttet og reiste tilbake på besøk. Jeg har lurt på hvorfor de er så flinke til det der, og hva vi kan lære av dem. Det var nok større forskjell på institusjonene, men overalt opplevde jeg varmen. Jeg kan ikke forklare det med andre ord. Å gi barna gode møter og gode voksne er så viktig.

Hun er opptatt av at flere får kunnskap om hva omsorgssvikt fører til.

– Første gang jeg var på en russisk institusjon, gikk det ett minutt før en jente hoppet opp i fanget mitt. Jeg skjønte ikke hvordan hun turde etter så kort tid. Jeg var vant til at barn var skeptiske i begynnelsen. Så begynte jeg å lese faglitteratur om tilknytning og barns strategier for å håndtere vanskelige erfaringer. Jeg tenkte dette var kunnskap som var viktig for flere.

Hun inviterte ulike fagfolk til å skrive essay til boken.

– Jeg tror de utdyper intervjuene og fotografiene, sier hun.

– Vil disse barna klare seg?

– Det spørres hva det vil si å klare seg. Er det å fikse skole og jobb eller er det å ha det bra med seg selv? Jeg tror mange av dem vil klare å få jobb, men er redd mange vil slite med dårlig selvfølelse. Noen vil nok klare seg bra, særlig de som har funnet

gode alternative voksenpersoner tidlig. Flere av barna snakker om den spesifikke andre, om voksne som virkelig bryr seg og hvor viktige de er. Min erfaring er at barn hele tiden prøver å skaffe seg gode liv, de prøver å endre livet sitt til det bedre.

Håpet er at boken vil få flere til å se barn.

– Siden jeg har fulgt barna gjennom mange år, har jeg sett blick endres. Jeg har sett de bli mørke. Det er blick som er forbi den alderen barnet egentlig har og som sier noe om erfaringer som tynger. Å se barn som resignerer er trist.

Johnsen tror på barns evner og godhet, men har mistet en illusjon om foreldre.

– Jeg tror ikke lenger alle foreldre vil det beste for barna sine. Jeg trodde det før. For noen foreldre er rusen viktigere enn ungene. De klarer ikke sette ungene først, selv om de har flotte unger. At de ikke får omsorg, handler ikke om ungene. De gjør så godt de kan. ■■■

nina.hernes@sykepleien.no



Erik Arnesen, Master (MSc.) i samfunnsnærings, HiOA, Fagsjef i SomeBody.no

Ikke sikkert vi bør spise mer mettet fett

Ny forskning om mettet fett er ikke så klar som det blir påstått.

Sykepleien hadde i nummer 9, 2012 en kronikk av lege Jan Helge Halleraker med tittelen *Bør vi spise mer mettet fett?* (1). Han argumenterer der for at «mettet fett i hovedsak synes å være sunt, og at inntaket kanskje til og med bør økes».

Halleraker har gått igjennom mye forskning, men etter å ha gått nøye gjennom artikkelen har jeg en mistanke om at han har vært selektiv i valg av referanser. Jeg skal her gå gjennom Hallerakers argumenter for hvorfor vi bør spise mer mettet fett, men vil særlig se på holdbarheten til kildene hans.

Problematiske

Den første studien han refererer til er en metaanalyse av Siri-Tarino og kolleger som ble publisert i *American Journal of Clinical Nutrition* i 2010 (2). Halleraker skriver: «Denne metaanalysen ... konkluderer med at inntak av mettet fett ikke øker forekomsten verken av koronar hjertesykdom eller hjerneslag.»

Metaanalysen konkluderer med at obser-

vasjonsstudier gir utilstrekkelig grunnlag til å konkludere med at mettet fett øker risikoen for hjerte- og karsykdom. Den sier ikke noe om et mulig årsaksforhold mellom mettet fett og hjerte- og karsykdom, men om sammenhenger vist i kohortstudier. Observasjonsstudier utgjør en stor del av kostholdsforskningen – ofte er det det beste vi har – men man må være forsiktig med å tilskrive funn fra observasjonsstudier kausal signifikans.

Flere har reist innvendinger mot nevnte metaanalyse, noe alle som har lest metaanalysen forhåpentligvis tar i betraktning. Halleraker nevner ingen av disse i sin artikkel. I samme nummer av *American Journal of Clinical Nutrition*, satte Jeremiah Stamler tolv spørsmålsteget ved metaanalysen (3). Blant disse var potensielle målefeil i måling av deltakernes kosthold, at metaanalysen ikke skilte mellom generell og dødelig hjertesykdom og at den justerte for kolesterolnivå (som påvirkes av inntaket av mettet fett).

Referanser

Under avsnittet «Karbohydrater», skriver Halleraker at han nå er «... overbevist om at den viktigste årsak til folkesykdommer som hjerte- og karsykdommer, overvekt og diabetes mellitus type 2, er et for stort inntak av raffinerte karbohydrater, og spesielt karbohydrater med høy glykemisk indeks, og kanskje særlig monosakkaridet fruktose som blant annet finnes i sukker».

Referanse 4 i dette avsnittet viser til en pressemelding fra University of California, San Francisco, som omhandler endokrinolog

Robert Lustig. Pressemeldingen handler ikke om noe konkret ny forskning, men påstander fra Lustig om at sukker – særlig fruktose – blant annet fører til insulinresistens og fettlever. Referanse 5 er et halvannet times langt foredrag lagt ut på YouTube, hvor den samme Lustig forteller «den bitre sannheten» om sukker. Flere har gransket dette foredraget, og kalt deler av det feilaktig og «villedende» (4,5,6).

Utelukker kritikere

Referansene 6 og 7 leder til to bøker av journalisten Gary Taubes: *The Diet Solution* og *Why We Get Fat and What To Do About It*. I disse bøkene forfekter Taubes at karbohydrater (særlig raffinerte karbohydrater) er «den ultimate årsaken til fedme» ved at det øker insulininnivået, noe som angivelig fremmer fettlagring. Taubes har i ettertid blitt kritisert fra fagfolk innen ernæring og medisin for bare å støtte seg til kilder som taler for sin hypotese, mens han utelater hundrevis av nyere studier (7,8).

Referanse 8 viser til en ikke-systematisk gjennomgang av forskning rundt mettet fett (9). Denne artikkelen nevner studier som viser at det å bytte ut mettet fett med lavglykemiske («grove») karbohydratkilder ikke er forbundet med økt risiko for hjerte- og karsykdom. Den referer også til metaanalyser som viser at det å bytte ut mettet fett med flerumettet fett reduserer kolesterolet, og er forbundet med 13 prosent lavere risiko for hjertesykdom og 26 prosent reduksjon i dødelighet fra hjertesykdom. Dette er opplysninger som taler imot Hallerakers anbefaling om å spise mer mettet fett.

Hovedbudskap
Dette er en kommentar til artikkelen «Bør vi spise mer mettet fett?» i Sykepleien 9/2012.

Søkeord
Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.
▶ Hjerteinfarkt ▶ Hjerneslag ▶ Kosthold



FAG
 Hjerne- og karsykdom

Jan Helge Halleraker,
 lege, fagdirektør,
 Høgskolen Stord/
 Haugesund

Bør vi spise mer mettet fett?

Ny forskning viser at mettet fett antakelig ikke er så usunt som man har trodd.

Flere tiår har det vært allment akseptert at mettet fett fører til økt forekomst av hjerte- og karsykdom. Ny forskning setter imidlertid spørsmålsten ved om dette er korrekt. En del nye studier peker nemlig i retning av at hovedårsaken til fellepsykdommer som hjerte- og karsykdommer, overvekt og diabetes mellitus type 2 heller er å finne i et for stort inntak av raffinerte karbohydrater.

len Stord/Haugesund om jeg kunne tenke meg å holde et foredrag over temaet: «Kost, helse og julefett». Det ble faktisk at dette var en nysansning for å nå ut med viktig kunnskap til et større publikum, (3). Jeg svarte ja på forespørselen, for jeg har alltid vært av den oppfatning at helseopplysning er en meget viktig oppgave for helsepersonell.

kan kun metaboliseres i leveren og overbelaster derfor denne nok så fort, og er trolig derfor årsak til ikke-alkoholisk fettlever hos betydelige deler av befolkningen, og spiller også trolig en vesentlig rolle i utviklingen av metabolsk syndrom. Et høyt inntak av fruktose kan også føre til uheldige fysiologiske effekter som ugunstig fettansamling i blodet, høyt blodtrykk og annet. (4,5,6,7).

Ny forskning

Jeg hadde undervist sykepleiestudentene ved Høgskolen Stord/Haugesund om hjerte- og karsykdommer i fire år, da jeg oppdaget en natts i min interesse. I år, 2010 skriver nemlig assistentredaktør Eirik Hjem følgende: «Mettet fett i kosten er ikke forbundet med økt forekomst av hjerte- og karsykdom. Det viser en metaanalyse i American Journal of Clinical Nutrition» (1, s. 130). Denne metaanalysen refererer til 21 ulike studier som til sammen inkluderte over 340 000 mennesker i perioder på mellom 5 og 23 år, og konkluderte med at inntak av mettet fett ikke øker forekomsten (verken av koronar hjertesykdom eller hjerneslag) (2).

Helseopplysning

Høsten 2011 hadde jeg denne artikkelen i mente da jeg fikk en forespørsel fra ledelsen ved Høgskolen Stord/Haugesund om jeg kunne tenke meg å holde et foredrag over temaet: «Kost, helse og julefett».

Sunt fett

Julefett (les mettet fett) var altså et av stikkordene. Jeg skulle støtte de kostholds anbefalinger som flere tiår har gått ut på at man må unngå mettet fett i kosten fordi det gir økt forekomst av hjerte- og karsykdom, eller om man skulle tillegge disse nye vitenskapelige funnene som ble trukket frem i artikkelen i Tidsskrift for Den norske legeforening større vekt. Etter å ha gjennomgått en stor mengde faglitteratur, kom jeg til at mettet fett i til og med bør økes. Men jeg vil understreke at all grad av usikkerhet. Det er så mange ulike variabler å ta hensyn til, og jeg får beholde meg derfor retten til å endre standpunkt dersom pålitelig forskning senere skulle komme til den annen konklusjon.

Karbohydrater

Etter hvert som jeg leste meg ytterligere opp på temaet, ble jeg mer og mer overbevist om at den viktigste årsak til fellepsykdommer som hjerte- og karsykdommer, overvekt og diabetes mellitus type 2, er et for stort inntak av raffinerte karbohydrater, og spesielt karbohydrater med høy glykemisk indeks, og kanskje særlig monosakkarid fruktose som blant annet finnes i sukker (4,5,6,7,8,9). Raskt absorberbare karbohydrater gir høyt insulinnivå i blodet som synes å ha flere uheldige fysiologiske effekter. Det er for eksempel antydning at det gir en lavgradig kronisk betennelsestilstand i kroppen. Insulin er også et meget effektivt fettlagringshormon, og hyperinsulinemi synes å låse fett til kroppen slik at vektmedgang blir vanskelig. Fruktose øker nok lav glykemisk indeks, men det

Hjerte- og karsykdom

For 100 år siden var hjerte- og karsykdommer nesten et ukjent begrep i USA. I dag er det folkehelseproblemet nummer én både i USA og Norge. I 1950 var det, for eksempel, 500 spesialister i kardiologi i USA, mens det i dag er 30 000 (9). Mye tyder på at også økningen i forekomsten av hjerte- og karsykdom i stor grad kan skyldes et økende inntak av fruktose og karbohydrater med høy glykemisk indeks. (4,5,6,7,8,9). Det gir nemlig en ugunstig lipidprofil. Det øker det gode kolesterolet, HDL. Det øker det fællelige typen LDL (small dense LDL), og det øker triglyseridnivået (7).

Fettinntak

En del studier viser at inntak av mettet fett gjør det motsatte; det hever HDL-nivået, det senker nivået av small dense LDL (7). Det er rapportert at



Hovedbudskap
 Flere tiår har man advart mot inntak av mettet fett, fordi man har trodd det kunne føre til økt forekomst av hjerte- og karsykdom. Ny forskning setter spørsmålstegn ved om dette er korrekt, og hevder at det sannsynligvis er et for stort inntak av raffinerte karbohydrater som er hovedårsaken til dominerende livsstilssykdommer som hjerte- og karsykdom, overvekt og diabetes mellitus type 2.

Søkeord
 Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider. [Hjerneslag](#) | [Kosthold](#)

VEKKER REAKSJONER: Jan Helge Halleraker skrev om mettet fett i Sykepleien 9/2012. Erik Arnesen stiller spørsmål ved kildene han bruker.

Kildebruk

Referanse 9 er nok et foredrag på YouTube, denne gang ved Donald W. Miller. Dette er en lege og professor i kirurgi som blant annet er imot all vaksinasjon (10). Han benekter at aids skyldes hiv-viruset og at global oppvarming skyldes menneskelig aktivitet (11). Dette, samt hypotesen om at høyt kolesterol og mettet fett er skadelig, er ifølge han bare «dogmer».

Det at han har mange ukonvensjonelle synspunkter betyr ikke nødvendigvis at han tar feil når det gjelder mettet fett, men det tenner noen varsellamper. Når det gjelder hans foredrag om mettet fett, har det blitt kommentert av legen Harriet Hall på nettstedet Science-Based Medicine (12). Hun kaller det «an exercise in cherry-picking [selektiv kildebruk] and confirmation bias».

Miller mener karbohydrater er det *eneste* som kan gjøre oss fete, og viser til at forekomsten av fedme i USA siden 1980-tallet har økt proporsjonalt med karbohydratinntaket. Han unnlater å nevne at karbohydratinntaket på begynnelsen av 1900-tallet også var svært

høyt (i snitt 500 gram per dag), samtidig som forekomsten av fedme i USA da var svært lav (13,14). Han nevner heller ikke noe om at fettinntaket i USA økte 30 prosent fra 1963 til 1997 (14). Og viktigst av alt: At det totale kaloriinntaket økte med ca. 500 kalorier per dag fra 1980 til 1997 (14).

Forklaring

Halleraker kommer så med en mulig forklaring på hvorfor karbohydrater, og særlig fruktose, er skadelig. Jeg skal ta for meg noen av disse påstandene:

«Raskt absorberbare karbohydrater gir høyt insulinnivå i blodet som synes å ha flere uheldige fysiologiske effekter. Det er for eksempel antydning at det gir en lavgradig kronisk betennelsestilstand i kroppen. Insulin er også et meget effektivt fettlagringshormon, og hyperinsulinemi synes å låse fett til kroppen slik at vektmedgang blir vanskelig.»

Det er riktig at karbohydrater stimulerer utskillelse av hormonet insulin, men også mange proteinkilder fører til høye insulinnivåer (15).

En studie fra 2012 viste at myseprotein til og med gir høyere insulinutskillelse enn loff (16). Å kalle insulin for et fettlagringshormon er en overforenkling, og det er uklart hvorvidt insulinnivå har betydning for vektøkning hos mennesker (17,18,19).

Mer overvekt av mindre fett?

I neste avsnitt forteller Halleraker at forekomsten av overvekt har økt siden 1980, samtidig

«At effekten ikke var mer uttalt er ikke så overraskende ettersom ingen av kvinnene i studien faktisk fulgte dietten.»

som andelen fett i kosten har gått ned. Det er riktig at prosentandelen, altså det relative inntaket av fett har gått ned. Ettersom det totale energiinntaket i befolkningen har økt



siden 1980, er imidlertid det absolutte inntaket av fett – altså antall gram per dag – uendret, eller litt høyere (20). Den landsrepresentative kostholdsundersøkelsen *Norkost 3* viste at norske menn og kvinner i gjennomsnitt fikk 34 prosent av kaloriene fra fett og 43–44 prosent fra karbohydrater i 2010–11. Dette tilsvarer rundt 102 gram fett per dag for menn og 75 gram fett for kvinner. I 1997 og 1993–94 var det gjennomsnittlige fettinntaket på rundt 80 gram per dag (21,22).

Årsak og effekt

Halleraker viser også til en studie som viste at et høyt karbohydratinntak var forbundet med forsnevring i koronarkarene (blodkarene som forsyner hjertet med blod), mens mettet fett ga minst forsnevring blant eldre kvinner som allerede hadde hjertesykdom (23). Dette var en observasjonsstudie og sier derfor ikke noe om årsak og effekt, slik Halleraker antyder når han skriver at et høyt inntak av karbohydrater «førte til forsnevring ...».

Kliniske intervjuingsstudier har funnet redusert intima-media-tykkelse (tykkelsen til arterieveggene) etter redusert inntaket av mettet fett, noe som kan hemme ateroskleroseprogresjonen (24,25). Mettet fett har også vært vist å bidra til svekket endotelfunksjon (endotel: celledaget på innsiden av blod- og lymfeårer) sammenliknet med umettet fett og karbohydrater, noe som på sikt kan føre til åreforkalking (26,27).

Kosthold og gener

Halleraker nevner så en mye omtalt NTNU-studie fra 2011 som han mener viste at fett stimulerte gener som er involvert i blant annet hjerte- og karsykdom og diabetes i mindre grad enn karbohydrater. Dette var imidlertid en studie med kun tre overvektige menn som gikk på en diett i 28 dager, så den har tvilsom generaliserbarhet. Studien sier heller ikke noe om fettinntakets rolle, ettersom det kun var karbohydrat- og proteininntaket som ble endret og fettinntaket var konstant. Andre større studier, som ikke nevnes av Halleraker, har vist at sammensetningen av kostholdet har mindre betydning for genuttrykk i fettvevet enn kaloriinntaket (28,29).

