

7 2013
30. mai 2013
101. årgang

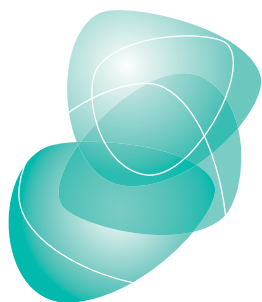
Sykepleien

Vil jobbe mer **12**
Student på sparebluss **30**
Smerte på alvor **38**

Livet på vent

Mens asylbarna venter, passer helsesøster på helsen deres. **14**





sorbact[®]
green wound healing

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

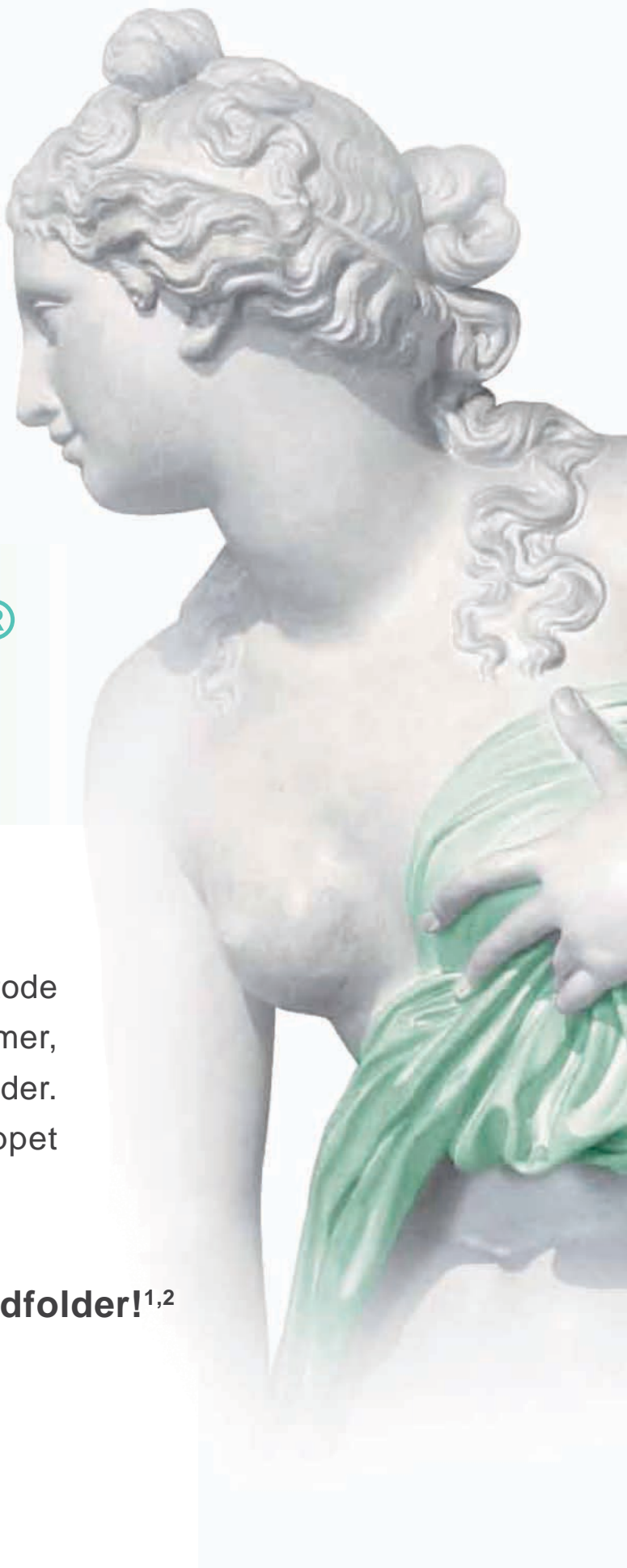
Sorbact-metoden er en effektiv og sikker metode som binder og eliminerer patogene mikroorganismer, så vel i sår som ved soppinfeksjoner i hudfolder. Sorbact-metodens effekt bygger på prinsippet hydrofob interaksjon.

- **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



Natusan® first touch. Utviklet for den nyfødte hudens unike behov.

Forskning viser at spedbarnshud er nesten en tredel tynnere enn voksen hud¹ og at den mister fuktighet raskere.² Dessuten får 60 prosent av spedbarna tørr hud i løpet av det første leveåret,² og opp til 50 prosent får utslett på stumpen i løpet av bleiealderen.³

Hudpleieproduktene i serien Natusan first touch er utviklet spesielt for den nyfødte hudens unike behov og inneholder verken parfyme eller fargestoffer. Bak Natusan ligger et omfattende dokumentasjonsarbeid og mer enn 60 års klinisk erfaring.



Dokumentert mild for huden
Test av ingrediensene
Test for sikkerhet og toleranse
Dermatologisk testet



No More Tears® – Mild mot øynene
Test av ingrediensene
In vitro-tester, irritasjon og tåreflom
In vivo-tester, irritasjon og kløe



Sinksalve og Vaske servietter

¹Stamatas GN et al. Infant skin microstructure assessed in vivo differs from adult skin in organization and at the cellular level. *Pediatric Dermatology*, 2009; July/Aug issue.

²Nikolovski J, et al. Barrier function and water-holding and transport properties of infant stratum corneum are different from adult and continue to develop through the first year of life. *J Invest Dermatol* 2008; 128:1728–36.

³Atherton D, Mills K. What can be done to keep babies' skin healthy? *RCM. Midwives* 2004;7:288–290.



Natusan® – Den nordiske barnehudeksperten



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





Tema: Asylbarna

- 14 Vil bli i Norge
- 16 – Jeg kan ikke reise hjem, det er ingen der for oss.
- 22 – Vi kan bli opprørt
- 23 Slik er asylprosessen



14

Innhold

7 2013 Sykepleien

«Granatkastingen til Bratten er til hinder for dialog mellom partene.» Eli Gunhild By, side 62.

Hva skjer

- 6 Aksjonisten
- 8 Hva skjer – smånytt
- 10 – Vi må øve på katastrofer
- 11 Vi bare spør Tore Kobberød
- 12 Sykepleiere vil jobbe mer

Der ute

- 24 Nyheter fra utlandet
- 26 Telemedisinsk stell av trykksår
- 29 – Også sykepleiere tvinges til å jobbe
- 30 Student på sparebluss
- 33 Storbritannia suspendert fra ICN
- 34 Øyeblikket: Frankrike
- 36 Min jobb: Inger Semmingsen

Fag og bøker

- 38 Kartlegging av smerte ga økt refleksjon
- 42 – Gode ledere inkluderer
- 44 Hva sykepleiere bør vite om dengue
- 48 Fagnyttig
- 50 Forfatterintervju: Ragnhild Eidem Krüger
- 52 Bokanmeldelser
- 54 Mangler kontroll over sykehusinfeksjoner
- 57 Fagnotiser
- 58 Etikkk: Berit Daae Hustad
- 60 Quiz og kryssord

Mennesker og meninger

- 62 Eli Gunhild By om arbeidsgiverne
- 63 Meninger
- 66 Kronikk: Tone Hestad Storebø
- 68 Innspill: Cecilie P. Øyen
- 70 Tett på Per Fugelli
- 74 Paragrafrytterne
- 75 Stillingsannonser
- 80 Kunngjøringer



Si din mening på sykepleien.no 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/**kontakt**. Her finner du også Sykepleiens formålsparagraf.

ISSN 0806 – 7511

Repro og trykk:
Color Print A/S



44 Sprer dengueinfeksjon til millioner.



70 Ber sykepleiere lese Machiavelli.



26

«Jeg slipper å reise fra Aurskog til Sunnaas.»



Den følsomme elefanten

Har Fremskrittspartiet et poeng i at det ikke kan være så farlig å bruke litt mer av oljepengene i Norge?

Bedre veier. Flere tog og lærere. Bedre eldreomsorg og kortere ventetider på sykehuset. Nesten alt skal bli bedre og flere når partiene nå lader kanonene rett før valgkampen braker løs. Og til forskjell fra de fleste andre land, har vi råd til det.

Pablo Picasso sa en gang at han gjerne ville leve som en fattig mann med mye penger. For ham var det ikke om å gjøre å glitre med formuen, men kunnskapen om den positive utviklingen på kontoen var likevel beroligende. Andre vil påstå at du ikke er rik før du har noe som ikke kan kjøpes for penger. For Norge sin del kan begge utsagn være dekkende. Vi liker det nøkterne, jordnære. Å breie oss er ikke noen nasjonalsport.

Det er noe av grunnen til at alle partiene, bortsett fra Fremskrittspartiet, bekjenner seg til den såkalte «handlingsregelen». Den trekker en slags grense mellom fornuftig pengebruk og uansvarlig sløsning. Visst har vi mange ønsker, både når det gjelder helsen, skolen, veiene, kulturen, jordbruket og distriktene. Men vi skal bruke pengene med måte.

Kort fortalt skal handlingsregelen forhindre at økonomien i Norge blir overopphøyet, at lønningene fyker i været, at produktene våre blir ubetalbare og tjenestene våre blir avhengige av

billig arbeidskraft utenfra. Vår nøkternhet skal altså beskytte oss mot senere fordervelse.

Men er det så enkelt? I 2013 regner Sigbjørn Johnsen med å bruke 123 milliarder kroner fra oljefondet til å få statsbudsjettet (minus oljeinntekter) i balanse. Disse pengene skal helst ikke utgjøre mer enn fire prosent av det oljefondet var verdt i januar. For grensen går ved fire prosent, det er alle partiene, bortsett fra Frp, enige om.

Oljefondet er nå på 3825 milliarder kroner. Så faktisk bruker vi kun 3,25 prosent av dette i år. Vi kunne ha brukt 28 milliarder mer, uten å bryte handlingsregelen! Og enda er det langt igjen til et beløp som tilsvarer Norges oljeinntekter bare i 2013. De er beregnet til svimlende 377 milliarder kroner.

Dette er fristende penger, særlig i en valgkamp. Handlingsregelen skal få oss til å se strenge og edrue ut, men strenghet er ikke det som står i høysetet når velgerne skal tekkes. Da lokker tilbudene bedre. Mens politikerne til vanlig maner til måtehold og oppfordrer til tøffe prioriteringer, er valgkampen en arena hvor slusene åpnes inn mot herlighetene. Den ene dagen innføres maks-grense for hva livsforlengende behandling skal koste. Men alle får tilgang til det aller dyreste når velgernes dom nærmer seg.

Handlingsregelen skal få oss til å besinne oss uansett hvem som sitter i regjeringen. Den skal sette edrueheten i system. Men ærlig talt, den er vanskelig å forstå og faktisk også temmelig tilfeldig.

I praksis har få regjeringer klart å holde oljepengeforbruket innenfor det handlingsregelen tilsier. Under finanskrisen brukte regjeringen plutselig svært mye mer penger. Jens forklarte dette med at man må «gi gass i motbakke og bremse i nedoverbakke». Men det kan også tolkes slik at den nye handlingsregelen er at handlingsregelen kan brytes når det er krise. Hva



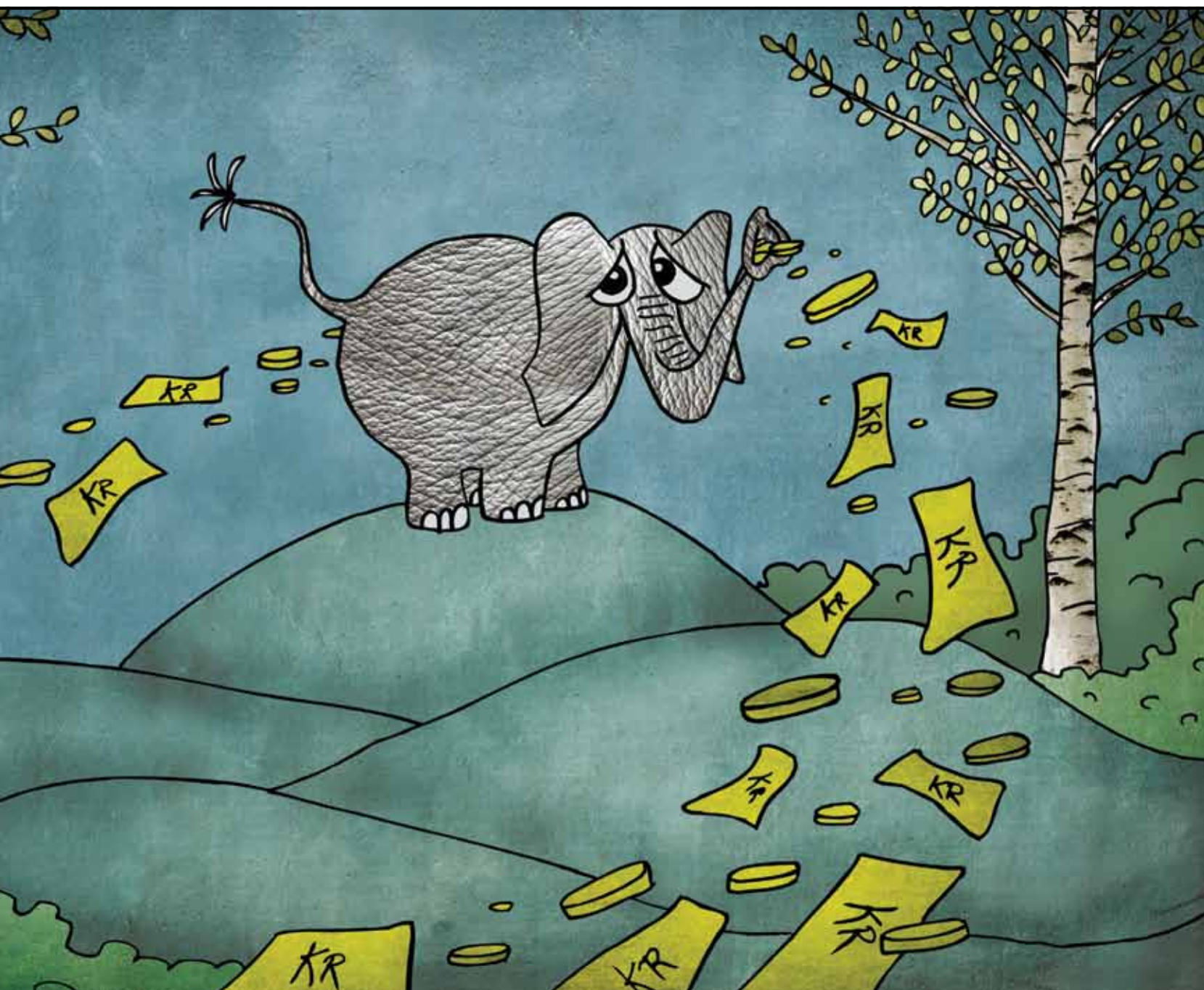
som er en krise, kan det være delte meninger om. Arbeiderpartiet kaller Fremskrittspartiet «uansvarlig» når Siv vil avvikle bompengene og fullfinansiere eldreomsorgen med oljepengene. Men det samme er plutselig ansvarlig når partiet selv sitter ved rattet i vanskelige tider.

Penger er akkurat som sex, mente den amerikanske forfatteren James Baldwin. «Hvis du ikke har det, tenker du ikke på annet, men når du har det, tenker du på helt andre ting.» Det forklarer kanskje Fremskrittspartiets dilemma. De vil gjerne komme i posisjon og lover derfor å løse alle våre problemer med pengene vi tross alt har. Men folk flest aner at den varslete festen kan skaffe oss en ny hodepine, som kanskje er verre enn den vi har nå.

