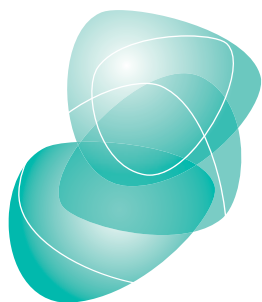




– Jobb mer, tjen bedre!

Høyere lønnsvekst, mot mer fleksible arbeidstider.
Det er Anne-Kari Brattens oppskrift for sykepleierne. 18



sorbact[®]
green wound healing

Hvorfor **Sorbact**[®] ved soppinfeksjon?

Sorbact-metoden er en effektiv og sikker metode som binder og eliminerer patogene mikroorganismer, så vel i sår som ved soppinfeksjoner i hudfolder. Sorbact-metodens effekt bygger på prinsippet hydrofob interaksjon.

- **Sorbact eliminerer effektivt sopp i hudfolder!**^{1,2}
- **Sorbact gir ingen resistensutvikling!**
- **Sorbact er enkel i bruk!**



ABIGO Medical AS – www.abigo.se – Tlf: +47 93 43 26 21

Ref 1: Journal of Wound Care, volum 15, nummer 04, april 2006. Ref 2: Data on file, ABIGO Medical AB



Ubehagelig lukt? Utflod?

Ønsker du enkelt å gjøre noe med det?

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

Les mer på www.navamedic.com

kun 1 kapsel/døgn



 Navamedic



Vanskelig overgangsalder?

Femarelle - en trygg og naturlig løsning. Femarelle gir effektiv hjelp til kvinner i overgangsalderen som ikke vil eller kan bruke østrogenmedisin. Dokumentert effekt.

Styrker benbygningen

Hetetokter

Hormonfri

Vaginal tørrhet

Naturlig



Femarelle gir livskvaliteten et løft, og det er det mange kvinner i overgangsalderen som trenger.

I mer enn 10 år har Femarelle vært tilgjengelig for norske kvinner, og flere tusen har fått en bedre hverdag takket være Femarelle. Forskning gir oss stadig bedre forklaring på hvorfor det er slik, det er publisert og presentert mer enn 30 studier på Femarelles effekt og trygghet.

Femarelle får du kjøpt i hele landet der det selges helsekost eller direkte fra vår nettbutikk: www.arcon-norway.no

Be om brosjyre!

Spør din lege om naturmiddelet Femarelle som kan hjelpe deg i din overgangsalder.

Liste over publiserte studier finnes på:
www.pubmed.com søkeord: **Femarelle**
Les mer: **femarelle.no**



ARCON

Arcon Norway as, postboks 6, 4801 Arendal Tlf. 37 00 35 35 salg@arcon-norway.no www.arcon-norway.no



Tema: Arbeidsgiverne

- 20 Svartmaling og New Public Management
- 22 Om personellmangel og arbeidstid
- 23 Arbeidsmiljø og arbeidstid
- 24 Lønn og effektivitet
- 25 Fem om Spekter



Innhold

18

6 | 2013 | Sykepleien

«KrFs vedtak er som å gå inn for å forby fargefjernsyn.» Barth Tholens i Aksjonisten, side 6

Hva skjer

- 10 Bruker tvang mot 11-åringer
- 11 Vi bare spør Dina Hovland
- 12 – Pleien må vike for golvvask
- 14 – Vi ble kastet fordi vi kritiserte
- 16 Et løft i Addis Abeba
- 17 Gladmelding til helsesøstrene

Der ute

- 28 – Celleveggene kommer imot deg
- 32 Møter eldre for å skape trygghet
- 36 Øyeblikket
- 38 Ord mot ord i praksis
- 42 Min jobb: Mads Bøhle

Fag og bøker

- 46 Tverrfaglig samarbeid i barnevernsaker
- 50 Pårørende vil involveres
- 52 Pasienter med schizofreni på sykehus
- 56 Forfatterintervju: Mala Naveen
- 58 Bokanmeldelser
- 60 Nytt medisinerom ga færre feil
- 63 Fremdeles interessert
- 64 Etikkk: Per Nortvedt
- 66 Kryssord og quiz

Mennesker og meninger

- 68 Eli Gunhild By om stikkskadedirektivet
- 69 Meninger
- 70 Kronikk: Kari Strøm Braaten
- 72 Innspill: Rune Alexander Fredheim
- 74 Tett på Unni Hembre
- 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 Hilsen.

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

Tlf. og e-postadresser på www.sykepleien.no
no/kontakt. Her finner du også Sykepleiens formålsparagraf.

ISSN 0806 – 7511

Repro og trykk:
Color Print A/S



14 Ble kastet etter kritikk.



32 Gjør eldre trygge i Skjåk.



«Lite av det vi holder på med her, har vi kommet på selv.»

74



AKSJONISTEN

Barth Tholens

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

(Adam) X (Eva)

Jeg forstår at noen lengter veldig etter barn.
Men ikke at alt skal være tillatt for å få et.

Jeg er en tilhenger av at vi stadig må flytte grenser for å gjøre verden litt bedre. Å holde på det gamle bare fordi det fungerer, er en holdning som sikkert egner seg bra for antikvarer. Men for vitenskapen og teknologiutviklingen er det bare tull.

Teknologiske nyvinninger kan likevel sette oss på prøver. Det er her politikken kommer inn. En nyoppdaget virkelighet kan kreve at vi også må redefinere vårt ståsted. Hva skal være lov?

Da Charles Darwin i 1859 skrev *On the Origin of Species*, læren om hvordan artene har utviklet seg, tok han egentlig livet av Gud. Datidens oppfatning om at alt var skapt i løpet av syv dager, fikk dødsstøtet. Adam og Eva har ikke vært de samme siden. De var likevel ikke skapt i en guddommelig hånd vending. De måtte heller ses på som et resultat av en langsiktig utvikling. Den innsikten gjorde noe med oss mennesker. Når Gud var død, kunne vi kanskje påvirke litt selv.

Litt mye, kanskje. Framskrittene i bioteknologien de siste årene har komplisert vårt grunnsyn på tilblivelse og reproduksjon. Mens mulighetene for forplantning fram til for noen år siden var begrenset til naturmetoden, kan både befruktning og svangerskap nå være en prosess hvor mange utenforstående er involvert. Assistert befruktning, IVF-metoden, som ble introdusert i 1978, varslet laborantenes inntog i foreldrenes reproduksjonsbestrebelse. Prøverørsbarnet ble ikke til under dynen, men som et resultat av en teknikk som ble utført av andre, i hvite frakker.

Senere har det tatt helt av. Med sæddonasjon fikk kvinner mulighet til å få barn uavhengig av partneren, i første omgang ennå med kjente faktorer. Senere har anonym sæddonasjon, tillatt i for eksempel Danmark, utvidet repertoaret av reproduksjonsmetoder til prosjekter hvor mannens deltakelse ble redusert til en flytende væske uten klar avsender.

Myndighetene har reagert ulikt på disse medisinske framstøtene. Noen land ønsker å begrense antallet anonyme befruktninger per sæddonor for å redusere risiko for at biologiske søsken skal kunne danne par, uten at de vet om det. Canada tillatter nå 25 befruktninger per sæddonor, mens Frankrike ikke går lenger enn fem. Det har gitt grobunn for befruktningsturisme: Folk reiser bare til andre land for å få det de vil ha.

Ikke uventet har vitenskapens begjær etter å finne fram til nye metoder, gått hånd i hånd med interesser som vil tjene penger på det. Markedsføringen har vært vellykket: Det som for få år siden var en utopi, er nå blitt til noe man «forlanger» ut fra rettferdighetshensyn. Hetero, lesbisk, homofil, singel eller infertil – alle gjør krav på et vidunder.

Politikerne følger strømmen. Når sæddonasjon først har festet seg som en rettighet for kvinner med infertile menn, blir det vanskelig å være mot eggdonasjon. Her blir et egg fra en kvinne befruktet for så å bli satt i en annen kvinnes livmor. Arbeiderpartiets talskvinne Helga Pedersen snakket om at det var «urettferdig» å diskriminere ufruktbare kvinner i forhold til infertile menn. Hun ville derfor «likebehandle egg- og sædceller». Partiet åpner i samme slengen for at også enslige kvinner skal kunne få tilgang til eggdonasjon.

Det er også mulig å få barn ved å leie andres kropp. Teknisk sett er ikke surrogati så vanskelig. Kommersielle laboratorier hjelper gjerne til. Etter at det ble forbudt i Norge, reiser cirka 200 norske par årlig til India og andre steder hvor det er tillatt å få sine drømmer oppfylt ved hjelp av en lokal livmor. Møtt med kritikk, reagerer noen med indignasjon. Unner de oss ikke det vi aller helst vi ha? Et kjærlighetsbarn?



– For å forstå surrogati må man også forstå desperasjonen til dem som ønsker barn, forteller Aftenposten-journalist Mala Naveen i et intervju med Sykepleien. Naveen har skrevet boka *Den globale baby* der hun forsøker å gi et mer nyansert bilde av surrogati, blant annet ved å snakke med de kvinnene som villig har latt seg leie til formålet. Naveen lander på et forsiktig ja til handelen. Hun mener surrogati-kvinnene ofte får et bedre liv og at de er klar over hvilken risiko de utsetter seg selv for.

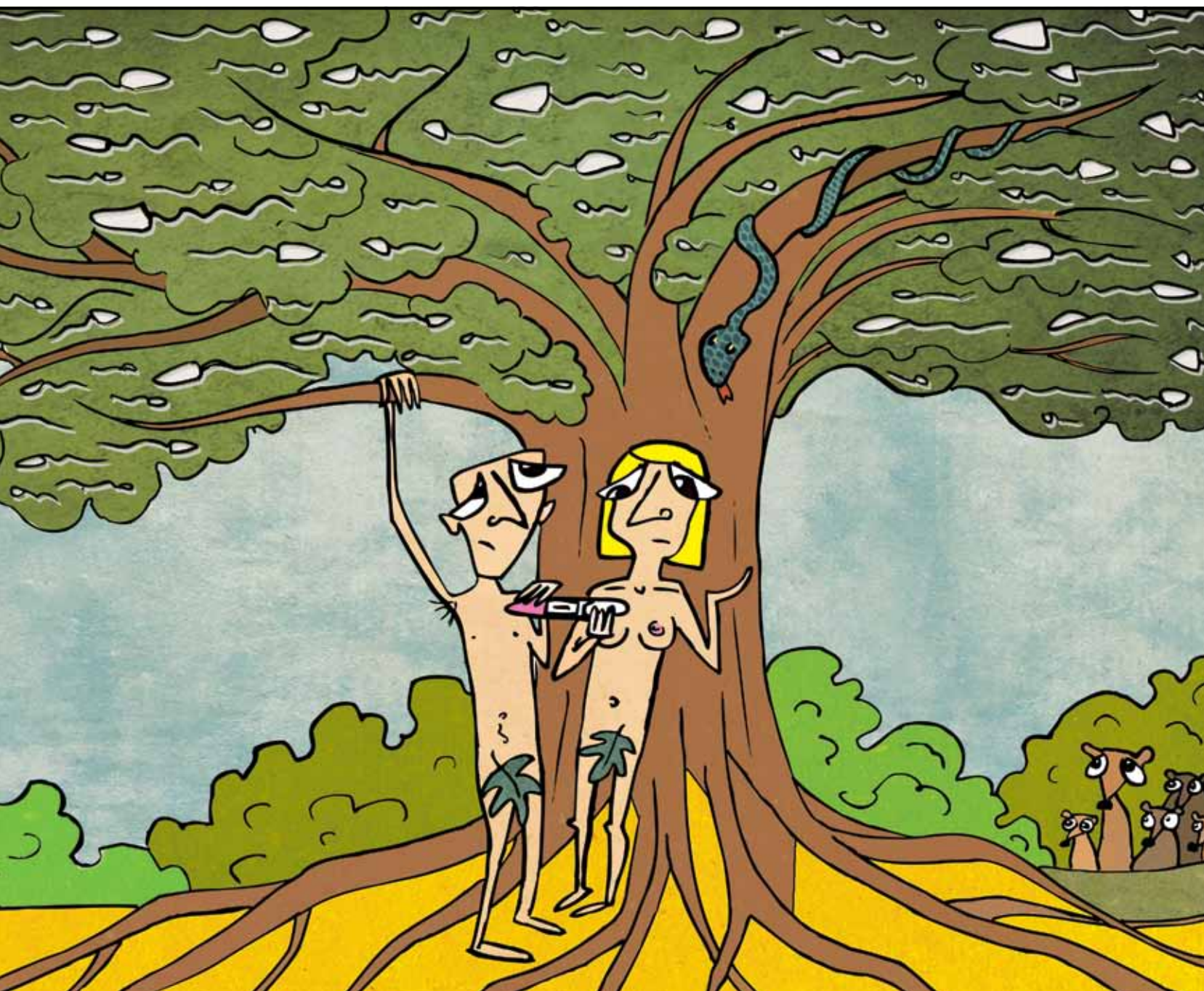
– Mange av dem er fattige, men de er ikke dumme, bedyrer Naveen.

Personlig beundrer jeg både vitenskapen som gjør alt mulig og de kvinnene som gjør alt mulig for å skape seg et bedre liv. Men jeg er skeptisk til

Sagt & ment

Mindre byråkrati kan gi flere politifolk i gatene og sykepleiere som holder mor i hånden, skriver Frps Ketil Solvik-Olsen i en kronikk på nrk.no.

At sykepleie er en 3-årig høyskoleutdanning er sikkert også et resultat av for mye byråkrati?



surrogati. Mange kvinner i India ville gjøre hva som helst for å komme ut av fattigdom, inkludert å si at de gjør dette helt av fri vilje og fordi de ønsker å hjelpe norske par. Men når har noe blitt etisk riktig å gjøre bare fordi den det eventuelt går ut over, sier at dette er greit?

Jeg er imot surrogati fordi norske par og indiske kvinner ikke er likeverdige parter, og fordi rike nordmenn ikke bør sette fattige kvinners helse i fare for å oppnå sin egen lykke. Deres lykke er underordnet. Hovedproblemet med både surrogati og andre metoder hvor det skilles mellom biologiske foreldre og formelle foreldre, er likevel at barnas interesser ser ut til å være underordnet de voksnes ønsker og lengsler. Barn blir et krav, men hva gjør det med barna?

Surrogati-debatten understreker for alvor problemet med at utviklingen innenfor bioteknologien går så hurtig. Nye metoder blir etablert som krav i befolkningen før vi egentlig helt vet om vi synes om dem. Når vi endelig har kommet fram til et standpunkt, har toget allerede kjørt videre til neste stasjon som krever nye valg.

KrF vedtok i april i år at de var imot både egg- og sæddonasjon, enda det siste har vært mulig i Norge helt siden 1930. Hareide & Co vil ha far og mor tilbake, men vedtaket er som å gå inn for et forbud mot fargefjernsyn: Når vi en gang har dem, har de kommet for å bli.

KrF er likevel raskere ute enn sykepleierne. Til forskjell fra legene har sykepleierne i liten grad vært med på å diskutere premissene rundt

«Barn blir et krav, men hva gjør det med barna?»

befruktning. Det er forunderlig. Det kan virke som sykepleiere først begynner å interessere seg for mennesker når de allerede er et faktum. Som Charles Darwin påviste, er det lovlig sent. Vi blir til lenge før vi blir født. ■■■

Handwritten signature

PROBLEM: – Problemet med pasienter som uteblir er større enn vi trodde, sier Stener Kvinnsland. Foto: Colourbox

Møter ikke til timen

I fjor gikk 82 000 konsultasjoner tapt i Helse Vest.

– Problemet med pasienter som uteblir er større enn vi trodde, sier administrerende direktør Stener Kvinnsland i Helse Bergen til Bergens Tidende.

Gjennomgangen Helse Vest har gjort, viser at fire prosent av timeavtalene går tapt i manglende oppmøte.

– Klarer vi bare å halvere dette tallet, kan vi kutte køene kraftig. Det vil dessuten hjelpe kolossalt på problemet med pasienter som ikke får helsehjelp innen den fastsatte fristen, sier Kvinnsland. *Bergens Tidende*

Prematurfødte flyttes til Tromsø



Intensivbehandlingen av premature flyttes fra Nordlands-sykehuset i Bodø, og samles ved UNN i Tromsø. Det bestemte styret i Helse Nord RHF i slutten av april.

Fleire foreldre til for tidlig fødte barn har bedt Helse Nord om å beholde tilbudet i Bodø. Fagsjef i Helse Nord, Jan Norum, har uttalt til Avisa Nordland at det er ingen grunn til å tro at de som er veldig tidlig fødte får bedre behandling ved UNN enn ved Nordlandssykehuset og avkrefter at økonomiske motiver ligger bak. *Rana Blad*



Foto: Colourbox

Flere søker sykepleier-utdanning

Rundt 117 200 har i år søkt studieplass ved landets høyskoler og universiteter. Det er cirka 1400 flere enn i 2012, melder Samordna opptak.

– Vi ser at det fortsatt er stor interesse for høyere utdanning, og at de rekordhøye tallene fra i fjor holder seg, sier Bente Ringlund Bunæs, daglig leder i Samordna opptak i en pressemelding.

Antall søkere til sykepleierutdanning har økt med seks prosent fra i fjor. Barnehelagelæruddanningen har hatt størst nedgang med 18 prosent færre søkere i år enn i 2012.

Fleire tall finner du hos www.samordnaopptak.no

Hva skjer

Les mer om:

10 Brukte tvang mot 11-åringar >

12 – Pleien må vike for gulvask >

14 – Vi ble kastet fordi vi kritiserte >

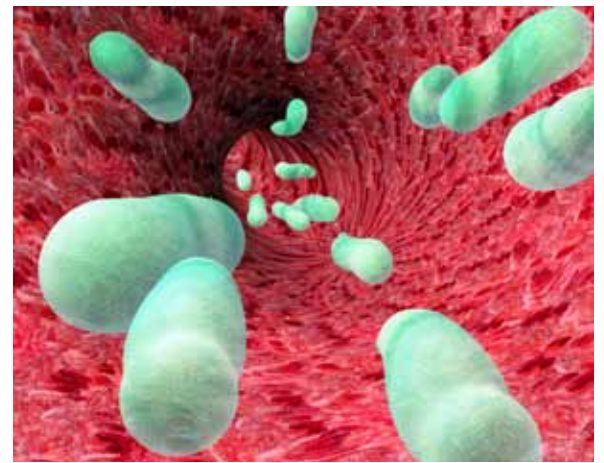
16 Et løft i Addis Abeba >

17 180 mill. til helse-søstersatsing >

Tekst **Kari Anne Dolonen**
kari.anne.dolonen@sykepleien.no

sykepleien.no

Følg med på reaksjonene etter Anne-Kari Brattens utspill.



METAANALYSE: 116 000 menn og kvinner uten kreft fra 12 europeiske kohortstudier er med i metaanalysen. Foto: Colourbox

Jobbstress ikke kreftfarlig

Det er ingen sammenheng mellom jobbstress og total kreftisiko eller risiko for kreft i tykk- og endetarm, lunge, bryst og prostata. Dette viser en ny metaanalyse, ifølge Tidsskriftet for Den norske legeforening.

Det er en internasjonal forskergruppe som har utført en meta-analyse for å sjekke om arbeidsrelatert stress kan påvirke den totale kreftisikoen og risikoen for enkelte krefttyper. I analysen inngikk data fra mer enn 116 000 menn og kvinner uten kreft fra 12 europeiske kohortstudier.

– Dette er en stor og spennende metaanalyse, sier professor Geir Arild Espnes, som er leder for Senter for helsefremmende forskning ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

80 prosent økning i alvorlige varsler

Helsetilsynet melder kraftig økning i antall varsler om alvorlige uønskete hendelser.

I 1. kvartal i år fikk Helsetilsynet 88 varsler. I 1. kvartal i fjor var tallet 49. Det gir en økning på 80 prosent. Siden ordningen ble opprettet i juni 2010, har det ikke før vært så mange varsler mottatt i løpet av et kvartal, melder Helsetilsynet.

Hvor mye lønn per måned?

Gjennomsnittlig månedslønn og avtalt månedslønn for alle ansatte per heltidsekivalent, etter kjønn og arbeidstid.

Kroner og endring i prosent.
Publisert 20. mars 2013

	Månedslønn		Avtalt månedslønn	
	2012	2011–2012	2012	2011–2012
Alle ansatte	39 600	3,9	37 300	3,9
Menn	42 100	3,2	39 400	3,1
Kvinner	36 400	4,6	34 600	4,5
Heltidsansatte	41 000	3,5	38 800	3,7
Menn	42 800	3,1	40 100	3,1
Kvinner	37 800	4,4	36 400	4,6
Deltidsansatte	33 100	4,7	30 700	4,4
Menn	33 200	4,1	30 700	3,7
Kvinner	33 100	5,1	30 700	4,4

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Lovbrudd i bruk av tvang



I 89 av 103 kommuner er det avdekket brudd på lovverket ved tvungen helsehjelp til pasienter i sykehjem. Dette området var tema for Helsetilsynets landsomfattende tilsyn i 2011–2012.

Tilsynet avdekket blant annet utstrakt bruk av tvang i strid med regelverket. En av årsakene var at lovverket ikke er godt nok kjent blant de ansatte.

– Mange ansatte i sykehjemmene var usikre på reglene om tvungen helsehjelp, hva begrepet tvang innebærer, hvordan motstand identifiseres og håndteres, hvordan og når pasientens evne til å gi samtykke skal vurderes og hvem som er ansvarlig for å gjennomføre slike vurderinger, står det i Helsetilsynets oppsummering.

Enighet i lønnsoppgjøret

Unio og KS ble i begynnelsen av mai enige om et oppgjør for kommuneansatte som gir et generelt tillegg på minimum 3100 kroner til alle.

Også i Oslo kommune kom partene til enighet.

– Oppgjøret gir de fleste av våre medlemmer en lønnsøkning på 2,55 prosent. Ingen får mindre enn 9 700 kroner, sier forhandlingsleder i Unio, NSFs Silje Naustvik.

– Resultatet vil gi våre medlemmer et generelt tillegg på lønnstabellen på 9 700 kroner til og med lønnstrinn 26, og 2,55 prosent fra og med lønnstrinn 27 og oppover, sier Naustvik.

I Staten får alle et tillegg på minimum 4 200 kroner.



IKKE MINDRE ENN 9700 Unios forhandler i Oslo, Silje Naustvik, var mellomfor-nydd med oppgjøret.

TERAPI av Bodil Rønhaug



DANSEMITTE: Folkehelseinstituttet har startet smittesporing blant danseelevne. Foto: Colourbox.

Tre tuberkulosetilfeller på danse-utdanning

Ifølge Folkehelseinstituttet er det påvist to tilfeller av lungetuberkulose i en klasse ved Bårdar Akademi i Oslo. En tredje student fra samme klasse er innlagt i sykehus med mistanke om samme tilstand. Smitteoppsporing er igangsatt blant elevene som tar danseutdanning på dagtid. Kveldskurselever ansees ikke som smitteutsatte.

Personer som har hatt tett kontakt med syke blir tilbudt undersøkelse for å avklare mulig smitte av tuberkulose. De som eventuelt får påvist tuberkulose blir tilbudt behandling og oppfølging av spesialisthelsetjenesten.

Folkehelseinstituttet

Meninger fra www.sykepleien.no



180 millioner til helsesøstrene

– Støre lovte også at de kreftsyke og andre alvorlig syke skulle få det bedre, nå melder NRK Rogaland at SUS Stavanger Universitetssykehus, skal måtte kutte med 44,6 millioner i 2013. Bl.a. skal kreftavdelingen kutte med 4 millioner...

(Ine)

Manglende tillit til helsevesenet

– Er opptatt av pasientsikkerhet og sjelden feltet. Mastcellesykdom er en tilstand hvor pasientsikkerheten burde settes i fokus. Pasientene kan ved innleggelse og standard rutine i norske sykehus, utsettes for alvorlige hendelser pga. manglende kunnskap, retningslinjer og kvalitetssikring...

(Jorunn Johnsen)



Bruker tvang mot 11-åring

Doktorgradsstudent Astrid Furre mener det er på høy tid å diskutere tvangsmiddelbruken psykisk syke barn møter i helseinstitusjoner.

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers**

Forbindelse med sitt doktorgradsprosjekt har hun samlet inn tvangsmiddel-statistikk fra alle barne- og ungdomspsykiatriske akuttavdelinger i landet. Resultatene er foreløpig ikke publiserte, men hun viser til noen funn:

– Barn helt ned til 11 år blir utsatt for tvangsmidler når de er innlagt i psykiatrien. Det er snakk om fysisk fastholding eller korttidsvirkende medisiner under tvang, sier hun.

Én ungdom – 300 tvangsepisoder

– Det er også flere eksempler på ungdommer som har blitt utsatt for over 300 tvangsmiddelepisoder hver. Dette er oftest ungdommer over 16 år, og da er også beltelegging og isolering tatt i bruk.



VIL HA DEBATT: Astrid Furre, doktorgradsstipendiat.

Furre er doktorgradsstipendiat og ansatt ved Kompetansesenter for

sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri ved Oslo universitetssykehus.

– Finnes andre måter

I 2010 ga Furre sammen med Sonja Heyerdahl ut en rapport etter å ha undersøkt bruk av tvang i ungdomspsykiatriske akuttavdelinger. Det var en mindre undersøkelse enn doktorgradsprosjektet. Rapporten viste at:

- › 20 prosent av alle over 16 år legges inn på tvang. Det var stor variasjon mellom avdelingene.
- › Fysisk fastholding utgjør 80 prosent av tvangsmiddelepisodene
- › Noen få pasienter blir utsatt for et stort antall tvangsmiddelepisoder – i hovedsak er dette jenter som sliter med selvskadning og spiseforstyrrelser

– Jeg mener det er behov for å diskutere andre måter å håndtere disse barna på. Internasjonal forskning viser at for eksempel antiagresjonsprogrammer har god virkning. Enkelte av landets

barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger har jobbet målrettet med å få ned tvangsbruken, med gode resultater. Det viser at det finnes alternativer til tvangsbruk, sier hun.

Etterlyser kartlegging

– En 11-åring er et barn, og det er vel verdt å diskutere praksisen vi har i Norge. Jeg mener også helsemyndighetene har et ansvar for å kartlegge tvangsbruken mot barn og ungdom i psykiatrien. Det kommer rapporter om utviklingen i tvangsbruk mot voksne i psykiatrien annet hvert år. Men der er tvangsbruk mot barn og ungdom ikke med. Hvorfor ikke, er spørsmålet fra Furre. ■■■



Har du synspunkter eller erfaringer med denne problemstillingen du ønsker å dele med oss? Send en e-post til aknbh@sykepleien.no Les mer på sykepleien.no

KOMPRESJONSSTRØMPER



Øker blodsirkulasjonen!

Inntil 30% hurtigere restitusjon!

Xwear.no

Dina Hovland

Aktuell som: Feltarbeider for Leger Uten Grenser. Jobber som jordmor på Ullevål sykehus.

Alder: 33 år

BAKGRUNN:

Ifølge en fersk Unicef-rapport er én av fire barn – 165 millioner – påført «stunting». De er skadet på grunn av underernæring. Dina Hovland har sett mange slike barn på oppdrag for Leger Uten Grenser. I radioprogrammet Ekko fortalte hun nylig om sine erfaringer.

Redder underernærte barn

Hva er stunting?

– Et resultat av kronisk underernæring. Barna som er «stunted» har ikke vokst sitt fulle potensial. De blir kortvokst. Deres kognitive evner påvirkes, for eksempel hukommelsen.

Er stunting et nytt begrep for deg?

– Nei, jeg har jobbet med underernæring i mange år. Innenfor tropemedisin er det kjent.

Hva skjer med barn som får for lite mat?

– Får de for lite eller feil mat over lengre tid, og har perioder med akutt underernæring, så er de i livsfare. Stunting er et resultat av underernæring de første leveårene. Unicef snakker om de første tusen dagene – fra unnfangelse til toårsdagen.

Hvor var du sist på oppdrag for Leger Uten Grenser?

– I Sør-Sudan. I fjor, i sommerferien. Jeg er nettopp blitt ferdig utdannet jordmor.

Hvordan sto det til der?

– Det er verdens nyeste land, ble fritt i 2011. Der er lite infrastruktur. På grensen mellom nord og sør er det kamper. Barn og mødre slo seg ned i sør. Jeg jobbet i en flyktningleir der.

Du har reist mer som feltarbeider?

– En stund var jeg det på full tid. Underernæring har jeg mye erfaring med.

Ser du det overalt?

– Det er ikke vanskelig å se at barn er avmagret, men underernæring kan også gi ødemer. Det kalles kwashiorkor. Ekstrem avmagring kalles marasmus.

Hva ser du etter?

– Jeg veier og måler lengde, måler tykkelse på overarm, ser etter ødemer. I felt behandler vi de akutt underernærte, ikke de som er blitt stunted. Vi driver livredning.

På radioen fortalte du om en mor med tre barn. Hva skjedde?

– Jeg finner denne gutten på to år, veldig tynn og apatisk. Når jeg har undersøkt ham, skjønner jeg at mor har to gutter til, på fem og sju. Alle tre er underernærte. Hun er i en håpløs situasjon. Mødre som ikke er i stand til å skaffe barna nok

mat, er fortvilet. I Sør-Sudan så jeg dette ofte.

Hvordan behandler du akutt underernæring?

– Gir næringstett mat, en peanøttsmørliknende sak. Det inneholder fett, proteiner og mineraler. Etter kort tids bruk går barna opp i vekt og huden blir mer skinnende.

De livner til?

– Etter hvert smiler de. De får blick for andre, er mer interessert. Det er en enorm glede å se den forandringen. Jeg ser at det nytter. Mødrene blir glade.

Hvor har du reist?

– I flere land i Afrika. De som står meg nær er Somalia, Sør-Sudan og Sierra Leone.

Skal du reise ut som jordmor også?

– Det er drømmen. Men jeg må få litt erfaring først.

Ellers?

– Unicef-rapporten gir økt oppmerksomhet om hvor viktig mødres helse er for barnas helse. Det krever innsats fra hele verdenssamfunnet å inkludere mødrenes helse for at barna skal bli friske.

Mor må ha god kost i svangerskapet?

– Ja, er den gravide underernært, påvirker det barnet. Morsmelk er det beste et barn kan få. Hvis ikke mor klarer å amme, er det fatalt for barnet. For å forebygge underernæring, er det viktig å screene mødre i svangerskapet.

Det passer bra at du er blitt jordmor?

– Ja, det gjør det. Jeg er så glad for videreutdanningen min.



Tekst og foto **Marit Fonn**
marit.fonn@sykepleien.no

– Pleien må vike for golvvask

20 truet med å si opp. 5 har gjort det. Tillitsvalgte er bekymret for at sykepleiefaget må vike for praktiske oppgaver. Tekst **Marit Fonn** Foto **Bjørn Erik Larsen**

Det nyoppussete Fyllingsdalen sykehjem i Bergen åpnet 3. desember. Men nyheten som kom i avisen på nyåret, handlet mest om frustrasjon blant de ansatte.

20 sykepleiere skrev under på at de ville si opp kollektivt hvis ikke bemanningen ble økt.

- Vi har gått tjenestevei, men ble ikke hørt, sier Bente Fløisand-Larsen, tillitsvalgt for sykepleierne.

- Vi var ikke med da bemanningen var tema.

Ville ikke være kokk

Lise Mikkelsen på rehabiliteringsavdelingen var en av dem som faktisk sa opp. I Sykepleien 4/2013 sa hun at mesteparten av tiden gikk til vasking, matlaging og servering. Hun ville

Det er inkludert Lise Mikkelsen, som fikk et års permisjon, men ville sagt opp uansett.

- Forholdene under måltidene er blitt bedre, men det er fortsatt for få folk.

Fløisand-Larsen mener at akutt plassene i dag er ganske bra bemannet, men er bekymret for rehabiliteringsavdelingen. Mye av jobben der består i å trene med pasientene:

- Det kan skje under stell og i spisesituasjonen. Sykepleierne observerer: Kan pasienten bruke armene? Velter pasienten kopper på grunn av dårlig syn? Observasjonene forteller oss veldig mye. Skal vi observere ordentlig, kan vi ikke gjøre mye praktisk i tillegg.

Korttidssykehjem = sykehus

Fløisand-Larsen understreker at korttidssyke-

hjem, som Fyllingsdalen delvis er, likner mer på sykehus enn ordinære sykehjem:

- Ingen pasienter er fastboende. Noen er inne til observasjon før de reiser hjem eller til behandling et annet sted. Det må ikke være sånn at det må skje en ulykke før ledelsen våkner. Dessuten frykter jeg at de unge sykepleierne vil forlate yrket.

Hun påpeker at når sykepleierne på korttids- og rehabiliteringsavdelingen ikke får tid til å utøve sykepleie, så strider det med samhandlingsreformen.

- Den sier jo at det skal satses på forebygging.

Plikt til å drøfte

Ved endringer og omstillinger skal arbeidsgiver så tidlig som mulig informere, drøfte og ta de tillitsvalgte med på råd.

Kilde: Hovedavtalen mellom KS og NSF, del B § 3-1

Rotete prosess

Tor Engevik, gruppeleder og tillitsvalgt på Løvåsen sykehjem, bekrefter at prosessen på Fyllingsdalen sykehjem har vært rotete.

Han ivaretok noen av sykepleierne som kom fra B-sykehuset under planleggingen av nye Fyllingsdalen sykehjem (se faktaboks).

- Ledelsen startet organiseringsprosessen uten at tillitsvalgte var med på laget. Det er utrolig at en stor kommune som Bergen ikke har rutiner for hva som gjelder når det etableres nye sykehjem. Ledelsen visste jo ikke hva en turnusavtale var.

Han mener at mange ledere ikke vet hva drøfting innebærer:

- De sier de har styringsrett og tror det er nok å informere tillitsvalgte i ettertid. Men ifølge hovedavtalen skal drøftinger skje før styringsretten inntreffer. Det er viktig at vi for eksempel kan skrive i protokollen at vi er uenig i bemanningen, fordi det er faglig på grensen.

– Hardt å være tillitsvalgt i Bergen

Engevik synes det er hardt å være tillitsvalgt i Bergen kommune.

- Vi står alene på hvert sykehjem, gjerne mot avdelingsledere og styrer.

Han mener resultatet blir bedre når tillits-

«Ledelsen visste jo ikke hva en turnusavtale var.»

Tillitsvalgt Tor Engevik

heller utøve sykepleie enn å være kokk og renholder.

- Nå har fem sykepleiere sagt opp, opplyser Fløisand-Larsen.

Fyllingsdalen sykehjem

- Nye Fyllingsdalen sykehjem åpnet 3. desember i fjor.
- 96 korttids- og rehabiliteringsplasser. 16 av dem er akutt plasser.
- 64 av plassene kommer fra Florida sykehjem, og 26 fra B-sykehuset på Laksevåg.



VIL INVOLVERES: Tor Engevik og Bente Fløisand-Larsen mener at ledelsen ved Fyllingsdalen sykehjem ikke har oppfylt drøftingsplikten.

valgte og ansatte involveres i hele prosessen.

– Vi vil jo ivareta helheten, vi og. Det er ikke økonomisk lurt å kjøre de ansatte så hardt at de blir syke.

Etter sju år som tillitsvalgt ser han at budsjettene gradvis går ned i forhold til konsumprisindeksen.

– Ergo har ikke styrerne annet valg enn å kutte bemanning. Det er kun oss i pleien igjen. Da må sykepleierne i gang med å vaske golv.

–Vi har involvert nok

Anita Grinde, seksjonssjef ved korttidssykehjemmet, mener de tillitsvalgte har vært godt nok involvert. Hun viser til at hovedtillitsvalgt var med fra da planleggingen startet, og at de lokale tillitsvalgte kom med senere.

– Vi har flyttet inn i et nytt sykehjem. Det vil ta tid før alle rutiner er på plass.

Hun mener det er fire sykepleiere som har sagt opp.

– Og de har oppgitt at det er andre årsaker enn for lite bemanning.

– Men 20 sa de ville si opp. Hva er det et tegn på?

– Vi har hatt en prosess om matsituasjonen og endret rutiner. Mange sier de angret på at de skrev under. De var ikke klar over hva de skrev under på. Oppgavene med mat og servering er ikke annerledes enn ved andre sykehjem.

– Hvor mange angret?

– Det kan jeg ikke si eksakt.

– Er bemanningen forsvarlig?

– Så langt. Den er ikke mindre enn andre steder. Men på et korttidssykehjem er behovet uforutsigbart, for vi vet ikke hvilke pasienter vi får. Vi må fortløpende vurdere om vi må ta inn ekstra personell, og hvilken fagbakgrunn det skal ha, sier Grinde. ■■■

marit.fonn@sykepleien.no



SA FRA: Sykepleier Lise Mikkelsen ble intervjuet om konflikten på Fyllingsdalen sykehjem i Sykepleien nr. 4.

– Vi ble kastet fordi vi kritiserte

Flertallet i tilsynsutvalget ved Hovseterhjemmet i Oslo avdekket dårlig pasientbehandling. Da ble rapporten og hele utvalget kastet av politikerne.

Tekst og foto **Eivor Hofstad**

Per W. Jensen trodde det bare kunne skje i land vi ikke ønsker å sammenlikne oss med. Men den 7. februar i år hendte det faktisk på bydelsutvalgets møte i Vestre Aker i Oslo: Tilsynsrådets tre medlemmer ble kastet og erstattet med nye på grunn av «langvarige samarbeidsproblemer». Det hele ble klubbet gjennom enstemmig av de 15 bydelspolitikere fra Høyre, Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet og Venstre.

– Samarbeidsproblemer er en politikerkonstruert begrunnelse. Dette er rein og skjær sensur og maktarroganse, sier Jensen.

Han er leder av eldrerådet i Vestre Aker, og inntil nylig eldrerådets representant i tilsynsutvalget for Hovseterhjemmet. I Oslo har alle bydeler slike tilsynsutvalg som er opprettet av politikerne i bydelsutvalgene. De skal påse at sykehjemmene drives i samsvar med regler og retningslinjer gitt av staten og Oslo kommune.

– Lederen av tilsynsrådet, Ingrid Nyhus (H), ville ikke ta med kritiske kommentarer i en tilsynsrapport om ernæring fra Elisabeth Hegstad (Ap) og meg. Vi laget derfor en alternativ rapport som ikke ble godkjent, sier Jensen.

Jumboplass

Hovseterhjemmet er et privatdrevet sykehjem som kom på jumboplass for «generell tilfredshet» blant 45 sykehjem i Oslo kommunes pårørende-

I den siste kvalitetsrapporten fra Oslo kommune viste det seg at Hovseterhjemmet ikke klarer å opprettholde en sunn vekt på mange av beboerne. Nesten én av fire har en alvorlig vektreduksjon under oppholdet. Alvorlig vekttap er definert som å miste minst 5 prosent på fire uker eller minst 10 prosent på et halvt år. Bare ett sykehjem til av 44 i Oslo er like ille: Furuset.

Sov gjennom måltidet

Med dette som bakgrunn fikk Hovseterhjemmet den 11. desember i fjor et anmeldt tilsyn av Nyhus, Hegstad og Jensen. De skulle se på forhold rundt kostholdet. De delte seg i tre og observerte og snakket med ansatte og brukere hver for seg.

Elisabeth Hegstad, som selv er lege, er opptatt av ernæring fordi det har mye å si for hele allmenntilstanden. Vektnedgang kan gi både redusert trivsel og dårligere behandlingsresultat. Beboeren vil bli mindre selvhjulpne og pleietyngden vil øke. Både hun og Jensen ønsket derfor å få med i rapporten alt som kunne forklare de dårlige vektfallene, samt hva sykehjemmet aktet å gjøre med det. Hegstad har fortalt til Akersposten at hun så at maten ble satt utenfor rekkevidde til en beboer og fjernet igjen når den var kald.