Women's Health Initiative

«En av de dyreste og mest omfattende randomiserte intervjuingsstudiene noensinne ... viste heller ingen reduksjon i forekomsten av

hjerte- og karsykdom ved å redusere fettinntaket», skriver Halleraker videre. Dette var den såkalte *Women's Health Initiative-studien*, som i utgangspunktet handlet om effekten av fettredusert diett på risiko for bryst- og tykktarmskreft blant middelaldrende kvinner. Det er riktig at intervusjonen ikke resulterte i noen stor effekt på risikoen for hjertesykdom, men den fant faktisk en litt lavere risiko for hjertesykdom blant de med lavere inntak av mettet fett eller transfett (30). At effekten ikke var mer uttalt er ikke så overraskende ettersom ingen av kvinnene i studien faktisk fulgte dietten (31). Kolesterolnivået eller blodtrykket deres endret seg heller ikke signifikant.

Flere faktorer

Jeg er enig i at man i dag ikke kan si at mettet fett i seg selv er kategorisk bra eller dårlig. Vel så viktig er det trolig hva man spiser i tillegg til eller i stedet for mettet fett. Systematiske kunnskapsoversikter av kontrollerte, kliniske studier finner at det å spise mer flerumettet fett til fordel for mettet fett reduserer risikoen for koronar hjertesykdom (32). Det finnes videre belegg for at mettet fett i kosten har sammenheng med insulinresistens og økt risiko for type 2-diabetes (33). Den reduserte dødeligheten og insidensen av hjerte- og karsykdommer i Norden de siste 30 årene har blitt tilskrevet lavere kolesterolnivåer (som en følge av redusert inntak av mettet fett) i tillegg til mindre røyking og forbedret blodtryksbehandling (34).

Dette er en noe forkortet versjon av artikkelen «Mangelfullt og misvisende om mettet fett», publisert på bloggen Sunn Skepsis 23. januar 2013 (<http://sunnkskepsis.wordpress.com/2013/01/23/mangelfullt-og-misvisende-om-mettet-fett/>). IIII

LITTERATUR

- Halleraker JH. Bør vi spise mer mettet fett? *Sykepleien* 2012;9:66–69.
- Siri-Tarino PW, Sun Q, Hu FB, Krauss RM. Meta-analysis of prospective cohort studies evaluating the association of saturated fat with cardiovascular disease. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2010;91(3):535–546.
- Stamler J. Diet-heart: A problematic revisit. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2010;91(3):497–499.
- Aragon A. The bitter truth about fructose alarmism. 29. januar 2010. Hentet fra <http://www.alanaragonblog.com/2010/01/29/the-bitter-truth-about-fructose-alarmism>.
- Feinman RD. Wait a Minute, Lustig. The Threat of Fructosephobia. And the Opportunity. 29. juli 2011. Hentet fra <http://rdfeinman.wordpress.com/2011/07/29/wait-a-minute-lustig-the-threat-of-fructosephobia-and-the-opportunity>.
- Katz D. Sugar isn't evil: A rebuttal. *Huffington Post*. 18. April 2011. Hentet fra http://www.huffingtonpost.com/david-katz-md/sugar-health-evil-toxic_b_850032.html.
- Furmento M. Big Fat Fake: The Atkins diet controversy and the sorry state of

- science journalism. *Reason*. 2003;40–49.
- Bray GA. Book review: Good Calories, Bad Calories by Gary Taubes, New York: AA Knopf, Obesity Reviews. 2008;9:251–263
- Kuipers RS, de Graaf D J, Luxwolda MF, Muskiet MH, Dijk-Brouwer DA, Muskiet FA. Saturated fat, carbohydrates and cardiovascular disease. *The Netherlands Journal of Medicine*. 2011;69(9):372–8.
- <http://vaccines.procon.org/view.source.php?sourceID=009427>
- Miller DW. Questioning HIV/AIDS, Human-Caused Global Warming, and Other Orthodoxies in the Biomedical Sciences. 2008. Hentet fra <http://www.lewrockwell.com/miller/miller26.html>
- Hall H. Eat Fat, Get Thin? *Science-Based Medicine*. 6. desember 2011. Hentet fra <http://www.sciencebasedmedicine.org/index.php/eat-fat-get-thin>.
- Gross LS, Li L, Ford ES, Liu S. Increased consumption of refined carbohydrates and the epidemic of type 2 diabetes in the United States: an ecologic assessment. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2004;79(5):774–779.
- Helmchen LA, Henderson RM. Changes in the distribution of body mass index of white US men, 1890–2000. *Annals of Human Biology*. 2004;31(2):174–81.
- Holt SH, Brand Miller JC, Petocz P. An insulin index of foods: the insulin demand generated by 1000-kJ portions of common foods. *American Journal of Clinical Nutrition*. 1997;66:1264–76.
- Salehi A, Gunnerud U, Muhammed S J, Ostman E, Holst J, Björck I, et al. The insulinogenic effect of whey protein is partially mediated by a direct effect of amino acids and GIP on β -cells. *Nutrition & Metabolism*. 2012;9:48.
- Hivert MF, Langlois MF, Carpentier AC. The entero-insular axis and adipose tissue-related factors in the prediction of weight gain in humans. *International Journal of Obesity*. 2007;31(5):731–42.
- Clifton PM, Keogh JB, Noakes M. Long-term effects of a high-protein weight-loss diet. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2008;87(1):23–29.
- Due A, Flint A, Eriksen G, Møller B, Raben A, Hansen JB, et al. No effect of inhibition of insulin secretion by diazoxide on weight loss in hyperinsulinemic obese subjects during an 8-week weight-loss diet. *Diabetes, Obesity & Metabolism*. 2007;9(4):566–74.
- USDA. Part D. Section 3: Fatty Acids and Cholesterol. I USDA: Report of the Dietary Guidelines Advisory Committee on the Dietary Guidelines for Americans, 2010. Hentet fra: <http://www.cnpp.usda.gov/Publications/DietaryGuidelines/2010/DGAC/Report/D-3-FattyAcidsCholesterol.pdf>
- Johansson L, Solvoll K. Norkost 1997. Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant menn og kvinner i alderen 16–79 år. Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, Oslo. 1999.
- Totland TH, et al. Norkost 3: En landsomfattende kostholdsundersøkelse blant menn og kvinner i alderen 18–70 år, 2010–11. Helsedirektoratet, Oslo. 2012.
- Mozaffarian D, Rimm EB, Herrington DM. Dietary fats, carbohydrate, and progression of coronary atherosclerosis in postmenopausal women. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2004;80(5):1175–1184.
- Bernelmans W J, LeFrant J D, Feskens EJ, Broer J, Tervaert JW, May JF, Smit AJ. Change in saturated fat intake is associated with progression of carotid and femoral intima-media thickness, and with levels of soluble intercellular adhesion molecule-1. *Atherosclerosis*. 2002;163(1):113–20.
- Markus RA, Mack WJ, Azen SP, Hodis HN. Influence of lifestyle modification on atherosclerotic progression determined by ultrasonographic change in the common carotid intima-media thickness. *American Journal of Clinical Nutrition*. 1997;65(4):1000–4.
- Keogh JB, Grieger JA, Noakes M, Clifton PM. Flow-Mediated Dilatation Is Impaired by a High - Saturated Fat Diet but Not by a High-Carbohydrate Diet. *Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology*. 2005;25:1274–1279.
- Hall WL. Dietary saturated and unsaturated fats as determinants of blood pressure and vascular function. *Nutrition Research Reviews*. 2009;22(1):18–38.
- Dahlman I, Linder K, Nordström EA, Andersson I, Lidén J, Verdic C et al. Changes in adipose tissue gene expression with energy-restricted diets in obese women. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2005;81(6):1275–1285.
- Capel F, Viguierie N, Vega N, Dejean S, Arner P, Klimcakova E et al. Contribution of Energy Restriction and Macronutrient Composition to Changes in Adipose Tissue Gene Expression during Dietary Weight-Loss Programs in Obese Women. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2008;93(11):4315–4322.
- Howard BV, Van Horn L, Hsia J, Manson JE, Stefanick ML, Wassertheil-Smoller S et al. Low-Fat Dietary Pattern and Risk of Cardiovascular Disease: The Women's Health Initiative Randomized Controlled Dietary Modification Trial. *JAMA*. 2006;295(6):655–666.
- Van Horn L, Manson JE. The Women's Health Initiative: Implications for clinicians. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 2008;75(5):385–390.
- Mozaffarian D, Micha, R, Wallace S. Effects on coronary heart disease of increasing polyunsaturated fat in place of saturated fat: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS Medicine*. 2010;7(3).
- USDA Nutrition Evidence Library. What is the effect of saturated fat intake on increased risk of cardiovascular disease or type 2 diabetes? 2010. Hentet fra http://www.nutritionevidencelibrary.com/evidence.cfm?evidence_summary_id=250189.
- Pedersen JI, James PT, Brouwer I, Clarke R, Elmadafa I, Katan MB et al. The importance of reducing SFA to limit CHD. *British Journal of Nutrition*. 2011;106(7):961–963.

Mangler kunnskap om medikamenter

Ny norsk forskning viser at sykepleiere i sykehjem har et stort behov for kunnskap om legemidler og håndtering av disse.

Tekst **Susanne Dietrichson**

Dette er funnene i en undersøkelse Wenche Wannebo og medforfatter Lise Sagmo har gjort blant sykepleiere ved 28 sykehjem i Nord-Trøndelag. Wannebo er sykepleier, høyskolelektor og studieleder ved Høgskolen i Nord-Trøndelag.

- Legemiddelhåndtering i sykehjem krever grundig kunnskap om eldres fysiologi og interaksjon medikamenter imellom, forteller hun.
- Sykepleiere i sykehjem har ikke tilstrekkelig kunnskap på disse områdene.

Økte krav

Bakgrunnen for undersøkelsen var å kartlegge behovet for kunnskaps- og kompetanseheving innen legemiddelhåndtering blant sykepleiere på sykehjem.

- Vi har tidligere sett at mye tabletter til eldre i sykehjem som ikke skal knuses, knuses. Denne studien underbygger derfor det vi egentlig vet, sier Wannebo.

Hun forteller at funnene fra undersøkelsen i Nord-Trøndelag underbygges av annen norsk og internasjonal forskning.

- Det er særlig kunnskap om medikamentenes farmakologiske egenskaper; hvordan de tas opp, hvilke bivirkninger de har og interaksjoner, sykepleierne mangler, sier Wannebo.

– En del medikamenter som ikke skal brukes av eldre fordi de gir blodtrykksfall og dermed økt falltendens, blir likevel gitt til sykehjemspasienter. Dette gjelder særlig benzodiazepiner, z-hypnotika og enkelte nevroleptika.

Wannebo mener dessuten at kravene til kunnskap om legemidler vil øke etter samhandlingsreformen.

Sykepleiere på sykehjem vil måtte forholde seg til flere og mer komplekse pasientforløp som krever større kunnskap enn i dag, mener hun.



TRENGER KUNNSKAP: Sykepleiere i sykehjem trenger mer kunnskap om medikamenthåndtering. Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt

Uforsvarlig

Mellom 60 og 70 prosent av de 262 sykepleierne som deltok i Wannebos undersøkelse oppga stort behov for kunnskap om aldersfysiologiske forandringer og farmakologi. Studien henviser også til internasjonale studier som blant annet har vist at det gjøres feil ved fem av seks legemiddelutregninger og at 57 prosent av sykepleiere i et utvalg hadde så store kunnskapshull at det var uforsvarlig.

- Det sier seg selv at dette kan få fatale konsekvenser, sier Wannebo.

– Hva kan man gjøre?

- Det er viktig at så mange som mulig får oppdatert kunnskapen sin jevnlig, mener Wannebo.

– Jeg har tro på jevnlig innslag på fagmøter hvor man for eksempel inviterer farmasøyter og diskuterer legemiddelhåndtering med utgangs-

punkt i konkrete pasientkasuser. Dette bør tilbys i arbeidstiden slik at flest mulig kan delta. Det må ledelsen sørge for.

Wannebo er også opptatt av at sykepleierne motiveres til å lese faglitteratur og oppdatere seg på egen hånd.

- Sykepleierne har mye latent kunnskap. Det er viktig at denne stimuleres, slik at sykepleierne tar ansvar for egen læring. ■■■

Les hele undersøkelsen i
Sykepleien Forskning nr. 1–2013.

sykepleien
forskning



Elisabeth Flo, Institutt for samfunnspsykologi, UiB, Nasjonal kompetansetjeneste for søvn sykdommer, Haukeland universitetssykehus

Nils Magerøy, Yrkesmedisinsk avdeling, Haukeland universitetssykehus

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

Ståle Pallesen, Institutt for samfunnspsykologi, UiB Nasjonal kompetansetjeneste for søvn sykdommer, Haukeland universitetssykehus

Bjørn Bjorvatn, Institutt for samfunnsmedisinske fag, UiB, Nasjonal kompetansetjeneste for søvn sykdommer, Haukeland universitetssykehus

Skiftarbeid gir søvnproblemer

Søvnforstyrrelser knyttet til skiftarbeid fører til problemer med å sovne, kortere søvn og trøtthet på jobben.

A få nok søvn er avgjørende for kroppens og særlig hjernens restitusjon. Mangel på søvn kan påvirke immunforsvar og mentale funksjoner som hukommelse og læring (1). 3000 sykepleiere deltar i et pågående norsk forskningsprosjekt om hvordan skiftarbeid påvirker søvn og helse.

Søvnforstyrrelser

Søvnforstyrrelser er blant de vanligste negative helseeffektene av skiftarbeid. Skiftarbeid, og særlig nattarbeid, forutsetter aktivitet på tidspunkter da kroppen er biologisk tilpasset søvn og hvile, og søvn når man skulle vært våken og aktiv. Søvn reguleres av tre faktorer: 1) hvor lenge man har vært våken, 2) døgnrytmen og 3) vaner/

atferd (1). Flere av kroppens funksjoner følger en døgnrytme – en syklus på cirka 24 timer. Kroppens biologiske døgnrytme følger sin egen

«indre klokke», som vanligvis er noe lengre enn jordas 24-timers døgn. For å følge samfunnets rytme må derfor den indre klokken justeres litt hver dag, her spiller særlig dagslys en viktig rolle. Døgnrytmen påvirker hvor lenge man sover og

«Søvnforstyrrelser er blant de vanligste negative helseeffektene av skiftarbeid.»

hvor søvnlengde man er når man går og legger seg. Hvor lenge man har vært våken påvirker hvor dypt man sover (1). Søvnforstyrrelser knyttet til skiftarbeid innebærer ofte vansker med å sovne, kortere søvnlengde og søvnighet i arbeidstiden.

Søvnmangel vil kunne føre til svekket prestasjonsevne, reaksjonstid og hukommelse samt en økning i feil og uhell. Skiftarbeid kan derfor svekke jobbprestasjonen (1). Selv om søvnproblemer blant skiftarbeidere har blitt forsket på i flere tiår, har det ikke blitt laget et godt spørreskjema som på en systematisk måte måler hvordan ulike typer skift (dag, kveld, natt, og fridager) påvirker problemer med søvn og søvnighet.

GJESP: Søvnproblemer relatert til skiftarbeid kan gjøre deg trøtt på jobb. Illustrasjonsfoto: Scanpix



Hovedbudskap

«The Bergen Shift Work Sleep Questionnaire» er et nytt spørreskjema som måler søvn- og søvnighetsproblemer ved ulike skift. Spørreskjemaet har blitt benyttet til å se på hvordan både skift og arbeidstidsordning påvirker forekomsten av søvn og søvnighetsproblemer blant norske sykepleiere. Selv om nattskift og roterende turnus framstod som mest problematisk, var også dagskift forbundet med søvn- og søvnighetsproblemer.

Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- › Arbeidstid
- › Arbeidsmiljø
- › Søvn
- › Spørreundersøkelse

Tabell 1: Sykepleiere inndelt etter arbeidstidsordning som ofte eller alltid opplever problemer med søvn og søvnighet knyttet til dagskift, kveldsskift, nattskift og fritid.

| Dagskift | % |
|----------------|------|
| Permanent dag | 33,8 |
| Todelt turnus | 37,2 |
| Tredelt turnus | 35,6 |
| Kveldsskift 1 | % |
| Todelt turnus | 29,8 |
| Tredelt turnus | 19,8 |
| Nattskift 2 | % |
| Permanent natt | 41,7 |
| Tredelt turnus | 67,7 |
| Fritid 3 | % |
| Permanent dag | 6,8 |
| Todelt turnus | 4,2 |
| Permanent natt | 11,4 |
| Tredelt turnus | 3,6 |

Nytt spørreskjema

For å bedre forstå hvordan skiftarbeid forstyrrer søvnen har vi utviklet et nytt spørreskjema: «The Bergen Shift Work Sleep Questionnaire» (BSWSQ) (2). BSWSQ inneholder spørsmål om syv vanlige problemer med søvn og søvnighet som forekommer i forhold til dagskift, kveldsskift, nattskift og fritid. Det blir spurt hvor ofte man: 1) bruker over 30 minutter på å sovne, 2) er våken mer enn 30 minutter innimellom søvnen, 3) våkner opp mer enn 30 minutter tidligere enn ønsket uten å få sove igjen, 4) føler seg lite uthvilt etter å ha sovet, 5) føler seg søvngig/trett i arbeidstiden, 6) føler seg søvngig/trett på arbeidsdager, utenom arbeidstiden, 7) føler seg søvngig/trett når man har fri/ferie (2).