Mens noen allerede har tatt til orde for å stram-

Sagt & ment

– Jeg anbefaler Erna å bli litt rausere og forsiktigere, sier Frp's Siv Jensen til Aftenposten, etter at Høyre-lederen konstaterte at forslaget om å finansiere eldreomsorgen via folketrygden bare vil føre til kaos. Forsiktighet er tydeligvis en dyd som Jensen setter høyt.



me inn handlingsregelen ytterligere, begrunner Fremskrittspartiet sin finanspolitikk med at økt bruk av oljepengene ikke nødvendigvis fører til katastrofer, så lenge de brukes fornuftig til investeringer, for eksempel i infrastruktur og kunnskap. Der har de et poeng. Også Dine Penger-redaktør Tom Staavi mener at man må skille mellom forbruk og investeringer. Det første vil selvfølgelig føre oss til helvete. Men om mer av oljepengene hadde blitt brukt til å gi helsetjenesten et glimrende og enhetlig datasystem for sikker utveksling av pasientinformasjon, så hadde Oslo Børs ikke grått av den grunn. Og om pengene hadde blitt brukt til å utdanne flere og dyktigere leger og sykepleiere, så hadde ikke det satt i gang noen grinende inflasjonsspiral.

Å ha et oljefond er som å eie en følsom elefant. Så lenge du er venn med den, kan du leve riktig høyt. Men blir du uforsiktig, kan du bli tråkket i hjel. Det er lett å tenke seg at mer penger til sykehus ville gitt kortere ventetider og bedre behandlingstilbud, og at mer penger til kommunene ville gitt flotte sykehjem på ethvert gatehjørne. Men mer penger hadde ikke gitt flere mennesker eller løst noe som helst bare fordi det er en økning. Det viser blant annet pengestrømmen til norske sykehus: Fra 2002 til 2013 ble bevilgningene til helsefor- etakene mer enn doblet. Også overføringene til kommunene har økt voldsomt. Men få vil påstå at alle problemene dermed ble løst. Tvert om. De fleste er fortsatt misfornøyde, om enn med varierende argumenter. Noen synes det er

«Å breie oss er ikke noen nasjonalsport.»

altfor mye oppmerksomhet på budsjettstyring. Andre mener det er en skam at Norge teller penger når våre liv står på spill.

Money can't buy me love, sang the Beatles I 1964. De ble jo rike på den låten, men ideen gjelder fortsatt. Bortsett fra i valgkampen. Da kan penger være nok for en kortvarig forelskelse. ■■■

Handwritten signature

Ny prehospital sjef

– Det blir spennende. Jeg er så motivert som jeg kan bli. Det blir moro å delta i videreutvikling av de prehospitaltjenestene spesielt og foretaket generelt, sier Jørgen Nilsen, ny sjef for prehospitaltjenester i Helse Finnmark til helsefinnmark.no.

Nilsen trer inn i stillingen 1. august. I dag jobber han som flysykepleier 30 prosent på luftambulansen i Alta, intensivsykepleier 50 prosent på Hammerfest sykehus og 20 prosent som hovedverneombud for prehospitaltjenester.



Foto: Colourbox

Arresterte falsk sykepleier

To spanske kvinner i 30-årene utga seg for å være sykepleiere ved en gynekologisk avdeling ved Hospital de Sant Joan i Alicante (bildet). Det skriver spaniaavisen. no. De hadde på seg sykepleieruniform, men hadde ikke identifikasjon.

De falske sykepleierne gikk inn på rommene til mødre som akkurat hadde født og spurte om de kunne gå inn på toalettet og avgiv en urinprøve, skriver avisen. Allerede den første damen de spurte slo alarm. Politiet fikk tatt den ene av de falske sykepleierne. Ifølge nettavisen vet ikke politiet hva kvinnene ville oppnå med å få mødrene bort fra de nyfødte babyene



IMPLANTATER: Gjør det vanskeligere å se på mammografi. Foto: Colourbox

Forsinker diagnose

Brystimplantat kan øke faren for sen diagnostisering av brystkreft, ifølge kanadiske forskere. Det skriver nrk.no. Kvinnene med implantat har 26 prosent høyere risiko for at kreften blir oppdaget på et senere stadium. Forskningen som viser dette, er publisert i British Medical Journal.

Forskerne har gått gjennom 12 brystkreftstudier fra 1993 og fram til i dag. De påpeker at resultatene må leses forsiktig – materialet i denne sammenhengen er lite.

Forskerne fant også at brystkreftpasienter med implantat i brystene hadde 38 prosent høyere risiko for at kreften får dødelig utfall. Rekonstruksjon etter fjerning av bryst foregår i Norge med implantat eller med eget vev.

Hva skjer

Les mer om:

- 10** – Vi må øve på katastrofer >
- 11** Så broen rase sammen >
- 12** Sykepleiere vil jobbe mer >

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers**
aknbh@sykepleien.no

sykepleien.no

Les mer om sommeravvikling på
sykepleien.no



TUNGE LØFT: Kostnadene for muskel- og skjelettlidelser er høyest i spesialisthelsetjenesten med totalt 7,7 milliarder kroner. Foto: Colourbox

Slitasje koster

Skader, sykdommer og plager knyttet til muskel- og skjelettsystemet koster rundt 70 milliarder kroner hvert år.

Det går fram av et samfunnsøkonomisk regnestykke Foreningen Muskel- og Skjelett Tiåret i Norge har fått utarbeidet.

Vel 75 prosent av alle voksne i Norge opplever smerter eller plager fra muskel- og skjelettsystemet (MUSSP) i en eller annen form i løpet av en måned. Det meste av dette er lette plager som ikke krever behandling. Det er imidlertid en betydelig del av befolkningen som har kroniske smerter. Fire av ti sykmeldte og tre av ti uføretrygdete i Norge har diagnoser knyttet til MUSSP.

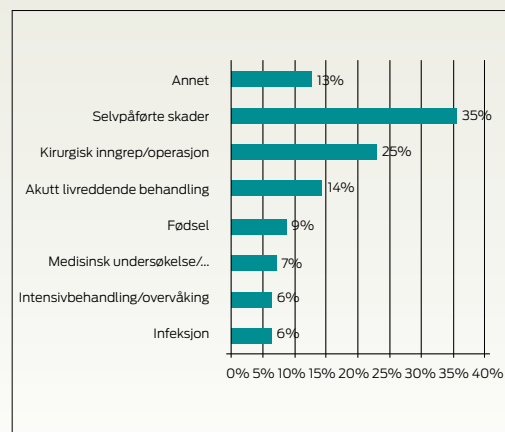
Kilde: sykepleien.no

Mange selvpåførte skader

En av tre alvorlige og uforutsette hendelser som er meldt til Statens helsetilsyn, er selvpåført.

45 av 144 meldte hendelser var selvpåførte skader: Selvmord, selvmordsforsøk, selvskadning, overdose og inntoks. Kirurgisk inngrep/operasjon var den nest største gruppen.

Gruppen «annet» inkluderer bruk av legemidler, bruk av medisinsk utstyr, drap, vold, fall, medisinsk forskning og medisinsk behandling.



Kilde: Statens helsetilsyn



OVERSIKT: Enkelte får testet ut kjernejournal etter sommeren.
Foto: Colourbox

Kjernejournal etter sommeren

Er du folkeregistrert i Trondheim, Melhus, Malvik eller Klæbu? Da får du din egen kjernejournal i august. Helsepersonell i samme område skal begynne å bruke journalen i november.

Kjernejournal er en ny elektronisk løsning som samler viktige opplysninger om helsen til den enkelte innbygger på ett sted. Til høsten skal kjernejournal prøves ut på trøndere i pilotkommunene. Alle kan nå som helst reservere seg fra kjernejournal, og de som bor på hemmelig adresse blir automatisk reservert fra å være med.

I august starter pilotprosjektet med at personopplysninger blir lagt inn i journalen. Reseptpliktige legemidler man henter på apoteket, blir også registrert. Man kan logge seg inn i sin egen kjernejournal og registrere navn på personer man ønsker skal kontaktes i en akutt situasjon, og det er mulig å legge inn spesielle opplysninger, som at man er blind, trenger tolk eller lignende. Etter planen skal kjernejournal utprøves i stavangerområdet i 2014.



MODERNISERES: Nytt nødnett krever nytt helseforetak. Foto: Colourbox

Nødnett som helseforetak

Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett er etablert som nytt helseforetak. Helse Sør-Øst RHF Nødnettet er det nye landsdekkende digitale radiosambandet for nød- og beredskapsstatene.

– Det nye helseforetaket er et driftssenter for helsetjenestens bruk av nødnettet. Helseforetaket har brukerstøtte, overvåkning og feilretting hele døgnet – hele året. Det skal yte bistand til helsepersonell som jobber på legevakt, AMK, ambulanse og akuttmottak i kommuner og helseforetak, sier styreleder i Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett, Steinar Marthinsen på Helse Sør-Øst sine hjemmesider.

Det nye helseforetaket er nasjonalt, eid av de fire regionene i fellesskap.

TERAPI av Bodil Rønhaug



Meninger fra www.sykepleien.no

– Trykksår kan enkelt forebygges

Se og lær av Danmark! Det er på høy tid at vi i Norge også kan tilby våre pasienter dette tilbudet på alle sykehus. Dette er en mye bedre måte å spare penger på, enn ved å kutte i investeringer og å ha færre ansatte. Medl. 490128

Lite tid til pasientene

Mitt hovedfokus for å bli sykepleier var pasientens beste, noe jeg tror gjelder de fleste av oss. Etliske dyder som bl.a. barmhjertighet, og respekt ift. pasienten tror jeg de fleste av oss hegner om. Men hvor er dyden mot? Er vi fortsatt der hvor det viktigste er at «lakenet er på strekk» før legevisitten kommer, i overført betydning? I kommunen der jeg bor kutter de nå grovt i antall stillinger for miljøterapeuter. Omsorgen og ivaretagelsen av den enkelte pasients behov forvitres. Vi må si ifra! Økonomene på toppen må vekk som enerådende forvaltere av helsetjenesten. Hvordan kan vi sykepleiere bidra til å rette opp denne skjevutviklingen?

May Bente Hagen

– Vi må øve på katastrofer

Sykepleierne som jobbet under og etter terrorangrepet 22. juli 2011, er fornøyd med egen innsats og kompetanse. Tekst Kari Anne Dolonen og Anners Lerdal

Sykepleierforbundet har undersøkt sykepleiernes rolle under terrorangrepet 22. juli 2011. Alle medlemmene i Norsk Sykepleierforbund (NSF) ble bedt om å delta i undersøkelsen. Det er Nordlandsforskning som analyserer funnene.

Kari Bugge, fagsjef i NSF, presenterte et knippe ferske og foreløpige resultater fra undersøkelsen på den internasjonale sykepleierkongressen ICN i Melbourne i Australia som ble arrangert i mai.

Flest med spesialutdanning

990 sykepleiere som hadde vært involvert i helsetjenesten til berørte, svarte på spørreundersøkelsen. 14 prosent var menn. Mer enn 70 prosent av sykepleierne hadde spesialutdanning, de fleste innen psykiatri, akuttmedisin og helsesøsterutdanning.

41 prosent av sykepleierne var på jobb, 27 prosent ble kalt inn, 19 prosent ble kalt inn mens de var på ferie, 10 prosent meldte seg frivillig.

Mange av sykepleierne som var på jobb denne dagen jobbet i akuttmottak. En god del jobbet i kommunehelsetjenesten og skolehelsetjenesten.

Hva gjorde de mest av?

Flest sykepleierne svarer at de jobbet mye psykososialt og med oppfølging av pårørende og venner.

– Triage, førstehjelp, assistering under operasjoner, rehabilitering og organisering av hjelpearbeidet havnet også høyt oppe på listen over



PÅ JOBB 22. JULI: 70 prosent av sykepleierne som jobbet under og etter terrorangrepet hadde spesialutdanning, viser en ny rapport. – Katastrofearbeid må inn i utdanningene og i helsevesenet, mener Kari Bugge, fagsjef i Norsk Sykepleierforbund. Foto: Susanne Dietrichson.



Terrorangrepet:

- ▶ 8 mennesker ble drept ved regjeringsbygningen og 10 personer fikk livstruende skader.
- ▶ 69 personer ble drept på Utøya. 21 ungdommer fikk livstruende skader.
- ▶ 133 personer ble hardt skadet, 90 i Oslo og 43 på Utøya.
- ▶ 500 overlevende fikk traumer etter opplevelsen.

Fornøyd med egen kompetanse

– Sykepleierne sier de følte seg kompetente til å håndtere utfordringene 22. juli og var fornøyd med egen innsats.

På spørsmål om hvor de hadde ervervet den nødvendige kompetansen, svarte de fleste «gjennom praktisk erfaring».

– Over halvparten av sykepleierne svarte at kompetansen etter endt grunnutdanning ikke var tilstrekkelig for denne typen jobbing, sier Bugge.

– Må bli bedre på oppfølging

2 av 3 sykepleiere svarte at de ikke hadde fått tilbud om individuell oppfølging eller gruppesamtale. Av dem som ble tilbudt oppfølgings-samtaler, takket om lag halvparten ja til tilbudet.

– Vi trenger kompetanse om og øvelser på krise og katastrofearbeid både i utdanningene og i helsevesenet. Vi må bli bedre på å følge opp sykepleiere etter kriser og katastrofer, sier Bugge.

Flere funn fra undersøkelsen vil bli offentliggjort etter hvert som Nordlandsforskning er ferdige med sine analyser. ■■■

kari.anne.dolonen@sykepleien.no

«2 av 3 sykepleierne svarte at de ikke hadde fått tilbud om oppfølging.»

arbeidsoppgaver sykepleierne gjorde mye av, sier Bugge.

Hvor lenge var de involvert?

Halvparten av sykepleierne svarte at de var ferdig med sine pasienter innen tre uker etter angrepet.

▶ 37 prosent var involvert i arbeidet med disse pasientene de første seks dagene etter angrepet, mens 15 prosent var involvert kun i en dag.

▶ 46 prosent var involvert i oppfølgingsarbeidet i en mer enn en måned

▶ 22 prosent var ferdig med oppfølgingsarbeidet i løpet av seks måneder.

▶ 16 prosent var involvert i over ett år og 13 prosent jobber fremdeles med disse familiene og involverte.

▶ 90 prosent av sykepleierne svarte at arbeidsstedet hadde planer dersom det skulle skje en katastrofe eller krise.

Tore Kobberød

Aktuell som: Sykepleier som nesten mistet livet i brokollaps.

Alder: 50 år

BAKGRUNN:

8. mai raste en bro sammen over bilveien i Trondheim. En anleggsarbeider og en kvinne i bil omkom. Sykepleier Tore Kobberød så bilen foran seg blir begravd. Adresseavisen intervjuet ham to dager etterpå. Tittelen var: «Ett sekund fra døden.»

Nær døden

Hva skjedde?

– Jeg hadde hatt fagdag med kriseteamet i Trondheim kommune og var på vei hjem. Da jeg nærmet meg broen, så jeg konstruksjonen svaie. Så raste broen sammen med et kjempebrak. Bilen foran ble dekket av bygningsmassene.

Hvordan reagerte du?

– Jeg bremsset helt automatisk. Jeg så en jernbjelke komme, og hev bilen i revers. Jeg fattet ikke hva som hadde skjedd. Sjåførene bak meg så at det raste i sakte kino. Jeg syntes det gikk fort.

Du fikk testet at refleksene er i orden?

– Ja. Etterpå virket det som jeg satt der lenge, men det gikk bare noen sekunder. Da jeg kom til meg sjøl, tenke jeg å ringe 113, men jeg så at han bak allerede var i telefonen. Da var det bare å se seg rundt om noen trengte hjelp.

Det klarte du?

– Det skjer instinktivt, tror jeg. Ved en såpass heftig ulykke kommer automatikken inn. Vi gikk fram der det hadde rast. Jeg var 100 prosent sikker på at det var en bil under der. Men da politiet spurte meg, begynte jeg å tvile, selv om jeg egentlig var sikker. Jeg sa jeg håpet at jeg tok feil. Da vi lyste med lommelykt, så vi en refleks fra baklykten.

Du skjønnte at sjåføren ikke hadde overlevd?