– Selv så jeg at en pasient ikke fikk spist fordi hun satt lent over trillebordet med maten og sov inne på rommet sitt hvor det var mørkt. Beman-

bemerket at oppbevaring av åpne, brukte urinflasker på rommene kan være en av årsakene til urinstanken, sier Jensen.

Lederen av tilsynsutvalget, Ingrid Nyhus (som også er tilsynsutvalgets eneste medlem av bydelsutvalget), nektet å ta med disse kritiske detaljene. Hun skrev en kort og positivt ladet rapport om at Hovseterhjemmet har gode rutiner rundt ernæring. Hun skrev også at Hovseterhjemmet tar opplysningene om vektreduksjon alvorlig, og at de vil kjøpe inn nye sittevekker og starte å veie beboerne hver måned.

– Kvaliteten på tjenesten blir ikke bedre av at man veier pasientene, men ved at man retter konkrete tiltak mot selve ernæringen hos enkeltindividet. Vi etterlyste både dokumentasjon og konkrete tiltak for hvordan Hovseterhjemmet skulle snu den dårlige trenden på vekt, men fikk ikke annet enn et muntlig utsagn om at nye sittevekker skulle kjøpes inn, sier Jensen.

Trusler

Enden på visa ble at Jensen og Hegstad nektet å underskrive Nyhus sin versjon av rapporten, som de oppfattet som sminket. De leverte inn sin egen som var omtrent en side lengre. Den ble ikke godkjent. Og så ble hele tilsynsutvalget byttet ut. Bydelsutvalget oppnevnte to nye personer, en fra Høyre og en fra Arbeiderpartiet, mens eldrerådet seinere oppnevnte sin.

– Underveis har jeg fått trusler fra bydelsutvalgets leder, som fryktet at eldrerådet skulle oppnevne meg som representant en gang til. Vi fikk beskjed om at dersom vi gjorde det, ville hele tilsynsutvalget for Hovseterhjemmet legges ned. Da skulle tilsynsutvalget for Vinderen bo- og servicesenter ta over. Der er lederen den samme som leder bydelsutvalgets helse- og sosialkomité, sier Jensen.

– Ikke sensur

Bydelsutvalgets leder, Elin Horn Galtung, svarer ikke konkret når Sykepleien spør hvilke samarbeidsproblemer tilsynsutvalget egentlig hadde. Bare at de var av ulik art.

«Dette er rein og skjær sensur og maktarroganse.» *Per W. Jensen*

undersøkelse for 2012. Også i brukerundersøkelsen kom sykehjemmet langt ned på lista; på en 39. plass blant 46 sykehjem.

– Jeg har spurt dem som jobber der om de ville hatt sine foreldre der. De svarer nei, forteller Per W. Jensen.

Den høye blokken på vestsiden av byen huser et av Oslos største sykehjem. Det har 185 døgnplasser og 30 dagsenterplasser. 150 stillingshjemler er fordelt på over 350 ansatte.

ningen er for dårlig til at de får fulgt opp matserveringen forsvarlig, sier Per W. Jensen.

Urinstank

Denne og andre observasjoner, som dårlig hygiene og mangel på urinflasker, ønsket han og Hegstad å ha med i rapporten.

– Urinstanken slår imot deg når du kommer opp i etasjene på Hovseterhjemmet. Vi gikk ikke ytterligere inn i denne problemstillingen. Vi bare



SYSTEMSVIKT: – Vår kritikk er ikke rettet mot de ansatte ved Hovseterhjemmet. Vi har kun påpekt en system- og organisasjonssvikt i rapportene våre, sier Per W. Jensen. Han er eldrerådets tidligere representant i tilsynsutvalget ved Hovseterhjemmet.

– *Hvorfor fikk ikke flertallets kritiske bemerkninger bli med i rapporten?*

– Det er leder som er ansvarlig for å levere inn og undertegne rapporten. Da sier det seg selv at leder må være enig i måten den er utformet på.

– *Kritikere kaller dette sensur?*

– Det er ikke riktig, spesielt ikke da begge forslag til rapport ble offentlige da de ble behandlet samtidig i Helse- og sosialkomiteen i mars, sier Galtung.

– Den er i så fall godt gjemt. Jeg har ikke klart å finne den på nettet. Den ble heller ikke vedlagt sakspapirene til behandlingen i bydelsutvalget den 7. februar, sier Jensen.

– Vil ikke se

Det er ukjent for Per W. Jensen at de hadde samarbeidsproblemer.

– Jeg tror sakens kjerne er at politikerne ikke vil se, fordi de da må gjøre noe med det. Dessuten er de ansvarlige for elendigheten, og når vi peker på det som ikke fungerer, viser vi at de ikke har lyktes, sier Jensen.

Det reagerer Galtung kraftig på:

– Det tillater jeg meg å kalle en helt vanvittig uttalelse! Vestre Aker bydelsutvalg er MEGET opptatt av hvordan tilstanden er på de to syke-

hjemmene bydelen har tilsynsutvalg ved. Nettopp derfor har vi innført en ordning der vi får rapportene til orientering med en gang de er ferdige og sendes til uttalelse hos Sykehjemsetaten. Ellers måtte vi ha ventet til etaten kommer med tilsvar.

Per W. Jensen mener det er liten vits i å få rapporter med en gang de er ferdige, hvis rapportene ikke skal kunne inneholde ubehagelige opplysninger. Han har også en liten mistanke om at planene han og Hegstad hadde diskutert for seinere tilsyn ved Hovseterhjemmet, kan være en medvirkende årsak til at tilsynsutvalget ble kastet:

– Jeg nevnte på et møte med bydelsutvalgets daværende leder at ernæring bare var første del av en firedelt satsing der vi kunne tenke oss å se nærmere på medisiner, bemanning og kultur/holdninger også.

– Griper sakene

Galtung minner om at alle rapporter gjennom årene viser at det gripes fatt i saker som tilsynsutvalgene påpeker.

– Oftest skjer det bedring med en gang, andre ganger blir dessverre sakene gjengangere, og noen saker må det sentrale grep til å endre. Da kan vi kun være pådrivere for endring, sier hun.

Galtung mener for øvrig at tilsynsutvalgene er

blitt enda viktigere etter at Sykehjemsetaten tok over ansvaret for sykehjemmene fra bydelene.

– Nå er tilsynsutvalgene den eneste linken vi har direkte til sykehjemmene.

– *Hvordan fungerer det nye tilsynsutvalget?*

– Det vet vi ikke ennå. Men jeg regner med at det nå vil gå meget bra. Vi har heldigvis aldri hatt samarbeidsproblemer i tilsynsutvalgene før i denne perioden, og da kun dette ved Hovseterhjemmet.

– Uhørt

– Det som har skjedd her er uhørt. Det er en utrolig stor svakhet med tilsynsordningen at politikerne velger å underkjenne en rapport der flertallet mener det er kritikkverdige forhold ved et sykehjem, sier Silje Naustvik, fylkesleder i NSF Oslo.

Hun skjønner ikke at politikere kan ta seg den friheten å oppnevne et nytt tilsynsutvalg bare fordi de ikke er enige i kritikken som flertallet i et tilsynsutvalg har fremlagt i en rapport.

– Det skulle ikke vært mulig, for dette handler jo ikke om partipolitiske skillelinjer, men om hva som er helsefaglig forsvarlig, sier fylkeslederen. ■■■

eivor.hofstad@sykepleien.no

Et løft i Addis Abeba

Norske helsearbeidere bidrar til at Etiopia får sine aller første operasjons- og akutt sykepleiere neste år.

Tekst og foto **Ellen Marie Arefjord**

Det er fornuftig bistand å hjelpe folk til å hjelpe seg selv!

Slik omtaler intensivsykepleier Anne Kari Knutsen fra Askøy ved Bergen oppdraget hun står midt i: Å lede to helt nye videreutdanninger for sykepleiere i Addis Abeba i Etiopia. Begge studieprogrammene er godt i gang og er et vellykket samarbeid mellom norske og etiopiske parter.

Utdanningen eies av St. Paul Millennium Medical College i Addis Abeba, mens de to stiftelsene CBCF og TCE (se faktaboks) er tungt inne. Begge disse stiftelsene ledes av norske kirurger som er misjonærsønner, oppvokst i Etiopia. Pay back-time!



SA OPP JOBBEN: Intensivsykepleier Anne Kari Knutsen fra Askøy sa opp på brannskadeavdelingen på Haukeland sykehus da hun ble tilbudt jobben med å utvikle videreutdanningstilbud i Addis Abeba.

Anne Kari Knutsen har også erfaring fra Afrika. Hun jobbet med brannskader i Addis Abeba i ett år, og var på feltarbeid i Tanzania da hun tok sin mastergrad i internasjonal helse.

– Jeg er veldig glad for bakgrunnen min når jeg sa ja til å være med på å heve nivået for unge etiopiere som allerede var utdannet sykepleiere. Jeg bruker med glede noen år her i Etiopia for å gi faget her et løft, sier hun til Sykepleien.

Ikke-eksisterende fagfelt

Legen Kjell Magne Kiplesund, mannen bak TCE, så tidlig at Etiopias sykepleiertjeneste måtte øke kompetansen, ikke minst fordi landet topper ulykkesstatistikken med trafikkulykker og brannskader. Kirurgen kom til Sentralsjukehuset i Stavanger (SUS) i 1994. Men tanken på «sitt andre fedreland» slapp ikke taket.

I 2008 fikk Kiplesund følge av akutt sykepleier Anne Merethe Mæland fra SUS for å bygge opp en ny traumeenhet i Addis Abeba. Hun var tilbake i Addis Abeba i vinter og underviste studentene i akutt sykepleie.

– Jeg husker godt mitt første møte med akutt mottaket for fem år siden. Det var så overfylt av pasienter og pårørende at det var vanskelig å få oversikt. I tillegg dårlig organisert, med lite kunnskap og stor mangel på utstyr, medisiner og ansatte.

«Husk, de var bare vant til å gjøre så godt de kunne.» Anne Kari Knutsen

– Fikk ikke pasienter hjelp?

– Ikke alltid. I Norge venter et stort traume-team på pasienten. I Etiopia sto ingen klar til å ta imot. Ofte helt hjerteskjærende, beskriver Anne Merethe Mæland.

At det heller ikke var kultur for at sykepleierne ga lidende pasienter omsorg – det er pårørendes oppgave – forsto hun ikke.

Hun er dermed fornøyd med å få delta i det givende pionérbildet.

– Som alle i det norske teamet er jeg både stolt og takknemlig!

Og hun regner med at Afrika vil kalle på ny.

Studier for etiopiske sykepleiere

- › Studiestart akutt sykepleie februar 2012.
- › Studiestart operasjonssykepleie september 2012.
- › Begge studieprogrammer er toårige.
- › Godkjent av helse- og utdanningsdepartementet i Etiopia. Pådrivere: Children's Burn Care Foundation (CBCF) og TraumaCareEthiopia (TCE).
- › Faglig støtte fra Høgskolen i Bergen.
- › Studiene lagt til St. Paul-hospitalet i Addis Abeba.

Egne krefter overtar

Mens Anne Kari Knutsen og et par andre, alle engasjert av CBCF, bor fast i Addis Abeba i prosjektperioden, kommer stadig norske helsefagfolk ned på kortere og lengre opphold. Høyskolelektor Petrin Hege Eide fra Institutt for sykepleierfag, Høgskolen i Bergen står på podiet og skal i gang med en forelesning.

– I'm glad to be back, åpnet hun forelesningen med.

En glede som stikker dypt, fordi det endelig er landets sykepleiertjeneste som får nødvendig oppgradering. Gjennom tidene er det helst ulike type etiopiske leger det har vært bevilget mye penger til å utdanne og videreutdanne.

Dagens tema er hypotermi. Petrin snakker om

viktigheten av å tildekke pasienten under operasjoner, selv i varme Afrika. Og til stor jubel fra klassen fremholder hun det etiopiske teppet gabi som vinneren. Det tynne, dobbeltvevete teppet gir luft mellom lagene, som luner pasientene, både fysisk og mentalt.

Når de to første kullene er uteksaminert trekker de norske aktørene seg ut. I neste runde vil utdannelsene gå sin gang med egne krefter. Studenter på de første kullene blir studieveiledere og lærere for neste kull. ■■■

redaksjonen@sykepleien.no



Gladmelding til helsesøstrene

Helseministeren lover 180 millioner nye kroner til helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det tilsvarer om lag 360 helsesøsterstillinger.

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

Dette kommer frem i folkehelsemeldingen fra Helse- og omsorgsdepartementet.

– Dette er et stort steg i riktig retning, sier NSFs forbundsleder, Eli Gunhild By.

180 millioner vil kunne gi rundt 360 nye helsesøsterårsverk. Norsk Sykepleierforbund har i møter med helseministeren lagt frem krav om 200 millioner kroner for å styrke helsestasjonene og skolehelsetjenesten over statsbudsjettet for 2014.

Hesledirektoratet anslår i sin egen kartlegging at det mangler minst 860 helsesøsterårsverk.

– Det at det nå kommer 180 millioner kroner, må vi være fornøyd med. Men dette er bare en start, sier By.

Hun krever en forpliktende opptrappingsplan for å møte behovet.

Satsingen vil omtales nærmere i kommuneproposisjonen for 2014, som kommer i mai. Styrkingen skal avklares i dialog med KS.



FORNØYD: – Mer penger til skolehelsetjenesten er et skritt i riktig retning, mener NSF-leder Eli Gunhild By.

– Arbeid bærer frukter

– Helsesøstertjenesten er et område vi har hatt fokus på over tid. Vi har kommet med innspill i høringer, brukt Sykepleiens undersøkelse og hatt flere møter med både KS og Helsedepartementet. Nå ser vi fruktene av arbeidet, og jeg synes vi har fått til veldig mye.

I undersøkelsen Sykepleien gjorde tidligere i år blant landets helsesøstre, er dette noen av hovedfunnene:

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

Har ikke tid

Helsesøstre fra hele landet har i en serie i Sykepleien fortalt om stort tidspress og at de må avvise barn som har behov for hjelp – og som de vet at de kunne ha hjulpet.

«Dette er bare en start.» Eli Gunhild By, leder Norsk Sykepleierforbund

Helsesøster Kari Engdal jobber i skolehelsetjenesten i Fredrikstad. Hun har fortalt at hun i snitt har i underkant av 5 1/2 minutt per elev til drop in-timer per elev per år.

Helsesøster Anne Åsheim ved Kattem helsestasjon i Trondheim har tidligere fortalt om konsekvensene av helsesøstermangelen i kommunen. Blant annet må helsesøstrene gjøre knallharde prioriteringer mellom barna:

– 2-åringene våre blir skviset, sa hun til Sykepleien i februar.

Råd giver fra Støttesenter mot incest, Tommy



FAKSIMILE FRA SYKEPLEIEN NR. 2/2013, der helsesøsterundersøkelsen ble presentert.

Ny forskrift

- › Forskriften om helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten revideres nå.
- › Hesledirektoratet har også startet et arbeid med å utvikle nasjonale faglige retningslinjer for disse tjenestene.

Aashildrød, har fortalt at mange av de utsatte som kontakter støttesenteret, forteller at de ikke har nådd fram når de som barn og unge har forsøkt å fortelle helsesøster om overgrep.

Slo på tråden

Sykepleien overrakte undersøkelsen til helseministeren 8. februar i år.

– Mye tyder på at vi trenger flere helsesøstre, sa helseminister Jonas Gahr Støre da.

– 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.

Kvelden før meldingen ble lagt frem, fikk NSFs forbundsleder telefon fra Jonas Gahr Støre.

– Han ringte selv for å fortelle at helsestasjons- og skolehelsetjenesten ville få 180 millioner kroner. Det var en veldig hyggelig telefon å få, sier hun. ■■■

kari.anne.dolonen@sykepleien.no



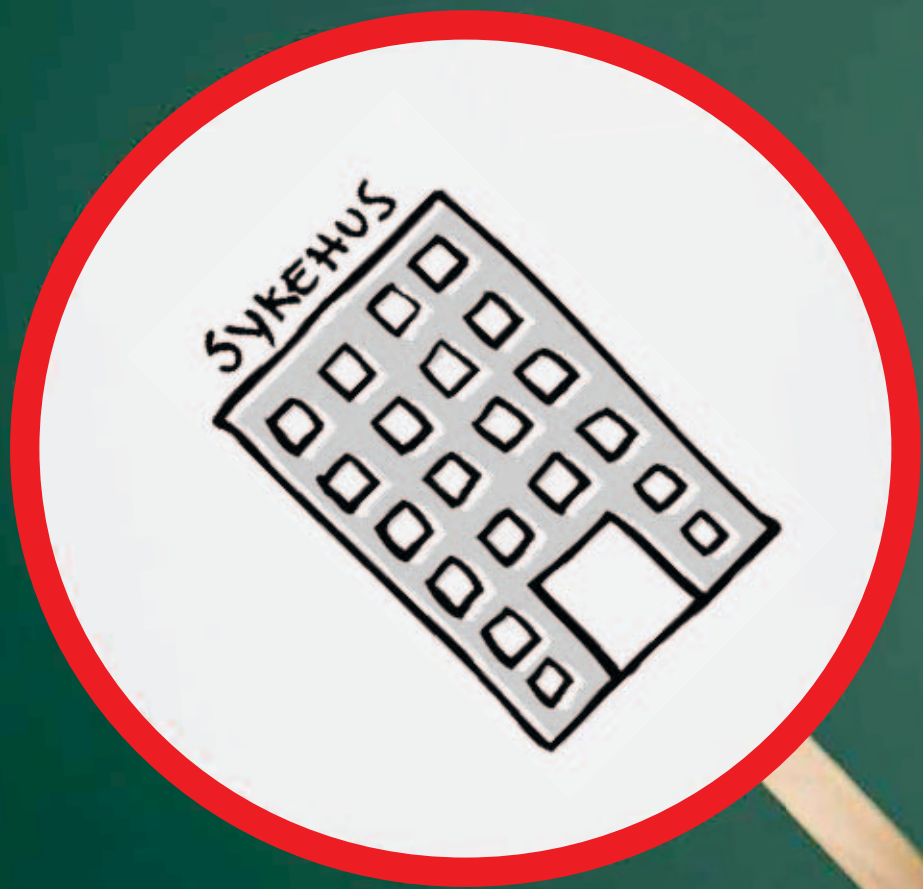
Les flere saker om barn og unges helse på sykepleien.no/tema

20 Svartmaling og New Public Management ›

22 Om personalmangel og arbeidstid ›

23 Arbeidsmiljø og arbeidstid ›

24 Lønn og effektivitet ›



Brattens opps

Anne-Kari Bratten i Spekter er utålmodig etter å løse utfordringene som sykehusene står overfor. Her er hennes oppskrift for sykepleierne:

- › Jobb oftere enn hver tredje helg.
- › Få høyere lønn med større fleksibilitet.
- › Færre forhandlinger om arbeidsplaner.



Tekst Bjørn Arild Østby og Barth Tholens Foto Erik M. Sundt

A portrait of a woman with long, dark, wavy hair and bangs, smiling at the camera. She is wearing a teal-colored long-sleeved top and a necklace with a circular pendant. The background is a solid teal color.

krift

KREVENDE: – Konsensuskulturen i Norge har gått så langt at det blir krevende for ledere på sykehus å treffe beslutninger i tide, mener Anne-Kari Bratten.

«Kritikken fra Helsetjenesteaksjo

Hva vil arbeidsgiverne på sykehusene? Sykepleierforbundets «motpart» i arbeidslivet, Spekter, er ikke i tvil: De vil ha nok arbeidskraft til å opprettholde døgnkontinuerlig drift, til en pris som Norge har råd til. Tekst **Bjørn Arild Østby** og **Barth Tholens** Foto **Erik M. Sundt**

Anne-Kari Bratten (49)

Hvorfor: Hun er nylig blitt arbeidsgiverens øverste leder og hun er stadig på seg sykepleierne.

Stilling: Administrerende direktør i arbeidsgiverforeningen Spekter.

Utdanning: Universitet i Oslo (1983–1986) og Norges Handelshøyskole (1986–1987).

Hver vår møtes arbeidstakerne og arbeidsgiverne i lønnsoppgjøret. Det smiler bredt når kravene overleveres, så følger det en periode med intens spenning og taushet. Etterpå er begge parter like misfornøyde. Da foreligger det et resultat.

Men hvem er egentlig Sykepleierforbundets (NSF) motpart i sykehussektoren? Er Spekter en sluttarbeidsgiverorganisasjon som bare vil ha billigst mulig ansatte? Eller er de egentlig på parti med NSF, bare med ulik syn på løsningene?

Anne-Kari Bratten, Spekters «granatkaster», som Dagbladets Stein Aabø kalte henne en gang, var lenge Spekters nestkommanderende. Hun hadde en egen evne til å erte på seg gud og hvermann – og sykepleiere i særdeleshet. Sykepleierne jobbet for lite, de var for rigide, de måtte ikke mase mer om likelønn, men være mer fleksible, ble Bratten sitert på. Det gikk så langt som at sykepleierne organiserte sms-storm mot Spekters **femme fatale**.

Noen av medieoppslagene kunne gi et inntrykk av at Bratten ikke har mye til overs for de cirka 40 000 sykepleiere som jobber i sykehussektoren. Men det er neppe sant.

Leser man Spekters programerklæringer, skiller de seg faktisk ikke mye fra arbeidstakernes. Spekter vil ha god pasientsikkerhet og kvalitet i tjenesten. Den ønsker gode arbeidsmiljøer, færre korridorpasienter og mindre ventetid. Arbeidsgiverorganisasjonen er opptatt av å få høyere kvalitet på sykepleierutdanningen. Og ikke minst er den – i likhet med NSF – bekymret for det høye sykefraværet og mangelen på kvalifisert arbeidskraft når eldrebølgen slår til for alvor.

Men virkemidlene skiller Spekter fra Sykepleierforbundet og Unio. Der Spekter vil ha «foten godt plassert på bremsepedalen» og maner til lønnsmoderasjon, mener arbeidstakerne at det er rom både for likelønnspress og for oppgjør som gir offentlig ansatte sykepleiere mer penger enn det industriarbeiderne får. Og der NSF sverger ved «hver tredje helg» som et hellig grunnprinsipp, mener Bratten at denne steile holdningen gjør det umulig å løse deltidsflokken, som nettopp NSF er så opptatt av.

I mars i år rykket Anne-Kari Bratten opp til sjefsstillingen i Spekter. Hun skal nå forhandle på vegne av arbeidsgiverne i helseforetakene, med til sammen 120 000 arbeidstakere. Har hun et nytt budskap? En hånd å strekke ut?

Kommunikasjonsdirektøren i Spekter er full av velvilje når Sykepleieren presenterer ideen om å stille Bratten en god del spørsmål. Det skal ordne seg, ikke noe problem. Én uke senere er hun der, bare noen minutter forsinket «fordi det var min tur til å kjøpe barna til skolen i dag».

Bratten, som for anledningen stiller med blå negler, er ikke den som lener seg tilbake og duller seg inn i generelle vendinger som kan tolkes både på den ene og den andre måten.

Hun er, som alltid, klar til å si det akkurat som det er.

SVARTMALING OG NEW PUBLIC MANAGEMENT

– **I mars overtok du som administrerende direktør i Spekter. Blir det nå et klimaskifte hos arbeidsgiverne?**

– Nei, jeg har vært med å utvikle Spekters strategier i mange år. Styret valgte ikke meg fordi de ønsket en ny kurs. Jeg skal være minst like pågående.

– **Stein Aabø i Dagbladet kalte deg for «granatkaster» på grunn av dine mange friske utspill, som delvis har provosert mange sykepleiere. Vil du fortsette slik?**

– Jeg vil fortsatt hive inn diskusjonstemaer som gjør at vi får fart i viktige debatter. Men jeg vil være faktabasert. Før hadde vi mange debatter som beskrev norsk arbeidsliv som en slags finsk vinterkrig. Nå er det flere fakta på bordet. Ni av ti trives på jobb.

– **Er det ingen grunn til bekymring for sykehustilbudet i Norge?**

– Det gjøres feil i norske sykehus som vi kontinuerlig må lære av, slik at de ikke gjøres igjen. Men mye er blitt bedre med årene. Etter sykehusreformen er økonomien til sykehusene kommet under kontroll.

– **Investeringsbudsjettene er kommet på plass. Det behandles flere pasienter enn noen gang. Flere står riktignok på venteliste fordi befolkningen øker, men ventetiden for hver enkelt pasient har gått ned. Andelen korridorpasienter har gått ned, antallet utskrivingsklare pasienter etter samhandlingsreformen er nesten halvert.**

– **Driver vi med for mye svartmaling?**

– Jeg synes generelt at det er for mye svartmaling av sektoren, men jeg vil ikke si at Sykepleierforbundet svartmaler. Men når legeföreningen er opptatt av hvor mye penger vi bruker på helse i forhold til BNP, blir det litt aparte, synes jeg. Det som er viktig er hva vi får til for de pengene som bevilges, ikke hvor mye penger vi bruker på det.

– **Det finnes forslag om å legge ned de regionale helse-**



nen er mytebasert svartmaling.

foretakene. Trenger vi en ny reform?

– Spekter arrangerte en sykehuskonferanse i fjor hvor vi evaluerte sykehusreformen. Den viser at de målene som de regionale helseforetakene har fått fra de politiske myndighetene langt på vei er oppfylt. De politiske ambisjonene om økonomikontroll, reduserte ventetider, tydeliggjøring av ansvar, trivsel og utvikling er nådd. Så å si at man skal legge ned de regionale helseforetakene som å gi medisin uten å stille diagnose. Jeg syntes det er et lettvent skudd fra hofta.

– **Organiseringen og finansieringen av spesialisthelsetjenesten knyttes til styringssystemet New Public Management (NPM) og blir utsatt for mye kritikk. Mener du at NPM har kommet for å bli?**

– Sykehusreformen hadde ikke noe med NPM å gjøre. Den dreide seg verken om markedsorientering eller privatisering. Reformen har bidratt til økonomisk kontroll og en kraftig økning i antall behandlinger og konsultasjoner. Det har bidratt til betydelig opprydding i ansvar. Så kan man mene at dette har kommet for langt unna politisk styring.

Det har ikke jeg noen synspunkter på.

Men alle skal merke seg at spesialisthelsetjenesten har klart å holde seg innenfor budsjettene de siste årene. Det betyr at Stortinget har forutsigbarhet. Jeg opplever debatten om NPM som meningsløs. Sykehusene drives stadig bedre.

– **600 leger har initiert den såkalte Helsetjenesteaksjonen. Mange sykepleiere**

slutter opp om den. De vil «ta faget tilbake». Mener du at de skyter over mål, med sin kritikk mot New Public Management?

– Ja, langt over mål. De får sette seg inn i forskjellene mellom NPM og alminnelig målstyring. Det er mytebasert svartmaling av en sektor som ikke fortjener å bli svartmalt. Det er en total avsporing av debatten. De fleste ansatte trives og utvikles og dette går bra.

– **Men kritikken gjenspeiler likevel en frustrasjon over at leger og sykepleiere føler at de ikke får utøvd faget sitt?**

– Debatten om at man ikke får utøvd faget sitt er god. Når en kirurg skjærer i en time og driver med papirarbeid i åtte timer, må vi ta tak i det.

– **Helsetjenesteaksjonen mener at det faglige skjønn ikke kan utøves fordi alt skal handle om økonomi og budsjetter på sykehusene?**

– Når jeg snakker med sykehusdirektørene, stiller de seg helt fremmed til det. Det snakkes mye om faglige valg og prioriteringer på sykehusene. Legene prioriterer i et eneste kjørt rundt den enkelte pasient. Og innenfor de budsjettene som Stortinget har bevilget blir det jo tatt selvstendige faglige vurderinger basert på legenes autonomi hele tiden.

– **Så du avviser egentlig den problemstilling om «å ta faget tilbake»?**

– Nei, det er relevant å diskutere om leger og sykepleiere bruker arbeidstiden på det de er ansatt for. Men det å svartmale hele spesialisthelsetjenesten skaper bare usikkerhet hos pasienter og pårørende. Det er vi ikke tjent med.

– **Mener du at leger og sykepleiere later som at tilbudet er mye dårligere enn det det egentlig er?**

– Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at vi i 2012 utførte 1,7 millioner flere behandlinger og konsultasjoner enn i 2005. Det er faktum.

– **Aksjonen mener at det er for omfattende krav til dokumentasjon og rapportering?**

– Nå har helseminister Jonas Gahr Støre satt i gang et prosjekt som skal gjøre noe med det. Men når vi snakker om tidsbruk, må du huske

på at for eksempel IA-avtalen er smekkkfull med byråkratiske rutiner. Hver gang Stortinget vedtar en pasientrettighet, følger det også dokumentasjonskrav med. Ansatte i helsetjenesten må dokumentere, blant annet av pasientsikkerhetshensyn og fordi Stortinget har ønsket tilbakemeldinger på hvordan pengene benyttes.

– **Hva er, i dine øyne, en god arbeidsgiver?**

– Arbeidsgiver skal sørge for et fullt ansvarlig arbeidsmiljø og at de ansatte trives og er motivert. Men konsensuskulturen i Norge har gått så langt at det blir krevende for ledere på sykehus å treffe beslutninger i tide. Det kan gå ut over arbeidsgiverens gjennomføringsevne. Vi må hele tiden jakte på og knipe inn på byråkrati og administrasjon og prosesser som kunne vært gjort mer effektivt.

– **Norlandia Care Group, som driver barnehager, eldreomsorg**

Spekters skryteliste

Spekter organiserer alle landets 26 helseforetak (HF) og fire regionale helseforetak (RHF) ved siden av ulike private og ideelle virksomheter innen helse og omsorg. Til sammen sysselsetter disse virksomhetene mer enn 120 000 arbeidstakere.

- › Siden 2002 har sykehusene hatt en produktivitetsøkning på 25 prosent
- › Ventetid har gått ned fra 90 til 71 dager
- › 33 prosent færre korridorpasienter
- › 48 prosent færre utskrivingsklare pasienter
- › Bedre pasientresultater og pasientsikkerhet
- › Bedre økonomiske resultater
- › Sykehusbudsjettene har økt fra 45 til 113 milliarder kroner
- › 80 prosent av de ansatte sier de er godt fornøyd
- › Sykefraværet er blitt redusert

Kilde: Spekter



nskonsensusveien

TAR FAGET TILBAKE: Det er relevant å diskutere om leger og sykepleiere bruker arbeidstiden på det de er ansatt for. Men svartmaling skaper bare usikkerhet, mener Anne-Kari Bratten.



«Over en fjerdedel av sykepleierne jo

og pasienthotell, har besluttet å melde seg inn i Spekter? Hvordan skal vi tolke det?

– Det betyr at vi utvider perspektivet vårt til å gjelde helse og omsorg. På helse har Spekter stort sett representert sykehus. De siste årene har vi fått flere og flere private aktører, og nå har vi også fått sykehjem. Det er jo veldig viktig å se hva som skjer mellom sykehjem og sykehus. Hva som skjer innenfor sektoren er mye viktigere enn å se hva som skjer innenfor hver enkelt bransje.

– Hva er Spekters viktigste suksesskriterium?

– At vi prøver å initiere politiske diskusjoner hvor vi ser de ulike tjenestenivåene og aktørene i sektorene i sammenheng. De som er sykehuspasienter i dag vil kanskje passe bedre på et sykehjem når disse blir enda mer avansert om ti år. Og ti år etter kan kanskje den samme pasienten være hjemme fordi teknologien har ført til det. Så det blir jo helt meningsløst å bare snakke om sykehus. Vi må se ting i sammenheng.

– Når det er sagt, tror jeg på en modell hvor mest mulig av arbeidstakernes lønnsdannelse skjer på den enkelte bedrift. Vi må ta utgangspunkt i den enkelte virksomhets økonomi og rammebetingelser. I helseforetakene har vi imidlertid blitt enige om å ha sentrale forhandlinger.

PERSONALMANGEL OG ARBEIDSTID

– Du er bekymret for om sykehusene vil ha nok arbeidskraft i årene framover?

– Ja. Vi vil mangle 85 000 årsverk frem til 2030 hvis alle jobber heltid, og det gjør de jo ikke. Det er for meg helt umulig å forstå at ikke debatten i Norge handler mer om det. Jeg har sagt at det kommer mye fint opp av havbunnen – men det kommer ikke folk derfra. Mål nummer én for Spekter er å sørge for at vi har nok arbeidskraft, slik at vi kan opprettholde et godt velferdsnivå også i framtiden.

– Er helseministerens ti grep for å bedre pasienttilbudet i spesialisthelsetjenesten et bra forslag?

– Ja. Jonas Gahr Støre har fokus på veldig viktige problemstillinger. Særlig forslaget om lengre åpningstider ved sykehus og om oppgaveglidning.

– Hvorfor bør sykehusene ha lengre åpent?

– For de fleste som jobber er det bedre å få en time på poliklinikken 17:40 enn 10:40. Samfunnet har investert mye penger i maskiner og medisinsk utstyr som ikke blir brukt på ettermiddagen. Denne debatten burde dreie seg om pasientene. Hvor klokt er det at et utagerende barn som trenger behandling i barne- og ungdomspsykiatrien blir tatt ut fra skolen, for å komme på BUP, mens foreldrene må ta fri

fra jobben. Hvis han kunne komme kl. 17, kunne han fått med seg skoledagens sin også.

– Men det er jo ganske mye som skal til for å få lengre åpningstider?

– Er det det? Jeg visste ikke det. Dette dreier seg ikke om å få mer folk, det dreier seg om å organisere arbeidet på en annen måte. Dette dreier seg ikke om sykepleierne, det dreier seg om legene. Legenes arbeidstidsavtale er slik at det ikke går an å sette leger til annet arbeid enn vakt etter kl. 17. Det må vi diskutere med Legeforeningen. Når det gjelder sykepleierne så har vi en tariffavtale som sier noe om hvordan ordinært arbeid på ettermiddagen/kveld skal godtgjøres. Stiller de ikke spørsmål ved å jobbe ettermiddag og kveld. Det er en annen arbeidskultur. Men sykepleierens arbeidstid må fordeles bedre i norske sykehus.

– Fordeles bedre?

– Over en fjerdedel av sykepleierne jobber ikke helger i det hele tatt. Det syntes jeg Sykepleierforbundet bør kunne diskutere. Hvorfor har vi et privilegiesystem som gjør at de deltidsansatte må jobbe mer i helgene og på nettene enn de heltidsansatte?

Hvorfor må hjelpepleierne jobbe flere helger enn



MERTID: – Noen få helger ekstra ville hjulpet betydelig, mener Anne-Kari Bratten.

bber ikke helger i det hele tatt.

det sykepleierne gjør? Hvis vi fortsetter å jobbe på samme måte, kommer vi ikke til å ha nok arbeidskraft i det hele tatt.

– **Forstår du at sykepleiere i mellomlederstillinger føler et stort press? De skal få tiden til å strekke til, ivareta faget og samtidig holde budsjettene?**

– Ja, jeg har stor forståelse for det. Støre sier at vi må gjøre noe med det presset. Men vi må huske på at en viktig årsak til dette presset er at avdelingssykepleierne har ansvaret for arbeidsplaner. I norske sykehus forhandles det årlig cirka 22 000 arbeidsplaner. Det tar veldig mye tid. Da kan jeg godt skjønne at de føler seg skviset mellom fag og økonomi.

– **Hva er alternativet?**

– Alternativet er at arbeidstidsbestemmelsene må bli annerledes slik at man ikke har disse forhandlingsarenaen til enhver tid. Det må være færre forhandlinger om ordinære arbeidsplaner, og det må være HMS-hensyn som er styrende for om en plan godkjennes.

– **Hvor bekymret er du for kvinners sykefravær i helsefor-
etakene?**

– Vi har ikke nok kunnskap til å forstå kvinners sykefravær. Gapet mellom kvinners og menns sykefravær øker. Har det noe med spesialisthelsetjenesten å gjøre? Har det noe med arbeidspress å gjøre? Men mannlige sykepleiere i sykehusene har halvparten av sykefraværet til kvinnelige sykepleiere, mens kvinnelige leger har dobbelt så høyt sykefravær som mannlige leger. Så det kan nesten ikke ha noe med bare yrket å gjøre.

– **Du vil ikke røre sykelønnsordningen?**

– Før vi forstår årsaken til at kvinner har så mye høyere sykefravær enn menn, vil ikke Spekter gjøre noe sykelønnsordningen. Jeg reagerer på dem som sier at vi må innføre nye tiltak, for eksempel karenisdager, før vi har evaluert IA-avtalen ferdig. Hvordan vet de at karenisdager vil hjelpe? Flere er borte fra jobben fordi de har et alkoholproblem enn på grunn av arbeidsmiljøproblemer. Det er antakeligvis flere folk borte fra jobben i Norge fordi de har kranget med partneren enn at de har ryggproblemer. Vi må skaffe mer kunnskap. Vi forstår ikke årsaken. Det er også noe med kvinnerollen som vi ikke forstår. Jeg tror ikke at det er helsetjenesten som sektor som er årsaken alene.

– **Men du vil endre avtalen om et inkluderende arbeidsliv (IA)?**

– Jeg mener at vi bør ha mindre fokus på å dokumentere hva vi har gjort og ikke gjort i arbeidet med sykefraværet, og mer på å mobilisere arbeidskraft.

– **Du vil ha en mobiliseringsavtale i stedet?**

– Vi har behov for 85 000 flere årsverk bare i pleie og omsorg i 2030. I tillegg til IA-avtalen må vi ha et forpliktende arbeid innenfor trepartssamarbeidet som skal få norske kvinner til å jobbe mer, øke sysselsetting blant innvandrere og ikke minst gjøre noe med det store frafallet som skjer fra den videregående skole. Den største reserven her er jo den delen av kvinnearbeidskraften som jobber deltid.

– **Hva med eldre sykepleiere? Har Spekter en seniorpolitikk?**

– Mye av norsk seniorpolitikk har vært feilslått fordi man har fokusert så mye på fritid, ferie og kortere arbeidsdager for de som er 60 år. Mens all forskning viser at det som skal til for å beholde seniorene i arbeid er jo at de er på jobb! Tilstedeværelse, kompetanseutvikling og muligheter for fortsatt karriere er det som får folk til å jobbe lenger. Ikke at du får 8 ukers ferie.

ARBEIDSMILJØET

– **Arbeidstilsynets har påpekt mange feil i sin «God Vakt-kampanje»? Har Spekter og sykehusene gjort nok for å rette opp i disse?**

– Sykehusene har jobbet systematisk med å lukke avvikene. Når det er sagt synes jeg at Arbeidstilsynet er altfor opptatt av å finne feil. De bør gå gjennom sine metoder. De må finne frem til årsaken til at det blir sånn. Hvis en sykepleier jobber ni timer og ti minutter en dag er det brudd på arbeidsmiljøloven. Da kommer Arbeidstilsynet inn og påpeker brudd. Men hvis Sykepleierforbundet og arbeidsgiveren hadde skrevet under en avtale på forhånd så hadde det ikke vært brudd. Når seriøse arbeidsgivere som Ahus og Sykehuset Østfold har mange titusentalls brudd på arbeidstidsbestemmelsene, så må jo Arbeidstilsynet inn og sjekke hva som er årsaken til at det blir sånn!