Spørreskjemaet er benyttet i SUSH-studien, der sykepleiere med flere forskjellige arbeidstidsordninger deltar. Ved hjelp av data fra denne studien har dette spørreskjemaet allerede blitt vurdert som velegnet til å studere søvn ved skiftarbeid (2). I SUSH-studien har BSWSQ ikke bare blitt benyttet til å se på forskjeller

mellom skift (dag, kveld og natt), men også til å studere forskjeller mellom arbeidstidsordninger (permanent dag, permanent natt, todelte turnus (dag – kveld) og tredelte turnus (dag – kveld – natt) når det gjelder søvn og søvnighet.

Ny undersøkelse

I en ny undersøkelse fra SUSH-prosjektet ble ulike arbeidstidsordninger sammenliknet i forhold til søvn- og søvnighetsproblemer. Vi fokuserte på sykepleierne som rapporterte at de ofte eller alltid opplevde skiftrelaterte søvnproblemer (3). I presentasjonen la vi frem data fra sykepleiere med fire ulike arbeidstidsordninger: tredelt turnus, todelte (dag/kveld) turnus, permanent nattarbeid og permanent dagarbeid. Det ble ikke funnet noen forskjell i søvn- og søvnighetsproblemer knyttet til dagskift for disse arbeidstidsordningene. Det var likevel cirka 30 prosent av sykepleiere som rapporterte søvn- og søvnighetsproblemer knyttet til dagskift (tabell 1). Dette kan reflektere at det å starte tidlig på jobb er problematisk for mange, uansett hvilken arbeidstidsordning de har.

Det var generelt lavest forekomst av søvn- og søvnighetsproblemer knyttet til kveldsskift. Kanskje noe overraskende rapporterte todelte turnusarbeidere større grad av søvnproblemer knyttet til kveldsskiftet, enn de som jobbet tredelt turnus (tabell 1). Det er mulig at organiseringen av fridager og rotering mellom skift har betydning for denne forskjellen.

Søvn ved nattskift

I forhold til søvn- og søvnighetsproblemer relatert til selve nattskiftet, rapporterte flere som jobbet tredelt turnus problemer enn de som jobbet permanent nattskift (tabell 1). Roteringer mellom ulike skift kan også være en påkjenning. I så måte var ikke forskjellen mellom tredelt turnus og permanent nattskift overraskende. Det er imidlertid viktig å understreke at en god del av sykepleierne som jobbet permanent nattskift også rapporterte problemer. Dette viser at både rotasjon mellom ulike skift og nattskift i seg selv er problematisk for mange. Nattskiftet var dessuten det skiftet som pekte seg mest negativt ut med hensyn til andelen som rapporterte søvn- og søvnighetsproblemer. Interessant nok var det flest permanent nattskiftarbeidere som rapporterte søvn- og søvnighetsproblemer på

fridager. Det er gjerne mest problematisk for disse sykepleierne å snu døgnrytmen tilbake til dagtid – noe som for de fleste er sosialt ønskelig.

Arbeidstidsordningen påvirker søvnen til sykepleiere. Det er viktig å understreke at selv om sykepleiere rapporterte problemer, var alle friske nok til å være i jobb. Det er viktig å skille mellom symptomer som kun knyttes til for eksempel nattskift, og kliniske, vedvarende søvnproblemer som for eksempel insomni. Riktig organisering av fritid og rekkefølge av skift vil kunne hjelpe skiftarbeidere slik at søvnproblemene ikke utvikler seg til et større og mer vedvarende problem.

Oppsummering

1) Sykepleiere med todelte turnus hadde signifikant mer problemer enn dem med treskiftturnus, 2) Sykepleiere med treskiftturnus hadde signifikant mer problemer enn permanente nattskiftarbeidere, 3) Permanente nattskiftarbeidere rapporterte signifikant mer problemer enn sykepleiere med to- og tredelt turnus.

Forskningsprosjektet SUSH fortsetter å samle inn data. Nye undersøkelser framover vil kunne gi økt kunnskap om samspillet mellom skift, arbeidstidsordning og søvn. III

Fakta

Forskerne bak «Spørreundersøkelsen om Skiftarbeid, søvn og helse hos sykepleiere» (SUSH) har sendt ut spørreskjema årlig siden 2008 for å studere sykepleierens utvikling med hensyn til arbeidsforhold, livsstil, søvn, døgnrytmeforstyrrelser, helse og personlighetstrekk over tid. SUSH-studien representerer et samarbeid mellom forskere knyttet til Universitetet i Bergen og Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer, ved Haukeland universitetssjukehus (www.sovno.no). Les også fagartikkelen «Robuste og aktive sykepleiere tåler skiftarbeid» i Sykepleien nr. 2/2013.

LITTERATUR

1. Bjorvatn B. Søvnpsykiatri. Bergen: Fagbokforlaget, 2012.
2. Flo E, Bjorvatn B, Folkard S, Moen BE, Grønli J, Nordhus IH, Pallesen S. A Reliability and validity study of the Bergen Shift Work Sleep Questionnaire in nurses working three-shift rotations Chronobiol Int 2012;29:937-46.
3. Flo E, Pallesen S, Åkerstedt T, Mageroy N, Moen BE, Grønli J, Nordhus IH, et al. Shift-related sleep problems vary according to work schedule. Occup Environ Med. 2013 (ePub).



Lillian Lillemoen,
medlem av Rådet for sy-
kepleieetik, forsker ved
Universitetet i Oslo og
Høgskolen i Østfold

«Kan du vaske meg nedentil?»

Voldshendelser mot helsepersonell blir i stor grad overlatt til den enkelte å håndtere og har en tendens til å privatiseres.

Jeg er til stede sammen med Hannah, en ung sykepleierstudent i hennes praksisperiode i hjemmesykepleien. På listen sin har hun et eldre ektepar som hun kvier seg for å gå til. Hun har ingen god relasjonen til dem. Også denne formiddagen vurderer hun besøket som belastende.

Hun klarer ikke å sette grense for mannen. Mannen, som har vedtak på at han skal ha hjelp til å vaske ryggen, «forlanger» at Hannah også vasker ham nedentil. Hannah har forsøkt å si noe om dette til veilederen sin uten at det har ført til noen forandring, for veilederen har aldri opplevd at han forlanger å bli vasket nedentil. Men når Hannah kommer, så står han der splitter naken og synes det er helt okey. Overfor henne nekter han å vaske seg selv, og sier bare at «Dette her må du lære deg, vet du».

heller nedtonet med kommentarer som «Dette skal du ikke bry deg om, hun er slik», opplever Hannah det som en belastning. I ettertid gjør hun alt det kvinnen ber om for ikke å risikere nye klager. Så, selv når kvinnens ektefelle, i strid med det som er innholdet i vedtaket om hjelp, «forlanger» å bli vasket nedentil, gjør studenten det hun blir bedt om. Hun stålsetter seg, stram i ansiktet og knapp i ord, utfører hun tjenesten.

Når studenten ser tilbake på hendelsen er det med sterkt ubehag. I stedet for å sette grenser lar hun seg «tvinge» til handlinger hun opplever som krenkende overfor seg selv og som går ut over grensene for profesjonsutøvelse. Hva kan forklare denne studentens manglende håndtering av situasjonen? På den ene siden kunne man anta at alvoret og ubehaget ved å bli klaget på blir redusert når det hele bare viftes bort av

et forskningsprosjekt om helsepersonellens erfaringer med bruk av tvang i sykehjem avdekket det hvor vanskelig det er for de profesjonelle å snakke om voldsepisoder som rammer dem selv (1). I likhet med historien med Hannah blir voldshendelser i stor grad overlatt til den enkelte å forstå og håndtere; voldsepisoder har en tendens til å privatiseres.

Etikkarbeid hjelper

Helsepersonellens arbeidshverdag er komplekse og etisk utfordrende. Min erfaring er at det er en utvikling i retning av at etiske problemstillinger oftere løftes opp til overflaten, snakkes om og drøftes. Dette skjer både innenfor pleiefellesskapet og ved hjelp av eksterne ressurser som etiske råd og kliniske etikk-komiteer. Ikke minst har den nasjonale satsingen på systematisk etikkarbeid i kommunehelsetjenesten, initiert av sentrale myndigheter, bidratt i positiv retning. Det er en positiv utvikling hva gjelder oppmerksomhet på etiske utfordringer og på behovet for utvikling av etikkkompetanse, selv om dette på langt nær preger alle praksisarenaer. Fortsatt kreves det målrettet og systematisk arbeid slik at etisk refleksjon blir en naturlig del av pleiepraksisen.

Etisk refleksjon har vist seg å gi flere positive ringvirkninger. Ansatte opplever systematisk etikkarbeid som kompetansutviklende. De får en større oppmerksomhet på verdispørsmål som er en integrert del av arbeidshverdagen. Etiske utfordringer blir i mindre grad privatisert, og deltakerne styrker evnen til å håndtere vanskelige verdivalg. I kjølvannet av denne utviklingen

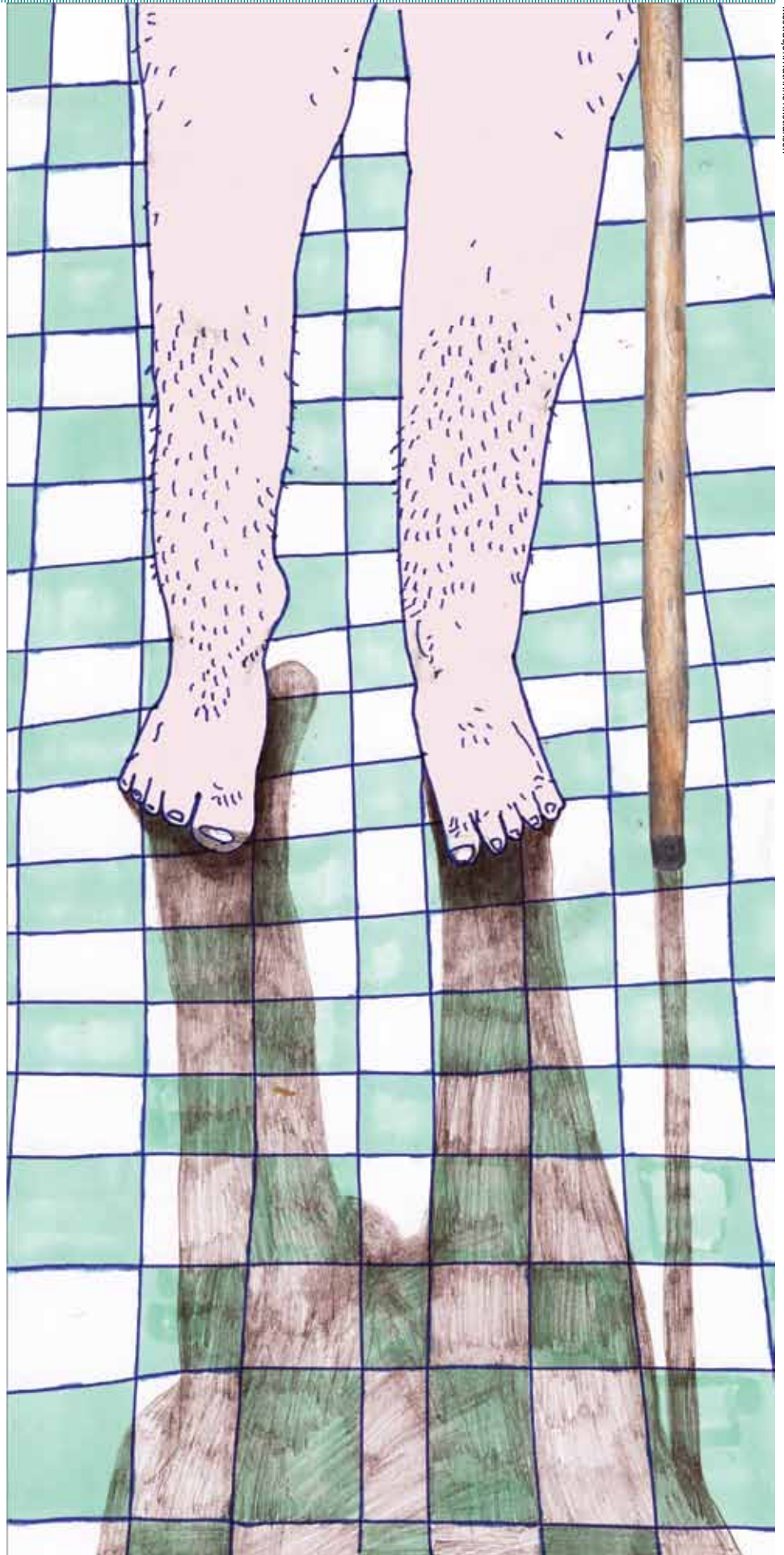
«Når Hannah kommer, står han der splitter naken og synes det er helt okey.»

Hannah liker verken situasjonen eller pasienten, og hun føler seg dårlig behandlet, nærmest krenket. Egentlig har hun et vanskelig forhold til kona også, som har klaget på Hannah til hjemmesykepleiens kontor. Hannah syntes hun var faglig ansvarlig da hun forklarte den eldre kvinnen at hun hadde brukt medisiner for lenge i forhold til det som er tilrådelig. Kona skulle ha seg frabedt at en ung student brydde seg med hennes medisiner. Hun ringte kontoret og klaget på studenten. Selv om kvinnens klage ikke ble lagt vekt på av de ansatte i hjemmesykepleien,

de andre ansatte der hun har sin praksis. Det er imidlertid det motsatte som skjer: Kanskje også på grunn av mangel på kritisk reflektert bevissthet om hendelsen gjør studenten alt for å unngå en ny klage og vet ikke om noen annen måte å unngå det på enn å gjøre det som pasienten «krever» av henne.

Overraskende, eller kanskje ikke?

Heller ikke blant erfarne sykepleiere snakkes det særlig mye om hendelser en har opplevd som krenkelser innenfor en faglig-etisk kontekst. I



beskriver ansatte hvordan de er blitt mer bevisste på egen maktposisjon og risikoen for at deres håndtering av situasjoner kan oppleves krenkende av pasienter og pårørende.

Ikke noe en snakker om

Men hvordan er det med oppmerksomheten rundt krenkelser som rammer i en motsatt retning, som i historien om Hannah, og for de erfarne pleierne som hadde blitt utsatt for vold? Er det legitimt å snakke om trusler, vold og trakassering, ofte av seksuell karakter, som profesjonelle utsettes for? Jeg vil anta at mange har erfaringer som tangerer både det Hannah og de erfarne pleierne erfarte. Til tross for at dette er hendelser som ikke er ukjente, er det mitt inntrykk at dette likevel er situasjoner en sjelden snakker om innenfor en faglig-etisk kontekst. Hvordan kan vi forstå det? Er taushet om slike hendelser å forstå som et stilltiende uttrykk for at «Såpass må en tåle som sykepleier – sånn er det bare»? «Det er noe vi alle fra tid til annen har opplevd – en må bare lære seg å håndtere det».

En annen forklaring på tausheten er opplevelsen av skam og skyld; kanskje forklares hendelser preget av vold og seksuell trakassering med egen uforstand, «Det var sikkert noe jeg gjorde som fikk pasienten til å slå ...». ■■■

LITTERATUR

1. Hem MH, Gjerberg E, Pedersen R, Førde R. Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang. Sykepleien Forskning nr. 4, 2010:5
2. Lillemoen L. Det er bare sånn jeg er. En undersøkelse av sykepleiestudenters utvikling av moralsk opptreden. Avhandling for dr. polit-graden, Universitetet i Oslo. 2008.

Randis hypokonderkryssord

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|------------------------|--------------------------|----------------------|---------------|-----------------------|-----------------|--------|-----------------|--------------|--------|---------------|------------------|------------------------|---------------|-----------------|
| | BEIN- SKJØR- HET | ELEKT- RONISK APP. | HELLIG | TALL | BARM- HJER- TIG | BILKJ.- TEGN | SYKD. | ARVE- STOFF | LØFTER | EROBRE | SYK | RED- SKAP | MEDI- KAMENT- ER | ÅTSEL | EDELIDE TALL |
| PLAGG | | | | | | | | | | | | | | | |
| SYKD. | | | | TEPPE ØSE | | | | FISK | | | | PLAGE FINS | | | |
| F.EKS (NYN.) | | VARME- KARAKT. | | | RUMPE | | | | | | VEKST YTE | | | | |
| ELV | | | ART. TIL- BAKE | | | | FAG | MEDIK. BOLIG | | | | | MODER- NE KUL | | |
| SYKD. | | | | | | | | | | BAKKE | | DRIKK TIGGE | | SKAP- ELSE | |
| | PREF. | MÅL SESSEN | | SØRGE- LIG | LEE | STYRER | | | | | TITTET | FJELL RETTE | | | |
| FØDELS- LEGER | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | VE HYGGE | | GRUPPE | TYVERI | | FISK PEIS | | | ENZYM (FORK.) | BIB. NAVN | FLOD | RYDDER |
| SANG | MÅL | | TITT TALL | | | | ELV | TALL | | | VEIER ART. | | | | |
| LYTTING MANN | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

Se løsning på kryssord side 70

Quiz

Tekst Nina Hernæs

Er du en kompetent sykepleier? Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hvem spiller sykepleieren Hana i filmen «Den engelske pasienten»?