– Jeg så jo kreftene. Det ville ikke vært mulig. Bilen var trykt sammen til 30–40 centimeters høyde. Forhåpentligvis merket ikke den omkomne noe. Det har gått fort.

Reagerte du etterpå?

– Dagen gikk fort. Jeg hadde samtaler med politiet og helsepersonell. De ønsket sterkt at vi som var der, skulle treffe kriseteamet. Jeg visste at det ikke var noen løsning å gå hjem uten debriefing. Så på Royal Garden møtte jeg kriseteamet jeg hadde hatt fagdag med tidligere på dagen.

Oj, hvordan var det?

– Helt greit. De lurte på hvorfor jeg var der. Og jeg tenkte på hvem som var i bilen

foran meg, om det var noen kolleger. Da jeg var hjemme i nitiden, begynte det som hadde skjedd å sige inn.

Hva gjorde du da?

– Jeg var flink, for allerede dagen etter dro jeg til ulykkesstedet. Det var terapi. Jeg har pratet masse med samboeren, og kollegene har vært fantastiske.

Hva jobber du med?

– Ambulant boveiledning innen rus og psykiatri. Tidligere jobbet jeg på akuttpost på Østmarka.

Trives du i yrket?

– Stortrives.

Kan du bruke denne erfaringen profesjonelt?

– Det tror jeg. Jeg har erfart hvor viktig det er å prate etter noe såpass traumatisk. Å oppsøke hjelp er ikke et nederlag. Man takler det så forskjellig.

Du har vært på stedet to ganger?

– Nå går det greit. Men andre gangen kjente jeg fortsatt en liten skjelving.

Da ble du intervjuet?

– Det satt langt inne. Men jeg tenkte det var god bearbeiding. Jeg var lettet og glad etterpå.

En nær-døden-opplevelse, sa du i avisen?

– Jeg tenker hvor tilfeldig livet er. Man vet ikke hva dagen bringer. Jeg har sagt til meg selv: Gjør det beste ut av dagen, ikke planlegg så langt fram. Jeg har vært alvorlig syk. Men det var noe annet.

Hvordan?

– Som 22-23-åring hadde jeg kreft, men jeg var så bestemt på å bli frisk. Jeg stolte på helsepersonellet og tenkte ikke på at jeg kunne dø. Men denne gangen var det sekunder før.

Er du religiøs?

– Ikke i det hele tatt. Jeg tenker kun at det var flaks. ■■■



Tekst Marit Fonn

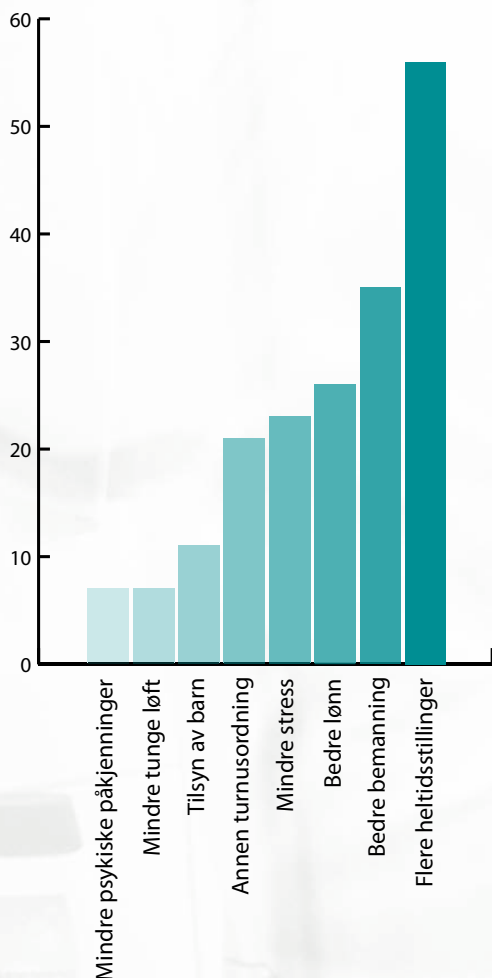
Foto Lena Knutli

marit.fonn@sykepleien.no

Sykepleiere vil jobbe mer

Jobber deltid og liker fritid. Noen mener det er en typisk norsk sykepleier anno 2013, men nye tall viser at mer enn tre av fire sykepleiere jobber 80 prosent stilling eller mer. Tekst Bjørn Arild Østby

Hva som skal til for at deltidsarbeidende vil jobbe heltid:



Mars utførte NorgesBarometeret en undersøkelse blant Norsk Sykepleierforbunds (NSF) medlemmer. Flere av spørsmålene var knyttet til heltid og deltid: Hvor mye jobber de? Ønsker de høyere stillingsbrøk? Hva skal til for å jobbe heltid?

Yrkesaktive sykepleiere

Yrkesaktiviteten blant sykepleierne i KS-området og Spekter som i dag er medlemmer av Norsk Sykepleierforbund (NSF), er høy. Kun 1 prosent oppgir at de ikke er i jobb.

Seks av ti sykepleiere svarer at de er ansatt i hel stilling, mens de resterende fire går i del-

var ansatt i deltidsstilling: Ønsker du å jobbe i en høyere fast stillingsbrøk?

Andelen som svarer at de ønsker å jobbe mer, har holdt seg rimelig konstant de siste fem årene og var ved siste medlemsundersøkelse 38 prosent.

En god del av de deltidsansatte sier at de ønsker å øke stillingsbrøken, men hvor mye kunne de tenke seg å jobbe? Nærmere to tredeler av dem som ønsker høyere stillingsbrøk svarer hel stilling. Tre av ti svarer at de ønsker å jobbe et sted mellom 61 og 99 prosent stilling. Kun 2 prosent vil jobbe mindre enn 40 prosent.

Mange av sykepleierne som i dag jobber del-

«Tre av fire sykepleiere jobber 80 prosent stilling eller mer.»

tidsstillinger. Av dem som har deltidsstilling jobber 3 prosent så mye ekstra at de oppnår en 100 prosent stilling. Det betyr at andelen sykepleiere som i dag jobber deltid er 37 prosent.

Blant dem som oppgir at de per mars i år jobbet mindre enn 100 prosent, svarer 39 prosent at de har en stillingsbrøk mellom 80 og 99 prosent.

Det betyr at mer enn tre av fire sykepleiere jobber 80 prosent stilling eller mer. Kun 5 prosent oppgir at de er ansatt i stillingsbrøk under 40 prosent.

Åpne for å jobbe mer

Følgende spørsmål ble stilt sykepleierne som

tid ønsker heltid (63 prosent). Men hva har de selv gjort for å få en hel stilling? Har de for eksempel i løpet av det siste året gitt uttrykk for ønske om heltid overfor arbeidsgiver uten å ha fått tilbud? Her svarer hver tredje at det er tilfellet. Det store flertall har imidlertid holdt dette ønsket for seg selv.

Noen sier nei takk

Hvorfor velger enkelte sykepleiere ikke å arbeide heltid?

«Ønsker mer fritid», svarer fire av ti sykepleiere som ble stilt dette spørsmålet. Det er den viktigste grunnen til at de jobber deltid. Andre grunner er omsorgsansvar (37 prosent),

for mye stress (32 prosent) og ønske om mer fleksibilitet (29 prosent). På alle disse områdene har det vært en liten økning sammenliknet med tidligere undersøkelser.

Få har imidlertid krysset av på svaralternativet «For dårlig økonomisk utbytte». Kun 12 prosent svarer at dårlig lønn er grunnen til at de ikke ønsker å arbeide heltid. Det er heller ikke mange sykepleiere som har krysset av for tunge løft (8 prosent). Det kan muligens forklares med at de som har svart, jobber i mindre belastende deltidsstillinger.

Flere heltidsstillinger

Sykepleiere som jobber deltid er også spurt om hva som skal til for at de velger å arbeide heltid.

«Flere heltidsstillinger», svarer vel halvparten av sykepleierne (56 prosent). Det er dob-

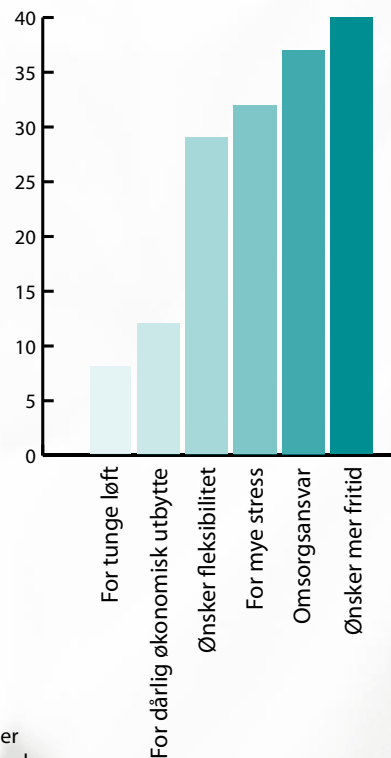
belt så mange som i undersøkelsen i 2012. Skal arbeidsgivere ha håp om å få flere sykepleiere til å jobbe heltid, bør de starte med å opprette heltidsstillinger, ifølge sykepleierne. En annen utfordring for arbeidsgiverne er grunnbemanningen. Hvis den økes, kan det gjøre at flere sykepleiere velger å arbeide heltid. Det svarer i alle fall hver tredje deltidsansatt.

Hva med høyere lønn? Vil det bidra til at deltidsansatte vil vurdere å arbeide heltid? Ja, svarer hver fjerde sykepleier. Det er lavest skår siden undersøkelsene startet. I 2008 svarte over halvparten at lønn var viktigst.

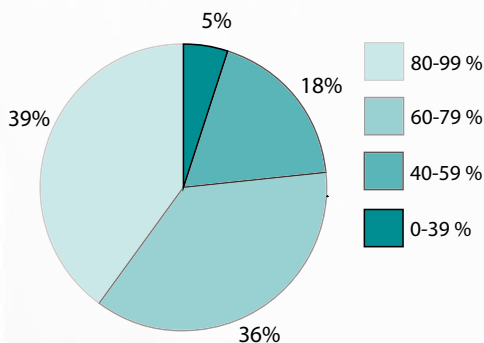
Når det gjelder tilsyn av barn, mindre stress og mindre tunge løft i jobben, er dette av liten betydning og betyr stadig mindre. ■■■

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

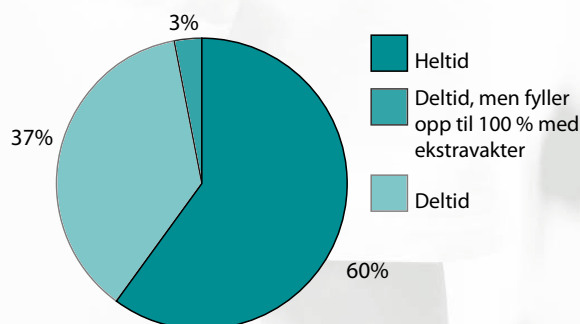
Av hvilke grunner vil deltidsarbeidende ikke jobbe mer:



Av deltidsarbeidende, hvor høy stillingsbrøk jobber de?



Hvor stor andel av sykepleierne som jobber deltid:



Tema Asylbarna

16 – Jeg kan ikke reise hjem ›

22 Sykepleiere: – Vi kan bli opprørt ›

23 Asylprosessen ›



LENGEVENTENDE:

Kawaldeep Kaur med sønnene Gerry og Arman har snart bodd tre år i asylmottak i Trondheim.



Vil bli i Norge

Over tusen barn har ventet i asylmottak i mer enn tre år.

De er sårbare når foreldrenes helse blir satt på prøve. Tekst og foto Marit Fonn



«Jeg kan ikke reise hjem. Det er ingen der for oss.

Asylsøker Kawaldeep Kaur

Gerry og Arman vet ikke om de får bli i Norge. Mens de venter, ser helsesøster etter at de har det best mulig. Tekst og foto Marit Fonn



PÅ ASYLMOTTAKET: Da van-
net frøs i campinghytten, måtte
Kawaldeep Kaur flytte inn i brak-
ken med sønnene Gerry og Arman.

På skiltet står det «camping». Men det er asylmottaket som holder til her på Heimdal, sør i Trondheim.

Her er det campinghytter, brakker og en forlatt stemning. Noen unge afrikanske menn smiler nysgjerrig. Et par småbarn titter alvorlig ut fra en døråpning. Og der på trappen ved enden av en av brakkene står en indisk mamma med to spretne blåkleddede guttevalper hengende rundt.

Helsesøster Anne-Britt Johansen har kjent dem i snart tre år. Hun beundrer denne kvinnen. Hun lurar på hvor hun henter kreftene fra.

Tredje avslag

Kawaldeep Kaur (29) kom til Norge for snart tre år siden. Da var Gerry to år. Arman var i magen og ble født like etter. Hun reiste fra India fordi hun var alene, uten familie eller annet nettverk. Der var det ingen framtid for alenemoren.

Etter to-tre uker i Oslo havnet hun her på Trondheim mottaks-senter. Tre ganger har hun fått avslag på sine søknader om asyl.

Asylmottaket synger på siste verset. Det er drevet av Hero, landets største private drifter av asylmottak. Hero har kjøpt en tomt i nærheten. Brakker og hytter skal flyttes dit. Kaur og guttene har bodd i en av campinghyttene, men da vannet frøs i vinter, måtte hun flytte midlertidig inn i brakken.

Johansen er spent. Det er lenge siden hun har besøkt den lille familien hjemme. Hun hadde håpet på at Hero skulle bygge nytt. Men mer isolasjon i hyttene er i hvert fall lovet.

I brakken

Kaur viser rundt mens de to i blått er høyt og lavt. Mor har hentet dem tidlig i barnehagen for å treffe Sykepleien. Gerry gråt, forteller hun, han ville ikke gå fra vennene sine. Men nå er han blid. Arman spiser mandler fra et lite fat han bærer på. Han peker på brystet og opplyser at det er Ben 10 – en helt fra barne-tv.

Den smale korridoren har mange dører. Familien Kaur har et soverom med et skap og en seng. Der sover alle tre. I stuen er en toseter, et bord, en klappstol og tv. I vinduet henger et blått kosedyr i stoff.

Badet deler hun med en annen familie. Også det trange kjøkenet. Der er et lavt barnebord, med tre bitte små stoler. To komfyre står tett i tett, oppå den ene står en mikrobølgeovn.

Kaur har en venninne på besøk. Hun vil også gjerne snakke med Sykepleien. Hun har noe på hjertet.

Jobber frivillig

Gerry og Arman snakker norsk med mamma. Hennes morsmål punjabi kan de ikke. Nå serverer hun sønnene brødsriver med leverpostei ved bordet på kjøkkenet.

En kjele te står på komfyren. På trøndersk forteller Gerry at han liker te. Bare den ikke er for varm. Og med melk.

– Æ vil ha «milk»! opplyser Arman.

Det vil Gerry og. Mamma varmer melk, akkurat passe temperert, i mikroen og heller i to glass.

Tobarnsmoren har ingen svar på hva hun skal gjøre etter avslagene. Hun vet ikke.

– Men jeg kan ikke reise hjem. Det er ingen der for oss.

Barna pleier å være i barnehagen til klokken fem.

– Selv prøver jeg å unngå å sitte hjemme og tenke.

Hun jobber frivillig for Frelsesarmeen og deler ut mat og klær.

Hun har gått på frisørkurs i regi av mottaket og klipper andre asylsøkere her hver mandag.

– Får du penger for det?

– Nei da. Men det er noe å gjøre.

Før var det barnehage her, og Kaur jobbet frivillig der også. Men barnehagen ble lagt ned.

– Synd, fordi den ga nettverk, kommenterer helsesøster Johansen.

Synger hver onsdag

Guttene er blitt varme i trøyen. De turner i sofaen og klatrer på sin mor. De finner en bok og vil ha helsesøsteren til å lese. Hun får full oppmerksomhet. De vil høre en til. Og enda en.