– **Er det for mye bruk av midlertidige ansettelser på sykehuset?**

– Det er jo forbudt med midlertidig ansettelse hvis det ikke er et vikariat. Men med mange unge kvinner som føder barn, blir det vikariat og midlertidige ansettelser. Når det gjelder innleie av arbeidskraft minner jeg om at det bare er cirka 0,6 prosent av vaktene på norske sykehus som er basert på innleie fra vikarbyråer.

– Hvis Sykepleierforbundet hadde sluppet sitt klamme grep på at sykepleiere bare kan jobbe hver tredje helg, så hadde det vært mindre behov for deltidstillinger og innleie. På den ene siden står man og skriker om at det er mye ufrivillig deltid og innleie, og på den andre siden så begrenser man arbeidsgivers mulighet til å gjøre noe med det, fordi man har bestemt at ingen skal jobbe oftere enn tredje hver helg. Selv om det i arbeidsmiljøloven er fullt mulig å jobbe hver lørdag og annenhver søndag. De som jobber på Rimi jobber oftere i helgene. Så det er jo ikke slik at det er forbudt. Jeg mener slett ikke at sykepleiere skal jobbe annenhver helg, men noen få helger ekstra ville hjulpet betydelig.

ARBEIDSTID

– **Det vil bli konkurranse om sykepleierne arbeidskraft. Kommunenes interesseorganisasjon KS har inngått en avtale med Sykepleierforbundet der heltidsstillinger er målet. Er Spekter helt på hæla i dette spørsmålet?**

– Det er NSF som er på hæla på heltid, ikke Spekter. NSF vil ikke diskutere heltid med oss på samme måte som Fagforbundet har gjort.

– **Vil du selv snakke med NSF om en avtale om heltid?**

– Ja, det er jammen ikke meg det står på. Jeg syntes at den avtalen NSF har fått til med KS er flott, men den er jo helt fri for konkrete virkemidler. Det er en avtale om å etablere en heltidskultur, og det kan jeg skrive under på når som helst.

– Vi har bestemmelser i tariffavtalen om dette, men alle vet at den viktigste årsaken til at Spekter og Sykepleierforbundet ikke blir enige om dette er at landsmøtet til NSF har vedtatt at man ikke skal jobbe mer enn hver tredje helg. Den beslutningen der står i veien for å etablere en kultur for heltid. Helgearbeid er det som skal til for å få fulle stillinger.

– **Men Arbeidsmiljøloven står i veien at sykepleiere skal jobbe så mye mer. Er det derfor at dere ønsker å endre denne loven?**

– Arbeidsmiljøloven står ikke i veien for å organisere arbeidstiden annerledes. Spekter vil for øvrig ikke endre på yttergrensene for arbeidstid i denne loven. Arbeidsmiljøloven skal ikke «på dynga» eller «skrotes» som andre sier. Men jeg mener at det innenfor denne loven

Spekter

- › Stiftet i 1993 under navnet Navo (norsk arbeidsgiverforening for virksomheter med offentlig tilknytning).
- › Ble etablert for å organisere fristilte offentlige virksomheter som Telenor, NRK, Posten med flere.
- › Skiftet i 2007 navn til Spekter og organiserer i dag virksomheter med nær 200 000 ansatte. De fleste er enten offentlig eid eller arbeider på oppdrag fra det offentlige.
- › Spekter har særlig tyngde i sektorene helse, samferdsel og kultur.
- › Drives av en administrasjon på knapt 40 ansatte. Det er utviklet en særegen forhandlingsmodell i Spekter-området med stor vekt på driftsvise lønnsforhandlinger.

Kilde: Spekter



«Høyere lønnsvekst er mulig med en

må kunne gå an å se på om det er mulig å gjøre tilpasninger til vår tid. Derfor har Spekter foreslått at det blir satt ned en arbeidstidskommisjon.

– **Hva skal en arbeidstidskommisjon egentlig gjøre?**

– De må gå gjennom forholdet mellom arbeidsmiljøloven og de landsomfattende tariffavtalene og de lokale avtalene.

Det må være en ekspertkommisjon. Ellers blir det bare krangel mellom partene.

– **Synes du arbeidstakerorganisasjoner har for mye makt til å legge ned veto for lokale arbeidstidsavtaler?**

– Ja. Sykehusene er i døgn-kontinuerlig drift. Et av de viktigste virkemidlene for å sørge for et fullt forsvarlig arbeidsmiljø er arbeidstidsbestemmelsen. Men arbeidsgiver rår ikke over det virkemidlet i dag, fordi organisasjonene mener de kan nekte å godkjenne en arbeidsplan uansett begrunnelse. Dette skjer selv om en arbeidsgiver har satt opp en arbeidsplan som ivaretar hensynet til helse, miljø og sikkerhet, og som sørger for at ubekvem arbeidstid blir fordelt på flest mulig. Jeg ser protokoller hvor NSF's tillitsvalgte nekter å godkjenne arbeidsplaner, fordi den strider mot landsmøtevedtaket til NSF. Det har jo ikke noe med arbeidsmiljøloven eller HMS å gjøre!

LØNN

– **Hvorfor er det så viktig at norske arbeidstakere, også sykepleiere, viser lønnsmoderasjon?**

– Jeg mener at lønnsveksten i Norge må avta. Gapet mellom lønnsnivået i Norge og de landene vi konkurrer med blir større og større. Hvis det fortsetter, vil vi ha stadig større problemer med å beholde arbeidsplasser i konkurranseutsatt sektor. Og når

vi ikke har det, så får vi ikke inntekter og ikke nok penger til å finansiere velferdsstaten og sykehusene. Derfor er det viktig at også de som jobber i offentlig sektor har foten på bremspedalen i de kommende oppgjørene. Reallønnsveksten i Norge har vært helt eventyrlig. I andre land er det lønnsnedslag og lønnsfrys.

– **Er det i dine øyne «farlig» at offentlig ansatte får bedre lønnsoppgjør enn privat ansatte?**

– Når privat sektor har lønnsvekst, kommer den som en konsekvens av produktivetsvekst. Det er diskusjoner vi aldri har i sykehusene eller i offentlig sektor. Hvis vi kunne diskutere høyere effektivitet i lønnsoppgjørene, så kunne gjerne lønnsveksten vært mye høyere.

– **Har ikke du nettopp sagt at sykehusene er blitt så mye mer effektive og produktive?**

– Jeg har sagt at vi behandler flere pasienter, men det kan også



BARE PENGER: – Nå er det bare nei fra Sykepleierforbundet, opplever Bratten. – De skal bare ha lønnsvekst, ikke endringer i arbeidstid.

skyldes at vi har investert mer i utstyr og ansatt flere leger og sykepleiere.

– **Hvis man behandler langt flere pasienter enn før så må man si at det er en produktivetsvekst?**

– Det har vært en økning i antallet behandlinger og konsultasjoner. Jeg håper at noe av dette skyldes økt produktivitet som forsvarer den lønnsveksten som har vært de siste årene.

– **Men sykepleiere i helsetjenesten bidrar vel til en verdiskapning i samfunnet?**

– Ja, det skjer fantastisk flott verdiskapning i offentlig sektor i Norge, men den økonomiske verdiskapningen skjer i privat sektor. Vi som har ansvar i offentlig sektor, må derfor passe på at vi har en sterk privat sektor, for det er den

dringer i tariffavtalen.

økonomiske verdiskapningen som gjør at vi kan ha verdens beste spesialisthelsetjeneste.

– **Så offentlige ansatte bør ikke kunne tjene mer enn dem som jobber i en privat sektor?**

– Vi må passe på at vi balanserer utgiftene i offentlig sektor mellom lønn og andre utgifter. Vi må ha et lønnsnivå som gjør at det ikke tar for mye av budsjettene. Men det hadde vært fullt mulig å gi ansatte i offentlig sektor høyere lønnsvekst enn det er i privat sektor dersom vi hadde fått til endringer i tariffavtalen som hadde bidratt positivt. Hvis vi hadde fått til endringer i arbeidstidsordningene, så kunne lønnsveksten vært mye større, fordi driften da blir mer effektiv.

– **Problemet er at helsepersonellet jobber for lite?**

– Når vi først er på jobb i Norge, så jobber vi som bare det. Men ja, vi jobber for få timer. I gjennomsnitt jobber norske kvinner bare 30 timer i uken. Så for dem er seks timers arbeidsdag i praksis allerede gjennomført.

– **Hvis sykepleiere jobber mer, vil de kunne tjene bedre?**

– Jo mer man jobber, desto mer tjener man. Heltidsansatte tjener selvsagt mer enn deltidsansatte. Hvis vi hadde blitt enige om å endre arbeidstidsbestemmelsene i tillegg, så kunne det effektivisere sykehusenes drift og økonomi, og det kunne kommet de ansatte til gode i form av høyere lønnsvekst. Da kunne vi også spart penger på innleie av arbeidskraft. Men nå er det bare nei fra Sykepleierforbundet. De skal bare ha lønnsvekst – ikke endringer.

– **Så sykepleierne får ingen likelønn uten å måtte jobbe mer?**

– Det er likelønn i Norge. Unio har begått et grovt ran av likelønnsbegrepet med å si at det ikke er slik. At man ikke får samme lønn for utdanning med samme lengde har ikke noe med likelønn å gjøre.

– Det er åpenbart at det er forskjeller mellom lønnen til en ingeniør i privat sektor og en sykepleier på Ullevål. Lønnen er høyere, men ingeniører er ikke i nærheten av å ha den pensjonsordningen som sykepleiere har. En undersøkelse viste at sykepleiere kommer bedre ut enn ingeniørene når man tar med andre ytelser som pensjon, velferdsordninger og arbeidstidsbestemmelser.

– **Betyr det at vi kan vente oss kamp om sykepleierpensjonen og særaldersgrensen?**

– Ja, særaldersgrensen er moden for revisjon. Den ble gitt i en tid hvor folkehelsen var en helt annen. Når det gjelder pensjon, er det en svakhet ved norske lønnsoppgjør at vi ikke måler pensjonskostnadene og at man ikke ser på pensjon som fremtidig lønn. Ingeniøren må kanskje kjøpe sin egen pensjonsordning mens sykepleierne har verdens beste pensjonsordning.

– **Til slutt: Hvordan vil du karakterisere «motparten» NSF?**

– NSF er det aller største forbundet i Spekter, og jeg prioriterer dem høyt. Jeg opplever at mitt personlige forhold til aktørene i NSF har vært godt. Jeg snakker bra med Eli Gunhild By. Vi har jo ulike politiske posisjoner, men man må jo ikke forveksle det med dårlig samarbeid. Vi ser ulikt på ting. Men jeg har høy respekt for Sykepleierforbundet og deres mange medlemmer. ■■■

5 på gangen

Hvordan opplever du Spekter som forhandlingsmotpart og samarbeidspartner?



Geir Mosti, nestleder Fagforbundet/LO:

– Fagforbundet har hatt et veldig godt samarbeid med Spekter. Sammen har vi fått til samarbeidsavtalen om flest mulig hele, faste stillinger i sykehusene og utdanning/rekruttering av helsefagarbeidere. Anne-Kari Bratten har sterke meninger og holder det hun lover.



Knut Aarbakke, leder Akademikerne:

– I likhet med oss tør Spekter tenke nytt. Det betyr ikke at vi alltid er enige, men det er interessant å få bryne seg på nye tanker. Vi er fornøyd med Spekter som forhandlingsmotpart. Sammen har vi utviklet et system der det er mulig å benytte lønnsoppgjørene til å finne gode løsninger ute på den enkelte arbeidsplass. Selv om det til tider har vært krevende.



Erik Kollerud, forbundsleder Delta /YS:

– Spekter er tydelige og direkte, men samtidig en krevende forhandlingsmotpart. Vi har et ryddig og godt forhold til Spekter, men opplever også at Spekters form av og til låser mer enn den løser utfordringer. Spekter bør huske at de er en arbeidsgiverorganisasjon som representerer offentlige virksomheter med fellesskapsmål.



Anders Folkestad, leder Unio:

– Spekter er et barn av new public management, og preges av det. Spekter er til tider uforutsigbar og krevende, men også dyktig, proff og standhaftig. Bratten og Haukaas kan være irriterende påståelige, men også med humoristisk sans og et glimt i øyet.



Eli Gunhild By, forbundsleder NSF/Unio:

– Jeg opplever Spekter mer som en forhandlingsmotpart enn en samarbeidspartner, som er opp-tatt av å løse det enkelte tariffoppgjør innenfor så begrensede rammer som mulig. Jeg savner det langsiktige ansvaret for å sikre tilstrekkelig og kompetent bemanning. Gode lønns- og arbeidsvilkår er en nøkkel for å rekruttere sykepleiere.



Si din mening om Brattens oppskrift på sykepleien.no



Dør ute

Les mer om:

28 Sykepleie bak murene ›

32 Møter eldre for å skape trygghet ›

38 Ord mot ord i praksis ›

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



Bok om AMERIKANSKE sykepleiere

Fotograf og filmskaper Carolyn Jones har tidligere fotografert håpefulle tenåringsjenter, kjendiser og personer som lever med aids. Nå har hun zoomet inn mot amerikanske sykepleiere, i en såkalt coffee table-bok: «The American Nurse». Den er fylt med sort-hvitt portretter krydret med historier, fortalt av sykepleierne selv. Til sammen har 75 sykepleiere fra hele USA bidratt.

«Når en bok er tung med glossy fotografier, venter du sjelden for mye av ordene. I The American Nurse, er det likevel fortellingene som treffer deg midt i solar plexus», skrev New York Times da boka kom i slutten av oktober.

Den er utgitt på forlaget Welcome books.

Kilde: American Nurse Today og New York Times

DANSKER får støtte

Nå får dansk sygeplejeråd tung internasjonal støtte for sitt synspunkt om å innføre kliniske ekspertsykepleiere. Den internasjonale organisasjon for økonomisk samarbeid og utvikling, også kalt OECD, anbefaler det i rapporten «OECD reviews of health care quality: Denmark».

Dansk sygeplejeråd har lenge pekt på fordelene ved kliniske ekspertsykepleiere, og leder Grete Christensen synes

det er positivt at deres synspunkter blir støttet så klart av OECD.

OECD peker på at det danske helsevesenet utvikler seg til et høyt spesialisert sykehusvesen som krever at det kommunale helsevesenet er i stand til å ta flere oppgaver. «Advanced nurse practitioners have been shown to provide effective, safe and cost effective care in other OECD countries», heter det i rapporten.

Kilde: dsr.dk



Foto: Colourbox

BRITER deppa av nålestikk

Sykepleiere og politi som blir utsatt for nålestikkskade i forbindelse med jobben, opplever samme traumenivå som mennesker som har vært utsatt for trafikkuulykker. Forskere ved Universitetet i Chester fant at noen yrkesgrupper, deriblant sykepleiere, får depresjon og posttraumatisk stresslidelse i gjennomsnittlig ni måneder etter ulykken. Problemer med jobben og relasjonelle forhold i familien oppstod også. Selv om ingen av deltakerne ble syke av nålesticket, utviklet de angst mot å bli utsatt for risiko. De som måtte vente lenge på prøvesvarene opplevde større grad av trauma.

Foto: Colourbox

Kilde: Nursing Standard

UPPSALA mangler sykepleiere

På infeksjonsklinikken ved Akademiska sjukhuset i Uppsala er det akutt mangel på sykepleiere. I uke 17 måtte avdelingen stenge sju av sine totalt 28 plasser. Også avdelingen for lunge- og allergisykdommer har måttet innskrenke antall plasser. Der savner de fem-seks sykepleiere. Til sommeren mangler sykehuset 100 sykepleiere, men hovedverneombud for Vårdförbundet i fylket, Maj Wineström, frykter at antallet vil øke. Mange har bare en måneds oppsigelsestid, og arbeidsmiljøet har vært dårlig lenge, sier hun. I Uppsala

har sykepleierne lønn rast fra fjerde til 20. plass blant landets 21 fylker. Det er også gjort skjemaendringer for personell med ubekvem arbeidstid slik at overlappingstiden har minsket. Andre faktorer er at pleiemengden har økt og det er vanskeligere å få tid til pauser.

Arbeidsgiver har innført rekrutteringsbonuser til ansatte som klarer å «verve» sykepleiere til å begynne ved sykehuset. I tillegg tilbys sykepleierne 10 000 kroner dersom de flytter sommerferien sin.

Kilde: Vårdförbundet og Uppsala Nya Tidning

FÅR KOMPENSASJON: Sykepleiere ved Akademiska sjukhuset i Uppsala som flytter sommerferien sin tilbys 10 000 kroner i kompensasjon. Foto: Colourbox



Sykepleierpoei fra LIVERPOOL



Andresårsstudent Molly Case har blitt et Youtube-fenomen i Storbritannia etter at hun leste et langt dikt utenat på kongressen til Royal College of Nursing i Liverpool og fikk stående applaus. Hun skrev diktet «Nursing the nation» som et svar på mediekritikken britiske sykepleiere har måttet tåle den siste tiden.

En av kommentarene til videoen er fra en pensjonert lege som skriver: «Det er en enkel løsning på problemene til National Health Service: Fler sykepleiere. Lykke til med karrieren din, Molly».

Videoen fra RCN har blitt vist over 165 000 ganger per 29. april.

Kilde: RCN

BRITISKE sykepleiere drukner i papirarbeid

Hver uke bruker britiske sykepleiere 2,5 millioner timer til administrative oppgaver som oppfattes som unødvendige. Det viser resultatene av en kartlegging av rundt 6400 sykepleiere, utført av Royal College of Nursing (RCN). Det er mer enn dobbelt så mye som for fem år siden, og motsvarer drøyt 17 prosent av alle arbeidstimer for britiske sykepleiere.

86 prosent av de spurte sier at økt byråkrati i form av arkivering og kopiering har økt de siste årene. Åtte av ti mener at disse oppgavene tar tid fra pleiearbeidet rundt pasientene. To av tre sier at bruk av IT har ført til økt administrativt arbeid.

Kilde: RCN og Du & jobbet



Foto: NTBScampix/Jakob Jrsak

Etterlyser DANSKE sykepleier-menn

Syv av ti danske kvinnelige sykepleiere skulle ønske at flere av deres kolleger på avdelingen var menn. Fire av ti har ingen mannlige kolleger, og mange av dem har aldri hatt det.

Det viser en stor undersøkelse utført i samarbeid med blant andre «Tænketanken VM – Viden om Mænd» og Dansk Sygeplejeråd. I 305 kvinnelige sykepleiere har del-tatt. I Danmark er det kun tre prosent mannlige sykepleiere. I Norge er det mer enn det dobbelte og i Italia er det 25 prosent.

Kilde: Politiken



SVENSK omsorgsteknologi belønnes

Sykepleier Maria Gill vant nylig Vitalis-stipendet 2013 for et prosjekt kalt «e-hjemmetjeneste». Gill er prosjektleder innen velferdsteknologi i Västerås kommune, og e-hjemmetjenesten skal være et tillegg eller alternativ til hjemmetjenestens besøk. Tilbudet skal nå utvides til 300 brukere i Västerås.

Tjenesten baseres på fem funksjo-

ner: Fast bildetelefon, mobil fjernstyrt bildetelefon, meldingstjeneste, tilsyn via nattkamera samt telefon. Tiltaket gir mindre reising for personalet og «frigjør hender der hender trengs», heter det i juryens begrunnelse.

– Det er de gamle som vil ha det. De opplever at det gir dem større selvstendighet og trygghet, sier Gill.

Vitalis er den årlige svenske messen innen helse, omsorg og teknologi.

25 000 KRONER: Vitalis-stipendet er på 25 000 svenske kroner. Her er prisvinner Maria Gill med fysioterapeut Mats Rundkvist som har vært med og startet prosjektet. Foto: Vitalis



Riskhospitalet



Fengselssykepleiere jobber for å forebygge alvorlige isolasjonsskader.

Tekst og foto Ann-Kristin Bloch Helmers

MANGE TANKER: Robert er innsatt ved Oslo fengsel. Han synes det var veldig ille å sitte på full isolasjon. – Man kommer automatisk innom selvmordstanker, og det var veldig bra at jeg kunne snakke med noen fra helseavdelingen, sier han.



– Celleveggene kommer imot deg

Hei, kan jeg komme inn? spør sykepleier Randi Kari Bergheim og kikker inn til en ung mann som ligger godt under dyna.

Han sitter på full isolasjon og har brev- og besøksforbud. Rommet i A-blokka ved Oslo fengsel er noen få kvadratmeter stort og inneholder seng, stol, bord, toalett i et hjørne. Et vindu med gitter gir utsikt mot himmelen, som i dag er blå. Døra mot verden er massiv – og låst. En liten luke i døra kan låses opp og igjen, fra utsiden.

På denne cella skal han sitte på for ham ubestemt tid. For noen holder det med noen dager. Andre kan bli sittende i ukevis, og i noen tilfeller måneder. Det er opp til domstolene å bestemme om det er fare for bevisforspillelse eller ikke.

– Innsatte på isolasjon forteller om klaustrofobi, de hører lyder, og mange sliter med sterk angst. Vi ser at det er en fryktelig belastning å sitte isolert fra andre mennesker over tid. Mange sliter med en stor tapsliste og ensomhet. De blir isolert fra familie og

kanskje egne barn, sier sykepleier Randi Kari Bergheim.

Fått kritikk

FNs torturkommisjon har flere ganger kommet med påpekninger rundt soningsforholdene ved norske fengsler. Siste besøk i Oslo fengsel var i 2011. Da kritiserte de blant annet fengselet for ikke å aktivisere innsatte som sitter på full isolasjon nok. Ifølge fengselsledelsen har de i praksis hatt mer opplegg rundt fangene på full isolasjon enn det



Fengselsfakta

- Full isolasjon betyr at en person ikke får ha kontakt med andre innsatte – mange har også gradert eller fullt brev og besøksforbud, samt medieforbud.
- Varetekt brukes når en person er siktet eller mistenkt for til dels alvorlig krim og venter på rettsak eller eventuell løslatelse. Også her er det mange som i praksis sitter isolert på cella store deler av døgnet.

torturkommisjonen fikk inntrykk av, fordi de før 2011 ikke har hatt rutiner for å dokumentere alt som blir gjort. Derfor så det ut til at flere innsatte enn i virkeligheten hadde 23 timer på cella og 1 time med lufting, som er utgangspunktet for full isolasjon.

Etter at torturkommisjonen var på besøk, er det likevel gjort endringer. Sykepleiere fra helseavdelingen besøker nå innsatte som sitter på full isolasjon hver dag.

I tillegg har fengselet seks aktivitetsledere som skal gjøre ting sammen med innsatte på full isolasjon. Også personer som sitter i varetekt opplever mange timer i isolasjon hver dag. For mange er det et sjokk å bli tatt, og de vet ikke noe om hva som skjer videre med dem. De fleste selvmord skjer i denne første perioden. (Se faktaboks).

Google translate

Inne på avdeling A setter Randi Kari Bergheim seg ned på stolen og spør mannen i senga om han har sovet. Han nikker bekreftende.

– Sover du mye, spør hun.

Han svarer etter noe nøling ja. Etter hvert som Bergheim forsøker seg på noen flere spørsmål for å få et inntrykk av tilstanden, kommer det fram at han forstår svært lite norsk.

Besøket varer noen minutter, og etter at døren er forsvarlig låst igjen, forteller hun at dette er en vanlig situasjon: Rundt 60 prosent av de innsatte snakker et annet språk enn norsk.

– Vi bruker Google translate og i noen tilfeller tolk, forteller hun.

– *Hvordan vurderer du helsetilstanden når dere ikke snakker samme språk?*

– Hos ham vi nettopp besøkte, så jeg etter tegn: Han smilte og så etter

forholdene opplagt ut. Han ga uttrykk for at han hadde det bra. Jeg bruker det kliniske blikket som sykepleier aktivt.

Klaustrofobi og angst

– Etter at jeg har sett til ham, hører jeg ofte med betjentene om de har samme oppfatning. Det som er dårlige tegn, er hvis den innsatte isolerer seg selv, ikke vil snakke, ikke vil ut på lufting, får søvnproblemer og så videre.

– Av og til ber vi om at innsatte som sitter isolert blir fulgt ned til helseavdelingen, bare for at de skal komme seg ut av cella. Det hjelper bare å se noe annet.

– Det er veldig ille

Videre på runden møter hun Robert, som står utenfor cella og røyker – det er fremdeles lov i norske fengsler. Han har tidligere sittet på full isolasjon. Nå har han ikke slike restriksjoner lenger, men det blir likevel mange timer inne på cella. Han er ikke i tvil om at det er

«Isolasjon brukes for mye.» *Randi Kari Bergheim, sykepleier*



TØFFE TAK: Sykepleier Randi Kari Bergheim ser til en pasient som sitter på sikkerhetscelle i kjelleren i Oslo fengsel. Han har smurt avføring på veggene, inkludert den lille luka hun snakker gjennom.

svært helseskadelig å sitte isolert:

– Man får automatisk mange negative tanker, og tanken på selvmord tror jeg de fleste er innom, sier han.

– Hvis man var ruset når man ble tatt, må man i tillegg ta støytten ved avrusning. Man tenker på hva man har gjort, og man vet kanskje ikke hva man har blitt tatt for. Man tenker på barn, familie, hva man har gjort med livet sitt, forteller han.

– Etter hvert kjennes det ut som celleveggene kommer mot en. Man får piping i ørene. Når det en sjelden gang kommer noen inn, svikter stemmen. Det er veldig ille, forteller han, og legger til at han er glad for å kunne kontakte sykepleierne. Han skulle imidlertid ønske at det var bedre tid til oppfølging av hver enkelt.

– Sykepleierne er travle, sier han.

To selvmord på kort tid

De siste ukene har det vært to selvmord i Oslo fengsel. Den ene satt i varetekt, den andre satt på soning. Begge blir gransket både internt og eksternt. Utrykningsgruppa ved Statens helsetilsyn vurderer nå hva som skjedde i begge tilfellene. Er rutinene for å avdekke suicidale innsatte fulgt? Og er disse rutinene gode nok?

Randi Kari Bergheim skrev hovedoppgave om nettopp selvmord i fengsel da hun tok videreutdanning som psykiatrisk sykepleier for fem år siden. Hun var ikke på vakt da de innsatte tok livet av seg, og ønsker ikke å mene noe om disse konkrete sakene.

– Generelt er det utrolig viktig at vi spør pasienten direkte om selvmordstanker. Men det en kjensgjerning at det av og til skjer uten forvarsel og at ingen har hatt noen mistanke. Jeg tok videreutdanning i psykisk helsearbeid nettopp fordi vi sykepleiere i fengsel så ofte står overfor psykiske lidelser.

Førrige gang en innsatt tok sitt eget liv ved Oslo fengsel var i 2011 – ved et sammentreff den samme dagen som torturkommissjonen var på besøk.

– Psykisk syke blir kasteballer

I korridoren på 1. avdeling veksler Kari Bergheim noen ord med førstebetjent Dag Roar Kaldahl. I denne etasjen sitter de sykeste innsatte, både fysisk og psykisk syke.

– I perioder er det innsatte som er inn og ut av psykosier her. De burde egentlig vært på en høysikkerhetsinstitusjon for psykisk syke. Men der er

«Skjold og kølle brukes der innsatte ikke er medgjørliche.»

Dag Roar Kaldahl, førstebetjent

det vanskelig å få plass, så mange blir sittende her, eller de blir kasteballer mellom oss og psykiatrien, sier Kaldahl.

Det kan til tider gå hardt for seg på avdelingene:

Fengselsbetjentene har anledning til å bruke belteseng, sikkerhetscelle, skjold, kølle, gass og hånd- og fotjern på innsatte. Håndjern er mest brukt ved utagering.

– Skjold og kølle brukes der innsatte ikke er medgjørliche, men de fleste gir seg før det er nødvendig. De fleste roer seg etter en samtale. Dersom innsatte forskanser seg med våpen eller er fysisk i stand til å skade innsatte eller ansatte, kan gass brukes for å få kontroll.

– Mange er mye låst inne på cella. De siste årene har det vært en stor økning av utenlandske innsatte, og språkproblemer og misforståelser utløser frustrasjon. Det hender ofte at innsatte utagerer, knuser inventar eller setter fyr på cella. Vold og trusler mot innsatte er en økende trend. Slag, spark, spytting og trusler mot ansatte og familien rundt er vanlig.

– Dette er en tung etasje, det er ingen tvil om det, sier han.

Pasienter/innsatte

Sammen går sykepleieren og betjenten ned i kjelleren. De samarbeider, men har klart definerte og forskjellige oppgaver: Sikkerhet og helse. Begge synes det er en stor lettelse at dette skillet er så tydelig, og mener at samarbeidet er godt.

– Alle som sitter på sikkerhetscelle i kjelleren får tilsyn av sykepleier på hver vakt. Dette er for å ivareta pasientens fysiske og psykiske helse, sier hun.

Hun ønsker ikke å romantisere fengselsjobben: Det er tøffe tak, og tøffe avgjørelser og vurderinger tas kontinuerlig. Straffen er å sitte i fengsel. Helsetilbudet skal være det samme for befolkningen ellers. Derfor snakker Randi Kari Bergheim om pasienter, mens Dag Roar Kaldahl snakker om innsatte.

Roper fra innsiden

I en av cellene i kjelleren sitter det en innsatt som har vært utagerende. Han er flyttet ned fra første etasje. Utagerin-

gen har ikke gitt seg, han har smurt avføring på veggene og roper fra innsiden.

– Jeg tar alltid med meg studenter og nyansatte ned hit. Dette er en del av vår arbeidshverdag, sier Randi Kari Bergheim og utdyper:

– Det er selvsagt mye vanlig sykepleiearbeid i et fengsel, med medisintdeling og planlagte møter, sier hun. – Men det er også en virkelighet at sykepleievurderinger må gjøres gjennom denne luka her, sier hun og peker på en liten dør innsmurt av avføring.

Betjentene er alltid med for å beskytte sykepleieren. Sikkerheten står i høysetet. Sykepleieren har for eksempel ikke lov til å låse opp dørene.

– Vi står ofte overfor alvorlig syke pasienter. En stor del av jobben er å vurdere den psykiske tilstanden, sier hun.

– Den verste isolasjonen er den som blir bestemt av domstolene, i store alvorlige saker, mener Dag Roar Kaldahl.

– Noen sitter lenge, opp til tre måneder, og det er ikke til å legge skjul på at noen ikke takler dette særlig godt.

– Det blir ikke satt av så mye tid til å aktivisere de som sitter på full isolasjon. Å skulle aktivisere bare en person som ikke får ha kontakt med andre innsatte krever ressurser, sier Kaldahl.

– Hvordan ser dere at noen blir skadet av isolasjon?

– Vi kan merke det på søvnforstyrrelse, angst, dagene oppleves fryktelig lange. I verste fall resulterer det i psykosier. Både fysisk og psykisk tilstand blir sterkt forringet når man sitter på full isolasjon, sier Kaldahl.

Han får følge av sykepleier Randi Kari Bergheim:

– Ut fra et sykepleiersperspektiv, er det min personlige mening at isolasjon brukes for mye. Det kan være helsemessig nedbrytende. Isolasjonsskader er det mye av, sier hun. ■■■

aknbh@sykepleien.no



PSYKOSIER: På 1. avdeling ser førstebetjent Dag Roar Kaldahl og sykepleier Randi Kari Bergheim innsatte som er inn og ut av psykosier. – Mange er egentlig for syke til å være her, sier Kaldahl.

Forskning fra fengselet

► En studentoppgave fra sykepleierstudiet ved Høgskolen i Oslo og Akershus stilte spørsmålet: «Kan sykepleiere i fengselshelsetjenesten forebygge alvorlige negative helsemessige konsekvenser av å sitte i isolasjon?». Åtte studenter har intervjuet sykepleiere i Oslo fengsel. En av konklusjonene i denne oppgaven, er at det er viktig å gi den innsatte håp.

► En longitudinell svensk studie «Psykisk helse hos håktaede med restriksjoner» peker på at isolasjon i fengsel utgjør en signifikant risiko for psykisk uhelse. Også Sverige har fått kritikk fra torturkommissjonen på dette området.

► Tall fra fengselsforsker Yngve Hammerlins undersøkelser viser at faren for selvmord er størst under varetektsfengsling og lukket soning. En studie publisert i 2010 viser at 66 prosent av de døde var varetektsfengslet, de aller fleste satt isolert og med brev- og besøksforbud. Hele 42 prosent tok livet sitt i løpet av de to første ukene av fengslingen.

► Sosiolog Marte Rua har gjort en studie om isolasjon og helse, ut fra fengselslegens perspektiv. Hun ga tidligere i år ut en bok om temaet: «Hva gjør fengselsleger?»



Scan denne koden og hør Robert fortelle mer om livet i Oslo fengsel.

I Skjåk besøker en sykepleier alle over 75 år som vil snakke om framtida.

Tekst og foto Eivor Hofstad

Møter eldre for å skape trygghet

Elva Otta bukter seg gjennom dalbunnen i Skjåk som en gigantisk hestesko. April-isen har begynt å sprekke opp i glinsende hvit-turkise flak langs sidene. I midten ses ingen fossende vårløsning, bare et mørkt belte som sildrer rolig av gårde. En inntørka parallell til de siste års demografiske utvikling i den lille fjellbygda mellom tettstedet Otta og Vestlandet: I 1951 bodde det 3026 mennesker her. I januar i år var tallet sunket til 2 279.

Forgubbing

I tillegg til at folketallet synker, blir de som er igjen eldre. I fjor ble det født fem

barn i Skjåk, mens 20 personer døde. 30 personer ble 65 år. Fram mot år 2040 vil det bli færre i aldersgruppene opp til 64 år, og flere i aldersgruppene over, aller mest i gruppa 80 pluss.

«Oss blir mange vel voksne her», som de sier selv.

– Hvis noen dør når de er femogseksti, kaller vi det krybbedød her, flirer Alf Nyhus.

Han blir 75 år i år, så vidt over puberteten i Skjåk-målestokk. Nå har han takket ja til besøk av sykepleier Mari Brenna som kommer med brosjyrer under armen.

Forgubbing er et problem i mange norske bygdekommuner. Men det er ikke alle som setter inn mottiltak som de har gjort i Skjåk.

Tidlig kontakt

Siden 2012 har Brenna drevet en forebyggende rådgivningstjeneste: «Trygge eldre i Skjåk», administrativt plassert under kommunens helsestasjon. Hun besøker kommunens innbyggere som er 75 år og eldre for å snakke om hvordan de ser for seg alderdommen og hvordan kommunen skal legge til rette for at de kan bo lengst mulig hjemme.

– Det handler om å få hjelp til å finne seg sjøl der en er i livet, sier Brenna.

Poenget er å sikre tidlig kontakt, skape tillit og trygghet til hjelpeapparatet og støtte eldre til å ta ansvar for egen helse opp gjennom alderdommen. På den måten kan en kanskje få flere til å bli boende hjemme. Det vil bli billigere i det lange løp samtidig som det blir nødvendig for de eldre å bli mer sjølhjulpne, når man har så få unge til å jobbe i omsorgssektoren.

I fjor snakket sykepleieren med 34 stykker, og 56 ønsket kontakt om et år. I år har rundt halvparten av årets 75-åringar takket ja et slikt besøk.

Vil helst bo hjemme

Brenna lukker opp døra og roper når hun kommer til Alf Nyhus. Han roper tilbake at hun bare må komme opp trappa. Han vet godt hvem hun er, så her trengs ingen formell hilserunde. Brennas far drev Skjåk Turistheim og campingplass og huset 2500 speidere fra hele verden i 1949 på det såkalte Roovermootet. Nyhus husker han fikk ei krone av foreldrene for å ha til bussturen.

– Det var første gangen jeg smakte is. Jeg kjøpte den av faren din og fikk nok til ei flaske selters også. Jeg måtte gå hjem igjen.

De sitter rundt salongbordet i stua til





HELST HJEMME: Hvis jeg bare får beholde sertifikatet vil jeg helst bo hjemme, sier Alf Nyhus til sykepleier Mari Brenna (til venstre). Her smaker de på baksten til Alfs kone, Margot.

Alfs barndomshjem, hvor han og kona Margot har bodd siden 1978. Nå disker hun opp med kaffe, grov hjemmebakst og «stuttrest» pålegg: Raudost nummer 164 fra det lokale ysteriet. Men harr eller ørret har ikke Alf fått tak i ennå, siden det er så lite vann i elva at isen ikke har gått på de beste fiskeplassene.

– I fjor fikk jeg min første fisk i mars.

Brenna penser samtalen nesten merkelig inn på det hun har kommet for å kartlegge, og Nyhus forteller at han helst vil bo hjemme fremover, men at det er avhengig av at han fortsatt får ha sertifikatet.

– Men vi vet aldri hva som skjer.

Slikt kan snu på ett sekund, sier han.

Da han var 70 fikk han sertifikatet for fem år, mens nå vil det fornyes for maks tre år om gangen. Han har ak-

skriver en kort elektronisk rapport etter hvert besøk når hun er tilbake på kontoret. Hun melder videre det som er nødvendig at fastlege og hjemmesykepleie

kurat vært hos legen og venter på avgjørelsen om eventuell fornying.

Tre timer til hver

Brenna noterer ingenting og har ingen skjema hun følger for samtalen. Hun

kjenner til, etter å ha fått godkjenning fra den det gjelder.

– Jeg forsøker å fange opp det viktigste innen ernæring, søvn, sosialt nettverk, aktivitet, rus og hus.

Hun bruker å sette av tre timer for

«Hvis noen dør når de er femogseksti, kaller vi det krybbedød her» Alf Nyhus



hvert besøk. Praten kan gå lenge og vel i en liten kommune hvor alle kjenner alle. Hun har valgt en slik samtaleform både fordi hun vil møte den enkelte hvor han/hun er, og fordi det er en måte å

Fikk astma av jobben

Før jobbet Nyhus på Aker Mekaniske og i aluminiumsindustrien i Årdal i 17 år. Som et minne derfra har han fått astma han må ta medisiner for.

– Det får du hjelp til på hjelpemiddelsentralen. Det er bare å ta kontakt med dem.

– Å, sier du det, ja.

«Jeg forsøker å fange opp det viktigste innen ernæring, søvn, sosialt nettverk, aktivitet, rus og hus» Mari Brenna

implementere et nytt tilbud på. Når prosjektet er mer etablert på linje med andre helsetjenester, vil det bli mulig å endre strukturen.

– Kanskje vil vi holde gruppemøter der vi orienterer om hjelpemidler, naturlig aldring og annet relevant som kan være forebyggende, sier Brenna.

– Det verste er at jeg ikke tåler kulda mer. Heldigvis får jeg hjelp til snømåking om vinteren.

– Du vet at du kan få sånne masker som kan hjelpe deg å puste om vinteren? spør Brenna.

– Jeg har tenkt på det, men har ikke funnet noen.

Fanger opp dem som sliter

Det kan være vanskelig for Brenna å dokumentere at samtaleene har effekt sånn i begynnelsen, men hun merker at de kan fungere som en slags ventil for dem som er frustrerte over ulike helserelaterte ting. Bare de får luftet ut frustrasjonen hos en som lytter, kan de bli mildere stemt etterpå. I fjor hjalp hun også en mann med psykiske problemer ved å henvise ham videre. Nå går han fast i en av kommunens to «karagrupper» som kommunen driver gjennom «friviljugsentralen».

– Det er særlig viktig å fange opp mennene som er blitt alene, sier hun.



POLITISK KORREKT: – Disse samtaleene er i tråd med samhandlingsreformen som har forebygging og folkehelsearbeid som satsingsfelt, sier Mari Brenna. Bak kommunehuset reiser det mektige Tverrfjellet seg.

Alf og Margot Nyhus går turer sammen hver dag. Han går ikke like langt som før, han merker han har begynt å skranke og tar blodfortynnende for å skåne hjertet.