- A Juliette Binoche
- B Kristin Scott Thomas
- C Julie Delpy

2 Hvem skrev 1700-tallskomedien «Den innbilt syke»?

- A Ludvig Holberg
- B Molière
- C Johan Herman Wessel

3 Hvem spiller rollen som sykepleieren i filmen Gjøkeredet?

- A Faye Dunaway
- B Jessica Lange
- C Louise Fletcher

4 Hvem har malt «Syk pike»?

- A Edvard Munch
- B Christian Krohg
- C Odd Nerdrum

5 Hvem var modellen på maleriet?

- A Malerens søster Johanne Sophie som døde av tuberkulose
- B En ung Oda Krohg
- C Ingen vet

6 Hvem spiller rollen som Nurse Jackie i TV-serien med samme navn?

- A Ellen Pompeo
- B Julianna Margulies
- C Edie Falco

7 Hvem spiller rollen som Doctor House i TV-serien med samme navn?

- A Hugh Laurie
- B George Clooney
- C Stephen Frears

8 Hvem har skrevet «Mord som medisin»?

- A Gerd Nyquist
- B Agatha Christie
- C P.D. James

9 Hvem spilte sykepleier i filmen «Magnolia»?

- A Tom Cruise
- B Brad Pitt
- C Philip Seymour Hoffman

10 Hvem spilte «Nurse Betty»?

- A Renée Zellweger
- B Laura Dern
- C Emily Mortimer

KJENT SOM MAFIAKONE PÅ TV: Men har Edie Falco også spilt sykepleier?



10 POENG: Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)



6-9 POENG: Lovende. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.



3-5 POENG: Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?



0-2 POENG: Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

SVAR: 1A, 2B, 3C, 4A, 5A, 6C, 7A, 8B, 9C, 10A

Ikke bland «skift»
og «turnus»! Side 70

Sykepleie for
framtida. Side 72

Når kan du kreve
fast ansettelse? 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 **WIDAR WENÆS**

«Medisinene varer ikke
livet ut. Hiv-viruset er smart
og går sine egne veier.»

74

INNSPILL ANNE LISE RYEL

«I vårt moderne vestlige samfunn er
det lagt lite vekt på dødsritualer.»

71



NSF HAR ORDET

Forbundsleder Eli Gunhild By

Stilling: Forbundsleder i NSF
E-post: eli.gunhild.by@sykepleierforbundet.no

Det store heltidsvalget

En milepæl er nådd: Partene i kommunal sektor slår fast at heltidsarbeid skal være hovedregelen i norske kommuner. Målet er å snu deltidskultur til heltidskultur!

Heltid er bra – for de ansatte, for arbeidsplassen, for pasientene og for samfunnet. Dette slår Norsk Sykepleierforbund, sammen med Fagforbundet, Delta og KS fast i en erklæring som ble presentert 12. februar i år. Etter at Fafo la fram rapporten Hvordan kan kommunene tilby flere heltidsstillinger?, inviterte KS arbeidstakerorganisasjonene til å «ta det store heltidsvalget». Og det har vi gjort!

Knappe 44 prosent av sykepleierne i kommunehelsetjenesten jobber heltid i dag, et tall som har vært stabilt i årevis. Når samtidig

tall fra KLP viser at gjennomsnittlig stillingsprosent for sykepleiere ved utgangen av 2012 er på nærmere 90, forteller det oss at svært mange sykepleiere jobber atskillig mer enn avtalt tid. Mange bruker allerede fortrinnsretten til å få utvidet sin stilling, men vi må motivere enda flere til å søke fast utvidet stilling.

Mange sykepleiere jobber ufrivillig deltid. Samtidig skal vi ikke underslå at mange også jobber deltid frivillig, av forskjellige årsaker. Selv om målet nå er å organisere arbeidet rundt hele stillinger, skal selvsagt den som har behov for redusert arbeidstid – på grunn av omsorgsansvar eller helse – få det. Den retten ligger fortsatt i arbeidsmiljøloven. Men deltidskultur avler deltid. Blir deltidsandelen betydelig, blir det vanskelig å skape heltidskulturer. Det må vi ta tak i. Vårt siste landsmøte har utvetydig slått fast at det er retten til heltid vi skal kjempe for.

Skillet mellom frivillig og ufrivillig deltid er ikke skarpt. Ikke bare jobber mange mer enn avtalt; mange såkalt frivillig deltidsar-

til pensjonsalder. Derfor er jeg særlig glad for at vi i erklæringen er enige om at en heltidskultur skal bygges på arbeidstidsordninger som ivaretar de ansattes helse, verne- og velferdsmessige behov. Turnus og nattarbeid er helsebelastende arbeidstidsordninger. Gode turnuser og begrensninger på ubekvem arbeidstid er å anse som verneutstyr. Slik må det fortsatt være. Det er ingen løsning å kreve mer ubekvemt arbeid i bytte for større stilling.

Men vi er villige til å se på løsninger, både sentralt og lokalt. NSF er villig til å diskutere ulike løsninger med arbeidsgiverne: lengre vakter, arbeid ved flere enheter og vikarpoolordninger. Forutsetningene er frivillighet, kompensasjon og faglig forsvarlighet. Vi har allerede eksempler på at man har klart å finne fram til arbeidstidsordninger som har ført til bedre arbeidsmiljø og redusert sykefravær.

En rekke kommuner deltar nå i ulike prosjekter for å redusere deltidsbruken, både gjennom regjeringens satsning mot ufrivillig deltid og programmet «Saman om ein betre

«Vi må sørge for at arbeidskraften makter å stå i arbeidet, i full stilling og fram til pensjonsalder.»

beidende kan også tenke seg høyere stilling dersom det blir lagt til rette for det. At det er samsvar mellom oppgaver og ressurser er en viktig del av dette bildet.

Vi trenger arbeidskraft og kompetanse i kommunene, ikke minst i kommunehelsetjenesten, men vi må sørge for at arbeidskraften makter å stå i arbeidet, i full stilling og fram

kommune». Jeg oppfordrer alle våre tillitsvalgte i kommunene til å engasjere seg i arbeidet for å skape heltidskultur! De gode og hensiktsmessige løsningene må finnes lokalt. Et godt partssamarbeid, basert på likeverdighet og gjensidig respekt og forståelse, må ligge til grunn. Slik skaper vi attraktive og gode arbeidsplasser for framtida. ■■■

FOR HELTID: NSF vil jobbe for at flest mulig av sykepleierne skal jobbe heltid. Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt

Eli Gunhild By



Underernærte eldre og dyr næringsdrikke

Det er ikke noen hemmelighet at befolkningen blir eldre og at underernæring blant denne gruppen blir et stadig økende problem. Etter å ha vært i praksis i hjemmesykepleien har jeg sett at dette ikke bare er et problem for beboere på sykehjem. Veldig mange eldre er av ulike grunner underernært. Dette fører til mange utfordringer og problemer for dem som blir rammet, og mange av disse eldre havner enten på sykehjem eller sykehus.

En god hjelp for å forebygge og behandle underernæring hos mennesker er næringsdrikke som man får kjøpt på apoteket. Disse er veldig næringsrike og kan for mange som har problem med å få i seg mat være til god hjelp. Ulempen med næringsdrikkene er at de er dyre, og en person som lever av minstepensjon har ikke råd til å kjøpe disse. Kriteriene for å få næringsdrikke på blå resept er helt spesifikke. Ifølge Folketrygde-

loven §6 må man enten ha sykelige prosesser som affiserer munn, svelg, spiserør og som hindrer tilførsel av vanlig mat, sykelige prosesser som affiserer mage eller tarm, stoffskiftesykdom, behandlingsrefraktær epilepsi, laktose-, melkeproteinintoleranse, allergi hos barn under 10 år, Føllings sykdom, behandling av kreft/immunsvekkelse eller annen sykdom som medfører så sterk svekkelse at næringstilskudd er påkrevd.

Hvorfor må disse drikkene være så dyre for alle de som ikke fyller disse kriteriene? Selvsagt kan man ikke gi ut næringsdrikke gratis til alle som ber om den, men terskelen for å få den dersom man er eldre, fattig og underernært burde være lavere.

Dette virker litt korttenkt i lengden, med tanke på at vi kunne ha forbedret ernæringsstatusen til mange eldre som bor hjemme og som har problemer med å få i seg mat. Med bedre ernæring

kunne man forebygget mange komplikasjoner, som igjen kunne spart mange sykehjems- og sykehusinnleggelse. Dette ville igjen spart samfunnet for utgifter, og mer enn det man taper på å gi næringsdrikke på blå resept til eldre som trenger dem. Det er billigere å forebygge enn å behandle. De som har råd til å betale kan betale, men hva med de eldre som lever av minstepensjon og har få eller ingen pårørende igjen som kan hjelpe?

Malene Børtveit, sykepleierstudent

www.sykepleien.no

Du kan si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no



SIDEN SIST
Siden sist inneholder korrigerende og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe? Kontakt oss på interaktiv@sykepleien.no

Normtall

Det refereres til Sykepleien i Aftenposten 7. februar i forbindelse med undersøkelsen som er gjort i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det er flott det blir satt fokus på helsestøstertjenesten, for den har virkelig ikke blitt prioritert i kommunene.

Vi reagerer imidlertid på normtallet det refereres til. I artikkelen står det at en helsesøster i skolehelsetjenesten kan ha maksimalt 800 elever per 100 prosent stilling. Slik vi har oppfattet normtallene fra utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, gjelder 800 elever per 100 prosent stilling for videregående skole. For grunnskolen er normtallene betydelig lavere, henholdsvis 300 elever på barnetrinnet og 550 elever på ungdomstrinnet. Stemmer ikke det?

I vår kommune jobbes det for tiden med å få flere stillinger knyttet nettopp til skolehelsetjenesten. Artikkelen er trykt som pressemelding blant annet i kommunens lokalavis. Med

normtallet 800 elever per 100 prosent stilling, som det refereres til, vil vi være godt bemannet i Rakkestad kommune. Dersom det er sitert feil i artikkelen, håper vi det blir korrigeret. For vår del er vi redd dette vil kunne bidra til å redusere vår mulighet for å styrke tjenestetilbudet.

Jorun Haugslett, ledende helsesøster i Rakkestad Kommune.

Svar:
Du har helt rett i det du påpeker. Normtallene fra helsedirektoratet er som følger per 100 prosent helsesøsterstilling:

| | |
|---------------|------------------|
| Helsestasjon: | 65 fødler pr. år |
| Barneskole: | 300 elever |
| Ungdomsskole: | 550 elever |
| Videregående: | 800 elever |

Astrid Grydeland Ersvik, leder i Landsgruppen av helsesøstre NSF

Dårlig humor

Jeg leser vanligvis bladet Sykepleien med interesse og glede, siden det inneholder mye relevant og interessant fag- og reportasjestoff. Men valg av humor er kanskje ikke bladets sterkeste side? Må si jeg fikk kaffen i vranga av tegneserien «Terapi» i nr. 2/13. Der to nakne sykepleiere over sengen til en død gammel mann flåser og respektløst gjør narr av hvordan de skal formidle dødsbudskapet. Rent personlig kjente jeg det sårende siden jeg selv mistet min far for bare noen måneder siden. I tillegg synes jeg dette er respektløst overfor oss sykepleiere som yrkesgruppe og våre etiske verdier. Er det slik vi ønsker å framstille oss som tydelige, modige og stolte? At humor kan være ulikt for hver og en av oss og ha mange former og uttrykk er greit, men dette ble etter min mening å dra det for langt. La oss heller få servert humor vi kan le av!

Mvh. Ingebjørg Kaljord Svalebjørg



Feil fokus i deltidsdebatten

Regjeringen vil lovfeste retten til heltid. Det er ikke Fremskrittspartiet enig i. Vi har allerede den retten gjennom fortrinnsretten til høyere stillingsbrøk i arbeidsmiljøloven. Frp vil at det skal legges til rette for å få flere heltidsstillinger, men tror ikke tvang er løsningen på denne utfordringen.

Den største delen av ufrivillig deltid finner vi i helse- og omsorgssektoren. Men den største utfordringen er frivillig deltid. Vi mener at det er de lokale partene som er best i stand til å finne de gode løsningene på dette. Kulturen med å tilby deltids-

stillinger må endres. Vi konstaterer at regjeringen ikke ønsker å endre arbeidstidsordningene, slik at vi kan få fram gode og fleksible ordninger i takt med den tiden vi arbeider i. Fremskrittspartiet vil nedsette en arbeidstidskommisjon for å gjennomgå arbeidstidsordningene.

I helse- og omsorgssektoren vil det fram mot 2035 være en underdekning på nær 57 000 helsefagarbeidere og 28 000 sykepleiere hvis det ikke utdannes flere innen helsesektoren, viser beregninger i rapporten «Arbeidsmarkedet for sosial- og

helsepersonell fram mot 2035».

Hvor er fokuset på å beholde dem som allerede jobber i helsesektoren og ikke minst rekruttere flere?

Det er viktig at arbeidslivet legger til rette for at det går an å oppnå begge deler, både å arbeide deltid og heltid. Ikke alle vil jobbe i heldagsstillinger, fordi de har en grunn for ikke å gjøre det. Det må vi respektere. Vi er alle vår egen lykkes smed, vi er selvstendige individer som vet best hva som er det rette for oss.

Laila Marie Reiertsen, stortingsrepresentant Frp

Useriøst om skift og turnus

Etter å ha lest artikkelen «Robuste og aktive sykepleiere tåler skiftarbeid», er min første reaksjon at artikkelforfatterne ukritisk bruker ordene skift og turnus om hverandre. Dette er to begreper som i daglig bruk er klart definerte og forskjellige i sin betydning:

Skiftarbeid kjennetegnes ved at ordningen har faste arbeidslag som etter en viss rytme skifter mellom dagarbeid, kveldsarbeid og nattarbeid. Skiftarbeid benyttes i virksomheter med jevnt bemanningsbehov på alle skift, eksempelvis i mange produksjonsvirksomheter.

Turnusarbeid benyttes når bemanningsbehovet varierer gjennom døgnet og uken. Ved turnusarbeid tilhører ikke arbeidstakeren noe fast arbeidslag, og arbeidslagets antall og størrelse varierer avhengig av

om det er dag, kveld eller natt. Turnus er typisk for institusjoner og virksomheter innen helsesektoren.

I turnusarbeid er det tradisjonelt en mye raskere omskifting av døgnyrtmen enn ved skiftarbeid i for eksempel industrien. Hvis man for eksempel arbeider aftenvakt en dag (avsluttes 22.30) og går på dagvakt dagen etter (starter 07.30), har man 9 timer mellom disse vaktene. På den tiden skal man skifte etter aftenvakten, reise hjem og spise kveldsmat før man får lagt seg. En typisk natt vil da gi rundt 5–6 timer søvn og en forskyvning av døgnyrtmen før man skal stille frisk og uthvilt og holde syke menneskers liv i hendene hele neste dag. Skifte mellom nattevakt tilbake til kvelds eller dagvakt er ofte enda tøffere da man rett som det

er har jobbet flere netter og skal tilbake til normal døgnyrtme bare halvannet døgn etterpå. I tillegg til å være fysisk sliten må man også ta i betraktning den store psykiske belastningen de fleste sykepleiere utsettes for hver eneste dag, kveld og natt. Det gis ikke tilbud om veiledning slik mange andre ansatte i stat og kommune får ved høy psykisk belastning i arbeidet.

Artikkelen, og forskningen bak, får et noe useriøst preg ved at begrepene ikke er skikkelig belyst. Politikere og ledere i helsevesenet kan nok fremstille resultater og konklusjoner på denne måten på grunn av manglende kunnskap og forståelse, men forskning bør gi et dypere og mer nyansert bilde.

Vennlig hilsen Knut Eyvind Hofseth, sykepleier på Rikshospitalet

Løsning på kryssord i nr. 2/2013

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|------|----|----|------|------|------|---|-------|------|------|---|-----|----|------|---|------|------|-------|----|---|
| SMIL | UBER | VE | BI | SAVE | STAG | LAMU | E | UTTET | JELL | PLAS | E | ALL | ØR | TOSE | Ø | HOVE | HOVE | POSTE | ØR | |
| PLAGE | B | R | E | K | N | I | N | G | S | F | Ø | R | N | E | M | M | E | L | S | E |
| SARV | E | I | T | R | E | T | A | N | E | S | I | L | E | G | E | R | | | | |
| ØK | S | E | S | | | | S | I | T | E | V | E | | E | M | N | K | | | |
| HOIT | K | R | E | M | T | A | T | T | E | R | Ø | G | O | D | E | | | | | |
| S | E | S | A | R | O | P | E | T | O | N | O | R | G | T | O | E | F | | | |
| ORGAN | N | A | V | L | E | S | T | R | E | N | G | N | A | G | E | S | I | | | |
| ØT | B | R | I | E | T | I | T | R | E | N | E | A | R | I | D | E | | | | |
| HOVD | V | E | R | E | S | D | R | A | P | N | R | U | S | S | I | N | | | | |
| E | R | T | R | E | U | E | R | N | M | G | R | A | D | | | | | | | |
| LEVER | E | K | S | S | N | U | S | S | E | R | I | E | R | A | R | E | | | | |
| MARKO | R | U | S | M | I | S | B | R | U | K | E | R | K | R | Y | K | K | E | R | |

Løsning på kryssord i nr. 3/2013 (se side 66)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|------|----|----|------|------|------|---|-------|------|------|---|-----|----|------|---|------|------|-------|----|
| SMIL | UBER | VE | BI | SAVE | STAG | LAMU | E | UTTET | JELL | PLAS | E | ALL | ØR | TOSE | Ø | HOVE | HOVE | POSTE | ØR |
| PLAGE | Ø | M | S | T | E | N | D | I | G | H | E | T | S | K | J | Ø | L | E | R |
| ØND | S | O | T | T | A | K | L | E | F | I | S | K | L | A | K | S | P | I | N |
| F.ØR (VOR) | T | D | I | L | D | A | N | D | E | R | E | I | K | G | | | | | |
| ØY | E | E | M | E | I | U | V | I | A | G | R | A | I | N | | | | | |
| ØND | O | M | G | A | N | G | S | S | Y | K | E | L | I | T | E | | | | |
| | P | P | T | S | R | A | R | B | E | R | G | | | | | | | | |
| ØR | O | B | S | T | E | T | R | I | K | K | E | S | P | E | R | T | E | R | |
| ØR | A | R | I | E | R | I | K | K | E | S | P | E | R | T | E | R | | | |
| SANG | O | T | K | I | K | R | Ø | A | L | L | E | E | R | | | | | | |
| ØR | S | T | E | T | O | S | K | O | P | A | N | V | E | N | D | E | L | S | E |
| ØR | T | E | S | T | O | S | T | E | R | O | N | I | N | N | E | H | A | V | E |



Anne Lise Ryel, generalsekretær i Kreftforeningen.