I dag trenger ikke mamma Kaur lage middag. Hver onsdag klokken halv seks følger Kaur, som er sikh, guttene til barnesang i Frelsesarmeen. I dag skal det være grilling.

– Kaptein Sabeltann, er en farlig mann, synger Gerry.

Han kan nesten hele teksten. Arman gjør som storebror:

– Snart er skatten vår! traller han.

– Jeg leker med Aleksander i barnehagen, forteller Gerry.

– Det er stress hele tiden, men det hjelper å ha barna å ta seg av, sier Kaur.

Hun har ikke fastlege.

– Da er det fint å få helsehjelp av flyktinghelseteamet.

Venter lenge

Flyktinghelseteamet, som har eksistert siden 1988, er helsestasjon for alle barna på mottaket fra null til fem år. Når de blir seks, overtar skolehelsetjenesten.

Akkurat nå er det tjue av dem. Alle unntatt to er født i Norge. Det illustrerer at mange venter lenge.

«Æ vil ha «milk»!» *Arman, to og et halvt år*

De har flere navn: Asylsøkere. Papirløse. Og lengeventende. Det er akkurat det som bekymrer Johansen og kollegene: De ser at ventetiden går ut over barnas helse. Ikke minst fordi foreldrenes helse svekkes ettersom tiden går.

– Hadde de bare hatt gode forhold, ville det hjulpet, mener Johansen.

Mange av dem som er tilknyttet mottaket her, bor i boliger rundt om.

Men enda verre er det på Persaunet transittmottak, forteller hun. Der sitter «dublinerne». Det er de som har satt fingeravtrykket sitt i et annet europeisk land før de kom hit. Da sier Dublin-avtalen at de skal tilbake til det første landet de søkte beskyttelse i. Men noen er ureturnerbare. For tiden sendes for eksempel ingen tilbake til Hellas.

Sendte bekymringsmelding

I fjor fikk flyktinghelseteamet ansvar for helsestasjon og svangerskapskontroll på Persaunet. I januar skrev Johansen og kollega Tove Buchmann bekymringsbrev til barneombudet.

Flyktinghelseteamet i Trondheim

Gir gratis helsetjenester til asylsøkere uansett status, og til bosatte flyktinger den første tiden.

» 3 helsesøstre og 3 psykiatriske sykepleiere

» Lege (60 prosent stilling)

» Fysioterapeut (50 prosent)

» Jordmor (20 prosent)

» Helsesekretær (150 prosent)



Der forteller de at barnefamilier og gravide bor på rom uten tilgang på vann og at etasjen er låst på grunn av sikkerhet, slik at barna er innelåst. De beskriver høyt frustrasjonsnivå blant beboerne, og utrygge foreldre. Politiet må rykke ut til mottaket

«Både barn og gravide har vært der siden, selv etter kommunens tilsyn.»

Anne-Britt Johansen, helsesøster

på grunn av uro og vold – mens barna ser på.

Den overfylte og bråkete kantinen egner seg ikke for barnefamilier. Innleide vakter må holde ro og orden under måltidene. Kostholdet er mangelfullt.

Helsesøstrene viser til barnekonvensjonen, som sier at barn har rett til tilstrekkelig levestandard.

De viser til Utlendingsdirektoratets (UDI) mål om at barn kun skal være på dette mottaket i kort tid. Men i praksis bor de der i flere måneder.

Ifølge UDI skal mottaket være et mest mulig normalt bosted for personer i en unormal livssituasjon. Det skal gi vekstmuligheter for individualitet, tilhørighet og mestringsevne.

Helsesøstrene mener at barnas rettigheter og behov ikke er ivarettatt på Persaunet mottak. De er alvorlig bekymret for barn, familier og gravide.

Omgås narkotika

Barneombudet anbefaler dem å sende samme bekymringsmelding til kommunelegen i Trondheim, som har mandat til å pålegge retting av lovstridige forhold.

Kommunen har vært på tilsyn, men lite har skjedd.

– Både barn og gravide har vært der siden, sier Johansen.



UTHOLDENDE: Kawaldeep Kaur og Sjakhnaz Asadova har begge fått avslag tre ganger. Men de gir ikke opp.

Det koster helsesøstrene å melde bekymring utenom tjenestevei. Men akkurat i dag er de ekstra glade over at de sendte brevet. For i dagens Adresseavisen står det om narkotikaomsetting på Persaunet – der barna fortsatt bor.

Sjakhnaz fra Aserbajdsjan forteller

Ute på mottaket beholder Kawaldeep Kaur roen. Guttene synes det er kjekt med besøk, men nå må de gjøre seg klare til grill og sang.

Anne-Britt Johansens tenker at på den ene siden vil det bli fint for dem å flytte i campinghytte igjen, for da får de sitt eget. Men plassen er minimal, og guttene blir større og krever mer plass.

Kaurs venninne har ventet tålmodig. Helst vil hun ha oss med hjem, men tiden strekker ikke til. Her er hennes historie:

Sjakhnaz Asadova (37) er fra Aserbajdsjan og kom hit i 2009. Hun har tre barn. Sønnen Togrul er snart 13, sønnen Ravan er

ni og datteren Sema blir to i sommer.

Mannen var politisk aktiv i det demokratiske partiet og fikk problemer med regjeringen. Det tredje og siste avslaget fikk de i februar.

Eldste sønn har cerebral parese og kan verken gå eller snakke. Han får ernæring gjennom peg på magen.

– I Aserbajdsjan er det ikke mulig å leve med peg, forklarer hun.

Hun synes avslaget er urettferdig – med tanke på Togrul. Derfor prøver de igjen å få opphold.

– Jeg har ikke sluttet å håpe. Vi sender papirer til advokaten og håper på at saken blir vurdert av domstolen.

Føler seg isolert

Sønnen, som går på spesialskole, er tung å løfte, og hun og mannen har ingen avlastning. Togrul er mye syk. Når



Barn venter i mottak

Ved utgangen av februar i år var det 1 077 personer under 18 år som hadde vært i mottak mer enn tre år.

▶ 870 av disse var under fem år.

▶ 647 av barna hadde utreiseplikt. Bare 64 av dem var registrert på privat adresse.

▶ De fleste kommer fra Afghanistan, Derneest Irak, Russland, Iran og Etiopia.

Kilde: UDI



LYTTER: Helsesøster Anne-Britt Johansen får høre hva trebarnsmoren fra Aserbajdsjan strever med.

«Når det kommer avslag, skjer det noe med foreldrene. Anne-Britt Johansen, helsesøster



FORNØYDE: Helsesøster Anne-Britt Johansen liker å lese. Gerry og Arman hører og spør.

Asylmottak

I 2012 brukte Utlendingsdirektoratet (UDI) 3, 4 milliarder kroner. Nesten halvparten gikk til drift av asylmottakene.

▶ UDI administrerte 18 050 mottaksplasser, fordelt på 105 mottak.

▶ 9 800 søkte om asyl i 2012.

▶ 5 200 asylsøkere fikk opphold.

▶ 1 740 returnerte til hjemlandet med norsk støtte.

Kilde: UDI

han får epileptiske anfall, må han være hjemme. Fordi de trenger ekstra plass, bor de i leilighet utenfor mottaket.

Tredjeklassingen Ravan spiller fotball og har mange norske venner.

– Men da vi fikk siste avslaget, ble han trist.

Selv føler hun seg isolert.

– Vi har vært her i fire år. Jeg kjenner få. Jeg kommer lite ut på grunn av Togrul.

Hun opplever at mange vil hjelpe; skolen, legen, sykepleierne. Nå skaffer de nye legeerklæringer for Togrul.

Da avslaget kom i vinter, hadde de ventet på svaret i to år.

– *Hvordan reagerte du?*

Hun blir stille. Bare rister på hodet.

Før vi forlater henne, sier hun:

– Det var fint for meg å få fortelle dette.

Mor for første gang

Helsesøster Anne-Britt Johansen skal tilbake til jobben og skrive rapport. Tidligere på dagen var Sahira Khalid Abdullah (29) der med sitt første barn, som ble født før termin og som nå er to uker.

– Hun har gått opp 130 gram på fem dager. Helt supert! sier Johansen.

– Har du badet henne selv nå?

Tolken Amina Barwari oversetter. De er begge kurdere. Den nybakte moren, som er analfabet, snakker kurdisk badini.

– Det er viktig at du snakker mye med barnet på morsmålet ditt, sier helsesøsteren.

«Når det kommer avslag, går foreldrene ned i en bølgedal.» *Helsesøster Tove Buchmann*

NYBAKT MOR: Kurdiske Sahira Khalid Abdullah får gode råd fra helsesøster Anne-Britt Johansen.



Abdullah kom for snart et år siden og bor med mannen sin i egen bolig. De har fått avslag om asyl, men har anket.

– *Hvordan er det å vente?*

– Vanskelig. Jeg tenker mye. Jeg vet ikke hvordan livet vil bli. Jeg tenker på at babyen ikke har noen støtte. Det er dyrt å ha barn. Og vi må betale husleie, strøm og mat.

– *Vil du fortelle forhistorien din?*

Hun blir blank i øynene.

– Nei, minnene blir for sterke.

Tub

Hun overlater babyen til helsesøster som skal gi BCG-vaksine. Slik vaksine tilbys alle barn fra land der det er høyere forekomst av tuberkulose. En av oppgavene her er å sjekke alle for tub.

Johansen får hjelp av kollega Vigdis Ledal. Begge holder jenten fast mens Ledal stikker. Babyen blir lagt til brystet og roer seg.

– Vil hun få feber, spør mor.

– Nei, men om noen uker vil hun få et lite sår.

– Hvor mye veier hun nå?

– 3 160.

Asylbarna blir fulgt opp oftere enn norske babyer – hver måned hele det første året.

– Har du klær til henne? spør Johansen.

– Ja, jeg har kjøpt alt.

– Vi har en del klær her. Hvis du trenger noe senere, må du bare spørre.

Siden Abdullah ikke er tilknyttet mottak, får hun heller ingen penger. Kan noe gjøres, lurer hun? Ikke for sin egen del, men for barnets.

– Du trenger ikke bo på selve mottaket for å være tilknyttet det. Men det er bedre at du snakker med en annen her, hun kan mer. Men dette kan vi ordne.

Johansen forklarer:

– Om noen uker får du brev med personnummer til barnet. Dere må sende inn navnet hennes innen seks måneder. Men hun vil snart få avslag om asyl, siden du har fått avslag. Det er sånn det er.

De avtaler ny time om en uke.

Baby ble koseklut

Anne-Britt Johansen og Tove Buchmann ser at tett oppfølging av foreldre hjelper.

Men når de strever for mye, må barnevernet sette inn støtetiltak.

– Når det kommer avslag, da skjer det noe med foreldrene. De går ned i en bølgedal. Noen barn reagerer med å stagnere eller blir som spedbarn igjen og begynner med flaske, sier Buchmann.

Hun forteller om en familie som var i sitt fjerde mottak. Da barn nummer to kom, ble babyen en koseklut som moren klamret seg til.

– Vi koplet til BUP. I tillegg flyttet familien fra brakke på mottaket til ekstern bolig og senket da skuldrene. Etter en stund fikk de opphold.



BCG: Helsesøstrene Anne-Britt Johansen og Vigdis Lerdal holder fast i den to uker gamle kurdiske jenten, som kanskje skal hete Roken.



– Vi kan bli opprørt

Sykepleierne tenker her og nå når de hjelper asylsøkerne.

Tekst og foto **Marit Fonn**

Damer har mange belastninger samtidig, sier Marit Høiaas.

Hun er en av de tre psykiatriske sykepleierne i flyktninghelseteamet. De to andre er Steinar Vardehaug og Gunvor Berg.

– Når kvinnene er gravide, blir symptomene forverret hvis de har vært utsatt for seksuelle overgrep.

Det har skjedd mange: Under forfølgelse, flukt og i fengsel.

Eller her i Norge.

– De får mareritt og smerter.

Får asylsøkerne store psykiske problemer, henviser teamet dem videre til DPS. Akuttinnleggelse er sjeldne. Her får de støttesamtaler og medisinering.

– Helsemessig ser vi en nedadgående spiral, sier Vardehaug.

Når foreldrene blir dårlige, går vekten ned hos små babyer. Større barn får feber, virus og diaré. Boforhold, trivsel, kost

BERØRT: De psykiatriske sykepleierne Gunvor Berg, Steinar Vardehaug og Marit Høiaas er glade for faglig veiledning hver fjortende dag.



og søvn påvirker helsen. Når det er trangt, er det vanskelig å finne gode soveplasser.

Går under jorden

Den første tiden er håpet der. De nyankomne er positive, går på norskkurs, økonomien er grei. Så begynner ventetiden – og avslagene kommer.

Her kommer folk som er gått under jorden, papirløse, ureturnerbare.

– Hva sier dere til dem?

– Vi er til stede. Ser etter hva vi kan gjøre nå i dag. Hvis det er håp å finne, så er det god støtte.

En husflidskafé byr på garn, stoffer og sosial hygge. Fysioterapeutens treningsgruppe gir også samvær – og bevegelse. Begge deler lindrer stress.

– Håper dere at alle kan bli?

– Vi tenker ikke på det. Vi gir tilbud uansett om de er her kort eller lenge, sier Vardehaug.

Advokater ber dem ofte å dokumentere asylsøkernes helse-tilstand. Det kan inkludere fotografering av spor etter tortur.

– Vi ser at de ikke har fått fortalt alt. Når man er traumatisert, hender det at ting dukker opp etterpå. Det blir brukt mot dem at de ikke fortalte alt i første runde. UDI er ute etter løgn eller sannhet. Vi hører på deres historie. Vi har ingen grunn til å tro at de lyver, sier Høiaas.

De informerer mye om at asylsøkerne har normale reaksjoner.

– Her er mange Nathan-er

Nathan (7), født og oppvokst i Norge, har smeltet mange hjerter. På kav bergensk fortalte han at han ikke kjenner noen i Etiopia og at han er redd for å dra dit. Han ble prøvekluten for ventende barn i Norge da saken kom opp i Oslo tingrett i mars. Retten overprøvde vedtaket i Utlendingsnemnda (UNE). Retten mente at UNE ikke hadde tatt nok hensyn til Nathans tilknytning til Norge. Nathan og familien fikk endelig opphold.

– Vi møter mange Nathan-er. Hadde de fått samme medieoppmerksomhet, ville også de satt emosjonene i sving, sier Vardehaug.

De kan stadig få lyst til å aksjonere og ta barna med seg hjem.