– Hoftene har også begynt å «gnyre» når jeg går for lenge.

Han viser Brenna piggene han har kjøpt på Felleskjøpet som han varmt anbefaler til å ha under skoene. De er de beste han har hatt.

Brosjyrer og omsorgsteknologi

– Hvordan sover du?

– Nei, det er nå opp og ned, men en sover sikkert mer enn en trur.

– Så da bruker du ikke sovemedisin?

– Nei da.

– Så da snorker han, da? Spør Brenna henvendt til kona.

– Nei, det er sjelden. Da snorker nok jeg like mye, mener hun.

– Får dere kost dere med en dram eller slikt?

– Ja, men vi glemmer det bort. Vi kan nok ta litt rødvin av og til, vi bruker å lage den sjøl av krekling. Har gjerne litt blåbær i også, og rips, for å få den litt syrlig. Da gjærer den bedre også. Men i fjor satt vi ingen vin, vi fant verken krekling eller blåbær.

Nyhus legger til at de bruker ikke sukker eller salt. Og skal han ha noe søtt, bruker han honning.

Brenna deler ut brosjyrene hun har med til slutt. To foldere, om fall- og brannforebygging. I tillegg får de en brosjyre om livet etter 65 med forslag på ulike trimøvelser.

Hun bruker også å ta med interesserte til Frivilligsentralen i Vågå for å

se på demonstrasjonsleiligheten «Fru Paulsen». Den viser noen av mulighetene i dagens omsorgsteknologi, spesielt med henblikk på dem som er i ferd med å utvikle demens.

– Bruker du data? spør Brenna Nyhus.

– Nei, det kommer jeg aldri til å investere i. Ikke har jeg interesse for det heller. Oss har bare mobil.

Mari Brenna er selv reine ungdommen på 62 år, men blir pensjonist i mai.

– Det er mye prat om skilling hos oss også, sjøl om vi er en rik kraftkommune. Men heldigvis er det satt av penger til denne stillingen fremover, så prosjektet fortsetter. Det har kommunestyret vedtatt. ■■■

eivor.hofstad@sykepleien.no



ASTMA: Etter flere års arbeid i industrien har Alf Nyhus fått astma. Han får vite at han kan få hjelp til å finne en god kuldemaske på hjelpemiddelsentralen.



VENTER PÅ OFRE: En sykepleier i Bangladesh venter spent på flere ofre som skal fraktes per båt til et lokalt sykehus etter at en stor bygning kollapset i Savar, 30 km utenfor hovedstaden Dakar. Katastrofen, som fant sted 28. april, krevde minst 400 dødsofre, men ennå er ikke alle savnete funnet i ruinene. 2500 mennesker er blitt skadet i ulykken.

Det var en rekke tekstilvirksomheter som holdt hus i bygningen, og arbeiderne der hadde flere ganger varslet om sprekkdannelser, men ikke blitt hørt. Eierne er blitt arrestert, og pårørende krever dødsstraff. 20 000 mennesker protesterte etterpå mot de elendige forholdene i bransjen, som også produserer klær for vestlige kjeder.

Foto: Scanpix/REUTERS/Andrew Biraj



Linda Garnås kom opp i en «uheldig situasjon» i praksis. Det kunne kostet henne yrket.

Tekst og foto Marit Fonn

Ord mot ord i praksis

Det var på en kveldsvakt det begynte. Ingen av Linda Garnås sine to kontaktsykepleiere var på vakt, så hun gikk sammen med en annen sykepleier.

Som andreårsstudent på sykepleierstudiet hadde Garnås sin første praksis på sykehus. Dette skjedde på en medisinsk sengepost på Drammen sykehus.

Tør ikke si nei

Linda Garnås forteller historien slik:

Hun blir med sykepleieren inn på medisinrommet. Der blander sykepleieren antibiotika til to pasienter. Garnås merker seg at hun ikke inn-

vil gjøre ting. Hun henger opp medisinen. Veneflonen er tett, så pasienten får ikke i seg den intravenøse væsken. En annen sykepleier kommer inn.

«Hva er det du driver du med», spør hun. «Vet du hvilken medisin du gir?»

Nei, Garnås hadde ikke sjekket. Hun føler at noe er galt. Den første sykepleieren kommer tilbake. Hun sier stopp, dette er hennes ansvar.

Feil pasient

Det viser seg at medisinen til de to pasientene var forbyttet. Linda Garnås skjønner at dette er alvorlig, selv om hennes pasient ikke fikk i seg noe av medisinen. Det fikk derimot den an-

at dette er ikke Lindas ansvar. Dessuten skjedde dette tidlig i praksisperioden, og man blir upopulær som student hvis man sladrer på noen som ikke gjør jobben sin. Hun oppfordrer Garnås til å lære av situasjonen.

Garnås mener at her bør det meldes avvik. Veilederen tror sykepleieren selv vil ta ansvar og melde avvik. Hun fraråder Linda å gå til ledelsen, men anbefaler henne å informere kontaktsykepleieren. Det gjør Linda Garnås.

Ti dager senere får Linda en positiv halvtidsevaluering av en av kontaktsykepleierne på sykehuset. Det står blant annet at hun er flink til å slå opp og lese om medisinen før den gis til pasienten. Det står også at blant «ting å jobbe videre med» er «å sette egne grenser; i forhold til den «uheldige» episoden vi snakket om».

«Man er så sårbar som student.» Linda Garnås

henter dobbeltsignatur. Sykepleieren, som virker stresset, gir plutselig Linda det ene antibiotikasettet i hendene og ber henne henge opp blandingen inne hos pasienten. Sykepleieren sier hun skal komme, hun skal bare sette i gang medisineringen av den andre pasienten som skal ha antibiotika.

Linda synes det er ubehagelig, hun føler seg ikke kvalifisert til å medisinere alene. Men hun tør ikke si nei, vil ikke være en sånn student som ikke

dre pasienten. Men ingen av pasientene ble skadet.


Sykepleieren sier det er best å forbigå hendelsen i stillhet uten å skrive avvik.

«Nå kommer vi til å få kjøft», sier sykepleieren til Linda på slutten av vekten.

Garnås har hatt et godt forhold til både veilederen på skolen og kontaktsykepleierne. Neste dag forteller hun om episoden til veilederen. Hun sier

Sykepleieren nekter

Tre uker etter kveldsvakten blir hun vist inn på kontoret av fagutviklings- sykepleieren. Der venter også avdelings- sykepleieren. Linda blir bedt om å forklare seg om det som skjedde på kveldsvakten. Møtet blir ubehagelig.

Dagen etter er det nytt møte, nå med skole og fagutviklings- sykepleier. Der får hun vite at sykepleier-  en hun gikk med har benektet

LANG TID: Linda Garnås er blitt sykepleier – fem og et halvt år etter at hun startet som student. – Jeg holdt på å gi opp, sier hun.



at hun ga Garnås medisin. Hun har sagt hun ba henne henge opp saltvann, så Garnås kunne øve seg. Hun får også vite at sykepleieren ikke er med på møtet fordi hun har sluttet.

Den andre sykepleieren, som ikke hadde norsk som morsmål, har sagt at hun ba Linda Garnås stenge infusjonen, men at hun likevel ikke gjorde det. Linda synes det er rart – veneflonen var jo tett, det var ingenting å stenge av.

Linda sier at begge sykepleierne tar feil. Det er ord mot ord.

Får varsel

Det blir flere møter. Fagutviklingssykepleieren sier at hun ikke har tillit til studenten. Linda opplever at uriktige versjoner blir fortalt og at den ene etter den andre vender henne ryggen, også veilederne på skolen.

Hun kontakter Norsk Sykepleierforbund (NSF) Student, og studenttiltitsvalgt Line Kleven blir med på det neste møtet. Der får Linda varsel om fare for ikke å bestå praksis.

Der vises det til at varselet ikke har med selve hendelsen å gjøre, men begrunnes med manglende tillit.

Linda får i oppgave å «jobbe med hvordan hun kan styrke tilliten hos personalet. Hun skal (...) bli mer yd-

veilederen mener hun er sliten. Hun anbefaler Garnås å søke permisjon.

Garnås gir opp. Hun går ut i permisjon. Med selvtilliten på bønn.

Ble sykepleier i januar

Det er gått fire år. Linda Garnås sitter hjemme i stuen og forteller. Etter tre år i Drammen, har familien flyttet til Oslo. I januar ble hun autorisert som sykepleier. Hun jobber nå på Aker sykehus og er svært fornøyd.

Hun tenkte seg om lenge før hun tok kontakt med Sykepleien. Opplevelsen sitter fortsatt i kroppen.

– Man er så sårbar og står så alene som student. Så lenge ikke skolen støtter deg, er du rett og slett rettsløs. Jeg er opptatt av hvordan studenter kan bli ivaretatt.

Linda begynte å ta ekstravakter på urologisk sengepost på Aker sykehus allerede i mai 2009, etter at hun sluttet på Høgskolen i Buskerud.

Om høsten begynte hun på deltidsutdanning på Diakonhjemmet høgskole. Hun tok om igjen andre året, men kunne jobbe mye fordi hun fikk fritak fra en del fag og medisinsk praksis, som hun jo hadde bestått. I 2011 fikk hun en sønn. Fra før hadde hun en datter, som nå er sju år.

– Jeg har mistet to år og tapt både

tatt av å gjøre dem trygge. Det er lov å si nei. Jeg kan godt tenke meg å bli veileder i fremtiden. Jeg vet hvor viktig det er å være raus og vise respekt.

– Ingen velvilje

Line Kleven var Lindas studenttiltitsvalgte.

– Linda Garnås fikk oppgaver hun ikke skulle løse alene. Men det var ingen velvilje fra skolen eller sengeposten til å støtte henne. Jeg opplevde ingen erkjennelse av at de selv kunne ha gjort feil.

Kleven fornemmet at veilederne på skolen var forsiktig for ikke å miste dyrebare praksisplasser.

– Jeg tenker man må være nøye med kontrollen når man mediserer. Man kan ikke bare plassere noe i hendene på en student og be henne utføre prosedyren.

Klevens inntrykk var at Linda Garnås ble godt likt av pasientene.

– Det var lite populært at hun hadde med seg tiltitsvalgt på møtene.

Ifølge et referat Kleven skrev etter et møte, ble Garnås utsatt for verbale angrep av fagutviklingssykepleieren.

– Jeg har vært student sjøl. Jeg vet hvor fort det kan skje uheldige ting, ikke minst hvis det er rutinesvikt på avdelingen. Hvis man blir vendt ryggen, da har man tapt. En student som mediserer, skal alltid ha en sykepleier med seg. Heldigvis fikk ikke denne hendelsen noen konsekvenser for pasienten.

– Feil skyldes ofte rutinesvikt

Kleven tror det er lettere for avdelingen å være lojal mot sine egne kolleger enn en student i praksis.

– Men i og med at hun fikk ny praksisplass, betyr vel det en innrømmelse av at ikke alt var som det skulle på avdelingen.

Kleven påpeker at feilmedisinering gjerne skyldes menneskelige feil:

– Men bak er det som oftest rutinesvikt.

Kontaktsykepleierne må få god opplæring og forberede seg på hvordan de kan ta godt imot studentene, påpeker Kleven:

– Her trengs sykepleiere med erfaring. Men selv om man er en dyktig sykepleier, skal man ikke veilede hvis språket kommer i veien for kommunikasjon og forståelse. ■■■

marit.fonn@sykepleien.no

«Hvis man blir vendt ryggen, da har man tapt.»

Line Kleven, eks-tillitsvalgt

myk overfor pasientene, be om tilbakemeldinger også på hvordan hun er som person.»

Ny praksisplass

Med hjelp fra NSF Student får Linda Garnås ny praksisplass på Bærum sykehus. Hun får gode skussmål og består.

Etter jul skal Garnås i ny praksis, denne gangen i kirurgi. Hun får til delt samme veileder fra skolen som sist – på Drammen sykehus. Garnås får høre at veilederen har fortalt den kirurgiske avdelingen om forrige praksisperiode på medisinsk. Det reagerer hun på.

I starten går det bra. Men etter hvert opplever Garnås at hun ikke blir vurdert objektivt. Når det er fem dager igjen av praksis, får hun høre at hun må jobbe hardt for å bestå.

studietid og verdighet. Så det har tatt meg fem og et halvt år å bli sykepleier. Men nå har jeg bygget selvtillit. Det har tatt lang tid. Jeg har bare hatt positive praksisperioder på den nye skolen.

I januar begynte hun som sykepleier i 80 prosent stilling på den samme sengeposten hun hadde ekstravakter. Men det var på nippet at hun ga opp.

– Jeg følte meg sviktet av kontaktsykepleierne, skolen og fagutviklingssykepleieren. Hadde det ikke vært for at jeg fikk hjelp av Sykepleierforbundet, hadde jeg aldri vært sykepleier i dag. For meg var det avgjørende å ha en fagforening i ryggen. Det var noen som hørte på meg og ga meg innblikk i rettigheter.

Garnås hjelper nå til med å veilede studenter i småprosedyrer.

– Da er jeg svært ydmyk. Jeg er opp-

– Praksis er en verkebyll

– Si nei – når magesfølelsen og lovverket sier det, råder studentleder Kine Bentzen.

Tekst og foto **Marit Fonn**

Her er det tydelig at kommunikasjonen ikke har vært god nok, sier Kine Bentzen (bildet), leder i Norsk Sykepleierforbund Student, om historien fra Drammen.

– Det er problematisk når man ender opp med ord mot ord. Likevel mener jeg at det er svært uheldig at studenten blir syndebukken og ikke har et nettverk å støtte seg til. Her burde skolen ivarett studenten uavhengig av hvem som er skyld i feilgrepet.



«Ingen dag i praksis skal være tilfeldig.»

Kine Bentzen

– Stol på intuisjonen

Bentzens råd til studenter i praksis er å si nei til oppgaver de ikke er komfortable med og ikke har lov til å utføre:

– I det store bildet dreier det seg om pasientsikkerhet. Det må vi alltid ha i

bakhodet. Pasienten skal være trygg.

– *Det er vel ganske utbredt at studenter medisinerer ulovlig? De tør ikke si nei?*

– Som student må man stole på sin intuisjon. Blir man bedt om å gjøre noe og får en magesfølelse på at det ikke er rett, skal man ikke gjøre det. Studentene må dessuten sette seg inn i lovverket. Det gjelder også praksisstedets og skolens personell. Kontaktsykepleiere har ansvar for behandling og medikamentutdeling. Dette skal

ikke overlates til studenter.

– *I Lindas tilfelle var ikke kontaktsykepleiere på vakt. En annen sykepleier skulle gå med Linda?*

– Sykepleierstudenter går ofte med flere kontaktsykepleiere i sin praksis-

periode. Ideelt sett bør studenten ha én eller to å forholde seg til. Dette er viktig for å få en rettferdig evaluering og sikre progresjon.

Av og til skjer det noe som gjør at studenter må følge flere kontaktsykepleiere:

– Da må de være i dialog med skolen og studenten selv, de må vite læringsmål og hvor i studiet studenten er. Ingen dag i praksis skal være tilfeldig, og dersom en følger en annen sykepleier for en periode, må sykepleieren vite hva det vil si å være kontaktsykepleier.

– Halve utdanningen er praksis

NSF Student får mange henvendelser fra studenter som sliter i praksis:

– Vi er opptatt av at skolen følger opp. Studenter blir av og til innkalt til møter med ledelsen. Dette er uheldig, for studenter er ofte i en sårbar situasjon uten et kollegialt nettverk.

Bentzen mener skolen – uavhengig

av om studenten har gjort feil eller ikke – må ta kontakt med praksisstedet.

– Oppfølgingen må bli strengere. I tilfellet i Drammen kunne det skjedd noe fatalt.

Bentzen kaller praksis en verkebyll:

– Mange glemmer at 50 prosent av utdanningen vår er praksis. Både teori og praksis varierer fra skole til skole. Den ulikheten bekymrer oss. Det bør være standardiserte rutiner.

– Som oftest rettferdig

– *Er lærere forsiktig med å kritisere fordi de er redde for å miste praksisplasser?*

– Vi erfarer til tider at studenter slipper for lett gjennom studiet, også i praksis. Utdanningspersonell er ofte presset på grunn av måltall og finansiering. Likevel tror jeg at de fleste lærere og kontaktsykepleiere gir studenten en rettferdig vurdering, og kun lar dem bestå dersom de har den kompetansen de skal ha, sier Bentzen. ■■■

– HiBu samarbeider godt med praksis

Sykepleien har kontaktet veilederne fra Høgskolen i Buskerud (HiBu) og fagutviklings- sykepleieren fra Drammen sykehus. Ingen av dem vil kommentere saken. Fagutviklings- sykepleieren har for øvrig byttet arbeidsplass.

Heidi Kapstad, dekan ved fakultetet for helsevitenskap på HiBu, ønsker ikke å bli intervjuet av Sykepleien. Hun ber om å få spørsmålene skriftlig. Sykepleien sender fem spørsmål på e-post. Kapstad svarer på e-post.

– Vil følge opp tett

Heidi Kapstad understreker at hun ikke kommenterer den konkrete saken om Linda Garnås, men svarer generelt. Svarene er forkortet.

– *Hvordan ivaretar skolen studenter som kommer opp i slike vanskelige situasjoner?*

– Høgskolen vil gi tett oppfølging og veiledning til studenter som har behov for ekstra oppfølging i praksis. Slik oppfølging skal gis når studentene har spesielle utfordringer i en praksisperiode, eller det er fare for at studenten ikke kan bestå praksis. Den enkelte student og lærer blir enige om hyppighet, og hvordan oppfølgingen skal foregå. Også praksisstedet kan gi ekstra oppfølging.

Kapstad skriver at dersom lærer og student opplever praksisstedet som uegnet, kan studenten bytte praksissted.

– *Hvilken oversikt har skolen over praksisstedets rutiner, for eksempel med*

medikamenthåndtering?

– Høgskolen har ikke myndighet til å kontrollere praksisstedenes rutiner, men vi har kontinuerlig dialog med praksisstedene via egne praksiskoordinatorer i helseforetakene og kommunene. I tillegg har lærerne våre løpende dialog med praksisveiledere. Dette er hjemlet i avtaler.

– Gir ikke varsel uten dokumentasjon

– *Praksisplasser er mangelvare. Hvordan påvirker det styrkeforholdet mellom skole og praksis?*

– Vi har et godt samarbeid med alle våre praksisplasser for studenter. Vi har jevnlig møter med alle samarbeidspartnere i det kliniske feltet. Vi

tilbyr jevnlig veiledningskurs for våre veiledere i praksis.

– *Hender det at praksisplasser blir droppet på grunn av for dårlig faglig nivå?*

– Ja, det hender.

– *Hvilke tiltak setter skolen i verk når en student får varsel om fare for ikke å bestå praksis?*

– Varsel gis ikke uten dokumentasjon. Dokumentasjonen er grunnlaget for varselet i samtale mellom student og lærer. I de fleste tilfeller er også praksisveileder med i samtalen. Høgskolen sørger for tett oppfølging av studenten i den gjenværende praksisperioden. Dette krever ekstraressurser fra høgskolen, samt tett samarbeid med praksisfeltet, skriver Kapstad. ■■■

Mads Bøhle

Alder: 43

Yrke: Trivselsykepleier

Arbeidssted: St. Olavs Hospital i Trondheim

Magiske øyeblikk

Når ungene ber om noe, ordner jeg det.

Fortalt til Nina Hernæs Foto Lena Knutli

Jeg har laget min egen tittel: Trivselsykepleier. Å skape trivsel er noe jeg vil fronte, og grep sjansen da jeg fikk den. Jeg ble spurt av Barnekreftforeningen om å jobbe som aktivitør, men alle synes det er kult at jeg kaller meg trivselsykepleier. Dette er jeg i førti prosent stilling, resten av tiden er jeg barnesykepleier.

Hovedessensen er å være til stede i nuet, å møte barnet der og da og skape magiske øyeblikk. Jobben er 20 prosent planlegging og 80 prosent improvisasjon. Jeg bruker det jeg har for hånden, og har laget cowboyhatter av pussbekken og bilbane av tisseflasker. Men jeg er også opptatt av å ha ordnet ting som er lett å hente frem. Når jeg spør hva ungene er interessert i å gjøre, er det der og da de har lyst og overskudd. Jeg pleier å si at ingenting er umulig, det tar bare litt lengre tid.

Barn på sykehus opplever mye vondt og er ofte slitne, men det går an å gi dem pustepauser. Kanskje orker de ikke holde på så lenge, men øyeblikkene varer lenge. Jeg husker jeg brukte to timer på at en veldig syk gutt skulle få spille online med vennene sine. Han orket 90 sekunder, men fikk oppfylt et av sine siste ønsker.

Å skape trivsel kan også være å sitte ned og prate eller se en film. Noen ungdommer kommer til sykehuset med en bag med dvd'er og vil helst bare få kur og reise hjem igjen. For dem kan jeg ordne småting som et blad eller en plakate.

Som trivselssykepleier jobber jeg helst kveld, for da skjer det lite på sykehuset. Det samme gjelder helger, så på fredager pleier jeg å tilrettelegge for aktiviteter. Det er ikke alltid ungene orker å gjøre det jeg har lagt fram, men jeg har gitt dem muligheten. Jeg har lært meg til å ikke å ha for store forventninger til hva de orker, det er viktig ikke å bli skuffet.

Ungene kan bli demotiverte av å være på sykehus. De vil opp og løpe, men er for syke. Da kan robotjakt motivere dem. På St. Olav har vi 21 alenegående vogner, og de jakter vi på. Vi har en liste med alle sammen, og krysser av etter hvert som vi finner dem. Det fenger helt opp i 15-årsalderen.

At jeg er barnesykepleier opplever jeg som en styrke. Om noe skjer, vet jeg hva jeg skal gjøre. Da ordner jeg opp og ringer på hjelp. Foreldrene sier det føles trygt. Samtidig er jeg veldig bevisst på hva jeg gjør og ikke gjør. Som trivselsykepleier gjør jeg ikke prosedyrer, men jeg kan være med barnet og avlede fra det vonde.

Helst ville jeg vært trivselsykepleier hele tiden. Å skape magiske øyeblikk ved å improvisere i leken er noe alle bør være opptatt av. Carpe Diem! ■■■

nina.hernes@sykepleien.no





Verdenskongress om selvmordsforebygging

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) arrangerer i samarbeid med International Association for Suicide Prevention (IASP) og WHO verdenskongress i Oslo, 24.-28. september 2013.

For informasjon, preliminært program og påmelding: www.iasp2013.org



Behandling / forebygging av ligge- og trykksår

Wima-labben

Avlaster områder som er utsatt for ligge- og trykksår
Bedrer mulighetene for sårleging
Behagelig i bruk, - luftig, lett, stabil og varmeisolerende



Wima produkter

Tlf. 71 51 42 84 Fax 71 51 40 73 P.b. 28, 6538 Averøy

Les mer om Wima-labben på vår nettside: www.wima.no

I Sykepleien treffer du lesere med sterk interesse for det redaksjonelle stoffet.

Dette påvirker lesesituasjonen positivt og gjør Sykepleien egnet til merkevarebygging.

Kontakt markedsavdelingen på 02409 for mer informasjon.

Sykepleien



VERV OG VINN



Norsk Sykepleierforbund
Svarsending 1016
0090 Oslo

FAGARTIKKEL:
Bedre samarbeid
med barnevernet. Side 46

FORSKNINGSNYHET:
Pårørende til intesiv-
pasienter vil involveres. Side 50

FAGARTIKKEL:
Håndtering av pasienter
med schizofreni. Side 52

Bioteknologi
og etikk.
**Se bokan-
meldelser**
side 58

Sykepleien

Fag

bøker
& kultur



«Jeg mener
god surrogati
er omsorg i
alle ledd.» Side 56

FÆRRE FEIL: Enkle tiltak
bedret forholdene for medi-
kamenthåndtering ved syke-
hjemmet og resulterte i
færre avvik. Arkivfoto:
Erik M. Sundt.

Side
60



Side
64

«Et vesentlig element i moralsk sensitivitet er
hvordan vi fortolker andre mennesker.» **PER NORTVEDT**



FAG

Barnevern

Bente Flaten, barnevernspedagog, Nord-Aurdal kommune.

Marit Sundvold Brustad, psykiatrisk sykepleier, Sør-Aurdal kommune.

Hanne Svendsen, psykiatrisk sykepleier, Øystre Slidre kommune.

Mette Gjevre, barnevernspedagog og leder for Interkommunal barneverntjeneste i Valdres.

Tverrfaglig samarbeid i barnevernsaker

Samarbeid med barnets sosiale nettverk allerede ved oppstarten av barnevernsaker kan spare tid og ressurser.

Vår visjon er at kommunale tjenester rettet mot barn og unge i Valdres har åpen dialog som grunnholdning i tverrfaglig samarbeid. Artikkelen tar for seg faktorer vi mener kan styrke det tverrfaglige samarbeidet i en barnevernssak. Artikkelen bygger på erfaringer fra to fagdager i Valdres høsten 2010 og våren 2011. Et fokusgruppeintervju ble holdt mellom fagdagene. Deltakerne på fagdagene og fokusgruppen kom fra barneverntjenesten, helsestasjon, psykologisk-psykiatrisk tjeneste og psykisk helsearbeid.

Nettverksarbeid

Elisabeth Strøm fra barneverntjenesten i Bærum møter familien med et sosialt nettverksperspektiv. Strøm beskriver nettverksarbeid som å bruke barnets eget nettverk som ressurs for å styrke familiens evner og muligheter til å gi barnet best

mulig omsorg (1). Det sosiale nettverket er barnets nærmeste sosiale relasjoner og derfor relevant å bruke for å definere hva som er problemet (2). Alle spørsmål drøftes åpent med familien til stede. Her analyseres problemet, og planlegging av tiltak drøftes og blir bestemt. Vi mener man kan hente mye kunnskap, tid og ressurser ved å øke det tverrfaglige samarbeidet i barnevernsaker. Starter man med tverrfaglig samarbeid allerede før undersøkelsesfasen, legger man et godt grunnlag for å arbeide videre med saken. Veileder for barn og unge i kommunene poengterer at det er et mål å sikre at barn og voksne skal møte et hjelpeapparat som evner å samarbeide til barnets beste (3). Nettverksarbeid kan gjennomføres på forskjellige måter. Nettverksmøtet kan for eksempel inngå som oppstartsmøte i undersøkelsesfasen, hvis foreldrene ønsker det.

Da vi bearbeidet stoffet fant vi fire hovedområder. Disse områdene utgjør artikkelens kjerne. Det første aspektet omhandler samarbeidende instansers ønske om å delta og bidra med sin kompetanse og erfaring. Flere opplever at barneverntjenesten i liten grad kommuniserer med dem som har daglig eller mer sporadisk kontakt med barnet og familien. Det å få en skriftlig henvendelse hvor man opplyses om sin plikt til å gi informasjon, oppleves ikke som reelt samarbeid. Det andre området vi har trukket fram er fagfolks ønske om og behov for å kjenne til hverandre. Formelle og uformelle møteplasser der fagfolk opplever kontakt med hverandre blir sett på som nyttig for et samarbeid på tvers av tjenester. Opplevelsen av barneverntjenestens fokus på formular og språk av juridisk karakter er det tredje området. Informantene mener henvisning til paragrafer uten videre forklaring vanskeliggjør samarbeidet, både med fagfolk og overfor familien. Det fjerde og siste området omhandler fagfolks følelser i barnevernssaker. Fagpersonen påvirkes i ulik grad og på forskjellig vis av den daglige kontakten med sårbare mennesker og deres historier. Samtidig har fagpersonen med seg egne erfaringer som påvirker relasjonen til andre. Heretter bruker vi informanter når vi viser til uttalelser fra fokusgruppeintervjuet, og fagfolk når vi viser til uttalelser fra fagdagene.

Spørsmål

Vi stilte følgende spørsmål til fokusgruppen, som besto av fem deltakere fra barnevernet, helsestasjon og psykisk helsearbeid:

- » I hvilken grad har du som fagperson vært delaktig i en undersøkelse i en barnevernsak, og hvilke erfaringer har du gjort deg, eventuelt kjennskap til andres erfaringer?
- » Hvor ligger utfordringene i samarbeidet, slik det er i dag?
- » Har du noen tanker om hvordan undersøkelsesfasen kunne vært gjennomført? Er det noe du er opptatt av, som du ikke har fått sagt noe om i dag?

Hovedbudskap


Artikkelforfatterne hevder det kan være mye å hente av kunnskap, tid og ressurser ved å jobbe med å bedre det tverrfaglige samarbeidet i barnevernsaker. Starter man med tverrfaglig samarbeid allerede før undersøkelsesfasen legges et grunnlag videre i saken.

Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- » Barn
- » Tverrfaglighet
- » Samarbeid

Åpen dialog

Den kommunale barneverntjenesten skal ifølge Lov om barneverntjenester (4) samarbeide med andre sektorer og 



Videreutdanning

Artikkelen bygger på:

Teori: 100 %

DOI-nummer:
10.4220/sykeplei-
ens.2013.0054



GIR TRYGGHET:

Barnets nettverk kan være alt fra fastlege, helse-søster, lærer på skole eller i barnehage til venner og familie. Illustrasjonsfoto: Colourbox

forvaltningsnivåer der dette er til barnets beste. Informanter og fagfolk generelt opplever samarbeidet som tilfeldig. Barnevernloven tillater stor grad av skjønnsutøvelse. Den enkelte saksbehandler vurderer i hvor stor grad man bør opprette samarbeid med andre instanser. Samarbeidsprosesser blir oppfattet som personavhengig og med varierende kvalitet (5). Barn som mottar tjenester fra barneverntjenesten er også kommunens ansvar, ikke bare barnevernets. Det å gi utsatte barn og unge tilstrekkelig hjelp kan være en for stor oppgave for barneverntjenesten alene. Dette er barn som har behov for helhetlig og koordinert hjelp til rett tid (6).

Lav terskel

Det er utfordrende og vanskelig å melde bekymring for et barn og dets familie. Det er vanskelig å vurdere hvor alvorlig et forhold skal være for at det skal være en sak for barnevernet. Det kan synes som om terskelen er nokså høy før meldeplikten inntreffer. Informantene ønsker generelt et tettere samarbeid, og en lavere terskel både

misforståelser til stede. Etter dette møtet ligger forholdene til rette for at barneverntjenesten kan danne seg et bilde av problematikken i denne aktuelle familien. De har skaffet seg et godt grunnlag for den videre prosessen.

Et skritt videre er å gi familien mulighet til å velge oppstartsmøte som en måte å gjennomføre undersøkelsen på. Her møtes det private og offentlige nettverket for å belyse barnets og familiens situasjon. Alle stemmer blir hørt og vurdert opp mot innholdet i meldingen. Saksbehandler blir da tilstrekkelig opplyst til å konkludere undersøkelsen i møtet, noe som medfører en kortere undersøkelsesprosess (1). I tillegg blir samarbeidspartnere inkludert og får samme informasjon som familien. Dette gir trygghet og tilfredshet for alle parter (5).

Informasjonsplikt

Tradisjonelt har barneverntjenesten sendt brev for å innhente opplysninger til de instansene som er involvert i barnet og familien. Informantene har forståelse for barnevernets behov for skriftlig dokumentasjon. Likevel foretrekker de å møtes på tvers av etatene med mulighet til å drøfte opplysninger, også med familien til stede. Når det gjelder skriftlig tilbakemelding opplever de det som skummelt å svare på spørsmålene. Dette fordi muligheten til å utdype uttalelsen ikke er til stede. Andre mener de ikke alltid har forutsetning for å besvare spørsmålene.

Nylig vedtok regjeringen en lovendring som ivaretar melderens interesser ved å gi barneverntjenesten plikt til å gi tilbakemelding ved mottatt melding, samt når undersøkelsen er avsluttet. Samtidig bør barneverntjenesten etterstrebe å be om samtykke fra foreldre for å kunne dele viktig og relevant informasjon. De aller fleste foreldre er positive til at barneverntjenesten utveksler informasjon når de opplever at dette er for å hjelpe barnet deres. Informasjon og opplevelse av gjensidig tillit bidrar til mindre frustrasjon og konflikter mellom samarbeidspartnere. Partene får tilstrekkelig kunnskap til å kunne ivareta sine arbeidsoppgaver på en tilfredsstillende måte (5). Taushetspliktbestemmelsene i barnevernlovens § 6–7 skal ikke være til hinder for barnets beste (4).

Informanter

Det er ikke bare i oppstart av en undersøkelse at fagfolk ønsker et samarbeid og å bidra med sin kompetanse. Informantene mener de også bør få uttale seg når man skal trekke konklusjoner av undersøkelsen og iverksette tiltak. En informant hadde gjennom sitt virke en relasjon til en familie.

Da den aktuelle familien ble en sak for barnevernet, følte det som om den «glapp ut av hendene» hennes. Den innsatsen informantene hadde lagt ned, følte ikke lengre som viktig. Informanten var ikke lenger en del av tiltaksapparatet i familien. Da barneverntjenesten skulle vurdere tiltak, ble hun heller ikke bedt om å uttale seg. Dette opplevde hun som rart. I slike situasjoner kan barneverntjenesten gå glipp av viktig informasjon. Dialog kan føre til at man unngår tiltak som allerede er forsøkt og som ikke fungerer.

Felles møteplasser

Fagfolk opplever at det er lettere å ta kontakt med representanter for andre tjenester når man har møtt dem før. Flere sier at det å ha sett, hørt og snakket med den fagpersonen man kontakter eller blir kontaktet av, er nyttig. Møteplasser kan være på forskjellige arenaer. Det kan være fagfolk og familien i samme møte eller møter der fagfolk drøfter saken uten familien, fortrinnsvis med familiens godkjenning. Eller man kan diskutere saken anonymt.

Det ble sagt at felles møter bør ha som mål å utvikle og utfordre egen praksis. Felles møteplasser bør legge grunnlag for å reflektere over om praksis er god nok eller om den trenger vitalisering. For fagfolk som skal hjelpe og støtte familien, er det viktig å være oppmerksom på holdninger, perspektiver og refleksjon rundt egen praksis. Informantene var enige om at det er viktig at fagfolk blir kjent og skaper tillit seg imellom. Trygghet og gjensidig tillit mellom personene i nettverket, både det private og det profesjonelle, er en forutsetning (3).

Felles møteplasser kan bidra til at vi klarer å gi slipp på frykten for å miste kontrollen i en sak. Seikkula og Arnkil sier at når flere aktører møtes for å diskutere og behandle en bekymringsfull situasjon, er det vanskelig for én person å kontrollere tingenes tilstand (2). Informanter sier at barnevernet må ha tillit til at andre fagfolk kan bidra til å finne løsninger. For å løse sine oppgaver, er barneverntjenesten avhengig av å samarbeide med andre offentlige tjenester og instanser.

Formelt språk

I fokusgruppeintervjuet kom det frem at barnevernet oppleves som lukket og formelt. Språk er makt. Bruk av fagterminologi og henvisning til lovverk kan skape avstand og bidra til å opprettholde fordommer. Dette er fordommer og forventninger skapt blant annet av media, der barnevernet enten tar omsorgen for barn eller har sviktet. Barnevernet har både en kontroll-

«Alle spørsmål drøftes åpent med familien til stede.»

for å ta kontakt, samt for å invitere barnevernet inn på egen arena. Barnevernet på sin side er opptatt av tidlig intervensjon. Man opplever at det å komme tidlig inn med tiltak i en familie blant annet reduserer antallet ungdom med alvorlige psykiske lidelser (7).

Det første møtet

Når barneverntjenesten mottar melding som de beslutter å undersøke, er målet å framskaffe et så fullstendig bilde av barnet og familien som mulig. Her er både det private og profesjonelle nettverket viktige samarbeidspartnere. De er i kontakt med barnet og familien i ulike situasjoner. De har skapt seg et inntrykk av hvordan familien fungerer generelt, og hvordan barnet fungerer spesielt. Det første møtet barneverntjenesten har med familien er et viktig møtepunkt, der man danner relasjoner og utveksler informasjon. Allerede her er det hensiktsmessig å involvere samarbeidspartnere. Flere barneverntjenester har sett nytten av å invitere meldeinstans til dette første møte. Både familien selv og tjenesteapparatet gir uttrykk for at denne innfallsvinkelen bidrar til et bedre og mer positivt samarbeid videre i prosessen. Her får familie og melder anledning til å fortelle sin historie og muligheten for å oppklare

og hjelpefunksjon. Familien, barnevernet og deres samarbeidspartnere har plikter regulert gjennom lovverket som skal sikre barnets rettigheter. Dette plikter barnevernet å opplyse om gjennom å henvise til gjeldende paragrafer. Kontrollfunksjonen er en sentral del av tjenesten, men i senere år har det vært en dreining av fokuset. Barnevernet ønsker i større grad å fremstå som en samarbeidspartner som skal være til hjelp for familier som har det vanskelig. I denne sammenheng mener vi at språket er et viktig moment når vi snakker om tverrfaglig samarbeid i barnevernssaker.

På den siste fagdagen ble barnevernet utfordret til å finne tiltak som kan minske denne avstanden. De så selv at det var mulig å bli mer bevisst på språket, både muntlig og i brev som sendes til familier og samarbeidspartnere. De mente det var viktig å finne en balanse mellom å snakke et forståelig språk og beholde identitet og faglig autoritet. Språket er en del av den faglige identiteten, og derfor er det ikke hensiktsmessig å kutte ut alle begreper. Justering av språket kan indikere hvor langt man er kommet i å utvikle det tverrfaglige samarbeidet (8). Å forstå hva ord og paragrafer betyr, skaper trygghet både for familien og samarbeidspartnerne.

Språket vil også endre karakter når man snakker om barnet og familien med nettverket til stede. Å delta i et møte om seg selv, sine barn og sin familie er en direkte intervensjon i menneskers liv. Det er et minstekrav at bruker kommer styrket ut av slike møter. Om man ønsker et godt og fruktbart samarbeid bør språket justeres slik at alle forstår hva som blir sagt og føler seg likeverdige.

Fagfolks følelser

I intervjuet beskrev informantene egne følelser underveis i prosessen i en barnevernssak. Utfordrende følelser kan virke som en viktig personlig faktor i arbeidet. Selv om foreldrene er innforstått med at det blir sendt melding til barnevernet, kan relasjonen mellom den profesjonelle og familien komme i en kritisk fase. Informantene beskriver en følelse av å være «den slemme», og ønsker å dele meldingsansvaret med flere instanser. Ut-sagnet antyder en følelse av å sette familien i en krisesituasjon, at de bidrar til å gjøre vondt verre. Samtidig er det en påkjenning å se at barn utsettes for omsorgssvikt. Ifølge Lov om helsepersonell har fagfolk plikt til å sende bekymringsmelding, selv om den kan oppleves som belastende (9). Fagfolk må ha tillit til at krisen kan føre til nye muligheter.

Informantene ønsket å bli bedre ivaretatt av barneverntjenesten, og beskrev samtidig at det

er viktig med støtte fra egen tjeneste. Det er viktig å kunne møtes i krisen når alle har det som vanskeligst. En samtale i en smertefull situasjon er et godt utgangspunkt for dialog. Det er lettere å mobilisere nettverket i en krisesituasjon. Tidlig i prosessen er det også lettere å innta en åpen holdning til problemet (10). Denne muligheten til åpen dialog tidlig i prosessen er lite brukt i barneverntjenesten.

Informantene antydte at hindringen for en åpen dialog ligger mer hos fagfolk enn hos foreldrene. Det kan være vanskelig for fagfolk å utlevere bekymringene de har for barnet i et åpent møte. Informantene beskrev et åpent møte med profesjonelle og familie som utfordrende, men positivt. De beskrev at de kunne være utrygge på sine faglige begrunnelser og at de tenker mye på hva andre fagfolk mener om deres utsagn.