Døden rusker i oss alle

Helsepersonell er ikke et unntak når det gjelder å ha problemer med å snakke om døden.

Kreftforeningen arrangerte i januar et åpent møte på Litteraturhuset i Oslo med tittelen «Døden rusker i oss alle». Vel var det anerkjente debattanter som skulle delta, men jeg velger å tro at de rundt tusen som møtte opp kom fordi folk er klare for å snakke om døden.

«Ved å huske at vi skal dø, kan vi leve mer vesentlig, sa professor i samfunnsmedisin», sa Per Fugelli, som deltok i vårt panel. «Ved å snakke om døden og anerkjenne den som en premiss for livet, kan den oppleves mindre truende når vi en gang møter den.»

Det er all grunn til å tro at Fugelli vet hva han snakker om, for han er selv uhelbredelig kreftsyk. Jeg er enig med Fugelli som sier at døden fortjener en ærlig plass i samfunnet.

Alle mennesker har tanker om døden. I Kreftforeningen får vi daglig henvendelser fra kreftrammete, pårørende og etterlatte som har behov for å snakke med noen om døden. Det er så mange som synes det er vanskelig, som er usikre på om de skal ta opp temaet med sine nærmeste, og i tilfellet, hvordan de skal gjøre det. Det finnes ikke en fasit. Mennesker er forskjellige, med ulike behov og ønsker, også i den aller siste fasen av livet. Det vi vil, er å gi rom for å snakke om døden ved å skape større åpenhet. Derfor har vi satt døden på dagsordenen.

I vårt moderne vestlige samfunn er det lagt lite vekt på dødsritualer, kanskje fordi de aller fleste dør på et sykehus eller i et sykehjem. Døden kan bli fjern og noe vi ser på som skremmende. Vi frykter det ukjente. Døden blir ofte fremstilt mer skremmende enn virkeligheten skulle tilsi. Noen er redde for ubehag. Men døden er ofte ikke så dramatisk som mange forestiller seg, og det finnes i dag gode medisiner som hjelper mot smerte.

Noen forteller at de ikke er redde for selve dødsøyeblikket, men at de tenker mye på hva de skal dø fra. Sorgen ved å forlate livet er vanskelig for mange. Noen opplever psykisk smerte, de kan være redde, triste, deprimerte eller ensomme med sine tanker. Vanskelige og uoppgjorte forhold i eget liv og omgivelsene kan gi uro eller psykisk smerte. Noen er redde for det ukjente etter døden. Å snakke sammen om det man er bekymret for,

kan gi større trygghet, både for den som skal dø og for dem som blir igjen. Så kan man konsentrere seg om at tiden som er igjen av livet skal være meningsfylt.

Helsepersonell er ikke et unntak når det gjelder å ha problemer med å snakke om døden. Medisinens viktigste mandat er selvfølgelig å bedra døden. Døden blir et nederlag, en fiasko. Men et faktum er at i Norge dør over 44 000 mennesker hvert år, av dem over 11 000 av kreft. Hele 78 prosent dør på sykehus eller sykehjem. Det er lett å tenke at pasientene og de pårørende antakelig ikke ønsker å snakke om døden. Men oppslutningen på Litteraturhuset gir signaler om at det er feil. Det viktige er at helsepersonell skaper rom for samtale og gir den enkelte anledning til selv å bestemme om de vil gripe muligheten. Legene må føle seg frem sammen med pasienten og finne gode måter å formidle dødsbudskap på. Hvert menneske er unikt og reagerer forskjellig på beskjeden om at han eller hun skal dø.

For Kreftforeningen er det ikke noen motsetning mellom å

«Døden fortjener en ærlig plass i samfunnet.»

jobbe for god overlevelse og best mulig livskvalitet for den døende. På Litteraturhuset ble det tatt til orde for forskning og lindring for å bedre livskvaliteten i livets siste fase. God livskvalitet for døende kan for veldig mange innebære muligheten til å dø i sitt eget hjem. For at flere skal få død hjemme må det tilrettelegges mer slik at det blir praktisk mulig og trygt både for pasienten og for de pårørende. Her har helsemyndighetene et ansvar.

En ting er sikkert: Døden angår oss alle. Vi må forholde oss til den, uansett om det gjelder helsepersonell, den som skal dø, pårørende eller Kreftforeningen. Kan det skapes større åpenhet om døden, slik at døden blir en del av livet, vil den siste fasen frem mot døden bli lettere og mer verdig. ■■■



Britt Valderhaug Tyrholm,
dekan ved avdeling for helse-
fag på Høgskolen i Ålesund.

Sykepleier for framtida

En helsetjeneste i omstilling stiller krav til høyskolene om å tilby helsefaglige utdanninger til framtidige kompetansebehov.

Betydelige behandlings- og omsorgsoppgaver er overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Den demografiske utviklingen viser at fram mot 2050 vil vi få en kraftig økning i antall eldre, fra 190 000 over 80 år i 2000 og over 500 000 i 2050. Økningen i antall eldre vil føre til en vekst i de store sykdomsgruppene: Kols, hjerte-karsykdommer, demens, diabetes, kreft og psykiske lidelser. Dette stiller krav til høyskolene med helsefaglige utdanninger om å tilby utdanninger til framtidige kompetansebehov.

Ny kommunerolle

Samhandlingsreformen er en samfunnsreform som beskriver en ny kommunerolle. Behovet for helsetjenester skal i størst mulig grad løses på kommunalt nivå. Det blir pekt på forebygging og

«Det er behov for sykepleiere med
avansert klinisk kompetanse.»

tidlig innsats i sykdomsforløpene. Det hevdes at dersom kommunene oppgraderer tilbudet av helsetjenester før i stedet for etter sykehusopphold, så vil de kommunale tjenestene i noen grad kunne erstatte de dyrere spesialisthelsetjenestene. Det pekes også på at kommunene har en utfordring i å utvikle tilstrekkelig robuste fagmiljøer der de kan beholde og rekruttere fagpersonell.

Døgntilbud

En vesentlig del av samhandlingsreformens intensjoner er å bygge ut helsetilbud der folk bor. Som en del av helsereformen skal kommunene ha etablert tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp fra januar 2016. Tilbudet skal utvikles i løpet av årene 2012-2015.

Et faglig forsvarlig døgntilbud for øyeblikkelig hjelp krever blant annet et tilgjengelig personell med observasjons-, vurderings- og handlingskompetanse. Dette er for at pasienter som blir akutt syke skal være ivaretatt. Det pekes på at basiskompetansen skal være en kvalifisert sykepleietjeneste på 24 timers basis.

Samarbeid

Sykepleiere utgjør den største yrkesgruppen i helsetjenesten. Denne yrkesgruppen vil trenge mer kompetanse for å møte komplekse og sammensatte behov hos pasienter og brukere.

I samhandlingsreformen pekes det også på betydningen av at utdanning samsvarer med helsesektorens kompetansebehov. Dette gjentas i St. Meld. 13 (2011-2012): «Utdanning for velferd – Samspill i praksis». Den er tydelig på at utdanningsinstitusjonene skal ha et tett samarbeid med yrkesfeltet for å sikre at det er samsvar mellom innhold i utdanning og kompetansebehov i helsesektoren. Det er behov for å videreutvikle dagens utdanninger og å etablere nye studier som møter framtidens kompetansebehov.

Avansert klinisk sykepleie

Høsten 2013 starter Høgskolen i Ålesund mastergradsstudium i «Avansert klinisk sykepleie – den kritisk syke». Mastergradstudiet gir kompetanse i avansert sykepleie til kritisk syke pasienter i ulike faser av pasientforløpet, både i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Både somatisk og psykisk sykdom kan føre til at mennesker blir kritisk syke. Emner i psykisk helsearbeid inngår som valgfrie emne i masteren. Mastergraden vil gi spesialisering i tillegg til å styrke kandidatens kliniske og akademiske kompetanse.

Det er så langt bare Høgskolen i Ålesund og Lovisenberg Diakonale Høgskole som har tatt skrittet å etablere en slik mastergrad i Norge. Dette er en klinisk rettet utdanning som skal brukes ved «sykesengen», og som skal hjelpe sykepleiere til å møte kravene i en stadig mer kompleks hverdag. Et masterstudium gir også kompetanse til fagutvikling og å kunne delta i utviklingsarbeid.

Forsknings- og utviklingsarbeid

Det er fokus på behovet for økt forskningskompetanse i helse- og omsorgstjenesten. Framtidige masterstudenter vil kunne delta i forskning som er utviklet i samarbeid med helsetjenesten. Dette vil kunne være et viktig bidrag til å utvikle kunnskap som har verdi for å utvikle god praksis.

Det blir påpekt, blant annet av helse- og omsorgsminister Jonas Gahr Støre, at behovet for helsepersonell med høy kompetanse er spesielt stort i kommunehelsetjenesten. Det er behov for syke-



PROFESJONELL UTVIKLING: Klinisk erfaring og videreutdanninger har gitt mange sykepleiere kompetanse som kan gis innpass i mastergraden i avansert klinisk sykepleie. Arkivfoto: Bo Mathisen.

pleiere med avansert klinisk kompetanse i tillegg til sykepleiere som kan gjennomføre systematisk utviklingsarbeid. En klinisk mastergrad vil kunne bidra til å utvikle begge disse formene for kompetanse.

Sykepleier for framtida

Samhandlingsreformen er en utvikling som også skjer i flere andre vestlige land. Dette har ført til at flere land, først og fremst USA, Danmark, Finland, England og Nederland har sett betydningen av og muligheten til å vurdere nye og utvidede roller for helsepersonell og gjør endringer i oppgavefordelingen mellom leger, sykepleiere og annet helsepersonell. Som eksempel pågår det i Danmark et arbeid for å etablere en rolle som klinisk ekspertsykepleier i kommunehelsetjenesten. Deres kompetanse rettes inn mot pasienter med kroniske sykdommer som kols, kreft, diabetes, hjertelidelser, psykiske lidelser og demens.

Rollen som klinisk ekspertsykepleier blir også vurdert i Norge.

Det blir knapphet både på helsearbeidere, sykepleiere og leger i framtiden. Det er viktig at tilgjengelige helsepersonellressurser blir brukt på en god måte.

Nye muligheter

Mange sykepleiere har mye kompetanse som følge av klinisk erfaring og videreutdanninger. I mastergraden i avansert klinisk sykepleie kan sykepleiere med relevante videreutdanninger få innpass for deler av tidligere videreutdanninger. Sykepleiere får mulighet til å videreutvikle sin formelle og reelle kompetanse for å kunne ta et utvidet ansvar for kunnskapsbasert og omsorgsfull behandling av pasienter og pårørende i og utenfor sykehus. Å ta en mastergrad vil være med på å styrke og utvikle kandidatens profesjonelle identitet og kompetanse. Dette vil komme pasienter og pårørende til nytte.

En mastergrad i klinisk sykepleie vil også være inngangen til videre forskning på praksisnære og kliniske problemstillinger. ■■■

TETT PÅ Widar Wenæs

Hvorfor: Fordi han som hiv-positiv sykepleier har unike erfaringer. I 1994 ble han utsatt for yrkesforbud. Nå er han ufor.
Alder: 59 år
Utdanning: Anestesisykepleier



– Lær dere mer om hiv

Sykepleier Widar Wenæs har erfart hvor smart hiv-viruset er.

Tekst og foto Marit Fonn

Når dette bladet trykkes, er bergenserens Widar Wenæs (59) i Thailand, slik han pleier å være på denne tiden av året. Varmen hjelper på ømme ledd og muskler. Julen tilbrakte han i Bergen. Sykepleien treffer ham på Sletten shoppingssenter. Det er 15 år siden sist anestesisykepleieren ble intervjuet av sitt fagtidsskrift.

For å gjøre en årelang og utmattende prosess kort: I 1994 søkte han jobben som avdelingssykepleier på Kronprinsesse Märthas institutt i Oslo. Han fikk jobben. Selv om han ikke måtte, fortalte han da at han var hiv-positiv. Da ble ansettelsen trukket. Han ønsket en unnskyldning og kontaktet Norsk Sykepleierforbund (NSF) for å få hjelp. Unnskyldningen kom ikke. Da han søkte om erstatning, fikk han avslag. Med støtte av NSF saksøkte han Staten. Ikke for å få stillingen tilbake, men han ville ha rettferdighet.

I 1996 sto han fram med ansikt for første gang – i Sykepleien (Se faksimiler på s. 76). I juli 1997 falt dommen. Full seier i Oslo byrett. Han var forbigått.

SIDEN DEN GANG har Wenæs gjort sine erfaringer. Antiviral behandling er en av dem. På Sykepleiens oppfordring sier han ja til intervju.

– Det er litt belastende å stå fram i media. Men mange hiv-positive er ikke åpne, verken overfor venner eller kolleger. Så det er ikke mange røster å høre. I en liten by som Bergen er mange redd for å bli utstøtt.

Selv har han alltid valgt åpenhet, men han har aldri løpt etter mediene.

Nå har han nettopp besøkt sin mor på 87 som bor i omsorgsbolig like ved senteret.

– Hun var i godt humør. Vi pleier å ha det morsomt sammen, sier han over kaffekoppen.

En vanlig bivirkning av medisinen er endring i fettfordelingen på kroppen. På noen hoper fett på seg opp, for eksempel i nakken eller på magen.

– Det har jeg sluppet. Jeg har lipoatrofi, det vil si avmagring. Ribbeina er fri for fett. Beina er som pipestilker. Det samme med armene. Jeg kan se på stranden hvem som har samme problem som meg.

Også ansiktet har mindre fett enn før.

– Fettet forsvinner fra kinnene. For noen år tilbake var jeg med på et forsøk med volumfylling i ansiktet på Ullevål. Det var ikke vellykket. Stoffet de sprøytet inn, klumpet seg, jeg måtte massere hele tiden.

Etterpå oppsøkte han en plastisk kirurg i Thailand.

– Han sa at jeg ville trenge så mye volumfyll at jeg ville miste mimikken. Da var det bare kniven igjen. Men siden jeg har lave blodplateverdier, ville et inngrep bety risiko for blødning og hematomer. Nei, jeg må leve med dette ansiktet. Jeg liker ikke lenger å bli fotografert. Vennene mine sier jeg ser flott ut, men speilbildet jeg møter sier noe annet.

«Smittefaren blir overdrevet.»

Andre bivirkninger er leversvikt. Det oppdaget han fordi han kjente at milten var så stor. Han ble undersøkt med ultralyd og gastroskopi.

– Det ble oppdaget varicer på innsiden av spiserøret.

– Hva er det?

– Akkurat som åreknuter, under slimhinnen i spiserøret. Jeg hadde dem i magen også. Jeg fikk beskjed om at det lett kunne blø og at da måtte jeg oppsøke sykehus akutt.

Det skjedde i Thailand, da fikk han blod i avføringen. Der ble lever-skaden diagnostisert som skrumplever. I tillegg hadde leveren vokst, og det begynte å bli væskeansamling i bukhulen.

Nå setter han blodfortynnende sprøyter hver dag. Han har også fått blodpropp i venaporta – hovedvenen ut fra leveren.

Forsikringen hans har godkjent ett behandlingssykehus i Thailand: Bangkok Pattaya hospital.

– Det er det beste – fantastisk service. Det fins ikke diskriminering. Ingen tabuer. De har et naturlig forhold til alt.

Han lever et sosialt liv på stranden og må holde seg i nærheten av sykehuset.

– Sprøytene må jeg dra på. Det blir en vanesak.

– Hjelper det deg at du er sykepleier?

– Ja, jeg hadde ikke turt å dra fra Norge ellers. Jeg kjenner symptomene, vet når jeg må til lege. Hvis jeg kutter meg, tar jeg ingen

STOFRAM: I 1996 sto Widar Wænes fram i Sykepleien etter å ha blitt nektet jobb på grunn av hiv-diagnosen. Det ble rettssak, og Wænes vant i 1997.



sjanser. Bader ikke. Jeg tar det seriøst.

Med leversvikt bør han unngå alkohol.

– Men for meg har alltid livskvalitet vært viktig, så jeg tar et glass vin av og til. Litt kos må man ha.

HIV FIKK HAN på begynnelsen av 90-tallet. Da hadde han jobbet som sykepleier i nesten tjue år, blant annet på akuttmottaket. Diagnosen var et sjokk, men verre var det likevel å bli nektet jobb.

– Før reiste jeg ikke hjem til jul. Men når helsen begynte å svikte, synes jeg det er godt å komme hjem for en skikkelig helsesjekk, bruke tid med mor og avlaste familien i en travel førjulstid.

– Hva tenker du når du ser tilbake på kampen din den gangen?

– Jeg er glad jeg gjorde det. Men det er stunder jeg lurar på om det var verdt å betale en så høy pris.

– Hva tenker du på da?

– Belastningen det medførte. Alle visste plutselig at jeg hadde hiv. Det var på godt og vondt. Jeg fikk selvfølgelig masse støtte. Men det tok aldri slutt. Hvis jeg var ute på byen, kom noen og sa: «Så tøft!» Men jeg skulle jo slappe av og glemme viruset.