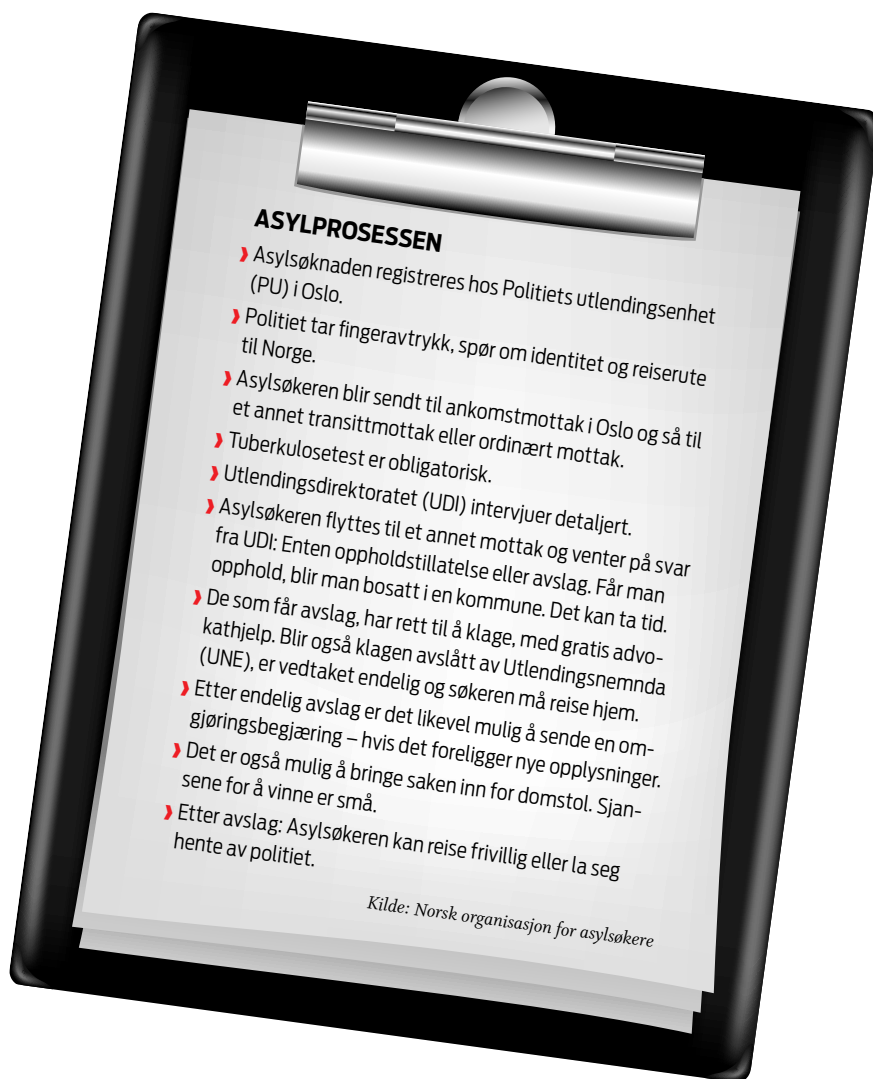
– Det er jo forskjellig hva som rører den enkelte av oss.

Annenhver uke kommer en faglig veileder til dem.

– Hva tar dere opp?

– En Nathan, kanskje. Hvordan en familie er blitt behandlet av systemet, sier Vardehaug.

– Utilstrekkelighet. Vi får hjelp til å se at det vi gjør er viktig, sier Berg.



- ASYLPROSESSEN**
- › Asylsøknaden registreres hos Politiets utlendingsenhet (PU) i Oslo.
 - › Politiet tar fingeravtrykk, spør om identitet og reiserute til Norge.
 - › Asylsøkeren blir sendt til ankomstmottak i Oslo og så til et annet transittmottak eller ordinært mottak.
 - › Tuberkulosestest er obligatorisk.
 - › Utlendingsdirektoratet (UDI) intervjuer detaljert.
 - › Asylsøkeren flyttes til et annet mottak og venter på svar fra UDI: Enten oppholdstillatelse eller avslag. Får man opphold, blir man bosatt i en kommune. Det kan ta tid.
 - › De som får avslag, har rett til å klage, med gratis advokathjelp. Blir også klagen avslått av Utlendingsnemnda (UNE), er vedtaket endelig og søkeren må reise hjem.
 - › Etter endelig avslag er det likevel mulig å sende en omgjøringsbegjæring – hvis det foreligger nye opplysninger.
 - › Det er også mulig å bringe saken inn for domstol. Sjansene for å vinne er små.
 - › Etter avslag: Asylsøkeren kan reise frivillig eller la seg hente av politiet.

Kilde: Norsk organisasjon for asylsøkere

– Vi ser at de blir nedverdiget av systemet. Det er ikke hyggelig å se på at en asylsøker år etter år blir fratatt rettigheter. Vi ser hva det gjør med folk, sier Vardehaug.

– Må jobbe med meg selv

Han eksemplifiserer:

– Vi har vurdert en gutts alder til å være under 18 år. Han har

« Vi får hjelp til å se at det vi gjør er viktig. Psykiatrisk sykepleier Gunvor Berg

ikke papirer på det, men moren hans har alltid sagt til ham hvor gammel han er. Men UDI tar alderstest, og selv om svaret er vanskelig å tolke, velger de at han er over 18 år. Da blir man forundret. Jeg må jo forholde meg til vedtaket, men må jobbe med meg selv.

Det hender kvinner anmelder bakmenn i saker om menneskehandel.

– Det koster å gjøre det. Men de ender som dublinere (*må returnere til det europeiske landet de først kom til. Red.anm.*). Innvandringspolitiske hensyn veier tyngst. Det opprører meg at de ikke blir beskyttet i Norge. Jeg har vært borti to konkrete saker. Kvinnene tok med seg barna og forsvant, sier Høiaas.

– Hva ønsker dere?

– At barnas behov overskygger det politiske. De må få komme i gang med livene sine. ■■■

marit.fonn@sykepleien.no

Dør ute

Les mer om:

26 Telemedisinsk stell av trykksår ›

29 Sykepleiere på tvangsarbeid ›

30 Student på sparebluss ›

34 Øyeblikk fra Frankrike ›

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



RISIKABELT: Hjemmetjenesten har høy risiko for arbeidsulykker sammenliknet med andre kommunale virksomheter. Foto: Colourbox.

SVENSK hjemmetjeneste inspiseres

Har personalet innen kvinnedominerte yrker vanskeligere for å påvirke arbeidsmiljøet sitt enn personalet i mannsdominerte yrker? Det vil Arbetsmiljøverket i Sverige finne ut og har startet med inspeksjoner i hjemmetjenesten og på tekniske kontorer i rundt 50 kommuner over hele Sverige.

De vil sammenlikne de ansattes arbeidsmiljø i et fireårig prosjekt. Et av målene er å få bukt med det faktum at kvinner har høyere sykefravær enn menn.

Hjemmetjeneste og teknisk forvaltning er de virksomheter som har høyest risiko for arbeidsulykker i forhold til øvrig kommunal virksomhet. Innen begge etater er den vanligste ulykkesårsaken at personalet faller og skader seg. Belastningsrelaterte skader er også vanlige hos begge virksomheter.

Hvis forskerne finner forskjeller, vil de se på hvordan arbeidsgiverne løser problemene.

Kilde: Arbetsmiljøverket

Farlig trøtte sykepleiere i USA

75 prosent av amerikanske sykepleiere på sykehus jobber 12-timersvakter. Det er en arbeidsgivervennlig ordning som gjør at man bare trenger to vaktskifter og to rapporter per dag.

Men medisinske feil fører til 98 000 unødvendige dødsfall blant pasienter hvert år i USA. Flere studier har vist sammenhengen mellom utslitte sykepleiere og medisinske feil som kunne vært unngått. Fatigue og mangel på søvn er forbundet med nedsatt oppvaktet, hukommelse, informasjonsprosessering, reaksjonstid, og evne til å ta en bestemmelse.

Samtidig er sykepleierne i USA en aldrende gruppe. I 2008 var gjennomsnittsalderen på sykepleiere (registered nurses) 47 år. 44 prosent var eldre enn 50 år og bare 9 prosent var yngre enn 30 år. I tillegg har de økonomiske nedgangstidene gjort at mange sykepleiere har vært nødt til å utsette pensjonsalderen til de kunne ha råd til det.

Alder, fysisk stress og utslitthet har gjort at skaderisikoen blant sykepleiere og risikoen for å gjøre feil i pasientbehandlingen har økt signifikant. Nå har flere instanser, deriblant sykepleierorganisasjoner og sykepleierforskere, påpekt at risikoen for sykepleiere og pasienters sikkerhet veier tyngre enn fordelene ved å jobbe 12-timersvakter.

Kilde: American Nurse Today



Foto: Blend Images/NTScanpix



Foto: Colourbox

Diabetesakademi i DANMARK

Danmark har fått et nytt diabetesakademi, og den 1. juli ansettes 19 toppforskere, fire av dem fra utlandet, noe som gjør dette til Danmarks største utdeling av post-doc-stipendiater. Akademiet har definert fem hovedområder for forskningen sin: Diabetes type 1 og 2, årsak og behandling, diabeteskomplikasjoner, diabetes og graviditet samt ny teknologi innen diabetesbehandlingen.

Finansieringen kommer fra universitetene, legemiddelfirmaet Novo Nordisk og et fond for diabetesforskning (JDRF). Akademiet vil de kommende fire år finansiere ytterligere 130 forskerstillinger, så kan hende vil det dukke opp noe interessant også for norske diabetesykepleiere som kan tenke seg å forske.

Kilde: Ugeskrift for læger



Foto: Colourbox

Elendig arbeidsmiljø på DANSKE sykehus

Sykepleieres arbeidsmiljø på Danmarks akuttmottak og medisinske og psykiatriske avdelinger på sykehuse er nå så elendig at det trengs en akutt innsats. Det er en av konklusjonene i en ny undersøkelse om sykepleieres arbeidsmiljø, gjort av professor Tage Søndegård Kristensen på oppdrag av Dansk sygeplejeråd.

– For mange sykepleiere er arbeidet så belastende at det påvirker familielivet. Sykepleierne mister den faglige stoltheten og dermed arbeidsgleden, en meget uheldig cocktail på et sykehus. Forskningen viser at også pasientene betaler en pris for de dårlige forholdene, sa professoren til den danske avisen Politiken 14. mai.

Det er særlig akuttmottakene som har vært utsatt for raske forandringer i det siste og som får dårligst skussmål av sykepleierne. Det er blitt travlere, slik at det ikke blir tid til å gi pasientene nødvendig informasjon og veiledning. På akuttmottakene er det også flest sykepleiere som ønsker å slutte.

Kilde: Dansk sygeplejeråd

WALISISK helsepersonell presses

Nesten halvparten av helsepersonellet i Wales ansatt i det offentlige NHS, har ikke tid til å gjøre alle arbeidsoppgavene sine. Undersøkelsen som omfattet over 22 390 ansatte, deriblant 4 850 sykepleiere, fant også at sju av ti hadde gått på jobben selv om de ikke følte seg friske.

Kilde: Nursing Standard

Apper for BRITISKE sykepleiere



Cyber space oversvømmes av applikasjoner som skal forenkle livene våre via smarttelefoner eller lesebrett. Nå har

National Service of Health (NHS, det offentlige helsevesenet i Storbritannia) gått gjennom en rekke helseapplikasjoner og stemplet en god del av dem som «godkjente». De fleste er ment for alle, mens andre krever adgang til kliniske systemer.

En av appene er inspirert av en sykepleier: «Finerday», et slags sosialt nettverk for eldre mennesker og deres omsorgspersoner. Appen hjelper dem til å få adgang til pasientenes helsejournaler og kan brukes for helseplaner på nettet, fjern-monitorering, påminning om konsultasjoner, mestringsstrategier og annet.

De godkjente appene kan finnes på Health Apps Library på apps.nhs.uk, og biblioteket blir stadig oppdatert med nye.

Kilde: Nursing Standard



MER LYS: De nyfødte sover bedre og flere mødre ammer etter at James Dyson redesignet avdelingen på sykehuset i Bath. Foto: Craig Auckland/Fotohaus for Feilden Clegg Bradley Studios

Frisk sykehusarkitektur i BATH

Sir James Dyson, den britiske industridesigner som er kjent for poseløse støvsugere og kraftige elektriske håndtørkere på offentlige toaletter, har nylig donert 4 millioner pund til en oppgradering av kreftavdeling på Royal United Hospital i Bath i Sør-England.

Fra før har han redesignet neonatal- og prematuravdelingen på det samme sykehuset med stor suksess: Ved å sette inn flere vinduer som økte det naturlige lyset med 50 prosent og ved å minske bakgrunnsstøyen fra maskinene på avdelingen, sov spedbarna mellom 35 og 45 minutter mer per dag. Antallet mødre som ammet ved utskrivning økte til 90 prosent sammenliknet med 64 prosent før oppussingen. Sykepleierne kunne også bruke 20 prosent mer av tiden sin på pasientene etter forandringen.

– Det nye kreftsentret vil designes etter samme prinsipper, hvor pasientene får rom i øverste etasje med utsikt over landskapet rundt, sier Sir James Dyson til avisen The Telegraph.

Kilde: The Telegraph



FORSKER: Professor Charlene Harrington jobber ved School of Nursing ved University of California i San Francisco. Foto: Privat

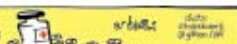
Private sykehjem verst i USA

Erfaringer fra USA viser at de store, private kjedene som driver sykehjem, kommer dårligst ut på kvalitet. En av USAs fremste eksperter på området, professor Charlene Harrington (University of California, San Francisco), besøkte nylig Norge for å fortelle om forskningen sin. Hun har hentet inn data fra over 16 000 sykehjem over hele USA over en periode på fem år. Så delte hun sykehjemmene inn i grupper etter eierform og så på hvordan kvaliteten varierte mellom de ulike gruppene. De kommersielle sykehjemmene viste seg å ha lavere andel sykepleiere, lavere total bemanning og flere mangler og avvik enn ikke-kommersielle sykehjem.

Funnene fra Harringtons undersøkelse blir også bekreftet av andre undersøkelser. De siste 25 årene er det gjennomført tre store litteraturoverganganger om ulike eierskapsformer og kvalitet. Alle studiene tegner det samme bildet: Sykehjem som er drevet av kommersielle aktører gir dårligere kvalitet enn sykehjem som er drevet av ikke-kommersielle aktører.

Kilde: Nova.no

Riskhospitalet



– Det er best å være hjemme hvor jeg har familie og venner, sier Ingar

Tekst Eivor Hofstad Foto Erik M Sundt



TEAMARBEID: Tre faggrupper er representert på videokonferansen for å gi pasient og kommunehelsetjeneste best mulig råd. Fra venstre sykepleier Marianne Sværd Larsen, ergoterapeut Unn Svarverud, lege Ingebjørg Irgens, og sårsykepleier Hanne Haugland.

Telemedisinsk

Årsaker

Årsakene til at det er lett å få trykksår etter en ryggmargsskade er:

- › Manglende eller nedsatt hudfølelse
- › Endret aktivitetsnivå
- › Mindre mobilitet og liten mulighet til å endre sitte- eller liggstilling
- › Manglende kontroll av blære/tarm
- › Endret blodsirkulasjon
- › Spastisitet
- › Redusert temperaturregulering
- › Bortfall av muskelmasse
- › Endret metabolisme

Ingar Kristian Bergersen ligger i senga si hjemme på Aurskog. 10 mil unna sitter sårsykepleier Hanne Haugland, lege Ingebjørg Irgens, ergoterapeut Unn Svarverud og sykepleier Marianne Sværd Larsen. De har benket seg rundt bordet på et av de mange videokonferanserommene i underetasjen på Sunnaas sykehus på Nesodden.

Nå trykker de på noen knapper på en fjernkontroll, og plutselig dukker ansiktet til Bergersen sidelengs opp på skjermen som står på konferansebordet. Bak anes noen kropp,

det er hjemmesykepleieren og assistenten som står bak senga hans. Dermed er den telemedisinske sårkonsultasjonen i gang, slik de jevnlig har vært siden pilotprosjektet kom i gang i slutten av mars i fjor.

Ligger hele døgnet

– Hei Ingar. Er du lei av å vente, spør lege Irgens.

– Ja. Har dere fått purra noe på operasjonen? Jeg skal på poliklinikken den 22. mai, og hvis jeg kunne fått en operasjon før dere går i ferie hadde det vært helt kanon.

Som gammel trailersjåfør er Bergersen vant til å tenke fremover. Hva kan skjule seg bak neste sving? I 1990 gikk det likevel galt. Han havnet i en trafikkulykke og endte i rullestol med ryggmargsskade. I dag ligger han 24 timer i døgnet for å avlaste trykksårene som oppstod fordi han manglet polstring over sitteknutene.

– På Ahus ble jeg nærmest vanskjøtta. Jeg veide 84 kilo da jeg kom inn og 42 da jeg ble overført til Sunnaas. Siden jeg var trailersjåfør hadde jeg flat rumpe. All muskulatur var

Kristian Bergersen som har trykksår og ryggmargsskade.



SPARER TRANSPORT: Ingar Kristian Bergersen i overført versjon fra senga hjemme på Aurskog, 10 mil unna Sunnaas sykehus.