Fagfolk mener det kan være hensiktsmessig å ha et oppstartsmøte i barnevernssaker. Strøm mener det er viktig at fagfolk som sender bekymringsmelding ikke lener seg tilbake, men tvert imot er på tilbudssiden og bidrar med sin kunnskap (1). Dette er i tråd med informantenes ønske. Et åpent møte med familien til stede kan gjenopprette et tillitsforhold. Det skaper trygghet å vite at noe skjer i saken. Fagfolk opplever at barnevernet kan være tause i inntil tre måneder. Dette skaper frustrasjon og hemmer muligheten til å bruke krisen som ressurs.

Overinvolvering

Informantene sa de opplevde det som skummelt å formidle sin bekymring i et stort møte. De vegrer seg for å snakke fritt fordi de frykter det skal brukes imot dem. En slik skepsis har sannsynligvis flere årsaker. Det kan blant annet være en konsekvens av å ha jobbet med tunge saker over flere år. Fagfolk som blir utsatt for negative historier om mennesker over tid, kan bli svekket i sin grunnleggende tillit til verden. Mangel på tillit kan være en hindring for samhandling. Samtidig når informantene beskriver en redsel for at et utsagn kan påvirke relasjonen, kan dette være uttrykk for en emosjonell smittefunksjon. Den andre personens glede smitter, og det samme gjør frykt, sorg og entusiasme (2).

Dersom fagfolk erkjenner vanskelige følelser hos seg selv, er det viktig at det finnes et forum på arbeidsstedet der man tør å snakke om dette. Veiledningsgrupper eller nettverksmøteforum kan være en slik arena. Fagfolk som klarer å kjenne på sitt eget følelsesliv, vil i større grad være i stand til å tone seg følelsesmessig inn på barn og voksne i sitt arbeid (12).

Belastning over tid kan føre til at man ikke orker å ta alvoret i barnas situasjon inn over seg. Eller motsatt, at det er vanskelig å legge fra seg bekymringen for barna. Alvorlige følelsesmessige konsekvenser for fagfolk kan være distansering, eller overinvolvering og traumatisering (13). Dette er faktorer og motsetninger som helt klart hemmer et samarbeid. Disse følelsesmessige reaksjonene kan lett ignoreres av en selv eller andre. Dette er utfordrende, og det krever mot å gjøre en kollega eller ansatt oppmerksom på dette på en god måte.

«Språk er makt.»

Det er vårt eget og arbeidsgivers ansvar å sørge for at det blir tatt faglig og menneskelig hånd om de risikoene det innebærer å arbeide med barnevernssaker (11). Fagfolk i Valdres er enige i at veiledning er et viktig tiltak. Det vil gi faglig trygghet og utvikling som fagperson. Bevissthet omkring egne følelsesmessige utfordringer kan brukes som redskap i møte med andre.

Veien videre

Vårt ønske for fremtiden er at kommunale tjenester rettet mot barn og unge i Valdres har åpen dialog som grunnholdning i tverrfaglig samarbeid. Dette mener vi øker muligheten for tidlig intervensjon og mer helhetlig hjelp. Oppstartsmøte som nettverksmøte er å ta tidsperspektivet på alvor. Ved å bruke åpen dialog tidlig tar man familiens opplevde krise på alvor. Da vil også energien i fagfolks ønske om delaktighet forløses, samtidig som undersøkelsesperioden vil oppleves som mindre belastende. ■■■

LITTERATUR

1. Strøm E. I Bærum er nettverksmøtet en del av det helhetlige arbeidet. www.ks.no/portaler/Sammen-for-barn-og-unge. (24.03.2011).
2. Seikkula J, Arnkil TE. Nettverksdialoger. Oslo: Universitetsforlaget, 2007.
3. Helsedirektoratet IS-1405. Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene. Oslo: 2007.
4. LOV 1992-07-17 nr. 100 Lov om barneverntjenester
5. Sammen for barn og unge- bedre samordning av tjenester for barn og unge. Oppsummering av evaluering fase 1, NOVA på oppdrag fra KS-BLD
6. NOU 2009:22 Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge.
7. Kvello Ø. (2007). Utredning av atferdsvansker, omsorgssvikt og mishandling. Oslo: Universitetsforlaget, 2007.
8. Lauvås K, Lauvås P. Tverrfaglig samarbeid- perspektiv og strategi. Oslo: Universitetsforlaget, 2009.
9. LOV 1999-07-02-64 Lov om helsepersonell
10. Seikkula J. Åpne samtaler. Oslo: Tano-Aschehoug, 2002.
11. Bang S. Rørt, rammet, rystet. Oslo: Gyldendal akademisk, 2009.
12. Aubert AM, Bakke IM. Utvikling av relasjonskompetanse. Oslo: Gyldendal akademisk, 2008.
13. Bøe TD, Thomassen A. Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Oslo: Kunnskapsforlaget, 2009.



Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

Pårørende vil involveres

En ny doktorgrad viser at pårørende til intensivpasienter ønsker å involveres når beslutningen om å avslutte behandling skal tas. Tekst **Susanne Dietrichson** Foto **Ingun A. Mæhlum**

Ranveig Lind har skrevet doktorgradsavhandlingen.

– Pårørende til intensivpasienter er i en svært presset situasjon og må ivaretas gjennom samtaler, omsorg og støtte, men også strukturelt på ledelsesnivå.

Trenger prosedyrer

På norske intensivavdelinger blir behandlinger avsluttet så ofte som en gang i uken.

– Det finnes overordnede retningslinjer, men ingen prosedyrer for hvordan man går fram i slike beslutningsprosesser, forteller Lind.

Et eksempel på at slike prosesser også er et ledelsesanliggende er at intensivavdelingen i Tromsø mangler både venterom og møterom for pårørende.

– Flere av de pårørende jeg intervjuet kunne fortelle at alvorlige beskjeder hadde blitt gitt på tilfeldige steder; i korridoren, over telefon eller på pauserommet til de ansatte – som ble bedt om å gå ut mens de satt og spiste matpakke.

Føler ansvar

Lind forteller at det var Kristina-saken i Bergen som gjorde at hun valgte å skrive om pårørende til intensivpasienter og deres erfaringer ved behandlingsavslutning. Saken om fire år gamle Kristina som i 2006 lå koplet til respirator i flere måneder fordi faren ikke ville la legene avslutte behandlingen, reiste mange prinsipielle spørsmål knyttet til avslutning av intensivbehandling.

– Denne studien rettet seg mot voksne pårørende til tidligere pasienter over 18 år, og på dette punktet har ikke pårørende beslutningsansvar på vegne av pasienten, sier Lind.

– Det er helt og holdent en medisinsk avgjørelse som skal tas av helsepersonell.

Hun forteller at flere i studien opplevde et stort ansvar.

– Måten vi som helsepersonell framlegger dette for dem på har antakelig betydning for deres erfaring av ansvar.

Problemstilling

– Jeg ville undersøke hva slags erfaringer de pårørende har og hva det innebærer å være involvert, utdyper Lind.

Hun intervjuet 27 pårørende til 21 pasienter som hadde dødd under intensivbehandling ved fire forskjellige norske universitetssykehus. Hennes egen arbeidsplass UNN ble unntatt.

– Erfaringene som kom frem kunne deles i to grupper, forteller Lind.

– Den ene gruppen pårørende følte seg veldig godt inkludert i prosessen og opplevde at de ble fulgt godt opp. Den andre gruppen, dessverre den største, følte de kunne vært fulgt opp bedre og at de fikk lite informasjon.

Sykepleiers rolle

Lind fant at de fleste pårørende opplevde at de hadde god kontakt med sykepleieren.

– Men ettersom sykepleier sjelden deltok i samtalen med legen, opplevde de et gap mellom den informasjonen de fikk av legen og det de erfarte i samtaler med sykepleieren, sier hun.

De aller fleste beskrev relasjonen med sykepleieren som nært knyttet til pasientene og at de selv fikk mye omsorg.

Hun fant også at de pårørende følte at prosessen med å avslutte behandlingen både gikk for fort og for sakte.

– I fasen der det nærmer seg slutten gjør helsepersonell alt de kan for å redde pasienten, og så blir det bestemt at behandlingen skal avslut-

tes. Beslutningen kan derfor komme brått på, selv om det går lang tid før den tas, mener hun.

Hun mener møtene med pårørende kan planlegges bedre.

– Blant annet er det viktig at sykepleiere også deltar for å kunne følge opp familiene fram til prosessen mot avslutning av livsforlengende behandling er avsluttet.

Informasjon

De som hadde gode erfaringer kunne oppleve informasjonen som proaktiv.

– I noen tilfeller hadde helsepersonell foregripet begivenheten og forberedt de pårørende på flere mulige utfall av nye behandlingstiltak, forteller Lind.

– Dermed følte disse at de var med i prosessen og beslutningen om å avbryte behandling kom ikke uventet.

Men flertallet følte likevel det var vanskelig å forstå hvorfor viktige avgjørelser ble tatt.

– Grunnen er nok at helsepersonell ofte holder tilbake usikker informasjon, tror Lind.

– Men undersøkelsen min viser at de pårørende foretrekker usikker informasjon framfor ikke å få informasjon.

Lind mener helsepersonell er opptatt av å gi informasjon, men ikke alltid av å høre på hva de pårørende tenker.

– De pårørende ønsker å være med på å drøfte forskjellige muligheter, mener hun.

Ble ikke spurt

– I henhold til norsk lov er det helsepersonell som skal fatte beslutninger når pasienten ikke kan, men de pårørende skal bli spurt om hva de tror pasienten ville ønsket.

I Linds undersøkelse var det få pårørende



PÅRØRENDES ROLLE: Pårørende til intensivpasienter føler et stort ansvar, sier fag- og forskningssykepleier Ranveig Lind.

som opplevde å bli spurt om dette. Lind tror helsepersonell kvier seg for å ta opp det vanskelige spørsmålet, også fordi det kan skape unødig bekymring hos de pårørende. De pårørende ønsket at beslutningen om å avslutte behandlingen skulle knyttes til pasienten som person, selv om det først og fremst er et medisinsk anliggende.

«Vi må ha en strategi.»

– Helsepersonell må våge å ta opp disse spørsmålene tidlig i forløpet, sier Lind.

– Vi må ha en strategi for hvordan vi skal møte de pårørende.

Lind mener ansvaret de pårørende føler relasjonelt og ontologisk er et større spørsmål enn det hun klarer å besvare i oppgaven sin.

– De er nært knyttet til pasienten og føler en forpliktelse til å ivareta hans eller hennes interesser ved å få delta i beslutningsprosessen. Men det er viktig å poengtere at ingen av dem jeg intervjuet ønsket å få ansvar i medisinske spørsmål. ■■■

susanne.dietrichson@sykepleien.no

Ranveig Lind

- › Ranveig Lind er fag- og forskningssykepleier ved operasjon- og intensivklinikken, Universitetssykehuset i Nord-Norge HF, Tromsø.
- › Hun disputerte 24. januar i år ved Universitetet i Tromsø.
- › Doktoravhandlingen hennes handler om hvordan pårørende til intensivpasienter opplevde prosessene i forbindelse med at avgjørelsen om å fortsette eller avslutte behandling ble tatt.



FAG

Psykisk lidelse

Janet Ververda, høyskolelektor HiT.

Anita Kornkåsa, sykepleier, hjemmetjenesten, Nome kommune.

Eva Kløw Bjørntvedt, sykepleier, hjemmetjenesten.

Line Melby Egrem, sykepleier, ortopedisk avdeling, Sykehuset Telemark HF.

Pasienter med schizofreni på sykehus

Sykepleiere på somatiske sykehus mangler ofte kunnskap og kompetanse for å ivareta pasienter med schizofrenidiagnose.

Våre erfaringer fra somatiske sykehusavdelinger tilsier at å ivareta pasienter med psykisk sykdom i tillegg til somatisk sykdom kan være utfordrende. Gjennom sykepleierutdannelsen har vi sett betydningen av å ha et helhetlig menneskesyn for å kunne utføre tilfredsstillende sykepleie (1,2). Med denne artikkelen ønsker vi å bidra med vår kunnskap om hvordan sykepleier kan møte denne pasientgruppen. Vi har intervjuet tre sykepleiere på to medisinske avdelinger og tillegnet oss kunnskap gjennom litteraturstudier. Vi brukte Travelbees teori når vi så på hvordan sykepleier kan ivareta en pasient med schizofreni i en somatisk sykehusavdeling

Schizofreni

Schizofreni regnes som den alvorligste blant psykiske lidelser. Det er til en hver tid cirka

20 000 personer i Norge med denne diagnosen, som gir forstyrrelser i tenkning, persepsjon og følelsesliv. Videre kjennetegnes sykdommen av positive og negative symptomer. Positive symptomer er tydelige, synlige og dermed observerbare for andre. Dette innebærer hallusinasjoner, vrangforestillinger eller kaotisk atferd. Negative symptomer er mindre påfallende, men like alvorlig for personen som har dem. Disse kan arte seg som følelsesmessig avflating, viljeshemming, lite initiativ og engasjement, fravær av spontan tale, kontaktsvakhet og gledesløshet (3,4).

Dårlig helse

Pasienter med schizofreni har generelt dårlig kroppslig helse, og mange mener at helsetjenesten ikke tar deres kroppslige plager på alvor. Pasientene dør også tidligere enn forventet på grunn av selvmord eller kroppslige sykdommer. Schizofreni er forbundet med helseskadelig atferd, som tobakksrøyking, dårlig kosthold, lite fysisk aktivitet og mangel på personlig hygiene. En del av pasientene har i tillegg et alvorlig rusmiddelproblem. Mange av pasientene vil også få betydelig vektøkning på grunn av medikamentell behandling. Mennesker med schizofreni er overrepresentert når det gjelder diabetes, lungesykdom, hjerte- og karlidelser og mage- og tarmsykdom. Årsaken til dette er sammensatt. De nevnte faktorene har stor betydning, i tillegg til at de ofte kommer seint til behandling for sine somatiske plager. Sykdommen kan derfor allerede være langtkommen. Pasienter med schizofreni blir ofte sett på som vanskelige,

noe som oftest skyldes faktorer direkte relatert til diagnosen. Negative symptomer kan oppfattes som at pasienten er tiltaksløs eller lat, mens positive symptomer kan virke skremmende og være vanskelig å forholde seg til. Dette kan by på utfordringer i samhandlingen mellom sykepleier og pasient (5,4).

Sykepleieren er forutinntatt

Sykepleiere er ofte forutinntatt om at pasienter med en psykisk diagnose vil være problematiske og kreve mer omsorg enn andre (5). Pasienter med schizofreni blir ansett for å være farlige og uforutsigbare av dem som arbeider i somatikken. For at sykepleieren skal kunne se mennesket i pasienten er det en forutsetning at sykepleieren har evne til å bryte ut av sine forutinntatte oppfatninger (6). Sykepleier blir også påvirket av ytre faktorer. En av våre informanter nevnte terrorhendelsen 22. juli 2011, hvor gjerningsmannen fikk diagnosen paranoid schizofreni. Hun uttalte at hun etter den omfattende dekningen av denne hadde utviklet en mer skeptisk holdning, noe hun mente hun ikke hadde i utgangspunktet. Helsepersonell som jobber ved somatiske sykehus mangler og savner kunnskap og kompetanse for å ivareta pasienter med schizofrenidiagnose, noe våre informanter bekrefter (2,7,8). Vi spurte blant annet hvordan de opplevde en situasjon der de hadde ansvar for en pasient med diagnosen schizofreni. Den ene informanten svarte: «Det er vanskelig når en ikke har kompetanse på det. For en blir usikker på hvordan en skal gå frem,

Hovedbudskap

Artikkelen beskriver noen utfordringer sykepleiere møter når de skal ivareta schizofrene pasienter i en somatisk avdeling. Både forskning og informantene viser at forutinntatte oppfatninger kan føre til usikkerhet, redsel og negative holdninger. Det er viktig å øke kompetansen, men også at sykepleieren fokuserer på det hun kan framfor det hun ikke kan, for å oppnå en menneske-til-menneske-relasjon mellom sykepleier og pasient.

Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

› Psykisk helse › Somatisk lidelse › Psykose



og jeg er redd for at han kan bli aggressiv». Våre to andre informanter hadde lignende utsagn. Slike kategoriseringer er en stor barriere som hindrer oss i å skape en relasjon og se mennesket som et unikt individ. Dette er en gjensidig prosess mellom sykepleier og pasient, men det vil alltid være sykepleiers ansvar å bryte ned kategoriseringen (6).

Gode holdninger

Selv om sykepleiere skårer høyt når det gjelder fordommer overfor pasienter med psykiske lidelser (2), stemte det ikke overens med våre funn. Sykepleierne i vårt prosjekt uttrykte gode holdninger til og stor omtanke for pasientene. De

«Pasienter med schizofreni har generelt dårlig kroppslig helse.»

uttalte at det ikke var diagnosen som bestemte hvordan de møtte den enkelte pasienten. De fortalte at det varierer mye hvor sterkt pasienten er preget av sykdommen sin. Dette viser at sykepleierne sitter inne med viktige erfaringer, som de bruker i møte med hver enkelt pasient, ikke kun pasienter med schizofreni.

Informantene synes det er vanskelig når pasienten er plaget med hallusinasjoner og vrangforestillinger. En informant uttalte «For oss som er friske er det merkelig å tenke på at noen har stemmer i hodet som sier at du skal gjøre ditt og

datt». Hvis pasienten uttrykker angst og redsel på grunn av hallusinasjoner og vrangforestillinger, kan det være vanskelig for sykepleieren å sette seg inn i situasjonen. Sykepleieren må ønske å oppnå empati og deretter sympati, slik at hun kan bidra til å lindre den sykes lidelse. Sykepleierens egenart og bakgrunn vil virke inn på evnen til å føle empati med den andre. Dette kan være vanskelig da pasienten kan være svært forskjellig fra en selv, både med tanke på personlighet og atferd. Sykepleier må i disse tilfellene anerkjenne at pasienten er forskjellig fra henne

i situasjonen og fungere som en «container». Dette innebærer å ta imot pasientens tankekaos, som kan komme ut som mer eller mindre sammenhengende ord og setninger. Videre ser vi det som sentralt at sykepleier er bevisst på kommunikasjon og kan bruke seg selv terapeutisk (10,17,11).

Kommunikasjon

Å legge til rette for god kommunikasjon og et meningsfylt samspill er sykepleierens ansvar. Sykepleieren bør være lyttende og åpen for hva pasienten sier og gi klar og tydelig informasjon. Hun må ta hensyn til pasientens kognitive funksjon og hans kommunikasjonsevne. Tankeforstyrrelser og kognitiv svikt er faktorer som er med på å svekke forståelsen av informasjonen som blir gitt (12,13). Fordi personer med schizofreni lettere lar seg distrahere enn andre, vil man ikke alltid oppnå blikkontakt. Dette kan misoppfattes av sykepleieren, som kan tro at pasienten ikke er oppmerksom eller er uinteressert. Pasienten kan også bruke lenger tid på å bearbeide det som blir sagt. Forsinkelsen av denne bearbeidingen gjør at mange nonverbale tegn forsvinner, eller inntreffer på et senere punkt i samtalen hvor tegnet mister sin mening. Mangelfull evne til å sende og motta informasjon er et resultat av den kognitive svikten og en funksjonshemming for pasienten. Spesielt er mangel på begreper som setter ord på tanker og følelser, vanlig hos pasienter med schizofreni (14,19). På grunn av disse utfordringer bør sykepleier prøve å redusere nonverbale signaler. Alle våre tre informanter forklarte hvor viktig det er å ha en god dialog med pasienten for å kunne gi trygghet. En informant forklarte det slik: «Jeg tenker det er viktig å ta seg tid til å sette seg ned og snakke med pasienten. Høre hva han har å si, eller bare lytte, egentlig. For å oppnå en god dialog». Ethvert møte med pasienten bør innebære at sykepleier er imøtekommende, viser respekt, ansvarlighet og tillit. Dette gjør man ikke bare med ord, men som vår informant beskriver, også med kroppsspråk og framferd som harmonerer med det som verbalt sies og uttrykkes med stemmens klang (15).

Usammenhengene tale

I en psykotisk fase av sykdommen kan pasientens språk være bisart ved at språket kan fremstå som en ordsalat, ha usammenhengende tale, egenkonstruerte ord eller inneholde oppdiktning (14). Dette vil vanskeliggjøre god kommunikasjon. Sykepleierne opplevde det som

spesielt utfordrende å forholde seg til de psykotiske symptomene, da dette kom i tillegg til den somatiske sykdommen. Sykepleierne i vår studie var mest oppmerksomme på pasientens positive symptomer, i motsetning til å rette oppmerksomhet mot de negative symptomene. Selv om pasienter har en schizofrenidiagnose er det viktig å vite at langt fra alle pasienter vil fremstå som psykotiske. Når vi vet at de negative symptomene er vel så plagsomme for pasienten, er det av stor betydning at sykepleier har en viss kunnskap om disse symptomene. Vi tenker at en pasient med schizofreni vil trenge en rolig og trygg sykepleier, som kan gi tilrettelagt informasjon og vet å ta seg tid til å bli kjent med det unike i mennesket (6).

Kroppsspråk

Sykepleierens grunnleggende intensjoner og forståelse av den andre vil alltid oppfattes av pasienten. Hvis hun har fordommer, føler redsel eller avsky for pasienten vil dette formidles (6). Pasienter med schizofreni viser stor følsomhet og påvirkes av negativt kroppsspråk, tonefall og utsagn. Om sykepleier er bevisst på dette, vil det kunne trygge pasienten å gi positiv oppmerksomhet og anerkjennelse. Utstråler hun derimot negative holdninger og kommer med lite gjennomtenkte utsagn, kan dette medvirke til en forverret psykisk tilstand (4). Ved en travel medisinsk avdeling krever dette at sykepleier er bevisst på faren for inkongruens, det vil si at kroppsspråket ikke samsvarer med det verbale. Sykepleier kan på forhånd forberede seg på denne inkongruensen hvis hun gjør seg kjent med egne holdninger og følelser. Klarer hun dette, vil hun bli tryggere i situasjonen (16).

Humor

En av våre informanter hadde god erfaring med å bruke humor i møte med pasientene. Hun refererte til et møte med en schizofren pasient på avdelingen som flere av hennes kollegaer viste frykt for. Hun oppnådde en god relasjon til pasienten slik at hun følte det som en styrke å bruke humor. Humor kan løse opp i følelser som er vanskelige å forholde seg til. Sykepleier må være bevisst på at hver enkelt pasients grenser varierer, med tanke på hva man kan spøke med. Derimot kan humor være en gevinst, og bidra til å bygge sterke bånd og gi ytterligere nærhet i relasjonen. Dette fordrer at det allerede foreligger en god kontakt mellom sykepleier og pasient. Vi kan tenke oss at sykepleieren har klart å opprette et menneske-til-menneske-forhold til

«Sykepleier vil møte mennesker med psykiske lidelser over alt.»

selv, for å kunne gå videre til sympatifasen. Vil sykepleieren åpne for en empatisk relasjon må hun tørre å stille seg selv i en sårbar posisjon. Sykepleier skal gi ubetinget pleie og omsorg og kan ikke forvente å få noe tilbake fra pasienten. Pasientene kan i perioder ha vanskelig for å forholde seg til andre enn seg selv. Dette må hun forholde seg profesjonelt til og ikke la det hindre den videre prosessen (6).

Gjensidig forståelse

På grunn av de negative symptomene kan pasienten være sosialt tilbaketrukket. Det kan derfor være lett for sykepleieren å tolke dette som at pasienten vil være i fred og ikke ønsker involvering fra andre. Slik kan det oppstå en situasjon hvor sykepleieren trekker seg unna, selv om pasienten har behov for oppmerksomhet og omsorg. Vi mener det er viktig at man oppretter et tillitsforhold så tidlig som mulig. Dette vil kreve at sykepleieren er aktiv, men tålmodig og har en aksepterende holdning. Det kan ta tid å bygge opp en allianse mellom pasient og sykepleier. Det er derfor en fordel både for pasient og sykepleier at det er kontinuitet i oppfølgingen av den enkelte pasient og at pasienten får mulighet til å forholde seg til færrest mulig sykepleiere. Dette kan trygge sykepleieren og bidra til å ivareta pasienter med schizofrenidiagnose bedre (9).

En sykepleier trodde at hun kunne miste pasientens tillit bare ved å si noe feil og dermed bli hindret i å gi den omsorgen hun ønsket. I de situasjonene hvor man opplever det som vanskelig å vite hva man skal si, er det ikke alltid nødvendig å si noe. Det beste er å være til stede

denne pasienten. Hun er i stand til å bruke seg selv terapeutisk, og for at hun skal klare dette, er det en forutsetning at hun er trygg i relasjonen (6). Vi tenker dette belyser hvor viktig det er at sykepleier klarer å møte pasienten uten fordommer.

Kompetanse

Sammenhengen mellom vitenskapelig kunnskap og den praktiske sykepleieutøvelsen, kommer til uttrykk gjennom den personlige kompetansen. I personlig kompetanse inngår intuisjon, erfaring og refleksjon. Vi tenker at refleksjon henger sammen med kritisk tenkning, som er viktig for at ikke sykepleiefaget blir utøvd på grunnlag av rein vanetenkning (17). Når sykepleieren reflekterer over sin praksis, tvinges hun til å bruke nye sider ved sin personlige kompetanse i møte med pasienten. For sykepleiere i somatikken, som ofte er usikre i møte med pasienter med en schizofrenidiagnose, kan refleksjon over egen praksis være til hjelp. Sykepleieren har både sin kunnskap, erfaring, intuisjon og evne til å tenke kritisk. Når hun er usikker og opplever utrygghet og redsel i møte med noe fremmed og ukjent, kan det by på utfordringer for sykepleieren. I likhet med å reflektere over sin praksis, bør sykepleier også reflektere over sine reaksjoner i ulike relasjonelle situasjoner. Vi ser på dette som nødvendig for å kunne bruke seg selv terapeutisk (6,17,18).

Diskusjon

Sykepleier vil møte mennesker med psykiske lidelser over alt. Uansett i hvilken kontekst hun møter pasienten må hun forholde seg til mennesket og hans lidelse, og samtidig forholde seg til egne reaksjoner. Som sykepleier skal man ideelt sett kunne stå i situasjonen og være tilstevende uten å trekke seg unna. Hun må kjenne på ubehaget ved ikke å oppnå blikkontakt, få lite respons eller å bli utsatt for verbal eller fysisk utagering. Utfordringen i å skape en god relasjon kan oppleves som spesielt stor når den synlige og observerbare atferden til den andre føles fremmed og ukjent. Fagpersonen må våge å stå i relasjonen med nærhet og nærvær. Dette arbeidet krever årvåkenhet både i forhold til seg selv og pasienten (18). En av våre informanter forklarte hvor viktig det er å tørre å stå i situasjonen, selv om den oppleves som vanskelig. Hun har videreutdanning i ledelse og mener at dette, i tillegg til lang klinisk erfaring, er med på å trygge henne som sykepleier i utfordrende pasientsituasjoner.

Eksperthjelp

Sykepleierne som deltok i vårt prosjekt hadde lite eller ingen kunnskap om schizofreni. Samtlige uttalte at de kun hadde grunnutdannelsen å støtte seg til i møtet med pasientgruppen, og savnet opplæring. En av dem sa hun var usikker i møte med psykisk syke. Alle mente de trengte mer kunnskap innen psykiatri. Ved flere sykehus har det av den grunn blitt opprettet et team bestående av fagfolk innen psykiatri som bistår sykepleiere på somatiske sykehus. Dette psykiatriske konsultasjonsteamet kan sette i gang viktige tiltak for pasientens psykiske tilstand, spesielt for pasienter som trenger lengre innleggelser (19,15). Ved det sykehuset vi foretok intervjuer benyttet de seg av et ambulerende tverrfaglig team ved sykehusets Distriktpsykiatriske Senter (DPS). Teamet er fleksibelt og kan utføre konsultasjoner på forskjellige steder. De hadde også direkte kontakt med den psykiatriske klinikken. De fortalte om ulike typer bistand fra psykiatrien. Dette kunne være veiledning over telefon, eller at personalet fra den psykiatriske posten fulgte pasienten til den medisinske avdelingen. To av dem forklarte at de opplevde det som trygt med oppfølging og veiledning gjennom hele oppholdet, og at dette viste seg å være positivt for både pasienter og sykepleiere. På en annen side må man være oppmerksom på at det er en viss fare for at sykepleier fokuserer på konsultasjonsteamet i stedet for på pasienten, og at pasienten får flere å forholde seg til. I tillegg kan det være en utfordring om det blir satt i gang tiltak som det ikke er rom og tid for å følge opp. En informant forklarte at sykepleierne kunne bruke fagutviklingspsykepleieren på avdelingen som ressurs hvis det var noe de var usikre på. En annen sa at sykepleierne i avdelingen utveksler kunnskap og erfaringer med hverandre. Vi ser det som positivt at sykepleierne rådfører seg med hverandre, men mener det optimale er at sykepleieren tilegner seg kunnskap gjennom forskning og faglitteratur, eller at de tar kontakt med eksterne eksperter.

Konklusjon

Vi har her fordypet oss i hvordan sykepleier kan ivareta en pasient med schizofreni i en somatisk sykehusavdeling. Vi ser at det er avstand mellom den ideelle ivaretagelsen og hvordan det foregår i praksis. Det er avgjørende å oppnå et menneske-til-menneske-forhold

med pasienten, for at sykepleier og pasient med schizofreni skal bli trygge i relasjonen. Vi så at det kan være vanskelig for sykepleier å oppnå et menneske-til-menneske-forhold på grunn av forutinntatte oppfatninger som fører til blant annet usikkerhet, redsel og negative holdninger. Vi mener å se en sammenheng mellom økt kunnskap og gode holdninger. Redsel og usikkerhet medfører at sykepleierne fokuserer på det de ikke kan framfor det de faktisk kan. Det viser seg at sykepleierne selv mener de har lite kunnskap om psykiske lidelser generelt, og at de ønsker økt kunnskap om dette. Knapphet på tid og ressurser var en av mange utfordringer. Dette førte blant annet til nedprioritering av tiltak for å ivareta pasienten. Dette er noe vi har lagt lite vekt på her, men vi ser at det kan være behov for å studere hvordan dette påvirker ivaretagelsen av pasienten. ■■■

LITTERATUR

1. Henriksen J, Vetlesen AJ. Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk, 2006.
2. Arvaniti A, Samakouri M, Kalamara E, Bochtsou V, Bikos C, Livaditis M. Health service staff's attitudes towards patients with mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2009; 44(8): 658-65.
3. Aarre TF, Bugge P, Juklestad SI. Psykiatri for helsefag. Bergen: Fagbokforlaget, 2009.
4. Jordahl H, Repål A. Mestring av psykoser. Psykososiale tiltak for pasient, pårørende og nærmiljø. (Rev. utg.). Bergen: Fagbokforlaget, 2009.
5. Zolnierek CD. Non-psychiatric hospitalization of people with mental illness: systematic review. *Journal of advanced nursing* 2009; 65(8): 1570-83. doi: 10.1111/j.1365-2648.200905044.x
6. Travelbee J. Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2001.
7. Reed F, Fitzgerald L. The mixed attitudes of nurse's to caring for people with mental illness in a rural general hospital. *International Journal of Mental Health Nursing* 2005; 14(4): 249-57.
8. Peitl MV, Peitl V, Pavlovic, E, Prolosic J, Petric D. Stigmatization of patients suffering from schizophrenia. (Manus tilsendt fra forfatter). 2011http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22220422
9. Hummelvoll JK. HELT – ikke stykkevis og delt. Psykiatriske sykepleie og psykisk helse. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk, 2004.
10. Strand L. Fra kaos mot samling, mestring og helhet – Psykiatriske sykepleie til psykotiske pasienter. Oslo: Gyldendal Akademisk, 1990.
11. Kristoffersen NJ, Nordtvedt F, Skaug EA. Grunnleggende sykepleie, bind 1. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2005.
12. Bjørk IT, Helseth S, Nortvedt F. Møte mellom pasient og sykepleier. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2002.
13. Docherty NM. Cognitive Impairments and Disordered Speech in Schizophrenia: Thought Disorder, Disorganization, and Communication Failure. *Journal of Abnormal Psychology.* 2005; 114(2): 269-278. doi:10.1037/0021-843X.114.2.269
14. Krogh G. Begreper i psykiatriske sykepleie – sykepleiediagnoser, ønsket pasientstatus og sykepleieintervensjoner. (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget, 2005.
15. Karoliussen M. Sykepleie – tradisjon og forandring. En humanologisk tilnærming. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2002.
16. Eide H, Eide T. Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk, 2009.
17. Kirkevold M. Vitenskap for praksis? (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk, 2002.
18. Haugsgjerd S, Jensen P, Karlsson B, Løkke JA. Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk, 2009.
19. Sharrock J, Grigg M, Happell B, Keeble-Devlin B, Jennings S. The mental health nurse: a valuable addition to the consultation-liaison team. *International Journal of Mental Health Nursing* 2006; 15(1): 35-43. doi: 10.1111/j.1472-0349.2006.00393.x



Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

Her og nå

Jeg ser gjennom bokhylla mi enda en gang. Lurer på hvilken av bøkene jeg skal plukke med meg før jeg setter meg i godstolen, med stearinlyset tent og en god kopp te.

I min bokhylle har det etter hvert havnet mange spennende bøker om selvutvikling. Jeg har bøker om drømmetolkning, meditasjonsteknikker, en håndbok i healing og boka til prinsesse Märtha Louise og Elisabeth Samnøy *Møt din skytsengel*.

Jeg liker disse bøkene, de har gitt meg noe, selv om jeg ikke har lest dem fra perm til perm. Men ta nå boka til prinsessen. Jeg blar i den, finner små sitater, dikt eller bilder som gir meg noe. Her er enkle meditasjonsteknikker som hvem som helst kan lære, og det er ikke noe hokus pokus eller overnaturlig ved det. Boka handler om å prøve å få til et dypere møte med seg selv, om å møte kjærligheten til altet og om å finne fred. Så enkelt, og så vanskelig.

En av bøkene som har gitt meg aller mest, er Eckhart Tolles *Lev her og nå*. Den hjalp meg med å innse at livet er for kort til å leve i fortida og angre på valg som er gjort.

Derfor er jeg takknemlig for disse bøkene, som har kommet til meg ad ymse omveier. Noen har jeg fått, noen har jeg kjøpt, noen har jeg blitt anbefalt. I bokhylla mi fant jeg *Akkurat nå – mindfulness* av Jon Kabat-Zinn. Kanskje det er den jeg skal lese, denne lille boka som lærer bort hvordan jeg bare kan være, her og nå.



Kjetil Skott

Sier forsiktig ja til surrogati

Mala Naveen dro til India for å finne ut hvordan surrogati foregår.

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

I april kom boken *Den globale baby*, der Mala Naveen prøver å forstå surrogati i India. Hun dro fra en opphetet norsk debatt om fostersopping og menneskehandel til to indiske surrogatiklinikker.

Hun ender på et forsiktig ja til surrogati, dersom det blir gjort i ordentlige former. Boken har fått gode anmeldelser, men har også skapt debatt.

– *Har debatten i etterkant gitt deg nye perspektiver?*

– Nei. Jeg føler at jeg har fått vist hvor komplisert fattigdom er og hvor komplisert surrogati er. Det er lett å mene noe om surrogati, men mange av dem som mener mye vet ikke hvordan det foregår.

Nordmenn har lenge reist til USA for å bruke surrogat, det var først da India ble et alternativ at debatten tok av.

Naveen opplever at folk blir overrasket over hennes konklusjon.

– I praksis er det jo et offisielt nei, siden norske myndigheter sier nei til surrogati og dermed gjør det umulig å utføre surrogati lovlige, presiserer hun.

– For å forstå surrogati tror jeg man også må forstå desperasjonen til dem som ønsker barn, men ikke får det. Jeg har selv vært i det rommet, og det var ganske tøft. At man da leter etter alternativer er ganske menneskelig, og tilbudet er der, sier hun.

På reisen til India var Naveen gravid med sitt andre barn. Hjemme ventet en gutt på ett år, unnfanget ved assistert befruktning. Hun er klar på at hun bruker egne erfaringer i arbeidet med boken, og spør seg om hun

kunne valgt surrogati dersom assistert befruktning ikke hadde lyktes.

– Jeg tror ikke jeg hadde gjort det, fordi det ikke så er viktig for meg å videreføre egne gener. Jeg hadde lenge tenkt på å adoptere, og mannen min og jeg oppsøkte først et adopsjonsbyrå. Men byrået anbefalte oss å prøve assistert befruktning først. De mente det var best å bli ferdige med sorgen over ikke å få egne barn først. De var også klare på at adopsjon ikke alltid er så enkelt.

«De indiske klinikkene synes norske par er krevende, fordi de stiller krav til surrogatenes rettigheter.»

Hun peker på at de som forsvarer surrogati raskt blir møtt med at det er bedre å adoptere.

– Mange har en oppfatning av at det står horder av barn og venter på norske foreldre, men sånn er det ikke. Mange land ønsker heller ikke lenger å adoptere bort barn fordi de vil ta vare på dem selv. Adopsjon er ikke nødvendigvis den beste løsningen. Flere av parene som fikk utført surrogati i India ønsket å adoptere, men de fikk ikke lov på grunn av sykdom.

– *Men ved å bruke surrogat utsetter man en annen kvinne for risiko?*

– Ja, men de som sier ja til å være surrogater er klar over det. Mange av dem er fattige, men de er ikke dumme. De vet hva de gjør.

– *Du har fått kritikk for at du bare har besøkt to av de mest veldrevne klinikkene?*

– Ja, men jeg har ikke forsket, jeg har vært på reportasje. Hensikten var å beskrive hvordan nordmenn bruker surrogati i India. Derfor dro jeg til en klinikk i Mumbai, som mange nordmenn har besøkt, og til en i Anand, som nordmenn ikke reiser til.

Surrogatene Naveen møtte var opp-tatt av mulighetene de fikk. Pengene de tjente brukte de til å kjøpe bolig

eller betale for egne barns utdanning. For dem var surrogati en måte å unnsnippe nød på, og de var glade for å få muligheten. Men Naveen fant ikke helt samsvar med hva klinikkene fortalte at de gjorde for kvinnene og det kvinnene selv fortalte. Hun mener derfor nordmenn kan stille større krav til klinikkene.

– De indiske klinikkene synes norske par er krevende, fordi de stiller krav til surrogatenes rettigheter. Det er bra de gjør det. Jeg mener god surrogati er omsorg i alle ledd.

Hun legger ikke skjul på at klinikken i Mumbai var litt lyssky, siden de etter hvert brøt all kontakt med henne.

To av de norske parene hun fortel-

ler om i boken ga henne tillatelse til å møte deres indiske surrogater. Et av parene er Martin og Øyvind. De nølte da hun spurte. De var trygge på at surrogaten ble fulgt opp slik klinikken sa, men redde for at hun ville finne ut noe de ikke likte.

Naveen fikk møte surrogaten deres i Mumbai. Hun het Shweta og hadde en liten sønn og en mann å forsørge. Ved å være surrogat fikk hun penger til mat og en ettroms leilighet i slummen. Resten av pengene skulle hun bruke på sønnens utdanning. I tillegg til egen vinning, syntes Shweta det var fint å kunne gjøre noe for andre. Det var det mange av surrogatene som sa. Til Naveen, som hadde med gaver fra Martin og Øyvind, sa også Shweta: «De to gjør mer for meg enn min egen familie har gjort».