Han føyer til:

– Og jeg vet ikke om det har kommet så mye ut av det heller. Når jeg ser helsevesenet, er jeg ikke helt overbevist.

– Den gangen dreide det seg om en personalsak. Men nå er jeg pasient. Jeg er jo utdannet anestesisykepleier, og jeg var aldri redd for å konfrontere leger. Men i pasientrollen, ja, så blir man pasient og har respekt for legen på en annen måte.

«Det er ikke tid til å snakke om tunge dager.»

Hans forhold til helsevesenet er ikke spesielt godt.

– Men på medisinsk poliklinikk, der er det helt bra. Selv om jeg savner at det ikke lenger er kontaktsykepleier for hiv-positive.

Det blir ingen tid til dypere prat. Tjue minutter hos legen, som for det meste skriver ut resepter. Det er ikke tid til å snakke om tunge dager.

Han skulle gjerne hatt ti–femten minutter med sykepleierne før legeundersøkelsen.

– Men det er veldig hyggelig at de spør hvordan det går.

Da han var med på et vaksineprosjekt, var kontakten bedre.

– Jeg var med i første pulje. Da prosjektet var ferdig, var jeg ute. Det var ikke moralsk riktig, for de sa at jeg hadde utbytte av stoffet.

Så jeg kranglet meg til å fortsette og fikk påfyll. Men da resultatene likevel uteble, ga jeg meg.

I denne perioden var det vanlig å ta en pause fra medisinene.

– Jeg var i Thailand og hadde mast meg til en tablettpause de siste fire ukene. Det var så deilig. Men dessverre var det ikke bra for immunsystemet. Jeg ble veldig syk da jeg kom hjem. Så jeg har innsett at medisinene må jeg ta.

Livet styres mye av medisinene.

– Jeg har alarm på telefonen. Hvis jeg skal ut, må jeg huske å ta med tablettene. En periode tok jeg bare om morgenen, da var livet lettere. Nå må jeg ta oftere.

På samme måte som med antibiotika, blir man resistent for hiv-medisin.

– Det er ikke slik at en medisin varer livet ut. Viruset er smart og går sine egne veier. Jeg har brukt mange medikamenter opp gjennom årene og er resistent mot like mange.

Medisinen holder hiv-viruset i sjakk, men gir altså bivirkninger. Når hiv-viruset ikke er målbart, er smittefaren mindre.

– I praksis må man ta ansvar: Se seg selv som smittebærer og ta nødvendige forholdsregler.

I 1994, DA HAN IKKE FIKK JOBB, det var da verden raste sammen.

– Det største sjokket var at jeg ikke skulle jobbe som sykepleier.

Han hadde solgt leiligheten i Bergen for å jobbe i Oslo. Selve retts-saken og årene før dommen falt hadde tatt på.

– Etter dommen fikk jeg faktisk en telefon fra departementet med tilbud om jobb. Men da var jeg ikke i stand til det, immunforsvaret var på bønn.

Det ble et mediekjør. Han slet en stund med sosial angst. Etter hvert ble han innvilget uføretrygd.

– Men jeg tenkte at jeg kan jo ta ekstravakter.

Det ble ikke så lett. Han kontaktet hjemmesykepleien.

– De sa de hadde behov for hjelp, men måtte diskutere med sjefen først, det at jeg var hiv-positiv. Jeg fikk beskjed om at det var ok, og de ba meg sende inn vitnemål og attester. Det gjorde jeg. Jeg hørte aldri noe mer fra dem.

Så kontaktet han et eldresenter. Ikke interessert. Det samme da han kontaktet sykehushotellet: Nei.

– Da ga jeg opp.

Men så fikk han et tilbud via en tidligere kollega fra akutten på



Haraldsplass sykehus.

– Jeg begynte å ta ekstravakter. Problemet var at det nå var lenge siden jeg hadde jobbet som akuttsykepleier. Jeg ble godt mottatt av personalet og fikk gode tilbakemeldinger.

Men andre problemer dukket opp:

– Studentene spurte meg: «Er du ny her?» «Jeg er ekstravakt», sa jeg.

«Åja, hva gjør du ellers?» Så lenge jeg studerte sykepleievitenskap var det ok å svare. Men da jeg ikke lenger studerte, sa jeg bare: «Det er det jeg gjør.»

Dessuten var det mye nytt – nye rutiner, nye navn på medisiner. Han begynte å grue seg før han skulle på vakt.

– Jeg fikk rett og slett prestasjonsangst.

Til slutt fant han ut: Nei, det er ikke verdt det.

Han begynte å reise vekk om vinteren. Smertene i ledd og sener avtok i Thailand.

Der forsørger han en familie. Han ble først kjent med Joe, som trengte en som kunne ta seg av ham.

– Han har nå kone og en datter på to og et halvt år. Hun kaller meg bestefar, Joe kaller meg pappa. Det å ha noen å bry seg om gir livslyst. Jeg kan være trøtt, men familien gir meg en gnist.

I ALLE ÅR, OGSÅ FØR han selv fikk hiv, har Wenæs hatt en kjeppest: Alle pasienter må behandles som om de var smittebærere.

– Pasienten selv vet jo ikke alltid at de bærer smitte. Men når de vet, og personalet vet, blir det plutselig stor oppstandelse.

Da brystkjertlene hans begynte å vokse på den ene siden – nok en bivirkning av medisinen – måtte han operere dem vekk.

– Jeg henvendte meg til en privat klinikk. Der sa de at de ikke hadde kapasitet til å behandle hiv-positive. Jeg måtte til Oslo. Når jeg endelig fikk dem operert, fikk jeg det på andre siden også. Ha-ha. Da kom jeg til Betanien i Fyllingsdalen i Bergen. Der ble jeg tatt godt imot. Ingen diskriminering. En sykepleier av den gamle, gode sorten tok seg av meg første døgn etter operasjonen. Hun var helt fantastisk.

– Hva vil du si til sykepleierne?

– Det er utrolig viktig å skaffe seg kunnskap. Det er ille at i 2013 blir hiv-positive diskriminert når de behandles. Smittefaren blir overdrevet, særlig når man vet hvor lite smittomt viruset er. De på infeksjonsavdelingen og poliklinikken vet det. De vet hvilke forholdsregler de må ta. De andre er mye mer usikre.

– I dag er det så mye informasjon om hiv. Man kan ikke unnskyldes seg med at man ikke vet. Samtidig forstår jeg at når man skal utføre prosedyrer for første gang, så kan det føre til en viss uro. Det er det lov å ha. Men da kan man like godt si det – pasienten har merket det allerede. Det er bedre å samarbeide om å løse problemet.

Så lenge hiv stigmatiserer, vil færre være åpne.

«Det å ha noen å bry seg om gir livslyst.»

– Da får helsepersonell lite feedback om at «her synes jeg dere overdriver». Tannlegen min behandler meg som en helt vanlig pasient. Han kan det, mens sykepleiere som jeg vet kan bedre, gjør det ikke.

– Tenk deg, da jeg nylig skulle ta gastroskopi, var veggene på undersøkelsesrommet dekket av blå plast fra tak til gulv. Sykepleierne hadde på seg to frakker, vernebriller og hansker. De beklaget at de så ut som månemenn.

– Sa du noe?

– Jeg ble helt satt ut. Jeg fortalte det til de på infeksjonsavdelingen. De trodde meg først ikke, men ringte ned og spurte hva som hadde skjedd.

Neste gang han var til gastroskopi, var tildekkingen mer normal. Men fremdeles må han være dagens siste pasient på grunn av smittefaren.

– Men hiv-viruset lever maks sju minutter utenfor kroppen.

Da han skulle ta leverbiopsi, hadde han time klokken tre.

– Legen kom klokken fire. Jeg spurte: «Hva venter du å finne?» Da fant han plutselig ut at jeg ikke var hans bord. Jeg måtte faste tre dager på rad i påvente av at en annen skulle utføre biopsien. Jeg sa stopp. Ba om å få en fast time noen dager senere. Jeg trengte en pause. Jeg var utslitt.

Wenæs synes det er skremmende at smittetallet øker.

– Et kondom er jo alt som skal til for å redusere smittetallet betydelig. Folk tror de kan ha utrygg sex. De tror det er blitt mindre farlig å få hiv, for nå kan de behandles. Legene sier hiv er en kronisk sykdom, men hiv er mer kompleks enn andre sykdommer. Vi må bare fortsette å forebygge.

Hiv-positive er ennå ikke gamle nok til å vite om de vil dø av vanlig alderdom eller av hiv-relaterte sykdommer.

– For mitt vedkommende vil det sannsynligvis være leveren som setter punktum. Men jeg er glad i livet og tar en dag om gangen. ■■■

Fast ansettelse

Man må ikke ha vært ansatt i vikariater i fire år før man kan kreve fast stilling, forklarer **Lars Petter Eriksen** i NSF's forhandlingsavdeling.

? På min arbeidsplass er det mange sykepleiere som kun er ansatt i 80 prosent vikariater, og det er omtrent hver dag behov for ekstravakter. Vi får ikke faste ansettelse før det har gått fire år. Jeg føler at dette er utnyttelse! Er vi så dårlig stilt?

§ Nei, så dårlig stilt er vi egentlig ikke – etter loven. For noen år siden kom det inn en fireårsregel i arbeidsmiljøloven, omtrent på linje med den man har hatt i tjenestemannsloven i mange år. Det er imidlertid ikke slik at denne regelen krever at man har vært ansatt i fire år før man kan kreve fast ansettelse. Den er en sikring, men lenge før det har gått fire år vil man i en del tilfeller kunne kreve fast ansettelse. Det er i så fall i de tilfellene der man har en midlertidig ansettelse i strid med bestemmelsen i arbeidsmiljøloven på dette punktet.

Det er heldigvis slik at arbeidsmiljøloven har fast ansettelse som en hovedregel. Dog kan man etter § 14-9 nr. 1 inngå avtaler om midlertidig ansettelse i noen tilfeller. Et av de tilfellene er vikariat. Likevel: Det må være et reelt vikariat, og det må være rimelig identifiserbart hvem man er vikar for. Er man ansatt som vikar for å dekke opp et permanent bemanningsunderskudd/vikarbehov, da er saken en annen. Da er det ikke lov å ansette midlertidig etter unntaksbestemmelsene i arbeidsmiljøloven.

? Jeg er fast ansatt som jordmor på ei fødeavdeling på sykehus. Mitt barn er ett år gammelt, og jeg har levert arbeidsgiver bekreftelse fra lege på at jeg ammer mitt barn. I møter med avdelingsleder får jeg beskjed om at ammefri er vanskelig for avdelingen å gjennomføre i praksis. Det vil i praksis si at jeg ikke får ammefri i løpet av helgevakter, nattevakter eller aftenvakter. Av og til er det akseptert å gå en time før vaktslutt på dagvakter som ikke er travle. Hvordan løser jeg dette, når jeg ikke når fram med å henvise til lovfestede rettigheter?

§ Det er helt åpenbart at du har rett på den fri du trenger til amming innenfor en tidsramme. Det virker ikke som om arbeidsgiver bestrider at du ammer, eller at du av den grunn trenger fri. Imidlertid opplyses det at det er vanskelig å gjennomføre på grunn av driften. Loven opererer ikke med noen reservasjon i din rett av slike grunner, og arbeidsgiver opptrer her klart i strid med loven.

Twist om rettigheter etter bestemmelsen om amming avgjøres av tvisteløsningsnemnda. Du bør snarest mulig fremme et slikt krav, da den retten du ikke får oppfylt i dag ikke kan tas igjen, naturlig nok. Var jeg deg ville jeg ha tatt kontakt med tillitsvalgt for å få oppstartshjelp i sak som dette.

? Jeg jobber i offentlig sektor, og opparbeider derfor offentlig tjenestepensjon. Nå har jeg vært sykemeldt i snart fire måneder på grunn av ryggplager, men antar at jeg vil være i arbeid igjen i løpet av tre-fire måneder, enten fullt eller i en gradert stilling. Så vidt jeg har forstått pensjonssystemet så opparbeider jeg pensjon, så lenge jeg er sykemeldt. Er dette korrekt?

§ Det er korrekt at du opparbeider deg pensjon også når du er sykemeldt. For å få en nøyaktig oversikt over din opparbeidede pensjon, må du skille mellom den pensjonen du opparbeider deg i folketrygden og den som er knyttet til din offentlige tjenestepensjon. Eventuelt også privat pensjonsparing.

Eller folketrygdloven § 3-15 utgjør sykepengene pensjonsgivende inntekt. Begrunnelsen for dette er at sykepengene utbetales i stedet for vanlig arbeidsinntekt fra arbeidsgiver, og kan derfor ses på som et substitutt for lønn.

Du som er ansatt i offentlig sektor får fullt betalt når du er sykemeldt. I forhold til opptjeningen til offentlig tjenestepensjon, har det den betydningen at du også her har full opptjening så lenge du går på sykepenge.

Som ansatt i det offentlige får du altså full opptjening både for pensjon i folketrygden og offentlig tjenestepensjon. (Sykepleien).

Passer på paragrafene:



Harald Jesnes
Forhandlings-
sjef i NSF



Kari Tangen
Ass. forhand-
lings sjef



Marit
Gjerdalen
Advokat



Johs Bruvik
Spesial-
rådgiver



Kirsten
Nesgård
Spesialrådgiver



Oskar
Nilssen
Advokat



Lars Petter
Eriksen
Spesialrådgiver



Anne Lise
Wien
Seniorrådgiver



Tore Dahlstrøm
Advokat



sykepleien.no

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

Divisjon St. Olavs driftsservice

Sykepleiere

St. Olavs driftsservice leverer støttetjenester av høy kvalitet til St. Olavs Hospital og andre Helseinstitusjoner i Helse Midt-Norge. Organisasjonen ble opprettet i 2003 og består i dag av 10 avdelinger: Allmenn teknikk, Arbeidsmiljøavdelingen, Dokumentasjonssenter, Kundesenteret, Logistikk og forsyning, Lønn og Regnskap, Mat & Cafè, Medisinsk teknikk, Renhold, Steril forsyning. Fra 01.01.04 gikk avdelingene over til markedsøkonomi og selger nå tjenester internt ved St.Olavs Hospital og til andre helseinstitusjoner i Helse Midt-Norge.

St.Olavs Driftsservice har som målsetning å være best på de tjenestene som støtter under Sykehusets kjernevirksomhet. Tjenestene som leveres skal til enhver tid tilpasses ønsker og behov hos kunder.

Bemanningscenteret formidler/dekker ulike vikarbehov for sykepleietjenesten til ulike sengeposter.

Arbeidsoppgaver

- Vi søker sykepleier i 100% fast stilling.
- Bemanningssenteret dekker opp med sykepleiere i kortidsfravær ved somatiske avdelinger ved flere klinikker ved St.Olavs Hospital.
- Dette gir mulighet for interessante og varierte arbeidsoppgaver og utvikling av sykepleiefaglig kompetanse.
- Våre sykepleiere jobber ved flere seksjoner, og blir satt inn i avdeling på kort varsel.

Personlige egenskaper

- Selvstendig, nysgjerrig, fleksibel og løsningsorientert.
- Ønsker faglige utfordringer.
- Positiv til variasjon i arbeidet.
- Serviceinnstilt og har gode samarbeidsevner.
- Gode kommunikasjonsevner.
- Trives i et aktivt og travelt miljø.
- Den som tilsettes må beherske norsk skriftlig og muntlig.

Vi tilbyr

- Variert arbeid, og mulighet til innflytelse på egen turnus. Vi har stor etterspørsel etter vakter på kveld, natt og helger.
- Mulighet til å bli kjent ved flere enheter ved St.Olavs Hospital.
- Faste kompetansedager, med fokus på faglig og personlig utvikling.
- Vi tilbyr funksjonstillegg på kr. 20.000.- som kompensasjon for at man jobber ved flere seksjoner og får beskjed om arbeidssted på kort varsel.
- Et nytenkende og ambisiøst arbeidsmiljø.

Kvalifikasjoner

- Offentlig godkjent sykepleier.
- Minimum 1 års erfaring som sykepleier ved et sykehus er ønskelig.

Andre opplysninger

- Stillingsbrøk: 100%. Fast og vikariat.

Arbeidssted

- Trondheim

Kontaktinfo:

Seksjonsleder Randi Solfrid Sellesbakk, tlf. 472 92 894

Referansenr: : 1705715208

Søknadsfrist: 14. mars 2013

Søknad sendes elektronisk via www.stolav.no, velg **Jobbsøk**, deretter ledige stillinger.



Skandinavias mest spennende nyfødt intensiv avdeling søker etter

SPESIALSYKEPLEIERE/SYKEPLEIERE MED RESPIRATORKOMPETANSE

Nyfødt intensiv, Rikshospitalet har ca. 120 ansatte. Vi er en meget spennende og utfordrende avdeling med 20 pasientplasser. Pasientgruppen er svært sammensatt, fra ekstremt premature til alvorlig hjertesyke nyfødte og deres familie. Rikshospitalet har landsfunksjon for nyfødte med hjertefeil.