Trykksår og ryggmargsskade

- › Årlig er det rundt 75 traumatiske ryggmargsskader (på grunn av skade) i Norge og et ukjent antall utramatiske (på grunn av sykdom). To av tre slike pasienter er menn.
- › Amerikanske tall viser at 80 prosent av denne pasientgruppen får trykksår en eller annen gang. Nederlandske tall viser at 36 prosent får trykksår første året etter skaden.
- › Trykksår hos personer med ryggmargsskade oppstår gjerne på setet, sitteknutene, halebeinet eller på føttene.
- › Personer med ryggmargsskade og trykksår anbefales 100 prosent trykkavlastning av såret, også de med den mildeste formen av trykksår: Kategori 1 (rødhet som ikke blekner ved trykk).

stell av trykksår

borte, dermed ble jeg ekstra utsatt for å få trykksår, mener han.

Til sammen har Ingar Kristian Bergersen hatt 19 opphold på Sunnaas på grunn av sår. Det lengste han har vært inne er nesten ett år.

Injiserer fett

Irgens bekrefter at det nok skal gå i orden med operasjon før sommerferien. Bergersen er midt i en prosess med å få injisert fett i sitteknuteområdet. Fettet er hentet fra magen, slik at han skal få mer polstring for å beskytte mot trykksår. Han har vært

gjennom én slik operasjon, men må ha flere, siden bare 30 prosent av det injiserte fettene blir værende. Resten svinner hen.

– Det er samme teknikk som de

braker ved rekonstruksjon av bryster hos kvinner som har hatt brystkreft, opplyser Irgens.

Hun informerer resten av teamet

om at Bergersen også skal teste ut en ny energidrikk: E+. Han trenger å legge på seg mellom hver fettsuging, slik at det er nok fett å hente ut til hvert inngrep.

«Dette ser jo veldig bra ut! Du har fått mer volum rundt sitteknuten enn før.»

Ingebjørg Irgens, lege

Irgens ber Bergersen om å få se på såret hans. I Aurskog zoomer kameraet inn på Bergersens bakpart og på såret som er innsmyret i en hvit



krem. Alt som sendes er kryptert via norsk helsenett. Bergersen trenger ikke frykte at noen uvedkommende skal få se hans mer private deler eller høre hva de snakker om.

– Dette ser jo veldig bra ut! Du har fått mer volum rundt sitteknuten enn før. Det er rett og slett økt masse i området, sier Irgens.

Kan dra på ferie

Bergersen har sett på såret sitt selv ved hjelp av kameraet, det er en av fordelene med denne teknikken.

Sunnaas låner ut det tekniske utstyret pasientene trenger for å kunne

blir billigere for kommunen, sier Irgens, men forklarer at takstsystemet i spesialisthelsetjenesten ikke er tilrettelagt for denne praksisen.

Verken telemedisin eller tverrfaglig samhandling belønnes.

– Vi har jevnlig kontakt, og hvis det oppstår en komplikasjon eller et problem som hjemmesykepleien ønsker å ta opp, er det lav terskel for å ta kontakt. Da kan vi kople oss opp, gjennomføre en videokonsultasjon og sette i gang tiltak umiddelbart, sier Haugland.

– Hva er begrensningene med disse videokonferansene?

sårtelefonen. Både pasienter, pårørende og hjemmesykepleiere bruker den, sier Haugland.

Krever spesielle tiltak

Foreløpig er disse telemedisinske trykksårkonsultasjonene bare et prøveprosjekt finansiert av Den norske legeforening, Helse Sør-Øst og Sunnaasstiftelsen, men Haugland sier tanken er at det skal bli et rutinemessig tilbud i poliklinikk etter hvert.

– Vi har hatt utelukkende positive erfaringer med kommunene så langt. Det er mye kompetanse på trykksår blant sykepleiere i kommunene, men kompetanse på ryggmargsskade og trykksår varierer i større grad. Gjennom dette samarbeidet kan de få hevet kompetansen på ryggmargsskade, sier hun og legger til:

– Det er en del spesielle forhold hos denne pasientgruppen som krever andre tiltak enn normalt. For eksempel må de oftere ligge hele døgnet for å avlaste trykksåret 100 prosent. I tillegg til fysiske og medisinske belastninger vil det få store psykososiale konsekvenser. De mister mye sosialt liv, de blir tvunget vekk fra arbeid og skole, og mange føler ensomhet og angst for at såret ikke skal gro. Psykososiale forhold blir derfor viktige å ta hensyn til når man skal behandle, sier hun.

15 minutters konsultasjoner

Etter rundt 10 minutter er konsultasjonen med Bergersen over. Gjennomsnittstiden er 15 minutter. Ved behov kan spesialister fra Ullevål og Rikshospitalet også kople seg opp, slik at de blir tre parter med i kommunikasjonen.

– Jeg håper å være oppe i sittestilling til jul. Nå er rullestolen klar med pute og alt, sier Bergersen.

– Klar til å tas i bruk med ny stump, rett og slett, sier Irgens og avtaler neste konsultasjon før skjermen går i svart. ■■■

evivor.hofstad@sykepleien.no

«Vi er avhengige av at pasienten har en viss egenomsorgsevne.»

Hanne Haugland, sårsykepleier

gjennomføre disse telemedisinske sårkonsultasjonene: En pc (dersom pasienten ikke har sin egen) og et kamera. Programvaren er gratis og lastes ned ved hjelp av teknikere på Sunnaas. Abonnementet som betales av sykehuset, koster 80–90 kroner i måneden. Utstyret kan bli med på ferie hvis pasientene vil reise et sted.

– Men den store fordelene er jo at jeg får være hjemme. Her har jeg venner og familie rundt meg, sier Bergersen.

– Hva hadde du gjort uten dette tilbudet?

– Da måtte jeg gjort som jeg har gjort før: Vært på Sunnaas. Eventuelt reist til og fra for poliklinisk konsultasjon.

Samfunnsøkonomisk gevinst

Et liggedøgn på Sunnaas koster mellom 8 983 og 10 500 kroner. Og transportkostnadene tur-retur Aurskog–Sunnaas med ambulanse koster 4000 kroner. Det er heller ikke det aller beste for et trykksår å bli utsatt for langvarig transport.

– I tillegg til at telemedisinsk sårkonsultasjon gir pasientene økt livskvalitet, gir det trolig også en samfunnsøkonomisk gevinst. Det

– Forholdene ved puta og madrassen blir ikke så synlige for oss, sier ergoterapeut Svarverud.

– Vi kan ikke skrape og ta på såret, sier Irgens.

– Vi er avhengige av at pasienten har en viss egenomsorgsevne og tar ansvaret på alvor, sier sårsykepleier Haugland.

Telefonrådgivning og kursing

I Aurskog stikker hjemmesykepleier Irene Nærdal hodet frem foran kamera. Hun forteller at hun synes det har vært lærerikt, fint og trygt å ha dette samarbeidet med Sunnaas.

– Ved å ha Hanne og Ingebjørg i bakhånd blir det lett å stille spørsmål slik at vi vet at vi gjør det riktige. Hvis andre kommuner får en slik mulighet, er det bare å gripe den. Det er bra for hjemmetjenesten og veldig positivt for brukeren, skryter hun.

Nærdal har også benyttet «sårtelefonen», en mobiltelefon som Hanne Haugland bærer rundt på hele dagen, lett tilgjengelig for råd om sårbehandling. Som del av prosjektet har de også holdt undervisningsopplegg i tre ulike kommuner.

– Jeg får daglig henvendelser på

Tvangsarbeid kan ha mange former. Mye planlagt overtid er en av dem.

Tekst Kari Anne Dolonen og Anners Lerdal

– Også sykepleiere tvinges til å jobbe

En nasjonal undersøkelse viste at amerikanske sykepleiere i snitt jobber 8,5 uker pålagt overtid hvert år. Dette gjøres fordi sykehus og ledelsen pålegger dem overtid istedenfor å ansatte flere folk.

Det fortalte Jintana Yunibhand fra det thailandske sykepleierforbundet da hun holdt et innlegg på den internasjonale sykepleierkongressen ICN i Melbourne i Australia. Yunibhand er også nyvalgt medlem i ICN-styret.

The Internationale Labour Organization (ILO) har følgende definisjon på hva tvangsarbeid innebærer: Alt arbeid eller tjenester som utføres av personer som på et eller annet vis blir truet med straff eller konsekvenser dersom de ikke utfører arbeidet de blir satt til.



FORTELLER OM TVANGSARBEID: Jintana Yunibhand i det thailandske sykepleierforbundet.

Indiske sykepleiere i Kuwait

Jintana Yunibhand fortalte historien om 300 indiske sykepleiere som ble rekruttert for å jobbe i Kuwait gjennom et firma.

– De fikk under halvparten av lønnen til de kuwaitiske sykepleierne. Rekrutteringsfirmaet tok alle pasene og dokumentene til de indiske sykepleierne. De kunne derfor ikke dra hjem igjen, sier hun.

De indiske sykepleierne ble satt til å jobbe doble vakter, det vil si 16 timers skift.

– Noen av sykepleierne jobbet på intensivavdelinger med kritisk syke pasienter. De klaget på at dette ikke var forsvarlig, verken for dem, eller for pasientene, sier Yunibhand.

Utenlandske sykepleiere i Australia

Jintana Yunibhand sier det finnes

mange rapporter om at utenlandske sykepleiere som kommer til Australia, blir utnyttet.

– En historie handler om tre indiske sykepleiere. De hadde tatt opp lån hos arbeidsgiveren for å få råd til reisen. Da de kom til Australia, fortalte agenten fra rekrutteringsfirmaet at de måtte skaffe ytterligere 27 000 australske dollar for å få bli i landet, sier hun.

I tillegg måtte de indiske sykepleierne betale 1 000 australske dollar i måneden til firmaet.

– Lønnen de fikk var dårligere enn den de australske kollegaene fikk. Sykepleierne fortalte også at familiene deres ble truet i hjemlandet, sier Jintana Yunibhand. ■■■

kari.anne.dolonen@sykepleien.no



TIPS OSS: Kjenner du til lignende forhold i Norge? Send en e-post til kari.anne.dolonen@sykepleien.no Alle tips blir behandlet med diskresjon.

Tvangsarbeid

Tvangsarbeid foregår hovedsakelig innen fem sektorer i den amerikanske økonomien:

- › 46 prosent skjer innen prostitusjon
- › 27 prosent skjer innen hushjelp og au-pair-tjenester
- › 10 prosent skjer i landbruket
- › 5 prosent i tekstilindustrien
- › 4 prosent i restaurantbransjen

Kilde: Jintana Yunibhand

Høstens
DELTIDSSTUDIER
Skreddersydd for deg som er i arbeid

SØK OPPTAK PÅ HARALDSPASS.NO/HDH

Se fullstendig annonse i dette magasinet.



Haraldsplass
DIAKONALE HØGSKOLE
Bergen Diakonissehjem

Student på sparebluss

Tekst og foto Ann-Kristin Bloch Helmers

Sykepleierstudent Trine-Lise Hytjanstorp Bahus har valgt en alternativ boform mens hun går på skole: Campingvogn.



På Lygna camping er det temmelig forlatt denne vårdagen. Vintercamperne har reist, og sommerturistene har ikke kommet ennå. Men i ei hvit campingvogn med tv-antenne på taket og spikertelt utenfor, er det lys. Det er fordi sykepleierstudent Trine-Lise Hytjanstorp Bahus har kommet hjem fra skolen.

Enkelt valg

Campingplassen ligger midt mellom hjemstedet Nannestad og skolen på Gjøvik. I naturskjønne omgivelser – eller midt i svarte skauen – alt etter som man ser det, ligger det en bensinstasjon, et hotell, et lite vann, og litt borte i lia, en campingplass.

– Jeg trives godt, sier Trine-Lise mens hun viser rundt på hybelen.

Omvisningen tar like lang tid som en håndsveip rundt i rommet. Men hun har alt hun trenger: Sofa, seng, toalett. Kokemuligheter, skaplass og tv. Og lenestol i spikerteltet.

– Hvorfor bor du i campingvogn?

– For å spare penger. Jeg pendler mellom deltidsjobb i Nannestad og deltidsstudier på Gjøvik. Som student har man ikke god økonomi.





MOR TITTER INNOM: Som oftest er Trine-Lise Hytjanstorp Bahus streng på lesetiden i campingvogna. I dag kommer mor på et kort besøk.

«Jeg får i alle fall lesere her.»

Trine-Lise Hytjanstorp Bahus, sykepleierstudent

Foreldrene mine har denne vogna på helårsplass på campingen. Så for meg var valget enkelt. De får litt i husleie av meg, og ellers betaler jeg for mat.

Litt ensomt

Hun har undervisning på Gjøvik annenhver uke, de dagene bor hun i campingvognen. Den andre uka er det desentralisert undervisning på Nannestad. Da bor hun hjemme.

– Jeg får i alle fall lesere her. For å få gjort noe, slår jeg ikke på tv-en før klokka er halv åtte på kvelden.

Hun er tilbake fra Gjøvik rundt klokka halv fem. Da lager hun først middag på minikjøkkenet inne i campingvogna. Deretter er det lesetid. Hun synes det er en ganske tøff studieplan – eksamenene kommer på rekke og rad.

– I hele vinter har det nesten bare vært meg her på ukedagene. Det har bodd noen fra Litauen eller Polen lenger ned på campingplassen. Det har vært litt betryggende.

– Er du mørkeredd?

– Nja, kanskje litt. Men jeg har blitt vant til å være her nå.

– Blir det ensomt?

– Av og til. Men hotellet er like ved. Broren min kommer på middag hver

onsdag, og jeg snakker med kjæresten og familie på Skype, sier hun.

Det er om lag 130 andre campingvogner som har overvintret på Lygna, de fleste eierne kommer i helgene og i ferier. Da er det straks mer som skjer på området.

Sparer til praksis

Økonomi er hovedgrunnen til at hun har valgt campingvogn foran studenthybel på Gjøvik.

– Hybel koster fra 3–4000 kroner og oppover. De billigste hyblene er mindre enn det jeg har her, og de fleste må dele kjøkken og bad med andre, sier hun. Det har aldri vært et alternativ for henne.

– Jeg ønsker å komme meg gjennom studiene uten studielån. Men det er hardt, innrømmer hun.

– I praksisperiodene kan jeg ikke jobbe noe særlig ved siden av – det betyr tre måneder uten inntekt. Så jeg forsøker nå å spare til det.

Hun er ferdig med førsteåret og skal ut i praksis i hjemmesykepleien til høsten.

Det er flere utgifter hun har klart å kutte til et minimum:

– Vi bytter på å kjøre til skolen. Vi er mellom tre og fem i bilen.



TIPS OSS: Mange studenter sliter med å få endene til å møtes. Hvordan løser andre sykepleierstudenter med deltidsjobb praksisperiodene? Tips oss gjerne om andre studenter som må finne kreative økonomiske løsninger for å komme seg gjennom studiene. Send e-post til aknbh@sykepleien.no

Mor på besøk

I dag stikker moren innom. Hun vil ha med seg Trine-Lise ut på lunsj.

– Jeg pleier vanligvis ikke å være her i ukedagene, sier hun.

Mor kan også fortelle at Trine-Lise nok er mer familiær med campinglivet enn de fleste:

– Hun var bare en måned gammel første gang vi var på tur med vogna. Hun har tilbrakt nesten alle sommerferiene sine i campingvogn, vi har reist til Dyreparken, ja, egentlig alle parkene, forteller moren mens hun venter på Trine-Lise.

– Det har jo blitt litt oppstuss rundt dette, med intervjuer i lokalavisene, blant annet, forteller hun. Avisen Østlendingen besøkte datteren tidligere i vinter, og flere andre har vært interessert i å se hvordan denne formen for studenthybel arter seg.

Ingen andre

Hva sier så medstudentene? Er det flere som har blitt fristet?