Indisk lov krever nå at de som benytter surrogati skal legge frem attest på at det er lovlig i landet de kommer fra. Det kan ikke nordmenn, og det betyr at markedet flytter seg til land som Thailand og Ukraina, hvor prosessene er enda vanskeligere å få innsyn i.

– Du kritiserer språkbruken i den norske debatten. Har den blitt bedre?

– Nei. Jeg hører ord som rugekasse og fostershopping. Det er respektløst overfor de indiske surrogatene og barna de har båret frem. Disse barna

lever her og får høre at de er født av en rugekasse.

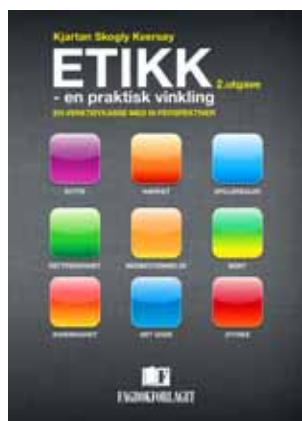
Naveen er også overrasket over at hennes standpunkt har vakt sånn oppsikt.

– Mitt ja blir framstilt mye sterkere enn det er. De som leser boken ser at jeg er kritisk til surrogati og at jeg stiller strenge krav til hvordan den bør foregå. Jeg prøver å få fram nyanse. I en debatt med så sterke fronter, synes jeg nyanse burde vært mer kjærkomne. ■■■

Mala Naveen

Aktuell med: Den globale baby





Etikk – en praktisk vinkling

En verktøykasse med ni perspektiver
2. utgave
Av Kjartan Skogly Kversøy
Fagbokforlaget, 2012
153 sider
ISBN 978-82-450-1411-2
Anmelder: Bjørn Rogne Christensen,
operasjonssykepleier

Lettleste råd

ANMELDELSE: Kjartan Skogly Kversøy er filosof og pedagog. Han er opptatt av praktisk hverdagsetikk, det å legge til rette for god samtale, samarbeid og læring i grupper. Dette er en revidert og utvidet utgave av boka med samme tittel fra 2005.

I boka presenteres vi for ni grunnleggende perspektiver på etikk. Kversøy vektlegger det praktiske og toner ned teoretiske detaljanalyser. Han belyser grunnmønstre innenfor det enkelte perspektiv, og viser styrker og svakheter. Meningen er at en skal kunne lese om et perspektiv, og så reflektere over det i møte med praktiske utfordringer. Bokas nye femte del inneholder en verktøykasse for strukturert etisk refleksjon.

I forordet skriver Kversøy at han ønsker at boka skal være lettlest uten å være light. Det har han delvis lyk-

tes med. Ved første gjennomlesning kan den virke light, men boka tar opp flere sentrale etiske spørsmål. Den er lettlest og kan fungere bra både som introduksjon og som supplementslitteratur.

Min første innvending til boka kom relativt tidlig og det er at etikk (og moral) er utfordrende temaer å gi seg i kast med, og det er lett å tenke seg at boka er en litt «så gjør vi så når vi ...». Men Kversøy er klar over denne fallgruven og er svært bevisst når han skriver at etikken i hans bok ikke skal være en oppskrift, men gi noen råd og vink til hvordan man kan oppnå en virksomhet man arbeider i.

Bokas viktigste modell kalles den gode prosessen. Modellen viser en måte å sette alle bokas perspektiver inn i et helhetlig system. Modellen

omhandler dydsetikk (pliktetikk) – den gode handling og det gode liv. Her trekkes inn tanker fra både Platon og Aristoteles og forener disse to sine syn på etikk. De to kunne enes om at et vellykket moralsk liv krever at vi bruker våre tanker, følelser og handlinger på en god måte. Det gjelder å finne den rette blandingen. Eksempelvis kan handlinger uten fornuft føre til at man handler dumdristig, mens handlinger med for mye følelser kan føre til feighet. En mer moderne teoretiker som Donald Schön presenterer et liknende perspektiv han kaller den reflekterte praktiker.

Alt i alt er dette en etikkbok som i korte drag gir god innsikt, summerer opp noen trekk fra de eldre greske filosofer, samt forsøker å gi noen råd for hvordan helsearbeidere kan handle moralsk godt. ■■■



Menneskeverd i klinikk og politikk

Bioetikk i lys av kristen tro
Av Morten Magelssen
168 sider
Lunde forlag og Norges kristelige legeförening, 2013
Anmelder: Liv Wergeland Sørbye, professor

Formidler solid kunnskap

ANMELDELSE: Morten Magelssen er lege og stipendiat ved Senter for medisinsk etikk i Oslo. Boken hans bygger på kristne prinsipper i bioetikken; respekten for mennesket skapt i Guds bilde og respekten for menneskets verdighet.

Henrik Syse uttaler i forordet at med et slikt utgangspunkt vil en møte motstand. En god argumentasjon må derfor være kunnskapsbasert, og den må være klar og konsis. Forfatteren viser at han mestrer begge deler.

Temaet menneskeverd blir drøftet ut fra livets to motpoler – unnfangelse og død. Boken viser til det mangfold av muligheter som bioteknologien har utviklet. Magelssen er opptatt av å skille mellom genterapi som sykdomsbehandling og forebygging, og genterapi for å forbedre/endre menneskes natur. Det første må vurderes som et gode, det siste kan være etisk problematisk. Hva

helgenom-forskningen etter hvert vil muliggjøre skaper usikkerhet. Naturalisten betrakter ikke mennesket som Guds skaperverk, men frambrakt ved evolusjon som stadig kan forbedres. Naturalisten har få bekymringer ved at tukling med skaperverket kan gi uønskete resultater.

Ufrivillig barnløshet og etiske utfordringer ved surrogatmødre blir problematisert. Magelssen lar leseren undre seg over behovet for å leie en livmor hvor verken egg eller sædcelle har noen genetisk tilknytning til kjøperen. Etske vurderinger ved livets begynnelse og livets slutt dreier seg ofte om de samme utfordringene: Hva er et leveverdig liv, hvordan unngå lidelse, hvordan og hvem skal vurdere hva som er livskvalitet?

Eutanasidebatten kan synes ekstra vanskelig da individets autonomi står

sterkt. En autonomi som kan være påvirket av en aktuell livssituasjon. Når livstretthet, ensomhet og depresjon skal legges til grunn for frivillig aktiv døds-hjelp, mener forfatteren at samfunnet burde ha andre virkemidler til å hjelpe enn å administrere en dødelig sprøyte.

I bokens etterord, fra Norges kristelige legeförening, blir det presisert at de vanskeligste bioetiske problemstillingene handler om liv og død. Det dreier seg nødvendigvis ikke om hva som er rett og galt. Det handler først og fremst om mennesker som er i vanskelige livssituasjoner.

Som sykepleiere blir en utfordret i klinikken, kanskje bør vi i enda større grad være med å påvirke den politikken som styrer vår yrkesetiske hverdag. Denne boken formidler solid kunnskap på en lettfattelig måte. Den engasjerer enten en er enig eller uenig. ■■■

Godt om det menneskelige

ANMELDELSE: Heimfall er Eirik Ingebrigtsens femte roman, og om den ikke er vakker, er den drivende god.

Vi møter hovedpersonen Johan, en eldre mann, i stor sorg. Han har mistet kona si og skal for første gang stable en jul på beina alene. Som om ikke det er nok, får den lungesyke, døende datteren Judith juleperm fra sykehjemmet og kommer hjem på «ferie», noe ingen av dem egentlig har ønsket.

Far og datter har et anstrengt forhold, det var moren Inger som var limet i familien. Johan tør imidlertid ikke si nei til det kommunale hjemmet, der de i kjent stil skal ha en juleturnus til å gå opp. Det tas ikke stilling til ledelsens verdivalg. Den jobben må leseren selv ta.

Fortellingen er kammerspillaktig og mørk, og vi følger Johans monolog med seg selv gjennom det pinefulle oppløpet til julaften.

Judith installeres i kjelleren med medbrakt hjemmerespirator. Det gamle rommet hennes har den pensjonerte skogsarbeideren innredet som arbeidsrom. Her sitter han og jobber med en argentinsk artikkel, hjulpet av

googles oversettelsesprogram.

Dagene går med sine faste gjøremål, inkludert kveldskaffen hos naboen Audun. Også her ligger et bakteppe av død og dulgt skyldfølelse. Under hogst i Johans skog for 37 år siden fikk Auduns sønn en gran over seg, mens han og Judith lekte på feltet.

Gjennom et skjerpet språk vokser et liv frem av teksten. Johans liv, som nå riktignok er snudd på hodet, et langt arbeidsliv på skogen, vennskap og kjærlighet. Og hele tiden Judith med pustemasken i kjelleren.

Vår mann er usentimental, teksten nesten skittenrealistisk, iblant brutt opp av en særegen varme og bilderrike skildringer. Dog er det et ubehag som vekkes i meg som leser, og det i økende grad. Det sparsommelige samværet mellom far og datter oppleves til tider uutholdelig og begrenses til Johans tilbud om mat, et tilbud som oftest blir avslått.

Men i døgnene før julekvelden dukker Inger opp som et slags drømmesyn og setter nytt mot i ham. Han inviterer til og med Audun ned på pinnekjøtt julaften, noe som vekker et blaff av forventning og glede.

Og hvor kommer så Argentina-artikkelen inn i bildet? Jo, Johan hadde hyre på en båt i sin ungdom, før lengselen etter Inger drev ham hjem igjen. Men en landlov i Buenos Aires skulle vise seg å ha fått følger i form av en datter som forsvant under juntastyret under betegnelsen «ukjent skjebne». Derav et gjennomgående politisk innslag i den traurige hverdagen, og det er ikke lystig lesning dette heller. Jeg spør meg om hvis boken hadde vært denne delen foruten, ville den stått seg da også? Ville den da vært mer ambisiøs? Eller mindre? Det er nesten som å få en tematisk overdose, eller i alle fall en stor blandingsdose.

Men så veves historiene inn i hverandre og henger slik likevel sammen. Julekvelden kommer, og vi aner hvor det bærer. Johan klarer ikke dette. Gjennom den vellykkede, men for leseren ulidelige julemiddagen, spør jeg meg om han handler etisk, om han er menneskelig. For meg er svaret, ikke uten gru, at ja, han er hjelpeløst menneskelig.

Og jeg har stiftet bekjentskap med et forfatterskap jeg gjerne vil dytte på andre. ■■■



Heimfall

Ei julefortelling
Av Eirik Ingebrigtsen
188 sider
Forlaget Oktober, 2012
ISBN 978-82-495-1077-1
Anmelder: Inger Frogg Jørgensen,
psykiatrisk sykepleier



Tre bøker for Brekke

– Jeg har en bok på nattbordet i Ålesund, en på nattbordet i Oslo og en på iPaden når jeg reiser, sier **Olaug Flø Brekke**, generalsekretær i Norsk Sykepleierforbund.

– Jeg bar en stund rundt på én bok, men det ble så mye å drasse på.

I Ålesund ligger Sadie Smiths *Hvite tenner*, som handler om å komme til et nytt land med en annen kultur i bagasjen.

– Den er skrevet med mye humor og har gode, detaljerte beskrivelser, sier hun.

På reise leser hun *Syv dager med tirs-dagsdamene* av Monika Peetz. Den handler om syv damer som møtes en tirsdag i måneden i tillegg til at de reiser sammen en gang i året.

– Alle blir utfordret gjennom disse møtene. Små problemer blir kjempestore og store problemer løses ganske enkelt. Jeg

har bare lest litt, men humrer fremdeles, sier hun.

I Oslo ligger *Drageløperen* av Khaled Hosseini.

– Den forteller mye om dagliglivet i Afghanistan. Det er en roman, men inneholder masse dokumentarisk informasjon om hvordan ting fungerte. Jeg synes den er veldig, veldig bra.

Tekst **Nina Hernæs** Foto **NSF**



FAG

Medisinhandling

Hilde Solheim Nilsen,
sykepleier 1, Rana
kommune.

Lisbeth Nerdal, første-
lektor, Universitetet i
Nordland, Helgeland.

Johanne Alteren,
førsteamanuensis
Ph.D, Universitetet i
Nordland, Helgeland.

Nytt medisinrom ga færre feil

Endring av rutiner for medisinhandling ved sykehjemmet, som å flytte medisinrommet, reduserte avvik.

Dette prosjektet viser at gode arbeidsforhold og enkle tiltak kan redusere feil i legemiddelhandling i sykehjem. Nytt medisinrom og magnetplater reduserer avvik i forbindelse med medikamenthandlingen. Ansatte i dette prosjektet hadde over tid meldt inn avvik, som at medikamenter ikke var lagt i dosett, og at feil tablett var lagt i dosett. Dette var også tema da en sykepleierstudent i praksis skulle se kritisk på hvorvidt de sykepleiefaglige rutine i avdelingen var i samsvar med kunnskapsbasert praksis, og komme med forslag til hvordan rutine eventuelt kunne forbedres. Hun viste til avviksmeldinger om feil ved og manglende medikamenter i dosettene, forstyrrelser under opplegging av medikamenter, og medisiner som ble satt på nattbordet da pasienten sov på medisinrunden. På bakgrunn av disse avviksmeldingene ble det nedsatt en prosjektgruppe. Hensikten med prosjektet var å redusere feil i legemiddelhandlingen i avdelingen.

Krevende oppgave

Sykepleiere håndterer hundrevis av medisiner hver dag til mange pasienter med en rekke ulike sykdommer. Medikamenthandling er en krevende oppgave som krever kunnskap og nøyaktighet for å utføres korrekt. Undersøkelser viser til feil i dosering, administrering, legemiddel og at legemiddel blir gitt til feil pasient (1,2). Eksempler på årsaker til feilene var handling ut fra «gammel refleks», rutine ble ikke fulgt, manglende ferdigheter eller slurv, samt manglende kompetanse og dårlige rutiner. Slike feil kan medføre at pasienten ikke får det rekvirerte legemidlet, noe som får konsekvenser for behandlingen. 79 prosent av 775 sykepleiere i en amerikansk undersøkelse forteller at de fleste feil i medikamenthandling skjer når de blir avbrutt under medisinoppleggingen, når bemanningen er lav, når det er mange pasienter per sykepleier, uleselige medisinkort, feil i medikamentregningen og forveksling av medikamenter som har likt navn eller lik emballasje. (3). Undersøkelser viser også at utydelige eller ufullstendige skrevne ordinasjoner er en betydelig årsak til feil ved istandgjøring av legemidler (4–9). Leap (6) gjorde allerede i 1995 en systemanalyse av uheldige hendelser med legemidler. Den viste at doseringsfeil forekom hyppigst (28 prosent). Av disse feilene var 50 prosent feil på bakgrunn av legens håndskrevne kurver.

Prosjektet

Prosjektgruppen besto av avdelingsleder, en sykepleier, en hjelpepleier, sykehjemslege, veileder fra høyskolen og de sykepleierstudentene som til

enhver tid var i avdelingen. Førsteforfatter ledet prosjektet, og prosjektperioden ble satt til ett år. Prosjektgruppen hadde møter med personalet for å enes om hvilke tiltak avdelingen skulle igangsette og hadde møter med virksomhetsleder der det var nødvendig. På personalmøtet presenterte prosjektgruppen studentens oppgave, og personalet erkjente at arbeidsforholdene og rutine rundt legemiddelhandling ikke var gode nok. Personalet ble enige om at dette ville de gjøre noe med. Forskningsspørsmålet ble: Hvordan redusere feil i legemiddelhandlingen i avdelingen? Personalet ble enige om å undersøke to områder: arbeidsforholdene på medisinrommet og rutiner for legemiddelhandling.

Arbeidsforhold

For å kartlegge forstyrrelsene under medisinoppleggingen ble det laget en registreringsliste der man førte opp hver gang det fysisk kom noen inn på rommet og avbrøt den ansatte under ilegging av medikamenter i dosett. Her ble det registrerte antall ganger sykepleierne ble forstyrret under dosettileggingen. I løpet av en uke ble det lagt medikamenter i dosett tre ganger, hver gang tok det cirka 1,25 time. I løpet av uken ble det registrert ti forstyrrelser under dosettilegging. Det vil si litt mer enn tre forstyrrelser i løpet av én time og 25 minutter. Dette viser bare de faktiske forstyrrelsene som var under selve medisinoppleggingen. Hvis alle forstyrrelsene, som telefonanrop på vaktrommet, snakk utenfor medisinrommet og støy fra dagligstuen var tatt med, ville antall forstyrrelser blitt hyppigere. En undersøkelse gjort i sykehus viser at sykepleieren ble

Hovedbudskap

Ved hjelp av samarbeid og faglige argumenter kan man endre rutiner, som igjen kan bedre pasientens sikkerhet.

Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.
» Legemidler » Kvalitet » Arbeidsmiljø » Sykehjem



Prosjektarbeid

Artikkelen bygger på:

Teori: 50 %

Praksis: 50 %

DOI-nummer:
10.4220/sykeplei-
ens.2013.0056



KREVER PREISJON: Medikamenthåndtering i sykehjem er en krevende oppgave som krever konsentrasjon og nøyaktighet. Arkivfoto: Bo Mathisen.

avbrutt fra hvert annet til hvert tredje minutt (10). En stadig avbrytelse i arbeidet skaper uro, og sykepleierne kan miste konsentrasjonen, noe som kan medføre feil (11).

Tiltak

Som et forsøk på å redusere forstyrrelser ved ilegging i dosetter ble det satt opp et skjerm-brett med en plakat der det sto «ikke forstyrr». Skjermbracket ble satt opp som en fysisk hindring foran medisinerrommet. Dette resulterte i færre forstyrrelser, men fungerte likevel ikke

men medisinerrommet var et lite rom med dårlig ventilasjon og trange arbeidsforhold. Sykepleierne ble fort slitne og ukonsentrerte på grunn av dårlig luft. Mange følte det også klaustrofobisk å stå lenge inne i et så lite rom. Hågensen (4) har undersøkt arbeidsforholdene på medisinerrom. Hennes informanter uttrykte at rommene fysisk sett var små, eller de var dårlig utformet i tillegg til å ha dårlig ventilasjon. Chaudhury (13) studie viser hvilken betydning utforming av sykepleierens arbeidsrom har for effektivitet og sikkerhet, når de skal håndtere legemidler. Utformingen har betydning for å redusere sykepleierens trøtthet og risikoen for å gjøre feil. I et optimalt utformet medisinerrom var godt lys, lyse farger, god ventilasjon og lite støy ansett som viktig. Å lukke døren var derfor ingen løsning.

Nytt medisinerrom

På bakgrunn av undersøkelsene og erfaringene som ble gjort, foreslo prosjektgruppa å flytte medisinerrommet til et annet sted i bygget, hvor det var mindre trafikk og man slapp forstyrrelser fra telefoner og andre aktiviteter på avdelingen. Dette ville bidra til mer ro rundt medisineropplegget. De som skulle legge opp medisiner ville kunne trekke seg tilbake og konsentrere seg fullt om den oppgaven de skulle gjøre. Det nye medisinerrommet var større og hadde mye bedre ventilasjon. Rommet ble malt i en lys farge og fikk en lys benkeplate. Sykepleierne kunne lukke døren og få den roen under medisineropplegg som de trenger. Etter at medisinerrommet var blitt flyttet, ble det umiddelbart registrert nedgang i avvik knyttet til feil lagt i dosettene, og i ettertid er det meldt inn få avvik om dette problemet. De ansatte blir ikke like trette og uopplagte, og det er lettere å holde orden. Hvis noen trenger å ta ut medisiner mens medisineropplegg foregår, banker de enten på døra eller går stille og rolig inn og henter det de skal ha uten å forstyrre. Det er tre avdelinger på sykehjemmet, og samtlige avdelinger har flyttet sine medisinerrom.

Medisinene på nattbordet

Et annet avvik som var registrert, var at sykepleier satt medikamentene i et glass på nattbordet dersom pasienten sov da de gikk runde. Denne kilden til feil er presentert i flere undersøkelser, som viser at medikamenter enten settes på nattbordet eller i nattbordsskuffen (4,11). For eksempel kan andre pasienter ta medikamentet, eller en pleier som ikke har kontrollert at det er riktig medikament til riktig pasient, kan gi medikamentet i forbindelse med måltid. Dersom pasienten sov, hendte det

at pasienten ikke fikk morgenmedisin før ut på formiddagen, og med det ble tidspunktene mellom ulike medikamenter forskjøvet. I en studie ved 36 helseinstitusjoner i USA vises det til at 19 prosent av feil i medikamenthåndteringen var knyttet til at det ikke var rett pasient, riktig medikament, riktig dose, riktig tid eller riktig måte (14). I tillegg er ikke medikamentet gitt for pasienten har tatt det. Som hjelp til å registrere hvem som ikke hadde fått morgenmedisin, og fjerne rutinen med å sette medisin på nattbordet, ble det laget en liten magnetplate som ble satt opp utenfor døren hos pasienten. Dersom en pasient sover eller skal hjelpes med måltidet, setter man opp en blå eller rød knapp med pasientens romnummer på magnetplaten. Blå eller rød fordi avdelingen er delt i en rød og en blå side. Slik kan den som skal inn til pasienten med måltidet se at pasienten ikke har fått medisin og hente den som har ansvar for å dele ut medisinen, eller gi den selv. En positiv bieffekt er at personalet ser hvem som ikke har fått frokost og morgenmedisin når de går i korridoren. ■

Prosjektet ble gjennomført med samarbeidsmidler fra Høgskolen i Bodø, nå Universitetet i Nordland.

LITTERATUR

- Teigen I, Rendum K, Slørdal L, Spigset O. Feilmedisinering hos pasienter innlagt i sykehus. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2009; 129:1337-41.
- Legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. Oslo: Helsedirektoratet; 2008.
- Jones JERN, Treiber LPRN. When the 5 Rights Go Wrong: Medication Errors From the Nursing Perspective. Journal of Nursing Care Quality. 2010; 25(3): 240.
- Hågensen G. «Pasientens sikkerhet – sykepleierens ansvar?»: et bidrag for å synliggjøre opplevelsen av ansvarsforhold ved legemiddelhåndtering. 2010.
- Settemsdal EM. Ansvarsutvikling: en pådriver for et forsvarlig system: en studie om legemiddelhåndtering og feil og avvik med medisiner blant kliniske sykepleiere på sykehus. Trondheim: E.M. Settemsdal; 2008.
- Leape LL, Bates DW, Cullen DJ, Cooper J. Systems analysis of adverse drug events. Jama. 1995; 274(1): 35.
- Storli M. Feilmedisinering i sykehus – organisasjonskulturens påvirkning. Vård i Norden. 2008 (Årg. 28, nr. 3 = Nr. 89): 19-23.
- Elizabeth H. Winslow, Vanessa A. Nestor, Shirley K. Davidoff, Pamela G. Thompson, Jimmie C. Borum (2004) Legibility and completeness of physicians' handwritten medication orders. Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care Volume 26, Issue 2, March-April 1997, Pages 158-164.
- Ritland S, Kummern M, Gjerde I, Taranrod B. Feil og mangelfull kurvføring en potensiell kilde til feilmedisinering. Tidsskrift–Norske Legeforening. 2004; 124:2259-60.
- Frøberg, A. Vad kan vi lære oss av våra misstag? Sjukhusfarmasi 1993; nr. 1: 24-30.
- Måløy E. Ansvarsutvikling: en pådriver for et forsvarlig system: en studie om legemiddelhåndtering og feil og avvik med medisiner blant kliniske sykepleiere på sykehus. Trondheim: Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, NTNU; 2009.
- Colliver V. Prescription for success: Don't bother nurses. San Francisco 2009; Available from: http://articles.sfgate.com/2009-10-28/news/17185347_1_medication-errors-integrated-nurse-leadership-program-ucsf-program.
- Chaudhury H, Mahmood A, Valente M. The Effect of Environmental Design on Reducing Nursing Errors and Increasing Efficiency in Acute Care Settings: A Review and Analysis of the Literature. Environment and Behavior. 2009; 41(6): 755.
- Westbrook J, Woods A, Rob M, Dunsmuir W, Day R. Association of interruptions with an increased risk and severity of medication administration errors. Archives of internal medicine. 2010; 170(8): 683.

«I løpet av uken ble det registrert ti forstyrrelser under dosettilegging.»

optimalt. Dette tiltaket ble også forsøkt ved flere amerikanske sykehus i tidsrommet 2006–2009 (12). Sykepleierne hadde testet ulike tiltak, som refleksvester med teksten «ikke forstyrr» på ryggen, «stille soner», og ekstra oppmerksomhet om konsentrasjon de tidspunktene arbeidet foregikk på. Disse forslagene viste seg å redusere feilprosenten betydelig. Selv om skjermbracket ble satt opp, var det fortsatt forstyrrende støy fra telefoner og aktiviteter i dagligstua, og mange opplevde stress og uro under dosettileggingen. Hverdagen i en somatisk sykehjemsavdeling er hektisk, med pasientalarmer som ringer og mye trafikk i korridorene. Sykepleierne får ofte en følelse av at de måtte skynde seg for å bli ferdig med dosettene, slik at de kan ta del i arbeidet utenfor. Andre studier viser også at tidspres, der mye skal skje på samme tid, kan føre til feil (11).

Forstyrrelser

For ytterligere å redusere forstyrrelsene ble det sett på hvor medisinerrommet var plassert og hvordan det var utformet. Medisinerrommet var plassert midt i bygget. Her var det mye trafikk både fra pårørende, beboere og personell. Avdelingsleders kontor var rett overfor medisinerrommet, og telefoner til avdelingen var et av de forstyrrende elementene. Mange følte de var nødt til å svare på telefoner som ringte selv om de sto og la opp medisin. Det var også enkelt for personalet, beboerne og pårørende å stikke hodet inn til den som sto og la opp medisiner for å få et kjapt svar på spørsmål. I tillegg var det mye uro og støy fra ulike aktiviteter i fellesstuen, ikke langt unna medisinerrommet. På avdelingen kunne sykepleierne lukke døren,

Fremdeles interessert

Sykepleiere ser fremdeles nytten av vitenskapsteori etter to år i praksis. Tekst **Susanne Dietrichson**

Forskning viser at sykepleiere opplever et stort gap mellom den teorien de lærer på bachelorutdanningen og det de erfarer i praksis. Førstelektor ved Haraldsplass diakonale høyskole, Karin Louise Pedersen, har tatt dette gapet på alvor og undersøkt hvordan sykepleiere opplever relevansen av vitenskapsteori i praksis, både rett etter utdanning og etter to år i praksis.

Teori og praksis

I 2009 spurte Pedersen 59 avgangstudenter ved Haraldsplass diakonale høyskole i hvilken grad de vurderte vitenskapsteorien som relevant for arbeidet med bacheloroppgaven og for pasientnær sykepleie.

– Målet med undersøkelsen var å evaluere vårt undervisningsprogram, forteller hun.

– Etter Kvalitetsreformen har vitenskapsteori blitt tydeligere vektlagt i sykepleierutdanningen. Derfor ønsket vi å undersøke om sykepleierne vurderte vitenskapsteorien som nyttig i praksis, forteller hun.

– Nesten alle vurderte vitenskapsteorien som relevant for arbeidet med bacheloroppgaven, men kun halvparten opplevde den som relevant for pasientnær sykepleie.

Oppfølgingsstudie

I siste nummer av Sykepleien Forskning har Pedersen skrevet en artikkel basert på en oppfølgingsstudie. Denne gangen har hun spurt de samme sykepleierne om hvordan de anser relevansen av vitenskapsteori etter to års praksiserfaring.

Undersøkelsen besto av et nettbasert spørre-

skjema, der deltakerne ble bedt om å ta stilling til 15 forskjellige påstander om relevansen av vitenskapsteorien i yrkessammenheng.

– Undersøkelsen viste at sykepleiernes holdning til vitenskapsteori hadde endret seg lite i løpet to år i praksis, sier Pedersen.

Dette ser hun på som positivt.

– Funnet indikerer at de studentene som ikke så nytten etter endt utdanning heller ikke ser den etter to års praksis og vice versa. Det tolker jeg som at de holder fast ved det de har lært på skolen. Men samtidig viser det at interessen for vitenskapsteori heller ikke har dabbet av i praksis.

Travel hverdag

Pedersen tolker funnet som at skolens vektlegging av vitenskapsteoriens menneskesyn og kunnskapssyn og hvordan disse henger sammen, har båret frukter.

– Vi er opptatt av å knytte vitenskapsteori opp til studentenes hverdagserfaringer og deretter til helsefaglige situasjoner og til teorigrunnet faget, sier hun.

Den siste undersøkelsen viste at de som drev med fagutvikling i større grad så relevansen av vitenskapsteori i pasientnær sykepleie. Men yrkeserfaring fra ulike felt og videreutdanning hadde liten innvirkning på om de anså vitenskapsteori som relevant i yrkesutøvelsen.

– Er det noe av det du fant som overrasker deg?

– Jeg hadde kanskje forventet at interessen for vitenskapsteori skulle dabbe av i praksis. Sykepleiere har en travel hverdag og får ofte ikke tid til å tenke så mye over hvorfor de gjør det de gjør. Men vi kan jo håpe at de forstår hvorfor de lærte vitenskapsteori når de kommer ut i praksis; at praksis rett og slett aktualiserer teorien, sier hun. ■■



TEORI OG PRAKSIS: Sykepleiestudenter som viste interesse for vitenskapsteori på studiet, var fremdeles interessert etter to år ute i jobb. Arkivfoto: Stig Weston.



Per Nortvedt,
professor ved seksjon
for medisinsk etikk,
Universitetet i Oslo.

Medfølelse og kunnskap i sykepleien

Erfaringskunnskap og kunnskap om klinikk og etikk er viktig for å forstå pasientens situasjon. Men følelser er også vesentlig.

I forrige nummer av Sykepleien hevdet jeg at etiske begrunnelser også er avhengig av god situasjonsoppfattelse og innlevelse, kort og godt moralsk sensitivitet. Hvordan man i det hele tatt kan forstå andre menneskers tanker og følelser er en omfattende diskusjon i filosofi og psykologi som jeg skal komme tilbake til.

I denne omgang skal jeg se på noen ulike måter å forstå andre mennesker på. Jeg vil se nærmere på hva evnen til å forstå andre mennesker og å leve seg inn i deres situasjon består i. Jeg skal se på hva som former denne evnen og hvilke ressurser vi som fagpersoner og profesjonelle hjelpere har å spille på når vi prøver å forstå andre mennesker. For det

Men hva består denne kunnskapen i? En slik evne til å forstå andre mennesker er veldig sammensatt. Det er tre former for innsikt som gir oss som sykepleiere grunnlag for forståelse av andre mennesker når de er i behov for helsehjelp: Det er kunnskap, erfaringer, og det er følelser.

Kunnskap

Med kunnskap tenker jeg på den teoretiske og prinsipielle innsikt du som sykepleier har om et fenomen eller et saksforhold som gir deg grunnlag for å fortolke den kliniske situasjonen og pasientens situasjonsopplevelse på en adekvat måte. Du kommer inn til en nyoperert pasient som har hatt en særdeles dårlig natt. Han er gråblek, ser utslitt ut og ligger anspent i sengen. Da er det ikke bare det at du reagerer på hvordan han ser ut. Du fortolker også hans uttrykk med bakgrunn i det du kan. Han har gjennomgått en buko-perasjon. Du må spørre deg om det er gått luft, om det er tarmlyder, tegn på passasje, om han er kvalm, om abdomen er utspilt osv. Du må kjenne på buken, kanskje måle omkrets og ikke minst høre hva pasienten sier. Kunnskap om kliniske sammenhenger, diagnose og årsaksforhold strukturerer og styrer vår observasjon, ikke bare hva vi ser, men hva vi skal se etter.

På samme måte er det med kunnskap om etiske prinsipper. Du vet at grunnlaget for å

gi et adekvat samtykke til helsehjelp er at pasienten eller brukeren er godt informert, at informasjonen er fullstendig med hensyn til diagnose, prognose, hvordan en behandling kan ha bivirkninger, virke inn på livskvalitet osv. Du vet at informasjonen må doseres, tilpasses pasientens situasjon, kognitive kapasitet, kultur, bakgrunnshistorie osv. Det at du vet alt dette gjør at du som sykepleier kan;

1. Være spesielt bevisst at informasjon er en rettighet som pasienten har krav på og danner grunnlaget for å gi tilpasset behandling og helsehjelp.

2. Være spesielt oppmerksom på situasjoner når pasienten, brukeren eller beboeren nettopp ikke får det hun eller han har krav på med hensyn til informasjon. Eller det kan være i situasjoner der informasjonsbehovet blir neglisjert eller der informasjonen er ufullstendig eller blir gitt på en upassende måte.

Kort sagt, kunnskap om pasientautonomi og informasjonens betydning for å realisere pasientens samtykkekompetanse danner grunnlaget for å se hva som skal gjøres, når man må handle og hvordan man skal handle (med hensyn til å gi informasjon). På samme måte danner klinisk kunnskap et grunnlag for å fortolke smerte, opplevd ubehag på en adekvat måte (som vi så i eksemplet med den nyopererte pasienten).

Men ikke bare kunnskap om klinikk og etikk er viktig. Også den erfaringskunnskap du har

«Pasienter uttrykker sin smerte eller ubehag på ulik måte.»

dreier seg nettopp om å forstå andre mennesker (pasienter, brukeres) erfaringer, følelser og tanker.

Et vesentlig element i moralsk sensitivitet er hvordan vi fortolker andre mennesker (f.eks. pasienters) væremåter, sinnstilstander, følelser eller utsagn. Når man i sykepleiens idétradisjon snakket om å forstå den sykes erfaringer som syk, så impliserer det at man har tilgang til en form for kunnskap om andre mennesker.

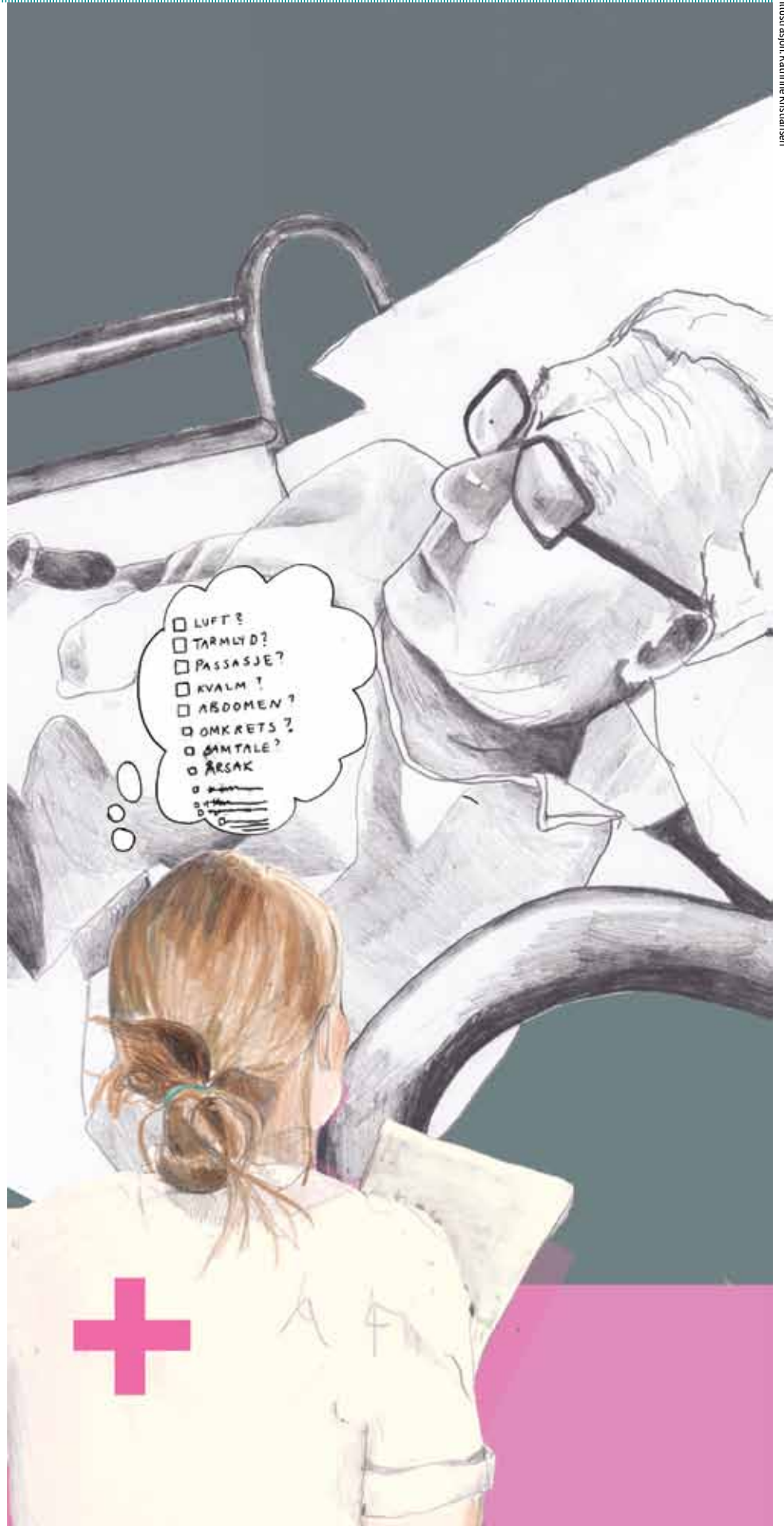



som sykepleier spiller en stor rolle i observasjon av den syke og i moralsk sensitivitet.

Erfaringskunnskap

Har du arbeidet mye med pasienter som har eller har hatt hjerteinfarkt, så vet du noe om hvordan de uttrykker smerte og ubehag, hvordan de ser ut når de har vondt. Du vet noe om hvordan de kanskje bagatelliserer smerten og nedtoner den fordi de er redde, eller fordi de kanskje skal tåle det. Du ser det på ansiktet, på kroppsholdning og du kan stille de adekvate spørsmålene og handle deretter. Likedan er det når du har arbeidet mye med foreldre til alvorlig syke barn. Da ser du kanskje lettere når de er engstelige eller utslitt, når de er frustrerte eller når de vil ha mer informasjon eller en samtale med legen. Erfaringskunnskap setter deg i stand til å se den enkelte pasient eller pårørende i sin fulle bredde, og det gir deg som sykepleier en viktig handlingsberedskap. Men denne kunnskapen er både generell og situasjonsbestemt, og den må tilpasses den enkelte situasjon. Pasienter uttrykker sin smerte eller ubehag på ulike måter. Pårørende kan uttrykke sin sorg eller frustrasjon på forskjellige måter.

Derfor er verken kunnskap eller erfaringer nok. Du må kunne være oppmerksom, se og fortolke sinnsstemninger, ansiktsuttrykk og kroppsholdning på en adekvat måte. Det forutsetter følelsesmessige evner. Det forutsetter kontakt med egen sårbarhet og berørthet. Hva det betyr skal jeg skrive om i neste omgang. ■■■



	HOLMEN FNATT		LEUKEMI	FINS		SEKRET- ENE	DIE TIRRE		VÅR TALL		GI FISK		VAKLE- VOREN	PRON.	STRES- SENDE ENER		SINN- RIKE HEISE- REDSK.		SYKEPL:
ELEVEN																			
KRYD- DER						VASKE- TRANG RISS													
ALFA		ORG.		LYD UTROP				HOLDT MUNN FUGL						LYKKE- LIG					
HA Å GJØRE MED							PRON.			PLASS					FYRSTE RYDDE				
FOR- RETNING							VEI	DEP. BUNN			ORD VEKST			VIRKELIG FASE					
	LYS	BAKKE		BE- SKYLDE						VÆSKEN							ART. BIB.- NAVN		
METALL				LAGE OST				SEINE TRE- SLAG							WC YTTER- LIGERE			LAND	
JEVN- BYRDIG									KUNST		KVISE			UNDER- ORDNET VEKST					
PRON.		GUD		IDR.- ARR.			BRUKKET	GUD FRED			GRETNE PREF.						FUGL URO		
HÅPET							FJELL						AV- TREDE						
ADHE- RANSER																	FASE		

Se løsning på kryssord side 69

Quiz

Tekst Nina Hernæs

Er du en kompetent sykepleier? Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hvor stort areal har lukte-regionen?