Vi kan tilby:

- Spennende og faglig utfordrende miljø
- Fagmiljø som jobber kunnskapsbasert
- Flexiturnus
- 4 fagdager i turnus/året
- Arbeidstid: 35,5 t/uken
- Meget godt arbeidsmiljø
- Opplærings- og kompetansehevingsprogram
- Inkluderende arbeidsliv (IA-bedrift)

Personlige egenskaper:

- Brennende engasjement for fagfeltet
- Strukturert
- Evne til å jobbe selvstendig
- Løsningsorientert
- Gode kommunikasjons- og samarbeidsevner
- Fleksibel og evne til å stå på i travle perioder

Stillingsbrøk:

- 80-100 %, 3 delt turnus
- Vikariat/fast

Søknadsfrist: snarest

Spørsmål om stillingene kan rettes til:
seksjonsleder Anèe Hvass, tlf. 23074488
ass. seksjonsleder Rita Heimly Amundsen, tlf. 23074649

Søknad med CV sendes Anèe Hvass, e-post: anehva@ous-hf.no

<http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/avdelinger/nyfodtintensiv/Sider/enhet.aspx>



Avdeling for helse- og sosialfag har ledig stilling som:

Professor i tverrprofesjonelt samarbeid

Se utlysingen på: www.himolde.no/stillinger

Søknadsfrist 11. mars 2013

Høgskolen i Molde, Postboks 2110, 6402 Molde
Tel.: 71 21 40 00. E-post: post@himolde.no

www.himolde.no



20 minutters båtferd fra Oslo og du er på Nesodden.

AVDELINGSLEDER

I lys av samhandlingsreformen har vi rustet opp sykehjemmet med et nytt moderne bygg. Bygget er utformet med tanke på å møte fremtiden og har derfor sykehusstandard.

Nye tjenester vil kreve høy kompetanse.

Vi ønsker en avdelingsleder som vil være med på å møte disse utfordringene med stort mot og kreative løsninger.

Avdelingsleder er underlagt virksomhetsleder sykehjem og vil inngå i avdelingsledergruppen

Sammen skaper vi det gode livet er kommunens overordnede målsetting og sykehjemmet har en sentral rolle i arbeidet mot dette målet.

Søknadsfrist: 13.03.13.

Saksnr: 12/4679

For fullstendig utlysning, se vår nettside

www.nesodden.kommune.no



LEDIG 100 % FAST STILLING SOM FAGLEDER/LEDENDE HELSESØSTER.

Søknadsfrist: 15.03.13.

Se kommunens hjemmeside for full utlysningstekst, www.amot.kommune.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:

Miljøterapeut/Sykepleier, Barne- og ungdomsklinikken

Vikariat ved Ungdomspsykiatrisk seksjon, Barne- og ungdomspsykiatrisk avd.

Kontakt: Lars Gunnar Westermann, tlf. 77 75 57 68.

Fullstendige annonsetekster, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på www.unn.no/jobbsok

Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCVEIUSSU





Prosjektkoordinator engasjement (mars 2013 – 31.12.2015)

Norsk Sykepleierforbund (NSF) har opprettet 2 spennende engasjementstillinger (100 %) for faglig engasjerte sykepleiere. Stillingene er knyttet til Sentralt Fagforum. NSF har i alt 33 ulike faggrupper med 20 000 medlemmer inne ulike fagområder. Lederne i NSF's ulike faggrupper utgjør Sentralt Fagforum.

NSF ønsker i større grad å nyttiggjøre seg den kliniske kompetansen faggruppene representerer. Prosjektkoordinatorene skal fungere som bindeledd mellom Fag- og helsepolitisk avdeling, Sentralt Fagforum og de enkelte faggrupper. Sentralt Fagforum arbeider på ulike måter sammen med forbundsledelsen, forbundsstyret, øvrige avdelinger ved hovedkontoret, fylker og medlemmer for å nå viktige strategiske fag- og helsepolitiske mål.

Arbeidsoppgavene vil primært være knyttet til strategiutforming innen områdene forebyggende og helsefremmende arbeid, ledelse, utdanning, forskning, innovasjon og tjenesteutvikling. Prosjektkoordinatorene skal også være bidragsyttere i arbeidet rundt avanserte kliniske roller i sykepleien.

Spørsmål rettes til leder Sentralt Fagforum Frank Oterholt tlf.: 916 26 225 eller e-post: frank.oterholt@sykepleierforbundet.no.

For fullstendig stillingsutlysning og opplysning om søknadsadresse:

www.sykepleierforbundet.no/organisasjon/jobbe-i-nsf og www.jobbdirekte.no/sykepleierforbundet

Søknadsfrist: 10. mars 2013

Helse Nord-Trøndelag HF består av Sykehuset Namsos, Sykehuset Levanger, DMS Stjørdal, DMS Inn-Trøndelag, DPS Kolvareid og DPS Stjørdal og er organisert i ti klinikker. Helse Nord-Trøndelag har et omfattende spesialisttilbud og er innenfor enkelte sykehusfunksjoner blant de fremste i landet. Helseforetaket har 2.300 medarbeidere og foretakets forretningsadresse er 7600 Levanger.

Sykehuset Namsos

Kirurgisk klinikk

Operasjonsavdelingen har ledige stillinger:

Operasjonssykepleiere

3 x 100% stilling fast fra d.d.

2 x 100% vikariat til 31.12.13 - referanse 1709093998

Nærmere opplysninger om stillingen fås ved henvendelse til:

Avdelingssykepleier Lena Prytz Nordstrand, tlf. 74 21 58 49, e-post: lena.nordstrand@hnt.no

Søknadsfrist: 14. mars 2013

Foretaket har elektronisk søknadsbehandling og det oppfordres å fremme søknaden via Helse Nord-Trøndelag hjemmeside (www.hnt.no) - der du også vil finne fullstendig utlysningstekst.

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

Klinikk for lunge og arbeidsmedisin

Lungemedisinsk avdeling - overvåkingen

Sykepleier

66% fast stilling for tiden natt - ledig fom. 15.05.2013.

Nærmere opplysninger om stillingen kan fåes ved henvendelse til seksjonsleder Lise Hansen, tlf. 72 82 79 83.

Søknadsfrist: 14. mars 2013

Søknad sendes elektronisk via www.stolav.no, velg Jobbsøk, deretter ledige stillinger.



Akutt klinikken - Prehospitalt Senter

AMK OSLO OG AKERSHUS

Ledige stillinger som Medisinsk Operatør

AMK Oslo og Akershus er en del av Prehospital Divisjon ved Ullevål Sykehus, landets største og mest aktive akuttmedisinske bedrift. Arbeidsområdet omfatter besvarelse av medisinsk nødtelefon og koordinering av luft- og bakkeressurser prehospitalt og intrahospitalt.

AMK søker etter sykepleiere som ønsker en annerledes og utfordrende jobb innen prehospital akuttmedisin. Hovedoppgaven for medisinske operatører er besvarelse og oppfølging av medisinske nødmeldinger (113). Arbeidet omfatter også mottak av ordinære ambulanseoppdrag, intensivtransporter samt luftambulansoppdrag

Vi kan tilby

- En spennende og utfordrende jobb i et aktivt prehospitalt miljø
- Allsidige problemstillinger innen alle felt av akutt- og storbymedisin
- Tilrettelagt opplæring, kurs og hospitering hos samarbeidspartnere
- Høyt faglig fokus med jevnlig faglig oppdatering
- Et godt tverrfaglig miljø og hyggelige kollegaer
- Særtilllegg for ansatte i AMK p.t. kr 50.000,-/år.
- Hel- eller deltidstilling

Kvalifikasjoner

- Autorisert/off. godkjent sykepleier med minst 2 års relevant erfaring
- Akuttmedisinsk erfaring/kompetanse
- Gode kommunikasjonsferdigheter og samarbeidsevner
- Gode norsk- og engelskkunnskaper
- Gode IT-kunnskaper
- God simultankapasitet og evne til å jobbe effektivt under stress

Vi legger stor vekt på personlig egnethet, faglighet, samarbeidsevne og selvstendighet innen det akuttmedisinske feltet.

Utfyllende søknad med CV og ansiennitetsdokumenter sendes elektronisk via www.oslo-universitetssykehus.no/jobbsok

Søknadsfrist: snarest

Kontaktpersoner:

Anne Lene Finsrud: uxanfi@ous-hf.no, tlf: 95 25 10 35
Stig Osnes: uxosns@ous-hf.no, tlf: 99 21 35 55



Akershus universitetssykehus

Divisjon psykisk helsevern

SPECIALSYKEPLEIER- ALDERSPSYKIATRISK POLIKLINIKK

Refnr. 1695106932 **Søknadsfrist: 15.03.13**

Les mer om stillingene på www.ahus.no



Sykehuset i Vestfold

MEDISINSK KLINIKK – POLIKLINIKK FORDØYELSE, TØNSBERG

Poliklinikk fordøyelse er for tiden i stor utvikling. Det er etablert beredskapsordning og vi utvider tilbudet til kreftpasientene.

Sykepleier/spesialsykepleier

100 % faste stillinger, ledig.

Vi søker etter sykepleiere med erfaring fra gastrolab og evt. videreutdanning innenfor gastrosykepleie. Sykepleier med annen relevant erfaring og spesialutdanning kan også søke.

Nærmere opplysninger ved seksjonsleder Mona Løfqvist, tlf. 33 34 26 86.

Søknadsfrist: 21. mars 2013

For å lese mer og søke på stillingene:
www.sykehuset-vestfold.no



frantz.no



Haugesund Sanitetsforening Revmatismesykehus AS er et privat sykehus, som eies og drives med et ideelt formål i regi av Haugesund Sanitetsforening. Vi har driftsavtale med Helse Vest, og er et spesialsykehus for revmatologi og revmakirurgi. Sykehuset har i tillegg Hudpoliklinikk, og totalt 170 ansatte. Sykehuset er i en aktiv utviklingsfase og har opprettet et nytt rehabiliteringssenter gjennom Rehabilitering Vest AS.

Sykehuset har gjennomgått en rivende utvikling de siste årene og vi flytter inn i ny nybygg i 2015.

1. mars 2013 får vi ledig fast 100 % stilling som

FAGANSVARLIG ANESTESISYKEPLEIER

ved Revmakirurgisk avdeling.

Vi søker deg som vil være med å planlegge og starte opp et utvidet og fornyet revmakirurgisk tilbud i nye og moderne operasjonsstuer på sykehuset.

Vi tilbyr en utfordrende og interessant stilling i et aktivt fagmiljø som legger vekt på fleksibilitet, kvalitet og ansvar. Vi tilbyr konkurransedyktige betingelser.

For ytterligere informasjon se: www.hsr.as

Nærmere opplysninger om stillingen fås hos seksjonsoverlege Ivar Eikill, tlf. 52 80 50 10.

Søknadsfrist: Snarest.

Søknad med kopi av attester og vitnemål sendes Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus AS v/personalsjef, Postboks 2175, 5504 Haugesund. E-post: post@hsr.as



Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE

SPENNENDE FAGSTILLING

100 % vikariat med stor mulighet for forlengelse til fast stilling – avklaring 1. mai.

Vi søker en initiativrik person med høyere utdanning innen sykepleie, eller med annen helsefaglig bakgrunn, kompetanse innenfor palliativ care, eldreomsorg og/eller demensomsorg.

En sentral arbeidsoppgave vil være å delta i planlegging, gjennomføring og oppfølging av opplæringsprogrammet *Omsorg ved livets slutt – en verdig alderdom?* Du vil også ta aktivt del i teamarbeid, undervisning, fagutvikling, publikasjoner, kurs, konferanser og formidling.

Erfaring, kompetanse og engasjement innen undervisning, prosjektarbeid og forsknings-/fagutviklingsarbeid er ønskelig.

Lønn etter kvalifikasjon og avtale. God pensjonsordning. Ytterligere informasjon, se www.verdighetsenteret.no, eller kontakt daglig leder Stein Husebø, sthusebo@czi.net / mobil 41780007.

Søknad med CV sendes elektronisk til: brobygger Sverre Chr Wilhelmson scw@verdighetsenteret.no
Søknadsfrist 5. april 2013.



Trysil kommune

Trysil kommune er i startfasen av et omstillingsarbeid og etablering av en egen korttidsavdeling ved Trysil sykehjem. Vi har ledig stilling for snarlig tiltredelse:

Avdelingsleder – Trysil sykehjem

Vi søker en person med høyere utdanning innen sykepleie- vernepleie- eller fysioterapifaget. Søkere med lederutdanning eller – erfaring vil bli vektlagt, samt kunnskap og evner i forhold til økonomistyring og personalforvaltning.

For mer informasjon ta kontakt med Helsesjef Jon Arne Bye, tlf. 474 59 288. Full utlysningstekst og søknadsskjema ligger på www.trysil.kommune.no. Søknadsfrist er 15. mars 2013.



Sykehuset Innlandet HF
Divisjon Lillehammer

Intensiv og overvåkningsneheten Ass. avdelingssykepleier

100 % fast stilling, fra snarest (Ref.nr: 1707821643)

Kontaktinfo: Per Arne Lien tlf. 950 52 505 /
Johannes Myhrmoen tlf. 902 82 940.

Søknadsfrist: 14. mars 2013

Gå inn på våre hjemmesider www.sykehuset-innlandet.no HELSE SØR-ØST for å søke stilling og for fullstendig utlysningstekst.

franz.no



LOVISENBERG
DIAKONALE HØGSKOLE

Studieleder ønskes

Det er ledig funksjon som studieleder i avdeling for bachelor i sykepleie.

Søknadsfrist: 15. mars.

Les mer og søk på stillingen på www.ldh.no

www.ldh.no



Fossumkollektivet

Stiftelsen Fossumkollektivet søker miljøterapeuter, psykiatrisk sykepleier og psykolog

Vår avd Primæren i Frogn utvider intensivbehandlingen til også å omfatte unger kvinner med rusavhengighet.

I den forbindelse skal vi ansette følgende:

3 miljøterapeuter i medlevertturnus, gjerne sykepleiere/vernepleiere
1 psykiatrisk sykepleier i dagstilling
1 psykolog.

For fullstendig utlysningstekst se www.fossumkollektivet.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.

Intensiv- Og Oppvåkningsavdeling

Assisterende seksjonssykepleier

1 års vikariat ved Oppvåkningsseksjonen.

Kontakt: Seksjonssykepleier Ann Iren Lein, tlf. 938 99 091 eller Avdelingsleder Birgith J. Nerskogen, tlf. 996 20 742.

Søknadsfrist: 17. mars 2013

Fullstendige annonsetekster, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på www.unn.no/jobbsok

Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGGA UNIVERSITEHTABUOHCCVEIESSU



IGA
INSTITUTT FOR GRUPPEANALYSE

Gruppedynamisk basert utdanning i ORGANISASJONSANALYSE OG LEDELSE

Institutt for Gruppeanalyse (IGA) starter høsten 2013 nytt treårig utdanningsprogram i **Organisasjonsanalyse og ledelse** med et ettårig grunnleggende og et toårig videregående trinn.

Utdanningsprogrammet har som målsetting å utvikle ledelses- og organisasjonsforståelse ut fra et gruppedynamisk perspektiv. Det formidles kunnskap om organisasjonspsykologiske modeller og gruppeanalytisk teori. Fokus rettes mot rolleforståelse, irrasjonelle prosesser, konflikthåndtering, personalutvikling og annet grupperelatert arbeid. Utdanningen skal sette kandidaten i stand til å bruke denne forståelsen i sitt virke som leder.

Det første året i utdanningsprogrammet (grunnleggende trinn) formidler basale kunnskaper om gruppedynamisk og psykotераpеutisk teori og forståelse for prosesser i og mellom grupper. Utdanningsprogrammet er tverrfaglig og tilbys som blokk-kurs med 15 samlinger à 3(-4) dager over tre år.

For mer informasjon, brosjyre og søknadsskjema se våre hjemmesider www.iga.no. **Søknadsfrist 15. april 2013.**

Institutt for Gruppeanalyse
Fr. Nansens vei 2, 0369 Oslo
Tel: 466 11 330, E-post: iga@iga.no



Studier med studiestart høst 2013/vår 2014

Master i avansert klinisk sykepleie: Spesialisering i intensiv- eller allmennsykepleie, 120 sp. over 3 år. Studiestart 02.09.2013.

Videreutdanning i palliativ omsorg: 30 sp, 1 år deltid. Studiestart 02.09.2013.

Behandling, omsorg og pleie til personer med demens: 10 sp, emne på masternivå. Studiestart 02.09.2013.

Behandling, omsorg og pleie i livets siste fase hos syke, gamle mennesker: 10 sp, emne på masternivå. Studiestart 02.09.2013.

Å være gammel og syk og ha behov for helsetjenester: 15 sp, emne på masternivå. Studiestart jan. 2014.

Helsepersonells utfordringer i møte med akutt og kritisk syke eldre: 10 sp, emne på masternivå. Studiestart jan. 2014.

Søknadsfrist: 15. april for studier med studiestart i høst. Søk i Søknadsweb på www.ldh.no.



IGA
INSTITUTT FOR GRUPPEANALYSE

Treårig utdanningsprogram i GRUPPEPSYKOTERAPI

Institutt for Gruppeanalyse (IGA) tilbyr **grunnutdanning i gruppepsykoterapi** med et ettårig grunnleggende og et toårig videregående trinn. Utdanningsprogrammene **målsetting** er å sette kandidatene i stand til å kunne arbeide selvstendig og systematisk med gruppepsykoterapi i forskjellige kliniske sammenhenger. Programmene legger vekt på en integrering av gruppeanalytisk/-dynamisk **teori, veiledning** på egen praksis og **egenerfaring** i smågrupper og storgruppe.

I tillegg til treårig grunnutdanning kan det være mulighet for påbygging/ fordypning i forskjellige retninger: kvalifiserende trinn (to år) i **gruppeanalyse** (diplom), **mentaliseringbasert** gruppepsykoterapi, gruppepsykoterapi ved rusavhengighet, eller andre spesifikke gruppepsykoterapeutisk relaterte former.

IGA starter høsten 2013 **nye ettårige grunnleggende trinn** ved to ulike kurssteder i Oslo: Scandic KNA Vika og Voksenåsen konferansehotell. Utforming og innhold er litt forskjellig avhengig av utdanningsstedets profil. Utdanningen består av fem delkurs à 3 dager pr.år. Mellom delkursene møtes kandidatene i kollegiale veiledningsgrupper lokalt.