– De begynner å bli vant til tanken nå, men i begynnelsen måtte jeg forklare litt. Foreløpig er det ingen andre som har flyttet inn i campingvogn, sier hun. ■■■

aknbh@sykepleien.no

Se video fra campinglivet til studenten her:
(Scan koden med en smart-telefon)



Royal College of Nursing (RCN) ville ikke betale kontingenten.

Tekst Kari Anne Dolonen og Anners Lerdal

Storbritannia suspendert fra ICN

Som medlemsorganisasjon skal Royal College of Nursing (RCN) betale nesten 600 000 pund hvert år til den internasjonale sykepleierorganisasjonen ICN. Det er cirka 16 prosent av ICNs inntekter. Det synes RCN er for mye. Den engelske sykepleierorganisasjonen mener også at ICN må reformeres og bli mer demokratisk. Blant annet krever RCN at store organisasjoner med mange medlemmer og høye kontingenter, må få mer makt enn de små organisasjonene.

Så for første gang siden stiftelsen av ICN i 1899, var ikke Royal College of Nursing blant deltakerne da ICNs

internasjonale sykepleierkongress ble avholdt i mai i år.

Ett land, en stemme

Slik det er nå har hvert land en stemme. Det betyr i praksis at Monacos sykepleierorganisasjon, som har 50 medlemmer, har like stor makt som for eksempel Norsk Sykepleierforbund.

Det er også slik at hvert land bare kan ha en sykepleierorganisasjon som medlem av ICN. Mange land har mange sykepleierorganisasjoner. Det igjen betyr at det ikke nødvendigvis er et lands største sykepleierorganisasjon som er medlem.

Suspendert

RCN har holdt tilbake kontingenten til ICN og truet med å melde seg ut. I fem år har ICN og RCN prøvd å komme frem til enighet uten å lykkes. Konsekvensen er at RCN nå er suspendert.

RCN har på sin side avholdt ekstraordinær generalforsamling og uravstemning blant sine medlemmer om de skal melde seg ut av ICN. Over 90 prosent av medlemmene stemte for en utmelding.

– Det er trist at en av organisasjonene som var med å stifte ICN nå ikke er med, sier NSF-leder Eli Gunhild By. ■■■

kari.anne.dolonen@sykepleien.no

ICN

- › International Council of Nurses (ICN) er en verdensomspennende organisasjon med sykepleiere i 129 land som medlemmer.
- › ICN har utviklet et etisk regelverk for utøvelse av sykepleie. Organisasjonen er spesielt opptatt av faglige spørsmål innen sykepleiepraksis, lovverk som regulerer sykepleie og sykepleieres sosioøkonomiske velferd.

Alle priser nå med
FRI FRAKT!

VÅRENS NYHETER!

GRETE WAITZ-SÅLEN i alle modeller!

799,-

Art. **650 SORT/ROSA**
Str. 36-42

Inkludert
Grete Waitz-
sålen, verdi
249,-



Fåes også i sort, str. 36-46
og i hvit/korallrød, str. 36-42

1.150,-

Art. **211 LILLA**
Str. 36-42

Besøk vår nettbutikk og se mange spennende produkter!



899,-

Art. **901 FLOWER**
Str. 36-41

899,-

Art. **400 HVIT/RØD**
Str. 36-42

Bestill nå!

www.footcare.no

Tlf. 67 97 80 40

post@footcare.no

Foot Care as
Pb 75 | 1471 Lørenskog

OBS! Fri retur.

FootCare

TA VARE PÅ FØTTENE DINE.





IKKE IDIOTER: Franske sykepleiere trakk ut på gatene i mai med krav om bedre arbeidsforhold på sykehusene. Under parolen «Ikke hushjelper, ikke nonner, ikke idioter» viste sykepleierne at de har fått nok av å bli behandlet som annenrangs arbeidere. Fred Navarro (bildet) er en av lederne for aksjonene i den franske hovedstaden som tydelig viser at nok er nok. Tradisjonelt er franske sykehus i toppsjiktet i Europa når det gjelder kvalitet og pasientresultater. Akkurat som i Norge er sykehusene finansiert av det offentlige. Men den franske statskassen har nå fått store problemer som følge av finanskrisen, og det har ført til innstramminger og dårligere betingelser for helsearbeidere.

Tekst **Barth Tholens**
Foto **NTBscanpix.**

Inger Semmingsen

Alder: 58

Yrke: Kreftsykepleier

Arbeidssted: Utegruppa, Hjemmebasert omsorg, Tynset

Med øye for mulighetene

– Jeg liker de vanskelige temaene.

Fortalt til **Susanne Dietrichson** Foto **Erland Vingelsgård**

Min jobb er kort og godt å passe på at grunnleggende behov blir dekket slik at pasientene kan bo hjemme lengst mulig. Arbeidsoppgavene rommer alt fra å hjelpe pasientene opp av senga til det mer avanserte som å sette sprøyter, gi intravenøs behandling og ta blodprøver. Jeg er behjelpelig med å skaffe mat og tilrettelegge måltider og ser til pasienten så vedkommende kan føle seg trygg.

Jeg starter arbeidsdagen med nøye planlegging, slik at jeg får med meg nødvendig utstyr, før jeg drar ut på hjemmebesøk. Tynset er en stor kommune og det er uheldig å oppdage at man har glemt noe etter å ha kjørt flere mil for å besøke en pasient.

Ettersom jeg er kreftsykepleier, blir jeg prioritert til kreftpasienter i kommunen eller til andre kronisk syke pasienter med store hjelpebehov. Jeg tok videreutdanning i kreftsykepleie i 2000. Det ga meg en ny piff som sykepleier. Jeg lærte mer om refleksjon og bruk av forskning, og forsto mitt eget fag og systemet jeg jobber innenfor bedre. Det er viktig at vi sykepleiere setter av tid til å dokumentere det vi gjør. Det trykker pasientene våre og gjør at viktig informasjon når frem til alle.

Det kommer godt med å være kreativ. Å ha et øye for hva som kan gjøre tilværelsen bedre for pasientene. Små ting og hjelpemidler som kan gjøre det tryggere og lettere for dem å bo hjemme. Vi må heller ikke glemme at vi alltid er gjest i pasientens hus. Vi må tilpasse oss hver pasient og hvert enkelt hjem. Det er ikke bare å buse inn og tilby pasientene et bad første gang man er på besøk. Først må de bli trygge på oss. Det er ikke alltid de pårørende forstår det, derfor er det viktig at vi kommuniserer godt med dem. Jeg er opptatt av å se hele pasienten slik at samarbeidet med blant annet fysioterapeut, ergoterapeut, psykiatrisk sykepleier og fastlegen er helt nødvendig.

Vi bruker tiden der vi trenger den. Noen steder kan man knipe litt inn hvis vi vet at vi må bruke litt ekstra tid et annet sted. Slik omdisponering av dagen krever litt erfaring, men gjør også jobben mer interessant. Det handler om å se mulighetene. Avstanden mellom pasientene varierer. Det er ikke uvanlig å kjøre åtte mil i løpet av en arbeidsdag. Avstanden gjør at jeg får tid til å tenke litt og forberede meg på neste pasient. Jeg trives godt med utfordrende pasienter og liker å gå litt i dybden på vanskelige temaer. ■■■

susanne.dietrichson@sykepleien.no



FAGARTIKKEL:
Smertekartlegging
gir refleksjon. Side 38

FAGNYHET:
– En god leder
er tilstede. SIDE 42

FAGARTIKKEL:
Flere sykehusinfeksjoner,
mindre kontroll. Side 54

Ledelse og
verdier
**Se bokan-
meldelser**
side 52

Sykepleien

Fag

bøker
& kultur



«Jeg etterlyser
fantasi hos dem
som jobber med
tidlig demens.»

Side 50

FARLIG STIKK: Aedes-
myggen overfører en av
verdens mest utbredte
infeksjoner; dengueinfek-
sjon. Illustrasjonsfoto:
Colourbox

Side
44



Side
58

«Man kan ikke forsvare brudd på taushets-
plikten, selv om hensikten er at kommunen
ikke skal tape penger.» **BERIT DAAE HUSTAD**



Line Nortvedt, stipendiat, Høgskolen i Oslo og Akershus.

Anne-Grete Wiborg, fag- og systemansvarlig sykepleier, Sunnaas sykehus.

Inger-Johanne Nitteberg, høyskolelektor, Høgskolen i Oslo og Akershus.

Grace Inga Romsland, fagsjef i sykepleie, Sunnaas sykehus og førsteamanuensis, HiOA.

Kartlegging av smerte ga økt refleksjon

Bruk av kartleggingsinstrument førte til at sykepleierne reflekterte mer over pasientenes opplevelse av smerte.

Sunnaas sykehus HF og Høgskolen i Oslo og Akershus har gjennomført et samarbeidsprosjekt basert på praksisveiledningsmidler, der temaet var smertekartlegging ved rehabiliteringssykehuset. Vi ønsket å undersøke om bruk av kartleggingsinstrumentet Numeric Rating Scale (NRS) bidro til at sykepleiere og sykepleierstudenter ved en av seksjonene ved sykehuset reflekterte mer over smertehåndtering.

Kroniske smerter

En viktig del av arbeidet ved den valgte seksjonen ved Sunnaas sykehus HF er vurdering og rehabilitering av pasienter med langvarige nevrologiske tilstander. En stor andel av disse sliter med kronisk smerteproblematikk. Kroniske smerter kan bli ødeleggende og gi livsvære problemer ved at smerte blir en konstant

tilstand (2). Vi har benyttet McCaffery og Beebe sin definisjon av smerte: «Det som personen sier at det er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte» (3). Det profesjonelle ansvaret begynner i møtet med smertepasienten, hvor man skal kartlegge pasientens smerteopplevelse for å kunne iverksette adekvate og korrekte tiltak. Helsepersonell må skaffe seg den informasjonen som er nødvendig for å kunne yte adekvat omsorg for sine pasienter. Dette innebærer blant annet å være lydhør for den andres bønn om lindring (2). Helsepersonell og pasienten selv vurderer pasientens smerte ulikt, noe som understreker betydningen av å basere smertekartlegging på pasientens selvrappotering (1). I en undersøkelse blant 46 intensivsykepleiere oppga imidlertid kun 10 prosent at de «som oftest» brukte VAS (Visual Analogue Scale) for å sjekke effekten av smertebehandling. Bruk av VAS er i tråd med anbefalte retningslinjer for smertebehandling, men svært mange i nevnte undersøkelse oppga «ikke rutine på avdelingen» som årsak til at sykepleierne ikke brukte smerteskår (4). Heller ikke ved vår seksjon har bruk av smerteskår vært en rutine for sykepleiernes vurdering av pasientens smerteopplevelse. Gjennom å prøve ut NRS i en halvtårsperiode ville vi derfor teste ut om det kunne være en aktuell rutine å innføre i klinikken.

Optimal smertebehandling

Intensjonen med fagutviklingsprosjektet var å bruke NRS underveis i sykepleiesamtaler og som grunnlag for tiltak i behandlingsplanene

under oppholdet. Hovedhensikten med studien var at sykepleiere og sykepleierstudenter ved seksjonen skulle reflektere over sin praksis, slik at den enkelte pasient skulle få en mer optimal smertebehandling. Studiens problemstilling var: «Hvordan kan bruk av NRS bidra til at sykepleiere fokuserer på pasientens smerte?»

Intervjuer

Vi benyttet beskrivende design med kvalitativ tilnærming og samlet inn data via fokusgruppeintervju. Det var viktig å få frem mange forskjellige synspunkter om emnet, og vi oppmuntrte informantene til å uttrykke både personlige og motstridende synspunkter (5). Utvalget besto av åtte sykepleiere med erfaring i å bruke smertekartleggingsverktøyet. De var i alderen 35–57 år og hadde gjennomsnittlig 24 års erfaring som sykepleier. To fokusgruppeintervjuer ble gjennomført med fire sykepleiere i hver gruppe. Mange av funnene i de to gruppene var sammenfallende. Intervjuene ble gjennomført på et møterom utenfor avdelingen og hadde cirka en times varighet. Intervjuene ble ledet av en moderator som tok utgangspunkt i en semi-strukturert intervjuguide. Intervjuene ble tatt opp på bånd og deretter transkribert ordrett. Data ble analysert ved hjelp av hermeneutisk meningsfortolkning (5).

Etikk

Seksjonsledelsen ved helseforetaket ga samtykke til gjennomføring av studien, og den ble godkjent av personvernombudet for forskning ved Oslo universitetssykehus. Informantene fikk

Hovedbudskap

Smertekartleggingsinstrumenter hører hjemme på en rehabiliteringsavdeling. Ved at sykepleierne blant annet bruker Numeric Rating Scale kan pasientene oppleve at de blir møtt og forstått. Sykepleierne får økt innsikt i og oversikt over de kroniske smertenes variasjoner og hvordan de kan lindres og mestres.

Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

› Smerte › Rehabilitering › Kartlegging



OPPLÆRINGSBEHOV: Sykepleierne fokuserte mer på pasientens smerte ved smertekartlegging, men ble også oppmerksomme på eget behov for økt kunnskap om bruk av kartleggingsverktøy og smertevurdering. Arkivfoto: Erik M. Sundt.

mundtlig og skriftlig informasjon om studiens hensikt, at deltakelse var frivillig og at de til enhver tid kunne trekke seg ut. Alle sykepleierne signerte en samtykkeerklæring.

Kunnskap og bevisstgjøring

Sykepleierne erkjente behovet for økt kunnskap om smertekartlegging, smertefysiologi, smertehåndtering og smerte som fenomen. Samtidig demonstrerte de innsikt i og kjennskap til smertevurdering og smertemestring hos pasienter med kroniske smerter, og var relativt samstemte i en smertedefinisjon som lød slik: «Basis er at smerten er det pasienten sier at det er, sånn han har det.»

Sykepleierne var imidlertid opptatt av å diskutere ulike former for smerteuttrykk, og engasjerte seg i dilemmaer knyttet til å plassere smerte på en skala. Det som særlig ble drøftet var avkrysning for «verst tenkelig smerte». Sykepleierne var opptatt av hvordan det er mulig for pasienter å fungere gjennom en dag fysisk, kognitivt og sosialt når de opplever «verst tenkelig smerte». En

sykepleier ga uttrykk for at hvis en person skårer 10 på skalaen, er smertene absolutt uutholdelige og personen ville stå i fare for å være suicidal. Det ble også påpekt at noen pasienter kanskje skårer høyt på skalaen for å bli trodd, samtidig som man må respektere pasientenes opplevelser.

Psykisk smerte

Sykepleierne var spesielt opptatt av den psykiske smerten som ofte kommer til uttrykk under rehabiliteringsoppholdene. En sykepleier uttrykte det slik: «Og så kan man ha forferdelig mye i den ryggsekken sin, traumatisk barndom, du kan ha et havarert ekteskap, du kan kanskje ha oppsigelse på jobben. Det er steiner i ryggsekken din som gjør at du ikke orker å bære mer.»

Sykepleierne beskrev videre hvordan funksjonstap, det å ikke lenger kunne ha omsorg for egne barn, tap av nære venner samt andre former for psykiske belastninger og stress kunne sette seg i kroppen til pasientene. De hevdet dessuten at psykisk, sosial og fysisk smerte henger sammen og forsterker hverandre.

Smertemestring

Sykepleierne var opptatt av å tilby pasientene ulike former for smertelindrende tiltak, og formidlet kunnskap om hvordan de kunne bidra til smertemestring. En av dem hevdet at forutsetning

«Basis er at smerten er det pasienten sier at det er, sånn han har det.»

gen for en god dialog med den smerterammede er å tro på, lytte til og skape en allianse med pasienten. Dessuten ble pasienters økte innsikt i fysisk aktivitet som bidrag til både smertelindring, styrket mestringsopplevelse og motivasjon til å trene hjemme nevnt. Informantene la også vekt på å bistå pasienten i å finne språklige uttrykk for smerten, veilede i avspenningsteknikker og tilby samtaler. Det ble gitt eksempler på såkalte rastløse pasienter som brukte aktivitet som en avledning fra smerten. Samtidig ble det



satt et spesielt fokus på poliopasienter, fordi de ofte skårer lavt på NRS til tross for sterke smerter. En sykepleier påpekte at traumatiske barndomsopplevelser kombinert med et stort treningsfokus på tross av intense smerter, kunne bidra til at pasienter utviklet en fighter-mentalitet og derav evnet å mestre kroniske smerter.