- A 2 cm²
- B 4 cm²
- C 4 meter

2 Hva slags celler er lukte-celler?

- A Kjønnsceller
- B Nerveceller
- C Muskelceller

3 Et annet ord for luktestoff?

- A Odorant
- B Deodorant
- C Parmymerant

4 Hvor mange forskjellige lukter kan mennesker skille mellom?

- A 10 000
- B 100 000
- C 1 000 000

5 Et annet navn på os coccygis?

- A Hofte
- B Penisben
- C Haleben

6 Who har som mål å utrydde meslinger. Når skal de være borte?

- A 2013
- B 2014
- C 2015

7 Hva er avitaminose?

- A Overdose av A-vitamin
- B Vitaminmangel
- C sykkelig opptatthet av vitaminer

8 Hva er hypervitaminose?

- A Hyperaktivitet på grunn av for mye A-vitaminer
- B Så stort lager av vitaminer i kroppen at det er giftig

- C Vitaminsyke

9 Hvor mange vitaminer kjenner vi?

- A 10
- B 11
- C 13

10 Hva deler man tradisjonelt vitaminer inn i?

- A Nyttige og unyttige
- B Fettrike og vannfaste
- C Fettløselige og vannløselige

**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.)

KAN LUKTE: Men hvor mange forskjellige lukter kan mennesker skille mellom?
Illustrasjonsfoto: Colourbox.



9C 10C

SVAR: 1B, 2B, 3A, 4A, 5C, 6C, 7B, 8B,

– Den dagen fikk vi ikke utøvd forsvarlig sykepleie. Side 72

Sjekk feriereglene! Side 78

Viktig stikkskadedirektiv i boks. Side 68

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 UNNI HEMBRE

«Beslutninger som tas i EU får konsekvenser for vår hverdag. Det må vi ta inn over oss.»

74

KRONIKK KARI STRØM BRAATEN

«Vi balanserer på en line mellom ansvar og omsorg.»

70



NSF HAR ORDET

Forbundsleder Eli Gunhild By

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: eli.gunhild.by@sykepleierforbundet.no

Ønsker stikkskadedirektivet velkommen

NSF har gjennom internasjonalt arbeid vært med å bestemme hvordan helsearbeidere skal være bedre beskyttet mot stikkskader.

Hvert år får 1,2 millioner helsearbeidere i Europa stikk- og kuttskader fra sprøyter og kirurgiske redskaper. Dette er imidlertid det som er rapportert inn, men alle vet at det er store mørketall på grunn av underrapportering – ikke minst blant sykepleiere. EUs stikkskadedirektiv er nå på trappene – noe som vil ha stor betydning for å redusere denne type skader. NSF har vært en viktig ressurs i utarbeidelsen av direktivet.

EUs stikkskadedirektiv ble endelig vedtatt 10. mai 2010. Arbeidsgivere og arbeidstakerorganisasjoner inngikk en rammeavtale om beskyttelse og forebygging av stikkskader, som ble vedtatt og omgjort til et direktiv. I henhold til Norges forpliktelser etter EØS-avtalen skal direktivet være gjennomført i Norge innen 11. mai 2013.

Direktivet oppretter retningslinjer for bedre beskyttelse mot skader og påfølgende infeksjoner fra sprøytespisser og andre skarpe redskaper. All praksis med «recapping» (hette som settes på kanyler etter bruk) blir forbudt. Foruten helsearbeidere i hele helsesektoren, blir også beskyttelse av studenter i klinisk praksis inkludert.

Hovedorganisasjonene HOSPEEM (sammenslutning på sykehusområdet i Europa) og EPSU

eksempel ikke har stemmerett i EU-parlamentet hvor beslutningene tas. Det blir derfor enda viktigere for NSF å arbeide internasjonalt og følge blant annet hva som skjer i EU.

NSF har også arbeidet gjennom EFN (Europeiske organisasjonen for sykepleiere) med påvirkning og er første utarbeidet for helse og sosialområdet er blitt omgjort til et direktiv, som er juridisk bindende for alle parter. Direktivet gjelder alle deler av helsetjenesten, det vil si flere enn det opprinnelig ble forhandlet for; private og offentlige, samt spesialisthelsetjenesten så vel som kommunehelsetjenesten.

NSF har levert hørings svar med frist 28. april i år. NSF er positive til at direktivet nå implementeres i norsk lovgivning, og dette er gode



MÅ BLI KJENT: Om direktivet blir vedtatt å implementere, gjenstår en stor jobb med å etterleve de nye reglene. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

utvikling av avtalen. Det er første gang at en rammeavtale for helse og sosialområdet er blitt omgjort til et direktiv, som er juridisk bindende for alle parter. Direktivet gjelder alle deler av helsetjenesten, det vil si flere enn det opprinnelig ble forhandlet for; private og offentlige, samt spesialisthelsetjenesten så vel som kommunehelsetjenesten.

rette og integrere gode HMS-verktøy for risikovurdering. Det må settes i gang systematisk forebygging og opplæring samt utarbeidelse av informasjonsmateriale til alle berørte parter, inkludert sykepleiere. Det er meget viktig å få på plass forenklete rapporteringssystemer og oppfølgingsrutiner av stikkskader. Rapportering om stikkskader er først og fremst viktig for sykepleiernes egen helse og sikkerhet, men vi skal heller ikke se bort i fra at det kan bidra til å få endret selve systemene.

Selv om NSF har jobbet aktivt med stikkskadedirektivet så er det kanskje det viktigste arbeidet som gjenstår. Vi må følge opp norske myndigheters implementering av forskriften og samarbeide videre med Fagforbundet, Norsk Bioingeniørforbund og Spekter. De nye forskriftsendringene må blant annet gjøres kjent og nå ut til den enkelte helsearbeider.

NSF vil særlig takke Unni Hembre, president i den europeiske sykepleierorganisasjonen EFN, for hennes innsats innenfor stikkskadedirektivet. ■■■

«De nye forskriftsendringene må gjøres kjent og nå ut til den enkelte helsearbeider.»

(sammenslutning av arbeidstakerorganisasjoner i Europa) fremforhandlet avtalen. NSF har hatt en svært aktiv rolle og har vært med i forhandlinger gjennom EPSU, som vi er medlemmer av. Gjennom EPSU har NSF hatt mulighet til direkte å påvirke og utforme dette EU-direktivet, i høyere grad enn norske myndigheter har kunnet. Grunnen til dette er at Norge ikke er medlem i EU og for

nyheter for våre medlemmer. Disse endringene i forskrift om utførelse av arbeid betyr økt sikkerhet og beskyttelse for alle helsearbeidere. Og vi er også meget fornøyd med at forskriften gjøres gjeldende for alle arbeidstakere. Allikevel gjenstår det noen utfordringer i forhold til etterlevelsen av direktivet.

For å oppnå økt beskyttelse må en også opp-

Eli Gunhild By



Kine Strøm Braaten, sykepleier ved Elektiv Ortopedi, St. Olavs Hospital, Trondheim.

Hva gjør du, sykesøster?

Jeg vil ha respekt for den jobben jeg gjør, ikke fordi jeg gidder å gjøre den, men fordi det er en spennende jobb å ha.

Jeg er stolt av min profesjon. Den tillater meg å spille en viktig rolle i livet til folk som har det vanskelig. Den gir meg endeløse muligheter for læring og setter ord på ting ved min egen helse og hverdag som hjelper meg å forstå både meg selv og andre bedre. Denne kunnskapen gjør at jeg tør å påta meg nye faglige utfordringer, og kompetansen min øker for hver dag som går. Jeg kan gjøre så mye mer enn hva min tittel tilsier. Ikke alle ser dette.

Sykepleie, dog et velkjent yrke, er ikke nødvendigvis like kjent som fag. Enkelte mennesker ser ut til å ha en innarbeidet oppfatning av sykepleiere som i mange tilfeller er basert på utdaterte fakta. Jeg har selv fått høre utsagn som; «Sykepleiere serverer bare mat og vasker rumpe. Sykepleiere trenger ikke kunne annet enn å gange og dele med ti for å stå på eksamen i medikamentregning. Sykepleiere er mennesker som ikke kom inn på legestudiet.» Det å høre folk uttale seg om ditt yrke på en måte du ikke selv gjenkjenner er mildt sagt frustrerende.

«Jeg kan gjøre så mye mer enn hva min tittel tilsier. Ikke alle ser dette.»

Jeg vil disse fordommene til livs. Jeg vil ha respekt for den jobben jeg gjør, ikke fordi jeg gidder å gjøre den, men fordi det er en spennende jobb å ha. For ikke å snakke om en prestasjon å utføre. Jeg serverer mat og vasker kropper nesten hver dag, men jeg gjør det i tillegg til alt annet. Jeg må administrere medikamenter riktig ved første forsøk, fordi en regnefeil kan forårsake alvorlige bivirkninger og i verste fall død. Sykepleie er en profesjon i seg selv, og ingen lege kan gjøre min jobb slik jeg gjør den.

Hva gjør du søster?

Min yngre bror spurte meg, av ren nysgjerrighet, en dag hva jeg som sykepleier gjør når jeg er på jobb. Jeg så for meg lista i hodet og hadde litt problemer med å fortelle ham alt i en telefonsamtale mellom Norge og Australia uten å blakke meg helt. Jeg gjør så mye forskjellig. To vakter er sjelden like, to pasienter nesten aldri. Diagnosene er ofte de samme, og prosedyrene gjelder for alle, men min hverdag formes av de menneskene jeg jobber med og ikke minst de menneskene jeg jobber for. Så jeg har forståelse for at folk ikke nødvendigvis vet om alt vi gjør. Jeg har derimot liten forståelse for enkeltindivider som uttaler seg om ting de tilsynelatende ikke vet noe om og tillegger

sykepleiere ting uten faktisk grunnlag.

Men tilbake til lista. Jeg har alltid det helhetlige ansvaret for pasienten og alle vedkommendes grunnleggende behov. Dette går ut på det som gjelder oss alle, ernæring, eliminasjon, aktivitet, søvn og så videre. Ting som krever døgnkontinuerlig observasjon og bistand, noe som til gjengjeld gjør at jeg jobber til alle tider av døgnet. På et sykehus er det nemlig sykepleiere hos inneliggende pasienter døgnet rundt. Dette fordi jobben vår ikke er gjort før pasienten kan sendes hjem, til annen institusjon eller får dø i fred. Så om klokka er sju om morgenen eller halv ti om kvelden, begynner jeg som regel vakta med å skaffe meg overblikk over mine pasienters behov, hva de klarer selv og hva jeg må gjøre for dem. Denne lista vil ha like mange variasjoner som det er arbeidsplasser med sykepleiere. Men for å ta et eksempel, på avdelinga jeg jobber på nå inkluderer det som regel mobilisering, intravenøs antibiotikabehandling, blodprøvetaking, sårskift og stell. Allerede der snakker vi om arbeidsoppgaver som grenser til fagområdet til fysioterapeuter, bioingeniører og legestanden. Jeg kan litt av alt og noe om mye, og det gir meg en unik mulighet til å kunne kommunisere med pasientene om nesten hva det skal være. Dette er kanskje også en av mine viktigste arbeidsoppgaver; kommunikasjon.

Bindeleddet

Som sykepleier er jeg bindeleddet mellom lege og pasient. Jeg må forstå det legene sier, men kunne gjenforklare det til mennesker som ikke nødvendigvis har noe forståelse for det medisinske fagspråket. Jeg må kunne tolke nonverbal kommunikasjon fra pasienter som ikke kan snakke for seg og videreformidle det til leger som skal bestemme vedkommendes behandling. Mitt kliniske blikk skal kunne plukke opp enhver abnormalitet, enhver forandring som ikke er innenfor den relative helsemessige norm. På toppen av det skal jeg ha evnen til å prioritere i hvilken rekkefølge ting skal gjøres. Hva er alvorligst, hva kan vente, hva ønsker pasienten og hvordan rekker jeg det på min vakt? Denne evnen til prioritering har utviklet seg så kraftig hos sykepleiere at mange av oss faktisk går på do når det passer. Altså ikke fordi vi må, men fordi vi kanskje ikke får tid til det seinere.

Så på en vanlig vakt har jeg blant annet ansvar for å observere pasientens helsetilstand, rapportere om eventuelle endringer og utføre forordnet behandling. Et annet aspekt er at jeg også må være der for vedkommende i denne situasjonen, som for mange er opprivende og vanskelig. Jeg må ha forståelse for deres smerte, nedstemthet og usikkerhet. Jeg skal være ei hånd å holde i og en skulder å gråte på, i tillegg til den praktisk utførende sykepleier med teknisk kompetanse



MANGE GJØREMÅL: Det er vanskelig å fortelle kort om alt det en sykepleier gjør. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

og eksepsjonelt god håndhygiene. Forstår du nå kjære bror, hvorfor det er vanskelig for meg å ramse opp hva jeg gjør på jobb? Jeg forstår at du ikke automatisk skjønner det av deg selv.

Min jobb er variert og sammensatt. Du finner meg til tider på medisinerrommet mellom drypp og sprøyter, noen ganger foran dataen med blodprøvesvar og bildediagnostikk, men som oftest på sengekanten, der pasienten er. Der pasienten er finner du meg og mine medsøstre, med kaldt hode og varme hender. Sistnevnte er egentlig en myte, da hendene som regel er like kalde som hodet på grunn av endeløs bruk av Antibac, men tanken er varm og faglig forsvarlig.

Del av personligheten

Del av dette yrkesvalget er nok ikke lenger et kall slik mange så det før, men det er uten tvil en sterk og for mange en stor del av ens personlighet: Den praktiske tankegangen, måten å prioritere hverdagen sin på, evnen til å sette seg inn i andres situasjon, møte dem der de er og kommunisere på deres nivå. Dette er alle egenskaper man nyter godt av ellers i livet og som jeg personlig verdsetter hos meg selv. Spesielt de dagene jeg møter mennesker med forutinntakelser om hva sykepleiere gjør og ikke gjør.

Jeg bestemte meg nylig for å takle dem på en annerledes måte for å minske min egen frustrasjon. Sykepleieren i meg ville gjort det slik; Vurder situasjonen fra et praktisk ståsted. Trenger du å snakke med dette menneske? Hvis nei, prioriter vedkommende vekk. Ta kaffen din og gå. Hvis ja, innhent informasjon. Sett deg

inn i deres situasjon. Kanskje vedkommende aldri har hatt behov for sykepleie selv? Når du ikke fram med dette, kan du jo formulere deg tydeligere. Spør om du ikke skal ta det så tungt dersom du ved et uhell setter en ekstra null bak antallet laxoberaldråper den gangen han eller hun plutselig skulle befinne seg på sykehuset ditt. Eller at du skal huske alle gode ord når du skal ta blodprøver og sette intramuskulære injeksjoner på vedkommende en gang i framtida. Vi må alle innom helsevesenet på et tidspunkt, og i de aller fleste tilfeller vil du der være prisgitt sykepleiere. Kort sagt: Ikke ypp med oss! Vi er mange, vi er handlekraftige, og vi har tilgang til nesten alt folk har fobier for.

Ikke for å skape uro. Alle har krav på god og lik behandling, og mitt indre moralske kompass ville aldri tillatt meg å forskjellsbehandle noen kun for en spydig eller ignorant kommentar. Men kanskje dette kan få folk til å tenke seg om to ganger før de slenger rundt seg med tomme påstander? Kanskje de heller kan bruke energien sin på å forstå hva vi gjør og hvorfor vi gjør det? Jeg gjør nemlig så mye mer enn mange tror, og jeg gjør ofte mer enn jeg selv trodde jeg kom til å gjøre den dagen i 2007 da jeg for første gang satte min fot innenfor en helseinstitusjon. Faget har nok endret seg mye siden Florence Nightingale gikk fram som et godt eksempel eller siden Bergljot Larsson grunnla forbundet. Men essensen er den samme. Vi balanserer fremdeles på en line mellom ansvar og omsorg, og jeg er stolt av hva jeg kan, hva jeg tåler og hvor lett jeg kan gå og spise lunsj etter å ha sett noe andre hadde besvimt av. ■■■



Rune Alexander Fredheim,
sykepleierstudent ved Lovisen-
berg Diakonale Høgskole, Oslo.

Kampen mot klokka

Tiden er ikke lenger et abstrakt begrep, men en konkret og styrende faktor for pleien vi gir våre brukere.

Som sykepleier i hjemmesykepleien kjemper vi en konstant kamp mot klokka. Jeg har fått erfare hvilken egenverdi tiden har, og hvilke grenser den setter for sykepleien, der den tildelte tiden ofte blir altfor knapp. Jeg har virkelig fått kjenne på kroppen hvilken belastning det er å jobbe etter et stramt skjema, og følelsen det gir når resultatet av dårlig tid ofte blir at vi kommer for sent til brukeren.

En dag fikk min kontaktsykepleier og jeg virkelig kjenne på tidspresset man kan oppleve som sykepleier i hjemmesykepleien. Vi fikk på starten av dagen tildelt en arbeidsliste der det stod hvilke pasienter vi skulle til, hvilke oppgaver som skulle utføres hos dem og hvor lang tid vi hadde hos hver enkelt. På grunn av sykdom blant de ansatte og rokeringer på arbeidslisten, så jeg at allerede før vi hadde satt oss i bilen at vi hadde dårlig tid til å rekke den første brukeren. Det hjalp heller ikke at trafikken gikk tregere enn normalt.

Da vi kom fram til den første brukeren på listen, var vi omtrent 30 minutter etter tidsskjemaet. Brukeren, som var en eldre dame, ga straks vi kom inn døren uttrykk for sin misnøye av å måtte vente på oss. Min kontaktsykepleier og jeg hjalp den eldre damen med morgenstell, frokost og medisiner. Vi gjorde dette

«Jeg tror at vi denne dagen utøvde sykepleie med redusert kvalitet.»

uten å gi inntrykk av at vi hadde dårlig tid, selv om jeg visste vi burde skynde oss for å være hos neste bruker innen det fastsatte tidspunktet. Da vi kom til bruker nummer to var vi dessverre enda lenger etter skjemaet. Dette forplantet seg utover hele dagen og gjorde at vi kom for sent til mange av brukerne på listen.

Stemningen oss imellom er stort sett preget av å ha dårlig tid, og jeg følte meg stresset av å hele tiden halse etter klokka. Det gjorde ikke selvfølelsen noe bedre at vi stadig ble møtt av irriterte brukere og pårørende som ikke fikk hjelp til avtalt tid. Vi ble ved ett tilfelle skjelt ut av konen til en bruker, da vi var forsinket og mannen hennes lå i sengen og ventet på at vi skulle stelle et sår, mens hun ventet besøk fra bydelen. Hele denne dagen hadde jeg en følelse av å ikke strekke til, og det var ikke moro å stadig måtte beklage og unnskyldte for at vi var sent ute.

Jeg tror at vi denne dagen utøvde sykepleie med redusert kvalitet. Da vi ble nødt til å skynde oss inne hos brukerne for å ta igjen tapt tid, ble vi tvunget til å kun gjøre det vi mente var det nødvendige av pleie. Flere av brukerne vi var hos fikk personlig stell, mat og medisiner, men deres psykososiale og andre behov ble ikke ivaretatt i det hele tatt. Jeg følte at sykepleien vi utøvde denne dagen ble styrt av klokken og ikke av pasientens individuelle behov, slik som det ideelt skal være. I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det i punkt 1; Sykepleieren og pasienten, at «sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket.» (ICNs etiske regler 2011).

Når sykepleiere i hjemmesykepleien ikke greier å imøtekomme brukerens behov på grunn av at tiden er for knapp, mener jeg at dette bryter med de yrkesetiske retningslinjene vi er pålagt. Jeg mener det er både respektløst og uverdigg at brukere stadig må vente på å få hjelp. Jeg har opplevd at en bruker lå i sengen i sin egen urin i flere timer før hun fikk hjelp. I verste fall kan brukeren havne i livstruende situasjoner, hvorpå brukeren som behøver umiddelbar hjelp selv ikke er i stand til å kontakte oss. Bryter praksisen hjemmesykepleien driver i dag med kravene til faglig forsvarlighet? I Helsepersonelloven § 4 om forsvarlighet står det at «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.»

For å sikre at brukerne i hjemmesykepleien får dekket sine grunnleggende behov kom Sosial- og Helsedepartementet i 1997 med «Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene». Denne forskriften skal bidra til å sikre god kvalitet til brukeren og sikre at brukeren får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt.

I mange tilfeller tror jeg at pleiere i hjemmesykepleien presses av ledelsen, som får føringer fra bydelen/kommunen til å utføre en pleie som ikke samsvarer med lovens paragrafer og de yrkesetiske retningslinjenes føringer om forsvarlighet. Vi som ansvarlige sykepleiere må i disse situasjonene være våkne og ta grep der vi ser at våre faglige verdier trues. Jeg vet at det skrives mye i medier om denne saken og at debatten er gående i politikken. Allikevel håper jeg at sykepleiere i hjemmesykepleien fortsetter å kjempe for tiden som ressurs i helsetjenesten, slik at vi har tid til å gi brukerne våre den omsorgen de fortjener. ■■■



Fordi det er **FORSKJELL!**

I Sykepleien treffer du sykepleiere som er stolte av jobben sin og opptatt av å holde seg faglig oppdatert. Derfor får du bedre og mer motiverte søkere gjennom en stillingsannonse i Sykepleien. Sykepleiere som ønsker å gjøre en forskjell, leser Sykepleien.

Det er forskjell på jobbsøkere.

Sykepleien er medlemsbladet til Norsk Sykepleierforbund. Med 234.000 eksponeringer (GEP) når du ut til Norges utdannede sykepleiere og studenter. Les mer på sykepleien.no eller ring **02409**.

Sykepleien

TETT PÅ
Unni Hembre

Hvorfor: Har vært i ledelsen i Sykepleierforbundet og forbundets representant som president i European Federation of Nurses Associations. I september går hun av.

Stilling: President i EFN og rådgiver i Oslo kommune.

Utdanning: Tannpleier, sykepleier og grunnfag i ledelse.

Alder: 53 år.

Mrs. President

Livet som president for Europas sykepleiere er snart over for Unni Hembre.

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





Det klakker i sko som treffer marmorgulvet. Alt gir gjenlyd i den svære salen som er Oslos storstue. Det oser nobelpris og ordførerglis. Oslo rådhus er Unni Hembres arena nå.

- Det var ganske stilig med julebord her.
- Hun stopper på vei opp den majestetiske trappen, og strekker armen ut mot salen.
- Å gå polonese og etterpå slippe dansen løs i litt friere former, her, vet du.
- Hun ler når hun tenker på det.

På toppen av trappen åpner de høye vinduene utsikten mot fjorden. Blå, staselige stoler står pent dandert langs veggene.

I det siste har Unni Hembre gått fra den ene lederstillingen til den andre. Ikke det at hun har tenkt å bli ordfører i Oslo. Jobben i Oslo kommune er å utforme en seniormelding. Det er en rådgiverstilling. Men de siste årene har hun vært 2. nestleder og nestleder i Norsk Sykepleierforbund, og siden 2010 president i EFN i Brussel, de europeiske sykepleierorganisasjonenes overbygning. Altså talsperson for Europas 6 millioner sykepleiere.

Presidentperioden hennes utløper i september.

– Jeg står faktisk overfor to valg nå, om jeg skal fortsette å være leder eller satse på å være rådgiver, og om jeg skal jobbe med eldreomsorg eller internasjonale spørsmål, sier hun lavmælt og betrakter den kjølige vårdagen ute på Rådhusplassen.

FOR NORSKE SYKEPLEIERE er Unni Hembre mest kjent som en av sjefene i Norsk Sykepleierforbund. Fra å jobbe i hjemmesykepleien, klatret hun via avdelingssykepleierstilling til fulltids tillitsvalgt og så til å bli fylkesleder i Oslo før hun kom inn i NSF's toppledelse. Hun bedyrer likevel at hun aldri har hignet etter posisjoner. Bare havnet der.

– Snakker jeg trønderisk, spør hun, med tydelig klang av trønderisk.

«Det er jo lite av det vi holder på med her som vi har kommet på helt på egen hånd.»

Den lille bygda Hegra i Nord-Trøndelag forlot hun som 19-åring, og hun vendte aldri tilbake.

– Det ligger ikke så langt fra Sjø'daln.

Det var i Oslo hun utdannet seg til sykepleier, og her har hun bodd siden. Fått mann og en sønn, også.

Hun søkte seg til hjemmesykepleien av flere grunner.

– Jeg likte ikke sykehus, fordi jeg var så mye på sykehus som barn. Det var ikke gode opplevelser, forteller hun mens vi leter etter et egnet sted for fotografering.

– Hva skjedde?

– Nei, jeg var såkalt «vanskelig» og derfor fikk ikke mora mi besøke meg. Jeg rømte fra sykehuset da jeg var tre år, jeg.

Mer vil hun ikke utbrodere. Hjemmesykepleien var også mye mer faglig interessant for henne.

– Pasienter som kom på sykehus var veldig pasienter den gangen. Å utøve sykepleie i noen andres hjem likte jeg mye bedre. Pasienten

og pårørende var viktige samspillere, og beslutningene ble fattet sammen med dem.

På 80-tallet var hjemmetjenesten i Norge noe nytt.

– Hjemmetjenesten var i rivende utvikling, forteller hun, med vekt på «rivende».

– Og da var det mulig å være med å påvirke.

Ideen om å kunne påvirke førte henne inn i tillitsvalgtjobben og videre i stadig høyere lederposisjoner.

NÅ KOMBINERER HEMBRE jobben i Oslo med masterstudier i offentlig administrasjon og vervet som EFN-president. Det blir en del farting mellom Oslo, Brussel, universitetet i København og Høgskolen i Nord-Trøndelag.

– Disse EU-greiene du holder på med. Hva er det egentlig?

– Ja, «disse EU-greiene» – jeg tenkte omtrent slik på det jeg også før jeg fikk i oppgave å ta ansvaret for internasjonale spørsmål da jeg var nestleder i NSF.

Det ble en bratt læringskurve.

– Bare det å skjønne hva som sto i papirene var jo nesten umulig. Jeg som ikke hadde hatt engelsk siden videregående, og ikke gått språklinja en gang. Og jeg hadde ikke tid til å gå på engelskkurs. Jeg leste og leste. Så engelske filmer der jeg slo av den norske teksten. Gjentok ord høyt for meg selv.

Etter en tid fant hun ut at Brussel har sitt eget språk, møtespråket. Riktignok engelsk, men en engelsk selv engelsktalende har vanskelig for å forstå, full av merkelige forkortelser.

– På det første møtet jeg var med på var det snakk om DG Sanco, forteller hun lattermild.

– Jeg kunne ikke skjønne hvem han der DJ-en var. Så viste det seg at det er forkortelse på helsedirektoratet innad i kommisjonen!

Det kommer en gruppe turister inn i salen. Maleriene på veggene i rådhuset, av folk som arbeider i forskjellige håndverksyrker, blir grundig studert og fotografert.

– Hva innebærer jobben som EFN-president?

– Jobben er først og fremst å skape enighet blant de 34 medlemsorganisasjonene.

Hun forklarer at sykepleiernes organisasjoner først må bestemme hvilke synspunkter de skal ha i forskjellige spørsmål som gjelder faget og arbeidsforhold. Styret i EFN lager deretter strategier om hvordan synspunktene skal selges inn til dem som tar beslutningene i EU.

Det gjelder å bli enige om hva man skal mene, og det er ikke alltid så lett. Sykepleierne i Europa er organisert forskjellig. Noen steder i mange små forbund etter spesialisitet.

Andre steder er sykepleiere definert annerledes enn i Norge.

– I Nederland er det for eksempel fem nivåer av sykepleiere. Og da vet du at vi har litt ulike innfallsvinkler.

– Vi skal komme frem til politiske beslutninger alle kan stå for. Og den prosessen kan være krevende. Når jeg er i Brussel, er det møter fra morgen til kveld. Det ikke noe hvilehjem.

DE SISTE ÅRENE har EFN arbeidet hardt med direktiv 36, om gjensidig godkjenning av kvalifikasjoner. Her settes et minstekrav for hva sykepleierutdanningene i Europa skal inneholde og hva slags kompetanse en ferdigutdannet sykepleier skal ha. Å bli enige om at sykepleierutdanningen skal bygge på 12 års grunnutdanning, altså videregående skole, har vært et svært stykke arbeid. Tyske politikere

mener for eksempel at deres mer fagskolebaserte utdanning er like bra. EFN har brukt alle sine lobbykrefter på å påvirke helsepolitikere i EU-systemet. 12 år måtte gå gjennom! Etter flere hundre kompromissforslag ble resultatet at Tyskland fikk dispensasjon fra 12-årskravet. Dette blir trolig endelig vedtatt i juni.

EFN skal nå jobbe med en måte å måle kunnskapen til ferdigutdannede sykepleiere på.

– Hva betyr dette for norske sykepleiere?

– For eksempel at alle skal vite hva en sykepleierkollega kan. Du skal kunne være trygg på den som står ved siden av deg og jobber, enten hun eller han er fra Polen, Norge eller Italia.

Hembre mener nordmenn er altfor lite obs på hva som skjer i Brussel.

– Det tas beslutninger i EU som får konsekvenser vår hverdag. Det bør vi ta mer innover oss her i Norge! Der over 6000 rettsakter fra EU som vi har vedtatt i Norge.

– Rettsakter?

– Ja, bestemmelser som har blitt implementert i det norske lovverket, på forskjellige felt, ikke bare helse. Selv grunnloven vår forandres, men det er nesten ikke noe debatt om det.

Sykepleiere har blant annet merket europeisk påvirkning ved at utdanningen nå er en bachelor.

– Vi fant jo ikke på det selv. Det er jo lite av det vi holder på med her som vi har kommet på helt på egen hånd.

DET UNNI HEMBRE KANSJKE ER aller mest stolt over å ha fått til, er at det nå skal opprettes en forskningsstiftelse for sykepleie vegg i vegg med EFN-kontoret i Brussel. Stiftelsen skal samle forskning fra hele Europa. Det handler om erfaringer med forskjellige måter å jobbe på, hvordan arbeidet organiseres og finansiering. Forskningen som samles inn, skal brukes til å underbygge argumenter når viktige beslutninger på helseområdet skal fattes av EU-politikerne.

– Vi har jobbet med dette siden 2008. EU har vært veldig positive, og vil forhåpentligvis bidra med penger, kanskje gjennom e-helsesatsingen.

Hvordan vi skal møte fremtidens eldrebølge er et annen brannaktuelt tema i Europa. Og da trenger man informasjon om arbeidsstyrken. Hvem er de, hva kan de og hvor mye flytter de på seg? Og hvem skal gjøre hva? Oppgaveglidning mellom helseprofesjonene blir veldig aktuelt.

TEMAENE HUN RAMSER opp er store og omfattende. Hvordan holder hun ut denne seige materien og dette saktearbeidende byråkratiet som EU-systemet er? Hun som nettopp har fortalt om det moren sa til henne som ung: «Du må aldri bli sykepleier, du som er så utålmodig!»

– Nå liker jeg denne måten å jobbe på. At du og jeg kan komme frem til et felles standpunkt som vi kan jobbe videre med. Teamjobbing har i grunnen vært det jeg har foretrukket gjennom hele karrieren, fra jeg var hjemmesykepleier og tillitsvalgt, og senere i lederstillinger.

I EU har hun lært seg å lobbe.

– EFN er jo en lobbyorganisasjon. Mange ser negativt på det her i Norge, men i Brussel er lobbyistene registrert. Det er en del av gamet. Jeg synes egentlig det er mye redeligere.

Unni Hembre har en avslappet og folkelig stil når hun går rundt



«Jeg synes vel egentlig at forbundet ikke er så synlig.»

i rådhusalene. Både klær og skjerf flagrer i takt med skrittene. Telefonen ringer til stadighet. Det var Paul i Brussel. Og så var det Ricardo i Nederland. Sorry, hun er opptatt i et intervju, forklarer hun. Samme behandling får venninnen som venter på en kafé i nærheten.

– Er du for norsk medlemskap i EU?

– Nei, jeg har aldri stemt for, og er fremdeles skeptisk til EU som system. Men på en annen side har jeg alltid tenkt at det er verre å stå på utsiden å sutre.

– Så neste gang stemmer du ja?

– Nei, jeg tror ikke det, men en skal aldri si aldri. EU har hatt en fredsskapende rolle i Europa, så jeg ser betydningen.

UNNI HEMBRE SIKTET helt mot toppen i NSF. I 2007 stilte hun som lederkandidat etter å ha vært 2. nestleder. Selveste toppen var innen rekkevidde. Men nominasjonskomiteen innstilte ikke henne. Den ville ha Lisbeth Normann. Hembre gikk på talerstolen på landsmøtet og trakk sitt kandidatur.

– Hvordan var dette?

Hun tenker seg om. Tar litt sats.

– Det er vel noe av det tyngste jeg har gjort i mitt liv. For jeg trodde – og tror – at jeg ville vært en god leder for Sykepleierforbundet. Vurderingen min var at teamet med Lisbeth som leder ville være bedre. Når hun fikk med meg som nestleder!

Trillende latter.

– Men det var en veldig trist avgjørelse å ta.

– Så du ville heller vært NSF-leder enn EFN-president?

Rådhusklokkene slår tungt. Plang, plang, plong.

– Eh, siden du spør meg nå: Nei. For den erfaringen jeg nå har fått i EFN, personlig og profesjonelt, ville jeg ikke vært foruten.

– Hvordan ser du på Sykepleierforbundet nå?

– Jeg tenker minst mulig på det. Hahaha. Nei da, det slutter jo ikke å interessere meg, og jeg har jo fortsatt et tillitsverv.

Telefonen ringer igjen. Venninnen må vente enda litt til.

– Jeg synes vel egentlig at forbundet ikke er så synlig. Å slå sammen nettsidene til Sykepleien og forbundet hadde vært en forbedring. Det må vi tenke på fremover.

Hun ler ertende.

– Jeg kan vel si hva jeg vil, nå som jeg er ute av det? ■■■

Fakta om ferie og ferieavvikling

Arbeidsgiverne er godt i gang med å planlegge ferieavviklingen.

Hvilke plikter og rettigheter knytter seg til ferieavvikling? Her følger noen fakta:

- › Alle arbeidstakere har etter ferieloven rett til å avvikle 25 virkedager ferie i året. Loven er bygget på et system som regner med 6 virkedager per uke, og 25 virkedager tilsvarer derfor en årlig ferie på 4 uker og 1 dag. Som virkedager regnes alle dager som ikke er søndager eller lovbestemte helge- og høytidsdager.
- › Ved tariffoppgjøret i 2000/2001 fikk mange grupper en ekstra ferieuke. De som omfattes av avtalen har rett til 30 virkedager ferie, altså 5 uker. Den femte ferieuken er ikke lovbestemt og dermed er det tariff- eller arbeidsavtalen som avgjør om den ansatte har krav på denne.
- › Arbeidstaker kan kreve hovedferie på 18 virkedager (3 uker) sammenhengende, lagt til hovedferieperioden. Hovedferieperioden strekker seg fra 1. juni til 30. september. Arbeidstaker kan også kreve å få restferien på 7 virkedager sammenhengende. Det er adgang til å fravike disse bestemmelsene ved tariffavtale eller annen avtale mellom partene.
- › Arbeidsgiver bestemmer innenfor lovens rammer når ferien for den enkelte arbeidstaker skal avvikles og skal underrette om dette så tidlig som mulig og senest to måneder før oppstart, om arbeidstaker krever det. Det er vanlig å fastsette avviklingen etter dialog med de ansatte om deres ønsker, men dersom enighet ikke oppnås er det arbeidsgiver som har det siste ordet.
- › Arbeidstakere som fyller 60 år i løpet av ferieåret har rett til en ekstra ferieuke. Tidspunktet for

avvikling bestemmer arbeidstakeren selv, men må melde fra til arbeidsgiver senest 14 dager før.

- › Arbeidstaker som starter i ny jobb før 30. september har rett til å ta ut full ferie. Starter arbeidstakeren seinere på året, har hun/han rett til å ta en uke ferie.
- › Retten til overføring av ferie til neste ferieår reguleres også av ferieloven. Avtale om overføring av ferie skal inngås skriftlig. Inntil 12 feriedager (2 uker) kan overføres. Bestemmelsen gir ikke arbeidstaker en rett til å få overføre ferie, men åpner adgang til å avtale dette.
- › Når det er sykefravær som er årsaken til at ferien ikke avvikles innen utgangen av ferieåret, kan arbeidstaker kreve å få overført inntil 12 virkedager (2 uker) av ferien.

Lønn og feriepengene

Du får ikke lønn når du avvikler ferie. Lønn erstattes av feriepengene når du tar ferie. Feriepengene beregnes på grunnlag av arbeidsvederlag som er opptjent i året før ferieåret (opptjeningsåret), jf. ferieloven § 10.

Feriepenger etter ferieloven utgjør 10,2 prosent av feriepengegrundlaget, jf. § 10 (2). For arbeidstakere over 60 år, med rett til ekstraferie, forhøyes proSENTSATSEN til 12,5 prosent, jf. § 10 (3).

Når det gjelder lønn og feriedager, så er hovedregelen at feriepengene skal betales siste vanlige lønnsdag før ferien. Bestemmelsene om utbetaling av feriepenge kan fravikes ved tariffavtale.

Det er vanlig at det samtidig blir foretatt teknisk lønnstrekk tilsvarende 25/26 av månedslønn. Dette gjøres for at feriepenge erstatter lønn for de dagene det skal avvikles ferie (gjelder ferie etter ferieloven).

Særlig i forhold til avtalefestet ferie

Arbeidstakere som omfattes av avtalefestet ferie får forhøyet proSENTSATSEN som feriepenge beregnes med til 12,0 prosent. For de over 60 er proSENTSATSEN 14,3 prosent.

På grunn av at avtalefestet ferie er lengre enn lovbestemt ferie, vil det tekniske lønnstrekket som foretas, jf. ovenfor, bli 30/26. Dette betyr at det foretas en engangsberegning av feriepenge i juni måned, hvor den del av feriepengene som overstiger lønn for vanlig arbeidstid under ferien (ferielønnstillegget) utbetales sammen med lønn for juni måned. Når ferien avvikles utbetales vanlig lønn.

I kommunal sektor (KS-området) er utbetaling av feriepenge regulert i HTA kap. 1 pkt. 7.3. I samsvar med dette utbetales feriepengene i juni måned.

Også i Staten, Oslo kommune, HSH og Spekter (helseforetakene) har man inngått avtale om at feriepenge utbetales i juni måned.

Kilde: Norsk Sykepleierforbund

Passer på paragrafene:





sykepleien.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 spesialisert sykehus 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.

Vi har 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: 27. mai 2013

Søknad med kopi av attester og vitnemål sendes Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus AS v/personalsjef, Postboks 2175, 5504 Haugesund. E-post: post@hsr.as



Operasjonssykepleier

Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken, Operasjonsenheten, Radiumhospitalet

4 stillinger, fast og vikariat, 80-100% stilling, ledig fra 03.06.13 til 02.06.14. Ved ansettelse i vikariat kan det være mulighet for forlengelse.