For mer informasjon, brosjyre og søknadsskjema se våre hjemmesider www.iga.no. **Søknadsfrist 15. april 2013.**

MS-konferansene 2013

Tema: REHABILITERING – mer enn fysioterapi!

Målgruppe: Helsepersonell i spesialist- og kommunehelsetjenesten, personer med MS, pårørende og andre interesserte.

Målsetting: Gi deltakerne innsikt i et bredere perspektiv av rehabiliteringstiltak for personer med MS.

Kurssteder:

| | | | |
|-----------------|------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|
| Fredag 3. mai | Hotel Ullensvang, Lofthus | Fredag 31. mai | Scandic Hotel, Hamar |
| Tirsdag 7. mai | Rica Hell, Stjørdal | Tirsdag 24. september | First Hotel Ambassadeur, Drammen |
| Fredag 24. mai | Quality Grand Hotell, Kristiansund | Torsdag 10. oktober | Scandic Hotel, Tromsø |
| Onsdag 29. mai | Quality Hotel og Resort, Sarpsborg | Tirsdag 15. oktober | Quality Hotel og Resort, Kristiansand |
| Torsdag 30. mai | Rica Rock City, Namsos | Tirsdag 29. oktober | Quality Hotel Grand Farris, Larvik |

For påmelding og ytterligere informasjon:

Gå inn på MS-forbundets hjemmeside www.ms.no eller ta direkte kontakt med MS-forbundet på telefon: 22 47 79 90.



MANGFOLD I SYKEPLEIEFAGET

Vi har mye faglig å lære av hverandre

23. april arrangerer Norsk Sykepleierforbunds fylkeskontorer i Oslo og Akershus gratis fagseminar for sine medlemmer i Oslo kongressenter, Folkets Hus.

På dette seminaret setter vi ulike sider ved sykepleiefaget i fokus. Vi ønsker å vise en del av mangfoldet i sykepleien og håper at dette vil være inspirerende, lærerikt og med overføringsverdi for sykepleiere som jobber i ulike deler av helsetjenesten.

Innlederne på dette fagseminaret er i hovedsak sykepleiere som er organsiert i forskjellige faggrupper i NSF. Dette er et utvalg av NSF's 33 faggrupper.

Velkommen til et inspirerende fagseminar hvor sykepleiefaget løftes fram.

MELD DEG PÅ INNEN 7. APRIL på vår hjemmeside www.sykepleierforbundet.no/kurs-og-konferanser. Du vil få en bekreftelse på mail som kan brukes som vedlegg til søknad om permisjon. Forfall som må meldes på selve seminardagen gjøres på tlf 913 97 813. Dersom du ikke melder forfall, blir du belastet seminaravgift (lunsj/div. materiell) på kr 505,-

UNIVERSITETET I TROMSØ UiT

Nytt studietilbud Master i sykepleie – 120 sp



Universitetet i Tromsø tilbyr fra høsten 2013 et eget mastergradsstudium i sykepleie. Masterstudiet retter seg mot sykepleiere med klinisk erfaring. Studiet tilbyr fordypning i sykepleiefaglig utøvelse, som grunnlag for å føre faget videre og utvikle det i nye sammenhenger. Studiet gjennomføres på deltid over tre år og er samlingsbasert.

Opptakskravet er bachelor i sykepleie med karakter C eller bedre til bachelorexamen + 2 års praksis som autorisert sykepleier.

Søknadsfrist: 15. april 2013

Oppstart: august 2013

Nærmere opplysninger om opptakskrav, oppbygging og innhold finnes på universitetets hjemmesider www.uit.no og kan fås ved henvendelse til Institutt for helse- og omsorgsfag, tlf. 77 66 06 65 eller tlf. 77 66 07 61. Din søknad registrerer du her: <http://uit.no/sokweb>.

9037 Tromsø – Tlf: 77 64 40 00 - uit.no



Søk stipend

Marie Kristofa Lysnes' stiftelse

utlyser et stipend på kr. 75 000

Det er et fagstipend som deles ut årlig, og stipendet deles nå ut for andre gang av stiftelsen.

Stipendet tildeles en sykepleier som arbeider eller planlegger å arbeide med et prosjekt som vil styrke utdannelsen av sykepleiere gjennom økte forskningsbaserte og kliniske innsikter og praktiske ferdigheter.

Marie Lysnes arbeidet gjennom et langt liv for å heve kvaliteten på sykepleierutdanningen og sykepleie innen det psykiske helsefeltet.

Stipendtildelingen har til hensikt å videreføre denne innsatsen i en aktuell og fremtidsrettet form.

Søknadsfrist 1. mai 2013

Stipendet deles ut på Landskonferansen i Trondheim 6. juni 2013.

Søknad med prosjektbeskrivelse sendes til:
Faggruppen for sykepleiere innen psykisk helse og rus
v/ Olav Bremnes innen 1. mai 2013,
på e-post: olav@ntebb.no

Mer info om Marie Lysnes på:
http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/810786/marie_lyses_legat_8487.pdf



Masterprogram i helsefag, Sjukepleievitenskap

Fagleg fordjuping:

Teori, omgrep, metodologi og metode relatert til Kultur og globale perspektiv, Omsorg, Hygiene, Praxeologi og Livskvalitet

Søknadsfrist: 15. april 2013

For nærare informasjon om innhald, opptakskrav og søknadsprosedyre for masterprogram i helsefag sjå:
www.uib.no/studieprogram/MAMD-SYK

Institutt for global helse og samfunnsmedisin,
tlf: 55 58 61 00, e-post: studie@isf.uib.no



UNIVERSITETET I BERGEN



Når det ikke er epilepsi – hva da? psykogene, ikke-epileptiske anfall (PNES)

Sandvika 25. og 26. april 2013

Kurset tar opp ulike forklarings- og behandlingsmodeller for psykogene, ikke – epileptiske anfall (funksjonelle anfall)

Sted: Avdeling for kompleks epilepsi - SSE, G. F. Henriksensvei 23, 1337 Sandvika.

Målgruppe: sykepleiere, leger, psykiatere, psykologer og annet helsepersonell.
Pris: 2000,-

Bindende påmelding innen 10.april

Kurset er søkt godkjent av Norsk sykepleieforbund som 10 timer for klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie.

For mer informasjon, tilsendelse av program og påmelding:
Telefon: 67 50 13 27
E-post: undervisningAKE@ous-hf.no

Programmet ligger også på:
www.oslo-universitetssykehus.no/sse



NORDISK KONFERANSE

for kommunal pleie og omsorg
for personer med
HUNTINGTON SYKDOM

Bergen 26. og 27. april 2013

Påmelding
fagnettverkhuntington.no

**UiO : Universitetet i Oslo**

Studentopptak høst 2013

Master i helsefagvitenskap

Avdeling for helsefag tilbyr Masterprogram i helsefagvitenskap (120 sp). Programmet sikter mot å utdanne kandidater med akademisk og tverrfaglig kompetanse innenfor et bredt helsefaglig felt. Denne kompetansen kjennetegnes både av faglig breddeorientering og en forskningsmessig spesialisering. Programmet vektlegger kritisk refleksjon og forskningsetisk bevissthet knyttet til utvikling og bruk av kunnskap. Programmet kvalifiserer for videre forskning og fagutvikling innenfor ulike kliniske og vitenskapelige arenaer.

Programmet kjennetegnes ved:

- forskningsbasert undervisning
- tverrfaglig studiemiljø
- tilknytning til et sterkt forskningsmiljø
- karrieremuligheter innen kliniske stillinger, leder-, utdannings- eller fagutviklingsstillinger og forskning

Målgruppe: Sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, vernepleiere og andre med helse- og samfunnsfaglig bakgrunn.



Organisering: Heltid 2 år/deltid 3 år.
Studiestart august 2013.

Søknadsfrist: 15. april 2013

Mer informasjon:

www.uio.no/studier/program/helsefagvitenskap-master/

"Kunnskapsdepartementets utdanningskvalitetspris i 2011"



LHL Helse
Glittrelinikken

Astma, KOLS**og mestring av livet med tung pust**

To dagers kurs, 25-26 april 2013

Kurset er for ansatte i hjemmesykepleie, sykehjem, legesentre, sykehus og rehabiliteringsavdelinger.

Program, informasjon og påmelding:

<http://www.lhl.no/no/glittrelinikken/>

Kurset er godkjent til klinisk spesialist.

**MEDIYOGA**
-medisinsk yoga

Utdannelse for helsepersonell.

OSLO-STAVANGER
TRONDHEIM-TROMSØ

mediyoga.com +46 85 40 882 80



**Norsk institutt for kunstuttrykk
& kommunikasjon (NIKUT)**

Høgskolen i Buskerud tilbyr fra høsten 2013 en ny videreutdanning i Kunst- og uttrykksterapi i samarbeid med Norsk Institutt for Kunstuttrykk & Kommunikasjon (NIKUT).

Introduksjonskurs i kunst- og uttrykksterapi avholdes 4. – 6.april 2013 i NIKUTs lokaler i Darrestr. 20, OSLO. Pris: kr. 2.750,-
Påmelding sendes: nikut@online.no

HØGSKOLEN I BUSKERUD, FAKULTET FOR HELSEVITENSKAP:

VIDEREUTDANNINGER HØSTEN 2013

PSYKOSOSIALT ARBEID MED FAMILIER MED BARN 0-4 ÅR

- 30 STP

PSYKODYNAMISK ARBEID INNEN PSYKISK HELSE OG RUS

- 15 SP

ETIKK I HELSETJENESTEN

- 15 STP

PSYKISK HELSE OG RUSRELATERTE PROBLEMER

- 60 STP

DIALOGISK PRAKSIS- ETISKE OG EKSISTENSIELLE DIALOGER

- 30 STP

SÅR

- 30 STP.

DERMATOLOGISK SYKEPLEIE

- 30 STP.

KUNST- OG UTTRYKKSTERAPI

- 75 STP.

LEDELSE OG STYRING AV KVALITET I OFFENTLIGE OG PRIVATE VIRKSOMHETER (KVALITETSLEDELSE)

- 20 STP.

STABSLEDELSE OG KRISEHÅNDTERING

- 15 STP.

SØKNADS-
FRIST
15.APRIL
2013

WWW.HIBU.NO/VIDEREUTDANNING



Sykepleien øker!

En side i Sykepleien gir i snitt 234.000 eksponeringer.

Kilde: Magasin og Ukepresseundersøkelsen, TNS Gallup

Lesetiden er også økende.

Hele 68 minutter bruker leserne våre i snitt på et blad.

Kilde: Ipsos MMI

Sykepleien

Alt av utstyr til helsepersonell
AKTROMMET

UTSTYR TIL DEG SOM HELSEARBEIDER

Vi leverer det meste av utstyr til legekontor, sykehjem, helsestasjoner og andre helseinstitusjoner. Besøk www.vaktrommet.no for hundrevis av produkter!!

PENHYGIENIC

Ta en titt på Vaktrommets egenproduserte PenHygienic! Navnskilt og organisator i ett.



Ta en titt i butikken vår
AKTROMMET.NO



www.vaktrommet.no
post@vaktrommet.no
 tel: 926 97 497

LIK OSS

Vær med i periodiske trekninger ved å like facebook-siden vår!



Velg mediet som når alle sykepleierne!



PRISER STILLINGSANNONSER

| Blad og nett | Nett |
|---|---|
| Koster 65,- kr per spaltecentimeter høyde. Bredden er 97,5 mm for en spalte (to spalter bred er 200 mm). Eksempel: En annonse på 10 cm høyde koster 6 500,- | 5 300,- per stilling. Annonsen ligger til søknadsfristen utløper (maks 50 dager). |

UTGIVELSESPPLAN

| Nr | Utgivelser | Materiellfrist | Utgivelsesdato |
|----|-----------------------------------|----------------|----------------|
| 1 | Sykepleien | 9. januar | 17. januar |
| 2 | Sykepleien | 30. januar | 7. februar |
| 3 | Sykepleien m/Sykepleien Forskning | 20. februar | 28. februar |
| 4 | Sykepleien | 13. mars | 21. mars |
| 5 | Sykepleien | 10. april | 18. april |
| 6 | Sykepleien m/Sykepleien Forskning | 30. april | 9. mai |
| 7 | Sykepleien | 22. mai | 30. mai |
| 8 | Sykepleien | 12. juni | 20. juni |
| 9 | Sykepleien | 7. august | 15. august |
| 10 | Sykepleien m/Sykepleien Forskning | 28. august | 5. september |
| 11 | Sykepleien | 18. september | 26. september |
| 12 | Sykepleien | 9. oktober | 17. oktober |
| 13 | Sykepleien m/Sykepleien Forskning | 30. oktober | 7. november |
| 14 | Sykepleien | 27. november | 5. desember |

PRISER KUNNGJØRINGSANNONSER

| Størrelse | Høydeformat | Breddeformat | Pris inkl farger |
|-----------|-------------|--------------|------------------|
| Helside | 200 x 260 | | 25 000,- |
| 1/2 side | 97,5 x 260 | 200 x 127 | 13 000,- |
| 1/4 side | 97,5 x 127 | 200 x 60 | 7 000,- |
| 1/8 side | | 97,5 x 60 | 5 000,- |

Målene er i mm i bredde x høyde

Medieplan 2013

En annonse i Sykepleien gir 218.000 eksponeringer (GEP som står for det antall en side i snitt genererer).

Kilde: Ukepresse-undersøkelsen/ TNS Gallup

Bekreftet opplag: 94 663 eksemplarer!

Sykepleien blad og nett gir søkere. Det sier våre mange fornøyde kunder. Og skulle du ikke bli fornøyd byr vi på neste annonse.

Har du noe å kunngjøre, tilbyr vi rimelig annonse på kunngjørings-side.

Velg mellom blad og nett til en pris, eller kun nett.

Søkegaranti!

Vi garanterer deg søkere. Hvis ikke får du annonsen en gang til gratis.

Gjelder enten du velger blad/nett, eller kun nett.

Kontakt oss!

Silje Marie Torper
Markedskonsulent
silje.marie.torper@sykepleien.no
Tlf 97 09 33 54



Ingunn Roald
Markedssjef
Ingunn.roald@sykepleien.no
Tlf 91 60 38 12



Tlf. nr sentralbord: 02409



SOMMER I HIMALAYA MED SYKEPLEIEN

MUNKEKLOSTRE, TIBETANSK KULTUR OG MAJESTETISKE FJELL I NORD-INDIA.
INKL. STORBYOPPHOLD I DELHI OG TO SPESIALBESØK PÅ LOKALE SYKEHUS
– MED ALBATROS-REISELEDER, 10 DAGER

Bli med til "Lille Tibet" i Himalaya, der yakoksene fremdeles pløyer jordene i de grønne dalene, der smør-te fortsatt er en nytelse og der buddhist-munkene fremdeles snurrer på bønnehjulene sine slik de har gjort i hundrevis av år. Seil på elvene Indus og Zanskar og opplev de eldste, mest spennende og avsideliggende klostre og små pittoreske landsbyer. Og la deg blende av Himalayas enestående, vakre landskap! Du blir også invitert innenfor i et tibetansk hjem, og kommer helt på innsiden av den sjeldne og spennende kulturen. Senere fortsetter du til den sydende millionbyen Delhi, der eldgammel kultur blandes med britisk kolonikultur, og til Agra, der du kan besøke Agra Fort og det verdensberømte kjærlighetsmonumentet Taj Mahal.

Informasjon og påmelding

Les mer på www.albatros-travel.no/sykepleien

info@albatros-travel.no

Vennligst opplys reisekode LR-SYK

DAGSPROGRAM

- Dag 1 Avreise til Delhi
- Dag 2 Ankomst og rundtur i Delhi
- Dag 3 Med fly til Lille Tibet
- Dag 4 Sankar klostre og familiebesøk
- Dag 5 Kloster-opplevelser i Tikse og Hemis
- Dag 6 Båttur på Indus-elven og besøk i Alchi
- Dag 7 Sykehusbesøk og tid til egne aktiviteter
- Dag 8 Fly til Delhi, sykehusbesøk og videre til Agra
- Dag 9 Taj Mahal, Agra Fort og tilbake til Delhi
- Dag 10 Hjemreise

AVREISE 12. JULI 2013

KR. 13.990,-



PRISEN INKLUDERER

- Norsk eller svensk reiseleder
- Fly Oslo – New Delhi t/r med Finnair
- Utflukter og entreer ifølge program
- Innkvartering i delt dobbeltrom
- Helpensjon på hele reisen
- Skatter og avgifter



Reis med oss – Albatros

Rundreiser med reiseleder. Mer enn 25 års erfaring!

Besøk oss på www.albatros-travel.no

Telefonene er åpne man–fre kl. 9:30–17:00

Ring på tlf.: 800 58 106

Avsender
Sykepleien
Postboks 456 Sentrum
NO-0104 Oslo



- når du vil merkes!



Å vise andre hva du heter, er å vise respekt.

Navnet er en viktig del av identiteten vår og har en sentral rolle i all kommunikasjon. Det første vi gjør når vi møter nye mennesker, er å presentere oss ved navn. Når vi ringer til noen, starter vi med å fortelle hva vi heter, og hvem vi er. Og når noen ringer oss, svarer vi med navnet vårt. Å fortelle eller vise hva vi heter, er et signal til andre om respekt og samtidig en vennlig invitasjon til å ta kontakt.

**Sjekk våre nettsider
for flere skilt og andre
merkeprodukter for helsesektoren**

SABO - det miljøvennlige alternativet!



Nøkkelbånd



Klokker



Graverte skilt