Vi søker autoriserte sykepleiere med videreutdanning i operasjonssykepleie. Det er ønskelig at søkere har erfaring fra onkologisk kirurgi.

Kontaktinfo: Tone Bjørnenak, enhetsleder, tlf. 928 40 509.

Ref.nr. 1766785893 Søknadsfrist: 13.05.2013

For fullstendig annonse se: www.oslo-universitetssykehus.no

Oslo universitetssykehus er lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, regionssykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst og har en rekke nasjonale funksjoner. Sykehuset er landets største med over 20 000 ansatte og har et budsjett på 17 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for størstedelen av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.

frantz.no



Vi har en ledig

100% STILLING SOM ANSVARLIG SYKEPLEIER

Ansvarlig sykepleier inngår i Oppsalhjemmets fagteam som består av sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeut. Ansvarlig sykepleier har overordnet sykepleierfaglig ansvar for sin avdeling og samarbeider tett med kvalitets-sjefen, teamlederen og sykehjemslegene med implementering av kvalitetssystemet. Stillingen har turnus med arbeid i hver 3. helg.

Kvalifikasjoner og egenskaper

- Offentlig godkjent sykepleier
- Gode muntlige og skriftlige norsk-kunnskaper
- Gode samarbeidsevner

Vi tilbyr

- Utfordrende og spennende arbeidsoppgaver
- Hyggelige kolleger og godt arbeidsmiljø
- Lønn etter avtale

Søknadsfrist 7.6.2013

Kontaktperson:

Kvalitetssjef Elin Haug Nygård, mob 483 10 101, oppkval@norlandiacare.no
Teamleder Ivana Drincic, mob 479 34 304, oppsalfagteam@norlandiacare.no

Søknad sendes til:

Per e-post: oppsalfagteam@norlandiacare.no
Oppsalhjemmet, Oppsalveien 28, 0686 Oslo

- Trygghet når du trenger det mest

Sørlandet sykehus HF er regionens største kompetansebedrift, med over 5000 ansatte fordelt på ulike institusjoner i begge Agderfylkene. Vi har ansvar for spesialisthelsetjenesten innen somatikk, psykiatri og avhengighetsbehandling. Spesialisthelsetjenestens hovedoppgaver er pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.

Arendal

Enhetsleder – Operasjon ØYE

Det er ledig fast stilling som enhetsleder. Hovedarbeidsoppgaven for enhetslederen vil være den daglige driften, men man må også påregne deltakelse i direkte pasientarbeid. Enhetsleder vil ha personalansvar for de ansatte i enheten, for fagutvikling, og skal bidra til god pasient-sikkerhet og pasientflyt. Aktiviteten for enheten er hovedsaklig dagtid, men det er beredskap hele døgnet, også i helger og høytider. Vi søker autorisert sykepleier med videreutdanning innen operasjonssykepleie. Erfaring fra operasjonsavdeling og lederkompetanse vil være en fordel.

Opplysninger: Avdelingsleder Wenche D. Bergh, tlf. 37 01 44 25 eller Enhetsleder Randi Saxlund, tlf. 37 01 49 09

Søknadsfrist: 01.06.2013

Søknad og CV registreres elektronisk i vårt søknadsprogram. Informasjon og fullstendig utlysning finnes på www.sshf.no/jobbsok



frantz.no

Helse Møre og Romsdal HF er eit helseføretak under Helse MidtNorge RHF og har ansvaret for den offentlege spesialisthelsetenesta i Møre og Romsdal. Verksemda omfattar sjukehusa i Volda, Ålesund, Molde og Kristiansund samt fleire omliggande institusjonar. Helseføretaket har omlag 4200 årsverk fordelt på 6500 tilsette, og gir eit differensiert tilbod innan dei fleste fagfelt i somatikk og psykisk helsevern. Vår visjon er å vere «På lag med deg for helsa di». Les meir om oss på www.helse-mr.no

Molde sjukehus

Enhet for føde, barsel og poliklinikk

Jordmor

St.nr. 190/2013

Avdeling for fødselshjelp og kvinnesykdommer har ledig 100 % fast stilling som jordmor, arbeidssted for tiden ved Klinikk for føde, barsel og poliklinikk i Molde.

Tiltredelse 01.07.2013. Ved intern søker, kan annen 100 % stilling bli ledig. 3-delt turnus DAN - arbeid hver 3.helg.

Vi er en kombinert føde/barselavdeling med ca. 600 fødsler pr. år. Vi kan tilby et faglig og sosialt godt arbeidsmiljø og en fin by med mange muligheter for ulike aktiviteter. Vi ønsker DEG velkommen som kollega.

Kontaktinformasjon: Hild Strømme Kavli, seksjonsleder, tlf. 71 12 00 00

Søknadsfrist: 8. juni 2013

Søknad blir sendt elektronisk via www.helse-mr.no - der du òg finn fullstendig utlysningstekst. Kopi av attestar og vitnemål vil bli etterspurt ved intervju. Vi ønskjer ikke kontakt med annonseseljarar.



frantz.no



Gastrokirurgisk avdeling
Pasientkoordinator

Les mer om stillingen på www.ahus.no

www.ahus.no

HELSE SØR-ØST

frantz.no



Vi er en av landets ledende leverandører av medisinsk teknisk utstyr, samt engangsmateriell til norske sykehus, med hovedvekt på feltene: kardiologi, nefrologi, hjertekirurgi, nevrologi, urologi, ultralyd. Intensivovervåking og medisinsk IT. Vi er 46 ansatte med kontorer på Høvik.

ELEKTRONISK KURVE, INTENSIVSYSTEM, ANESTESIJOURNAL
Kjært barn har mange navn...

Kunne du tenke deg å jobbe med salg og markedsføring samt innføring og opplæring innenfor dette området?
Hvis du er sykepleier og har erfaring med denne typen programvare fra egen jobb, kan du være den rette.

Vi kan tilby

Vi tilbyr en selvstendig og utfordrende stilling i et selskap preget av profesjonalitet og lagspill, med godt faglig miljø samt gode betingelser som ivaretar individet. Stillingen lønnes etter avtale og du vil inngå i firmaets bilordning, samt pensjons- og forsikringsordning. Opplæring vil bli gitt iht. bakgrunn og behov og vil finne sted både i Norge og utenlands. Arbeidssted: Høvik

Send gjerne en søknad med CV, eller ta kontakt for nærmere opplysninger om stillingen til:
Petter Solum, petter.solum@vingmed-as.no

ER DU SYKEPLEIER OG HAR LYST TIL Å JOBBE PÅ GRAN CANARIA EN PERIODE?

SEKSJON FOR BEHANDLINGSREISER HAR 2 LEDIGE ENGASJEMENTSSTILLINGER som sykepleier ved Valle Marina Helsecenter på Gran Canaria.

Valle Marina er behandlingssted for norske og svenske pasienter med psoriasis som er på 3 ukers klimabehandling. Det arrangeres en barne og en ungdomsgruppe per år, ellers er pasientene i aldersgruppen 19 - ca 75 år. Gruppestørrelsen varierer fra ca 20 - 75 deltakere. Behandlingsreisereis team består av avdelingssykepleier, 3 sykepleiere, hudlege og idrettspedagog.

Arbeidsoppgaver

■ Sykepleier jobber turnus med dag / kveld + hver 3.helg. Det utføres sykepleiefaglige oppgaver, utstrakt undervisning i gruppe samt individuell oppfølging av pasientene. Forberedelse og mottak av pasientgrupper, oppfølging av rutiner og prosedyrer samt ivareta sosiale og trivselsskapende tiltak.

Utdanningsnivå

■ Høyskole / Universitet, Diplom- / Bachelorgrad

Personlige egenskaper

■ Vi søker sykepleiere som kan jobbe selvstendig og målrettet. Det er viktig å vise stor fleksibilitet. Søkere må ha gode evner til samarbeid, kommunikasjon og teamarbeid, samt være komfortabel med å undervise/snakke i plenum. Det er ønskelig at søkere har erfaring med gruppeundervisning/ veiledning. Personlig egnethet vektlegges.

Vi tilbyr

■ Engasjementet er fra 21.08.2013 - 05.06.2014. Fri reise fra/til Norge - arbeidsstedet i utlandet, gratis bolig (m /1 soverom) og forsikringsordning. Arbeidstid 35,5 timer/uke. Turnusarbeid. Lønn etter ansiennitet (Spekter). Ubekvem arbeidstid kompenseres med et fast kronetillegg. Det trekkes 2% lovfestet pensjon til KLP. Det utbetales ikke kostgodtgjørelse. For mer informasjon om behandlingsreiser, se vår hjemmeside: www.oslo-universitetssykehus.no/behandlingsreiser. Vi gjør oppmerksom på at det meste av kommunikasjon vedrørende stillingene vil skje via e-post.

Andre opplysninger

- Stillingsbrøk: 100%
- Engasjement
- Antall stillinger: 2
- Startdato for ansettelse/vikariat/engasjement: 21.08.2013
- Sluttdato for ansettelse/vikariat/engasjement: 05.06.2014



Utdanningsretning

■ Sykepleie

Kvalifikasjoner

■ Vi ønsker sykepleiere med minimum 4 års erfaring etter endt grunntidning og oppfordrer spesielt sykepleiere med erfaring innen dermatologi å søke. Det kreves at man behersker grunnleggende bruk av PC. Arbeidsspråk: norsk/svensk og noe engelsk. Fordel m spanskkunnskaper.

Språk

- Engelsk
- Norsk

Arbeidssted

- Songsvannsveien.20, 0372 Oslo
- OUS Rikshospitalet, Utland (Behandlingsreiser)

Referansenr: 1733471424

Søknadsfrist: 24.05.2013

Kontaktinfo

Marie Larsen Sykepleiefaglig rådgiver
Behandlingsreiser 22067855 /91321527
Kari Berg Seksjonsleder - Behandlingsreiser 22067856



Vil du jobbe på en fremtidsrettet høgskole?

Førsteamanuensis

Faste stillinger i inntil 300 % fra 01.08.13. I forbindelse med nytt akkreditert masterprogram i avansert klinisk sykepleie med første ordinære studiestart høsten 2013 og videreutvikling av høgskolens videreutdanninger, vil høgskolen styrke antall ansatte som har både akademisk og klinisk kompetanse.

Førsteamanuensis/førstelektor/høgskolelektor

Inntil 2 faste stillinger i 100 % fra 01.08.13 tilknyttet bacheloravdelingen.

Studieleder

I avdeling for bachelor i sykepleie, en funksjonsperiode i team fra 01.08.13 til 01.08.15.

Søknadsfrist: 21.05.13. Les mer og søk stillingene på www.ldh.no/jobb

Helse Bergen, Haukeland universitetssjukehus, har nærene 12.000 tilsette som har som mål å gi best mogleg behandling og pleie til pasientane våre. Kuart år behandlar vi nesten 600.000 pasientar og bidreg i utdanninga av eit par tusen helsearbeidarar. Forsking er ei viktig oppgåve, og vi er blant dei fremste i landet innanfor dette feltet. Budsjetten vårt er på omlag 8,6 milliardar kroner. Vi har dessutan ei rekke kompetansesenter og spesialfunksjonar både på nasjonalt og regionalt plan. Dei tilsette er den viktigaste ressursen vår, og vi ønskjer derfor å knytte til oss dei beste fagfolka. Vi vil legge til rette for at alle tilsette skal trivast og yte sitt beste.

OPERASJONSKAPASITETEN AUKAST PÅ HAUKELAND UNIVERSITETSSJUKEHUS

Til det beste for befolkinga aukar Haukeland universitetssjukehus nå operasjonskapasiteten med 10 nye operasjonsstover. Desse kjem i tillegg til dei 21 operasjonsstovene som er i sentraloperasjonseininga.

Kapasiteten for dagkirurgi, hjartekirurgi, kreftpasientar og ortopediske pasientar aukast. Det vert bygd ei intervensjonsstove der radiologi og kirurgi sameinast, og ein vil tilby nye formar for behandling til hjarte-, kar-, og nevrologiske pasientar.

Når operasjonskapasiteten aukast med 10 stuer, har vi behov for fleire tilsette som ønskjer fagleg vekst, varierte utfordringar, eit engasjert fagmiljø og ivaretaking av viktige landsfunksjonar innan helsevesenet.

Vi ønskjer å rekruttere anestesilegar og spsjalsjukepleiarar innan intensiv, operasjon og anestesi.

Søknadsfrist: 26. mai

For å vite meir og å søkje: www.helse-bergen.no/jobbsok



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

Sykepleiere

Flere stillinger i forskjellige stillingsandeler. Det er store muligheter til forlengelse av vikariatene, større stillingsandeler, samt mulighet for fast tilsetting.

Lungemedisinsk avdeling har lokaler i Akutten og hjerte-lunge-senteret og har tilsammen 36 senger og består av sengeenhet, dagenhet, poliklinikk og overvåkningsenhet. Sykehusets akuttfunksjoner er lokalisert i samme bygg.

Nærmere opplysninger om stillingene kan fåes ved henvendelse til seksjonslederne Brit Grav, Evy Solbu eller Lise Hansen tlf. 72 82 76 00.

Søknadsfrist: 22. mai 2012

Søknad sendes elektronisk via www.stolav.no, velg Jobbsøk, deretter ledige stillinger.

frantz.no



Lillehammer helsehus

Ledige stillinger som

SYKEPLEIERE, VERNEPLEIERE, 50-100 %

Søknadsfrist 20.05.2012

For fullstendig utlysningstekst se «ledige stillinger» på www.lillehammer.kommune.no.

Ifølge Offentlighetsloven § 25 kan søkers navn bli offentliggjort selv om det er bedt om konfidensiell behandling. Søkeren vil i så fall bli forspurt om dette.



Sykehuset Innlandet HF
Divisjon Lillehammer

Kirurgisk avdeling, operasjonsavdelingen

Vi søker en leder til vår operasjonsavdeling. Avdelingen består av sentraloperasjon, dagkirurgisk enhet og sterilentral. Det er en stor kompleks, kunnskapsintensiv virksomhet med høy faglig standard. Dette krever en leder med stor arbeidskapasitet og engasjement.

Avdelingen har 55 årsverk fordelt på operasjonssykepleiere, hjelpepleiere, assistenter og renholdere. Vi utfører operasjoner innen ortopedi, gastrokirurgi, urologi og gynekologi. Avdelingen jobber aktivt med kontinuerlig forbedringsarbeid innen LEAN prinsippet.

Lederteamet på operasjonsavdelingen består av en avdelingssykepleier, 2 assisterende avdelingssykepleiere (blant annet ansvar for arbeidsplan/vaktinnleie) og 3 fagsykepleiere innen fagområdene gynekologi/urologi/gastrokirurgi, ortopedi og sterilentral.

Er du på utkikk etter nye spennende utfordringer?

Avdelingssykepleier

• 100 % fast stilling med tiltredelse 15. august 2013. (Ref.nr. 1773711174)

Avdelingssykepleier deltar i lederteamet på kirurgisk avdeling og rapporterer til avdelingssjef.

Arbeidsoppgaver

- Avdelingssykepleier har et overordnet faglig, strategisk og driftsmessig ansvar for enheten
- Stillingsinnehaver er underlagt de forpliktelser og rettigheter som til enhver tid er nedfelt i gjeldende lov- og avtaleverk som gjelder for Sykehuset Innlandet HF

Søknadsfrist: 30.05.2013

Sykehuset Innlandet HF bruker elektronisk verktøy til rekruttering (Webcruiter).

Gå inn på våre hjemmesider www.sykehuset-innlandet.no for å søke stilling og for fullstendig utlysningstekst.

Som hovedregel oppføres alle søkere på offentlig søkerliste. Søkere som anmoder om å bli unntatt fra denne bes begrunne det i søknaden. Dersom anmodningen ikke kan tas til følge vil søker bli konferert for søkerlisten offentliggjøres.

For stillinger hvor det er pålagt ved lov med norsk autorisasjon, kreves fremleggelse av autorisasjonsdokumenter før tiltredelse. Vitnemål og attester tas med til evt. intervju.

- Dette innebærer at avdelingssykepleier er ansvarlig for å videreutvikle og forvalte den faglige driften, økonomi og personell innenfor sitt område i henhold til gitte fullmakter fra avdelingssjef
- Stillingsbeskrivelsen, årlig lederavtale og delegasjonsfullmakter skal gi klare rammer for avdelingssykepleiers arbeid og danne grunnlag for å evaluere dens arbeid utførelse

Personlige egenskaper

- Vi trenger en som kan utøve handlekraft og som er helhetstenkende, fleksibel, inspirerende og kommuniserende i sin lederadferd

Kvalifikasjoner

- Utdanning på høyskole/universitetsnivå, fortrinnsvis innenfor det fagområdet en skal lede
- Lederutdanning eller villighet til å gjennomføre denne
- Praktisk erfaring fra komplekse, kunnskapsintensive virksomheter/sektorer
- Evne til å kombinere strategisk og operativ innsats
- Lede med utgangspunkt i foretakets verdier, mål og ressursgrunnlag
- Norsk autorisasjon

Vi tilbyr

- Lønns- og arbeidsvilkår iht. gjeldende overenskomst og arbeidsreglement
- Sykehuset kan være behjelpelig med å skaffe overgangsbolig

Kontaktperson:

Vivian Ødegård, tlf. 930 34 339 eller Ellen H. Pettersen, tlf. 958 91 994

frantz.no



Fekjær psykiatriske senter (FPS)

FPS er tilknyttet Sykehuset Innlandet HF, Divisjon psykiatri og består av døgnenhet og poliklinikk med ambulant team. FPS ligger naturskjønt til ved inngangen til Vassfaret lengst sør i Valdres og er bygget opp med småhus rundt gården Fekjær. Avstand til Oslo eller Gardermoen er ca 12,5 mil. Vi er en aktiv behandlingsinstitusjon med ulike profesjoner som arbeider i team.

Fekjær har gjennom mange år vektlagt forsknings- og utviklingsarbeid. Poliklinikken holder til i egne, moderne, lokaler, 1 km fra døgnenheten.

Poliklinikken ledes av psykologspesialist og tilbyr individualsamtaler, gruppebehandling og noe veiledning ovenfor kommuner.

Fekjærtunet overgangsboliger(FTO) er et videre bo- og behandlingstilbud mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes generelle og lokalt tilpassede tjenester. FTO består av 6 leiligheter, utformet i et tun av laftehus ca 500 m fra døgnenhet og poliklinikk. Til boligene er knyttet et tverrfaglig og tverretattlig team. Beboerne har behandlingsmessig oppfølging fra Fekjær poliklinikk og bo- oppfølging fra Sør-Aurdal kommune etter avtale med beboerens hjemkommune. FTO har nært samarbeid med NAV.

Døgnenhetens målgruppe er vesentlig voksen ungdom i aldersgruppen 18 – 35 år med ulike alvorlige psykiske lidelser som psykoser, personlighetsforstyrrelser og bipolare lidelser. En del av pasientene har tilleggsproblematikk med rus. På dagtid er pasienter og personell delt inn i to ulike behandlingsgrupper: ute- og innegrupper. I tillegg til miljøterapi og fysisk aktivitet vektlegges individual- og gruppesamtaler.

Vi har ledig to faste stillinger:

Til vår poliklinikk/ ambulant team 100% stilling:
PSYKIATRISK SYKEPLEIER

Til vår døgnenhet 100 % stilling:
PSYKIATRISK SYKEPLEIER

Vi søker etter psykiatrisk sykepleiere gjerne med videreutdanning i rusbehandling. Du bør ellers ha bred erfaring og gode samarbeidsegenskaper, være positiv, selvstendig, kreativ og samtidig fleksibel. En forutsetning er at du har lyst til å være delaktig i en innovativ, fremtidsrettet og utviklende organisasjon.

Vi kan tilby:

- Varierte arbeidsoppgaver
- Lønn og arbeidsforhold etter tariff og gjeldene overenskomster
- Moderne leiligheter til leie
- Pensjonsordning i KLP
- 6 måneders prøvetid

Ansettelse etter nærmere avtale.

Kontaktpersoner:

Ass.enhetsleder: Tor Anders Perlestenbakken, Tlf.nr: 61 34 88 00/ 91 51 34 84,
E-post: tor.anders.perlestenbakken@sykehuset-innlandet.no

PsykologspesialistG unhildH augB laksvedt: Tlf:61348840/ 41129967
E-post: gunhild.haug.blakstvedt@sykehuset-innlandet.no

Søknadsfrist 26.05

Søknad sendes elektronisk til en av kontaktpersonene eller i post til:
Fekjær psykiatriske senter, Fekjarvegen 110, 3528 Hedalen i Valdres



Bli mer effektiv på bistand i arbeidsrettede prosesser

Videreutdanning i arbeidsrettet rehabilitering 2013/14

Sentrale tema

Arbeidsrettet rehabilitering i et helsefremmende perspektiv

Mestringsfremmende kommunikasjon og veiledning

Arbeidshelse i et samfunnsperspektiv

Videreutdanningen vil gi økt teoretisk kunnskap og praktiske ferdigheter som kan bidra til å styrke arbeidsevnen til personer med nedsatt funksjonsevne. Målet er også å styrke samhandlingen mellom aktører på tvers av etater og sektorer.

Målgruppe

Fagpersoner som yter helse- og velferdstjenester til personer med nedsatt funksjonsevne på individ eller gruppenivå.

Søknadsfrist

1. juni

Arrangør:

AiR - Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering

Informasjon og søknadsskjema:
www.arbeidoghelse.no
(AiR-skolen)



Fagsykepleier - operasjons-/hygienesykepleier

Akutt klinikken, Sterilavdelingen, Sterilforsyning

Det søkes etter en positiv og faglig engasjert spesialsykepleier som skal være en ressursperson for seksjonsledere, og være delaktig i Sterilavdelingens strategiarbeid og fagutvikling. Stillingen innebærer veiledning og undervisning av medarbeidere i den daglige driften i Seksjon for Sterilforsyning og Seksjon for Sterillager, medansvar for fagutvikling og kvalitetsarbeid og deltagelse i Sterilavdelingens fagforum. 100% fast stilling.

Kontaktinfo: Tatjana Vuksic, seksjonsleder, tlf. 917 94 208 / 22 11 82 19.

Ref.nr. 1770095522

Søknadsfrist: 31.05.2013

For fullstendig annonse se: www.oslo-universitetssykehus.no

Oslo universitetssykehus er lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, regionssykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst og har en rekke nasjonale funksjoner. Sykehuset er landets største med over 20 000 ansatte og har et budsjett på 17 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for størstedelen av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.

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.

Ferievikariater

UNN har behov for sykepleiere/spesialsykepleiere/jordmødre/ annet helsepersonell i perioden uke 25 - 33 i forbindelse med ferieavvikling sommeren 2013.

Det vil være behov for vikarer ved sykehusene i Tromsø, Harstad, Narvik, Longyearbyen og ved våre distriktspsykiatriske senter.

Utfyllende utlysningstekster, kontaktpersoner, søknadsskjema, osv. finnes på www.unn.no/jobbsok

Søknadsfrist: Snarest!

frantz.no



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCEVEISSU



Nasjonalt diabetesforum 2013

Oslo Kongressenter, Folkets Hus, 21.-22. august

To intensive dager, hvor følgende temaer står sentralt:

- Den debatterte og omfattende samhandlingsreformen
- Primærforebygging av diabetes type 2
- Nytt om senkomplikasjoner ved diabetes type 1
- HbA1c som diagnostiseringsverktøy
- Avslutningsvis spennende nyheter fra forskningen

Nasjonalt Diabetesforum 2013 er godkjent av Den norske legeförening for allmenntidisin og pediatri med 17 timer, og indremedisin med 12 timer.

Nasjonalt Diabetesforum er også godkjent med 17 timer for følgende helsepersonellgrupper:

Sykepleiere, psykologer, bioingeniører, legemedarbeidere/helsesekretærer, hjelpepleiere/omsorgsarbeidere, helsefagarbeidere, foterapeuter og apotekteknikere.

Program og påmelding: www.diabetes.no/diabetesforum2013

For spørsmål vedr. konferansen kontakt organisasjonskonsulent Liv Nordby tlf. 464 46 783 eller liv.nordby@diabetes.no

diabetesforbundet

www.diabetes.no




HØGSKOLEN I BUSKERUD,
FAKULTET FOR HELSEVITENSKAP:
VIDEREUTDANNINGER
HØSTEN 2013

STYRING OG LEDELSE AV KVALITET
– 20 STP
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
DERMATOLOGISK SYKEPLEIE
– 30 STP.
SØKNAD SENDES SNAREST TIL:
KARI.EGELANDSDAL@HIBU.NO

REVISJONSLEDELSE (NB! JUNI 2013)
– 10 STP.
KUNST- OG UTTRYKKSTERAPI – NY
– 75 STP.
HELSETEKNOLOGI I SAMHANDLING MED OMSORG
– 15 STP.
HELSELEDELSE – NY
– 30 STP.
SØKNADSRIST 1.JUNI 2013.
SØK:WWW.HIBU.NO/SOKER

UTVIDET SØKNADSRIST. FÅ Plasser I GJEN

WWW.HIBU.NO/VIDEREUTDANNING



NORSK REVMATIKERFORBUND

UTLYSNING AV FORSKNINGSMIDLER

Norsk Revmatikerforbunds Forskningsfond, Marie og Else Mustads legat og Pahles legat. Vil i år 2013 etter søknad kunne gi økonomiske støtte til forskning vedrørende revmatiske sykdommer.

Forskningsfondet kan delfinansiere prosjekter, bidra med oppstart og avslutningsmidler både til drift og forskerlønn. I tillegg til vanlig utdeling har Forskningsfondet mottatt arv som knyttes til forskningsprosjekt ved bekhterevs sykdom og hjerteproblemer, stor kr. 450.000.-

Søknadsfrist er 1.10.2013.

Søknadsskjema ligger på www.revmatiker.no
Eller fåes ved kontakt med NRF, tlf. nr. 22 54 76 00.
Ved søknad om lønnsmidler vedlegges erklæring fra arbeidsgiver som kan ha arbeidsgiveransvar.
Søknaden sendes til: Norsk Revmatikerforbund,
Postboks 2653 Solli, 0203 Oslo.

Med vennlig hilsen
NORSK REVMATIKERFORBUND

11. nasjonale konferanse: Fri tid for alle!

Profesjonell tilrettelegging og betalt frivillig hjelp

Mandag 3. juni 2013

Sted: Scandic Bergen City, Håkonsgaten 5-7, Bergen
Pris: kr. 800,-

Arrangør: Høgskolen i Bergen og Helsedirektoratet

Programmet varer fra kl 9.30–16 med følgende tema:

Fritid, mening og sosial inkludering - med fokus på støttekontakter, avlastere og frivillige

Den gode deltakerspiral

ved Anne-Merete Kissow, Syddansk Universitet

Parallell A: Ungdom

- **Aktiv fritid for enslige mindreårige flyktninger** ved Anita Romsdal, Alta kommune
- **Fritid; ei skattkiste for unge med Asperger syndrom** ved Inger Helen Midtgård, Høgskolen i Bergen

Parallell B: Eldre

- **Aktivitetsdosetten** ved Lone Koldby, Stavanger kommune
- **Retten fra hjertet** (et filmprosjekt om eldre utviklingshemmedes livshistorier) ved Eli Lea, filmskaper, Flimmerfilm i Bergen

Parallell C: Gode prosjekter

- **Fengslende fritid – om å skrive bak murene** ved Annette Mattson, forfatter og skriveleærer
- **Superjazz; Vossjazz for utviklingshemmede** ved Myrna Dral og Solfrid Himle, Voss kommune
- **Fargespill** av og med musiker og arrangør Ole Hamre og deltaker, sanger og historieforteller Irene Kinunda

Oppsummering og avslutning om Fritid med mening og videreutdanningen

ved Sigrid Hødnebo, Universitetet i Agder, Inger Helen Midtgård og Berit Bereksten, Høgskolen i Bergen

Mer informasjon og påmelding:

www.hib.no/aktuelt/konferanse

Spørsmål om konferansen: Inger Helen Midtgård:

Inger.Helen.Midtgard@hib.no, tlf. 452 32 052

Berit.Bareksten@HiB.no

ahs-kursogoppdrag@hib.no tlf. 55 58 78 12



Helsedirektoratet



HØGSKOLEN I BERGEN

Det nordiske forskernettverket NICCON Network* arrangerer åpen konferanse:

RAFAELA™ SYSTEMET

– EN FORSKNINGSBASERT INNOVASJON
FOR MÅLING AV INTENSITET I PLEIE OG
OMSORG OG EVIDENSBASERT LEDERSKAP

Tid: Onsdag 05.06.2013, Kl. 09.00 - 16.00

Sted: Vitensenteret, Høgskolen i Buskerud,
Papirbredden II, Grønland 51, Drammen

Konferanseavgift: 700 kr.

Påmelding: 21. Mai 2012 til vitensenteret@hibu.no

Kontakt: lisbeth.fagerstrom@hibu.no

Se program: www.hibu.no/rafaelakonferanse



Ta en master i helse- og sosialfaglig arbeid med eldre.

Studiet er tverrfaglig.

Les mer på

www.diakonhjemmet.no/eldre



Diakonhjemmet
Høgskole

Medisinsk yoga

Utdannelse for helsepersonell

OSLO - STAVANGER - BODØ
TRONDHEIM - TROMSØ - KIRKENES

mediyoga.com +46 85 40 882 80





Fordi det er **FORSKJELL!**

I Sykepleien treffer du sykepleiere som er stolte av jobben sin og opptatt av å holde seg faglig oppdatert. Derfor får du bedre og mer motiverte søkere gjennom en stillingsannonse i Sykepleien. Sykepleiere som ønsker å gjøre en forskjell, leser Sykepleien.

Det er forskjell på jobbsøkere.

Sykepleien er medlemsbladet til Norsk Sykepleierforbund. Med 234.000 eksponeringer (GEP) når du ut til Norges utdannede sykepleiere og studenter. Les mer på sykepleien.no eller ring **02409**.

Sykepleien

VI TILBYR
UTDANNELSE
 INNEN HUDPLEIE OG
 KOSMETISK DERMATOLOGISK
 HUDBEHANDLING

I samarbeid med Høgskolen i Buskerud er vi de eneste som tilbyr utdanning for sykepleiere innen:

- **Hudpleie og dermatologi, 15 studiepoeng**
 Grundig basis hudpleieutdanning. Du lærer om hudtyper, stell av hud, diverse hudbehandlinger og om hudproblemer.
- **Kosmetisk dermatologi og hudbehandling, 15 studiepoeng**
 Du lærer om injeksjoner og fillers, laser, kjemiske peelinger og hud og ernæring. Du får også undervisning i etikk, kroppsbilde og idealer. Vi bruker anerkjente leger og sykepleiere som forelesere.



senzie
 akademiet

Mer info finner du på www.senzie.no eller ring tlf: 911 00 799.
 Du finner oss på Papirbredden kunnskapspark i Drammen.

HØGSKOLEN
 i Buskerud

Instruktør i **MEDIYOGA - medisinsk yoga**

Utdanningen går over en termin og passer sykepleiere, og andre med medisinsk kunnskap, som ønsker å lære om hvordan de underviser i enkle og virkningsfulle yoga teknikker.

Les mer på vår nettside: mediyoga.com

Nå har hele 1.250 personer tatt dette kurset i Norge og Sverige.

Bli med du også!

OSLO - STAVANGER - BODØ - TRONDHEIM - TROMSØ - KIRKENES

 **MEDIYOGA**[®]
 Forskning - Kunnskap - Utdanning





UiO : **Universitetet i Oslo**
Institutt for helse og samfunn

Ønsker du en master i
sykepleievitenskap
eller avansert
geriatrik sykepleie?

Vi har fortsatt noen
ledige plasser og
tar opp kvalifiserte
søkere fortløpende.

**Ny søknadsfrist er
1. juni 2013.**

For mer informasjon,
[http://www.med.uio.no/
ny-frist-master](http://www.med.uio.no/ny-frist-master)



Velkommen som søker!



Er du operasjonssykepleier og har lyst til å komme tilbake til yrket?

Vi arrangerer oppfriskningskurs!



I samarbeid med Utdanningscenteret i Akuttlinikken tilbyr vi oppfriskningskurs i operasjonssykepleie – generell del.

Kursstart: 19. august 2013
Kursvarighet: 1 uke

Påmeldingsfrist snarest og senest 25. juni 2013

Individuell kursdel tilpasses fremtidig stilling i Operasjonsavdelingen.

Operasjonsavdelingen tilbyr:

- Faste stillinger, dagstillinger og turnusstillinger med varierende grad av vaktbelastning
- 5 ulike operasjonsseksjoner med mange fagspesialiteter - vil bli presentert i løpet av kurset
- Virksomhet både på Rikshospitalet, Ullevål og Aker
- Kontaktsykepleier og individuelt opplæringsprogram (spesifikk del av kursprogrammet)

For spørsmål og påmelding, ta kontakt med Anne Kari A. Bø, avdelingsleder Operasjonsavd. Akuttlinikken, tlf. 911 20 779 / e-post ankabo@ous-hf.no eller Toril Stranden Langmo, rådgiver adm. Akuttlinikken, tlf. 994 21 590 / e-post bjstra@ous-hf.no

frantz.no

www.oslo-universitetssykehus.no

Oslo universitetssykehus er lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, regionssykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst og har en rekke nasjonale funksjoner. Sykehuset er landets største med over 20 000 ansatte og har et budsjett på 17 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for størstedelen av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.



Velg mediet som når alle sykepleierne!



Vi øker!
100 000
i opplag

PRISER STILLINGSANNONSER

Blad og nett	Nett
Koster 65,- kr per spaltemillimeter 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).

UTGIVELSESPLAN

Nr	Utgivelser	Materiellfrist	Utgivelsesdato
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

PRISER NETTANNONSER

Størrelse	Plassering	Format	Pris pr uke
Netboard	Under hovedsaken	580 x 200 pixler	5 000,-
Skyskraper	Venstre kolonne	180 x 500 pixler	3 300,-
Litt lavere	Venstre kolonne	180x 300 pixler	2 900,-

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 kunngjøringside.

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!

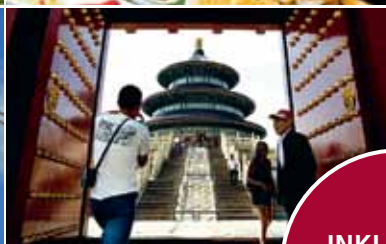
Silje Marie Torper
Markedskonsulent
silje.marie.torper@sykepleien.no
Tlf 97 09 33 54



Ingunn Roald
Markedssjef
Ingunn.roald@sykepleien.no
Tlf 91 60 38 12



Tlf. nr sentralbord: 02409



INKLUDERT
JULESHOPPING

KINA FRA NORD TIL SØR

ORIENTENS DRONNING SHANGHAI, KEISERBYEN BEIJING
OG SPENNENDE TOGREISE
– MED ALBATROS-REISELEDER, 9 DAGER

Besøk Kinas to største og mest spennende byer.

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

Informasjon og påmelding

Les mer på www.albatros-travel.no/sykepleien
info@albatros-travel.no
Vennligst opplys reisekode LR-SYK

DAGSPROGRAM

- Dag 1 Avreise fra Norge
- Dag 2 Ankomst til Beijing og Himmelske tempel
- Dag 3 Beijing. Den himmelske freds plass, Maos mausoleum, Den forbudte by og Kullhøyden
- Dag 4 Beijing. Cloisonné-fabrikk, Ming-gravene og Den kinesiske mur
- Dag 5 Beijing - Shanghai. Hutong-besøk, Sommerpalasset og hurtigtog til Shanghai
- Dag 6 Shanghai. Jinmao, Yuyan-basaren, The Bund og seilas på Huangpu-elva
- Dag 7 Utflukt til tradisjonell kanalby og akrobatikshow
- Dag 8 Tid på egen hånd og avskjedsmiddag
- Dag 9 Shanghai – Norge

AVREISE 12. NOVEMBER 2013

KUN KR. **12.990,-**

Tillegg for enkeltrom: kr. 1.690,-

EVENTYRPRIS!



PRISEN INKLUDERER

- Norsk/svensk reiseleder
- Fly Oslo – Beijing og Shanghai – Oslo med SAS
- Utflukter og entreer ifølge program
- Innkvartering på gode hoteller i delt dobbeltrom
- Hurtigtog Beijing – Shanghai
- Helpensjon unntatt lunsj dag 8
- Skatter og avgifter



Reis med oss – Albatros

Rundreiser med reiseleder. Mer enn 25 års erfaring!
Besøk oss på www.albatros-travel.no
Man-fre 8:30-17:00

Spar opp til 30% - På populære modeller til arbeid og fritid!

Hos Praxis presenterer vi deg nå for våre spennende nye modeller og velkjente klassikere. Modeller som gir deg følelsen av velvære enten det er på jobb eller i fritiden - uten å gå på kompromis med kvaliteten - men til meget fornuftige priser.



Modell 25130 Amsterdam
Dame sandal med mulighet for regulering av hælrem og over vristen.
Kvalitet: Imitert skinn med innersåle av ekte skinn.
Sort: Str. 37 - 41
Hvit: Str. 36 - 42
Normalpris 299,-



Modell 25180 Monaco
Dame-/herresandal med borrelåslukking.
Kvalitet: Imitert skinn med innersåle i mikrofiber.
Farge: Sort - Hvit
Størrelse: 36 - 46
Normalpris 329,-



Modell 25080 Lisboa
Damesandal med tåstropp og borrelåslukking.
Kvalitet: Ekte skinn
Farge: Sort - Hvit
Størrelse: 36 - 42
Normalpris 349,-



Fritt valg
- 2 par kun
500,-

Modell 25220 Bari
Damesandal med tåstropp. Mulighet for regulering av hælrem og over vristen.
Kvalitet: Imitert skinn med innersåle av ekte skinn.
Farge: Rød - Sand - Blå
Størrelse: 36 - 42
Normalpris 299,-



Modell 25210 Napoli
Ballerinascho med borrelåslukking over vristen.
Kvalitet: Imitert skinn
Farge: Hvit
Størrelse: 36 - 41
Normalpris 329,-



Modell 25200 Verona
Dame sportssko med elastisk snoring med stropper.
Kvalitet: Imitert skinn
Sort: Str. 36 - 41
Hvit: Str. 38 - 41
Normalpris 329,-



Modell 25230 - Pisa
Damesandal med borrelåslukking.
Kvalitet: Imitert skinn
Farge: Sort/grå - Grå/blå
Størrelse: 36 - 42
Normalpris 229,-



2 par kun
350,-

Praxis topp modell - med ekstra myke såler

Modell 25090 - Paris
Damesandal med mulighet for regulering av hælrem og over vristen.
Kvalitet: Ekte skinn
Sort - Hvit: Str. 36 - 42
Blå/grå: Str. 38 - 42
Normalpris pr. stk. 449,-



2 par kun
800,-

"Da denne modellen er liten i størrelsen, anbefaler vi at du bestiller ett nummer større enn du normalt bruker".

Du kan fritt velge mellom alle varene på siden og får selvfølgelig rabatt på alt - bare du bestiller minimum 2 par. Tilbudet gjelder til 30.06.13 og du har full bytte- og returrett i 30 dager. Porto/oppkravsgebyr på kr. 129,- kommer i tillegg. Du kan spare kr. 39,- i oppkravsgebyr dersom du velger å betale med Visa på hjemmesiden

Bestill på 57 69 46 00 eller www.praxis.no
- hvor du kan se hele kolleksjonen med klær og fottøy - til arbeid og fritid!

Praxis
Arbeids- og Fritidsklær AS
Sjøtun Næringspark
6899 Balestrand