Pasientens behov

Det ble påpekt at smertekartleggingsinstrumentet kunne være en innfallsport til blant annet veiledningssamtaler med sykepleier: «Det er så vanskelig å plassere livet sitt, hele tilværelsen sin, inn i tre linjer med ett kryss, for det er så mange ting,

«Det får meg til å tenke på om smerten er fysisk eller stressrelatert.»

og noen pasienter har spurt: Hvilken smerte er du ute etter? Hvem av dem? Og da har det og vært situasjoner der jeg har sagt: Jammen da snakker vi om det!».

Så selv om pasienten gir uttrykk for at det er vanskelig å plassere ulike former for smerte inn i et skjema, kan det gi utgangspunkt for samtale om det som er viktig for pasienten. Dessuten pekte de på at når pasienten graderte smertene sine på ulike tider av døgnet, ble det enklere å se pasientens behov og hvilke tiltak man burde iverksette.

Flere av sykepleierne problematiserte det å ha et for stort fokus på smerte, når en kanskje heller burde legge vekt på funksjon, aktivitet og hva som kan gi energi og påfyll. En av sykepleierne mente:

«Jeg spør jo like mye om hva gjør du når du har det fint? Hva gleder du deg til? Går det an å ha et skjema som stiller spørsmålene om hva som gir energi? På en måte prøve på å lete etter hvordan

man lærer seg å leve med smertene.»

Andre sykepleiere formidlet at det kunne være bevisstgjørende hvis sykepleier og pasient snakket om pasientutsagn på skjemaet som: «har mindre smerte» eller «har gått en tur». Slik kunne man styrke pasientens mestringsopplevelse samt bidra til smertelindring på en effektiv måte.

Betydning i klinikken

Informantene ga uttrykk for at dersom pasientene kun krysser av på NRS, uten å skrive noe i kommentarfeltet, gir det liten innsikt og bevisstgjøring både for pasient og sykepleier. En sykepleier framhevet at skjemaet bevisstgjorde både henne selv og pasienter om sammenhengen mellom smerter, fysisk aktivitet og smertelindring. Hun sa blant annet:

«Og en som fortalte meg senest i dag, sa at det får meg til å tenke på om smerten er fysisk eller stressrelatert, og lære seg å skille dette».

NRS ga dessuten adekvat informasjon når sykepleier var usikker på om pasienten var riktig medisineret. Instrumentet ble av noen ansett som spesielt nyttig dersom skjemaet ble benyttet minimum tre ganger i løpet av et opphold, slik at man kunne samtale med pasienten om smerteintensitet over tid:

«Hvordan kan du leve med den nier'n? Det er noe om det er 9 eller 6 for meg eller 3. Det sier meg på en måte ikke noe. Det blir mer spennende å ha en samtale med en type mestring om smerten, hvor du litt over tid kan jobbe med hvordan jeg kan jobbe med den nier'n jeg har». (B)

En sykepleier uttrykte at hun ikke forsto nytten av skjemaet, særlig fordi hun undret seg over hva man skulle måle i forhold til, og hvordan det i tilfelle kunne hjelpe pasienten. Noen sykepleiere foreslo for øvrig at det kunne vært nyttig å måle sammenhengen mellom aktivitet, funksjon og smerte.

Tas på alvor

Et tema som ble belyst i begge gruppeintervjuene var å ta pasientens smerte på alvor, både ved bruk av kartleggingsinstrument og uavhengig av det. En av sykepleierne mente at skjemaet bidro til at pasientene opplevde seg mer ivaretatt. Pasienten selv må definere sin smerte på NRS, og skalaen er individuell for den enkelte. Samtidig antydte sykepleierne at det ikke alltid er helt enkelt å tro på pasientenes skåring. På den annen side kom det frem at høye skår på skalaen ga utgangspunkt for å samtale om hvilken form for smerte pasienten slet med, og hvilke tiltak som ville lindre pasientens smerte også etter utskrivelsen.

Videre ble det pekt på at observasjoner og registreringer gjort via NRS bare i noen grad ble brukt i tverrfaglige møter, men at dette bidro positivt til samarbeid med andre yrkesgrupper samt at sykepleierrollen ble tydeliggjort. Samarbeid med pårørende ble i liten grad tematisert. Det kunne virke som om sykepleierne oftest diskuterte resultater fra smertekartleggingsverktøyet innad i sin egen yrkesgruppe, og at dette var fruktbart for å kunne komme frem til best mulig og effektiv smertelindring for deres pasienter.

Diskusjon

Funnene i studien viser at sykepleierne er opptatt av smertelindring og smertemestring. Samtidig ser vi at styrket innsikt i ulike former for smertekartlegging kunne vært fruktbart. Når det gjelder kompetanse om smertehåndtering, viser en litteraturstudie at systematisk kartlegging av smerter hos personer med demens øker kommunikasjon og samhandling om smertelindring i personalgruppen (6). Videre avdekker forskning at sykepleiere som fikk undervisning om bruk av smertekartleggingsverktøy ble mer positive til å bruke slike instrumenter (7).

Sykepleierne i vår studie viste til at en konsekvens av smertekartlegging var at pasienten opplevde å bli møtt og tatt på alvor. Flere av pasientgruppene ved rehabiliteringsavdelingen sliter med diffuse, kroniske smertetilstander. Sykepleiernes utfordring blir i denne sammenheng å bistå pasientene i å sette ord på smerteopplevelsen, blant annet via NRS. Å bli lyttet til og trodd er en viktig pilar i lindring av kroniske smerter (1). Dette er i tråd med en forskningsstudie som viste at smertekartleggingsredskap ga bedre forståelse for hvordan pasientene følte seg, og det hjalp pasientene å uttrykke sine behov mer presist (7). En rød tråd i studiens funn var nettopp dialog med pasientene, hvor kartleggingsinstrumentet bidro til å fokusere på smerteintensitet og døgnvariasjoner samt mestring og lindrende tiltak.

Dilemma

Sykepleierne beskrev det å ha tillit til pasientens smerteuttrykk som et dilemma. De diskuterte hvordan man kan tro på det pasienten sier eller skårer når pasienten ikke viser ytre tegn til smerte. Samtidig var sykepleierne i studien inne på at andre pasienter som man antok hadde store smerter «bet tennene sammen» og levde som om de ikke hadde smerter. Dette funnet samsvarer med to studier som påpeker at pasientene ikke alltid forstår hvordan de skal bruke NRS (7, 8). Det påpekes videre at pasienter trenger undervis-

Numeric Rating Scale

Kartleggingsinstrumentet Numeric Rating Scale (NRS) er en tallskala som går fra 0 til 10, hvor null (0) representerer «ingen smerter», mens 10 representerer «verst tenkelig smerte» (1). I denne undersøkelsen ble smertekartleggingsverktøyet modifisert ved å føre opp tre klokkeslett (08, 14–16 og 21–22) i tillegg til spørsmålet «Hva tror du har påvirket smerten din positivt/negativt på dette tidspunktet?».

Det er mange fordeler ved å være sykepleier



ning om bruk av NRS, at pasienter med sterke smerter ikke nødvendigvis vil vise tydelig tegn på smerte (8) og at smertekartleggingsinstrumenter kan gi sykepleiere en bedre forståelse av hvordan pasientene føler seg (7).

Vi har prøvd ut NRS på en rehabiliteringsavdeling hvor målet var å få et bilde av pasientens egen rapportering om smerteintensitet. Samtidig ser vi at ved vurdering av kroniske smerter innvirkning på fysiske, emosjonelle og sosiale funksjoner kreves det flerdimensjonale kvalitative redskap (9). NRS gir imidlertid et raskt bilde av pasientens smertetilstand, er utgangspunkt for samtale og kan være et tilskudd til den tverrfaglige kartleggingen. Flerdimensjonale smertekartleggingsinstrumenter, kroppskart og smertedagbok (1) ble allerede benyttet av det tverrfaglige teamet ved seksjonen. I vårt kartleggingsinstrument ble elementer av dette inkludert, hvor smerteintensitet er ivaretatt av NRS, og at spørsmålet «Hva tror du har påvirket smerten din positivt/negativt på dette tidspunktet?», henviser til forverring, forbedring og mestring.

Konklusjon

Studien viser at ved utprøving og bruk av NRS blir sykepleierne mer fokuserte på pasientens smerte. Samtidig ble det avdekket behov for økt kompetanse i smertevurdering og kartlegging. Videre konkluderte vi med at bruk av NRS fikk konsekvenser for planlegging og utøvelse av sykepleie, hvor pasientsamtaler utpekte seg som det mest sentrale. Observasjoner med utgangspunkt i NRS så i begrenset grad ut til å bli videreformidlet til det tverrfaglige teamet. Det er en utfordring sykepleierne må finne løsninger på. ■■■

LITTERATUR

1. Rustøen T, Wahl AK. Ulike tekster om smerte: fra nocisepsjon til livskvalitet. Oslo: Gyldendal akademisk; 2008. 384 s. p.
2. Nortvedt F, Nortvedt P. Smerte: fenomen og forståelse. Oslo: Pensumtjeneste; 2007. 156 s. p.
3. McCaffery M, Beebe A. Smerte: lærebok for helsepersonell. Oslo: Ad notam Gyldendal; 1996. 302 s. p.
4. Reiersdal O, Helland ES, Breland HP. Sykepleiere bruker ikke smerteskala. Tidsskriftet Sykepleien. 2007;7:50-2.
5. Kvale S, Brinkmann S, Anderssen TM, Rygge J. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009. 344 s. p.
6. Galek J, Gjertsen M. Personer med demens får bedre smertebehandling. Sykepleien. 2011;99 (13): 62-4.
7. Layman Young J, Horton FM, Davidhizar R. Nursing attitudes and beliefs in pain assessment and management. Journal of Advanced Nursing. 2006;53(4): 412-21.
8. Leegaard M, Husby Y, Berge A, Rustøen T. Hvilke kunnskaper trenger sykepleiere for å hjelpe pasienter å håndtere smerter etter hjertekirurgi? Sykepleien Forskning. 2011;03:254-61.
9. Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Hals EK, et al. Assessment of pain. Br J Anaesth. 2008;101(1):17-24. ePub 2008/05/20.

Norsk Sykepleieforbund har en avtale med Esso MasterCard – noe som betyr at du får fordeler andre bare kan drømme om:

- * 50 ø/l i drivstoffrabatt hos Esso
- * 20 % rabatt på bilvask hos Esso
- * Inntil 2 familiekort til familiemedlemmer
- * Ingen årsavgift eller gebyr ved kjøp
- * Valgfri PIN-kode

Søk om kort på:

www.essomastercard.no/norsk-sykepleierforbund



essomastercard.no
Drivstoffrabatt og mye, mye mer

Effektiv rente ved kreditt på kr 15.000 er 31,13 %. Kredittkostnad kr 1.947.

– Gode ledere inkluderer

Alle fagforeninger burde kjempe for medlemmenes rett til en god sjef, sier Jon Morten Melhus. Han er aktuell med boka: «Sykt bra. Resepten på friske sykehus».

Tekst **Kari Anne Dolonen** Foto **Raymond Mosken**

Morten Eriksen-Deinoff og Jon Morten Melhus har intervjuet ni ledere ved norske sykehus som er flinke i jobben sin. De mener at eksemplene viser at det er mulig å drive gode sykehus innenfor de ramme som finnes.

– Det er en del folk innenfor helsevesenet, blant annet Helsetjenesteaksjonen, som skylder på eksterne forhold. Likevel tyder alle våre eksempler på at når ledere kan faget ledelse, ligger løsningene internt, sier Jon Morten Melhus.

– *Tror du dette vil provosere?*

– Det håper jeg da, hvis det fører til at helsetvesenet får enda flere gode ledere som involverer medarbeiderne. Konklusjonen vår er at det ikke er mer økonomiske ressurser som trengs i sykehusene. Det er interne forhold som må ryddes opp i. Alle vil nok ikke være enig i det. Boka er ment å være en inspirasjonsreise med tips og erfaringer fra de gode eksemplene, sier han.

– *Hvorfor skrev dere bok?*

– Oppslagene i media gir inntrykk av at alt bare er negativt ved norske sykehus. Vi satte oss som mål å finne de gode eksemplene. Vi viser frem de som får det til. Vi spurte oss selv: Hva er det disse lederne gjør? Hva skiller dem fra dem som ikke får det til?

Ryktebørsen

– *Hvordan fant dere de gode lederne?*

– Vi fikk tips av folk i bransjen og sjekket ut ledere som hadde fått priser eller var frem-

hevet på annet vis. Vi har ikke valgt ledere etter definerte målekriterier.

– *Hvordan kan dere være sikre på at de faktisk er gode sjefer, og ikke bare selv mener at de er det?*

– Vi har vært rundt på avdelingene og sykehusene hvor de jobber og snakket med folk. Dessuten merker du veldig fort når du kommer inn på en arbeidsplass hvilken kultur som råder. På de avdelingene vi har vært, ble vi møtt med åpenhet og vennlighet. Vi merket på hele kulturen at folk trivdes. Så vi er sikre på at de vi har intervjuet og tatt med i boken, oppfattes som gode ledere, forsikrer han.

To sykepleiere

– *Var det vanskelig å finne gode ledere i helsetvesenet?*

– Nei, det var ikke vanskelig. Vi hadde mange å velge blant, sier han.

Av de ni lederne som er intervjuet i boka, er to sykepleiere: Anne May Mauritzen er leder for sykepleiefaglig enhet ved kirurgisk klinikk ved Sykehuset Telemark HF. Helle Eklund leder infeksjonsavdelingen ved Bærum sykehus.

Lederne forfatterne har snakket med styrer avdelinger, sykehus eller klinikker som oppnår gode resultater. Både når det gjelder kvalitet, produktivitet og økonomi. Dette klarer de innenfor de samme økonomiske rammene som de som ikke får det til.

– *Hva kjennetegner de som får det til?*

– Lederne har en inkluderende stil. De tar

med de ansatte når løsninger skal finnes. De introduserer dem for problemet og bruker tid sammen for å finne den beste løsningen, sier Melhus.

Gode ledere er altså alfa og omega for å lykkes.

– Dette er ledere som motiverer sin ansatte, sier han.

– De har omtanke for dem på det viset at de sammen finner de beste løsningene for at de ansatte skal kunne gjøre en god jobb. De stimulerer til faglig utvikling og er selv gode rollemodeller som de andre ser opp til og er stolte av. De skaper tillit slik at de ansatte er trygge på at deres leder vil deres beste.

Inkludering er ikke informasjonsmøter

– *Hvis du spør en leder om han er inkluderende, vil de fleste svare ja. Men betyr det at de faktisk er inkluderende?*

– Å holde møte hvor ansatte blir presentert for ferdige løsninger eller innføring av nye prosedyrer på et to timers møte, er ikke inkluderende. Det er et informasjonsmøte. Inkludering er når alle blir tatt med og lyttet til. Det betyr at både rengjøringspersonalets arbeidsrutiner og legens ønsker blir lyttet til og vurdert.

Da forsvinner også profesjonskamper. Det skapes en følelse av at alle «eier» de samme problemene, og alle blir tatt med for å finne løsninger.

– Lojaliteten til profesjonen blir mindre viktig, mens lojaliteten til sykehuset og arbeidsplassen øker.



INKLUDERE: Jon Morten Melhus og Morten Eriksen-Deinoff konstaterer at ledere som har evnen til å lytte til sine ansatte og har en inkluderende stil, er de som lykkes.

– Krev en god sjef

Ledelse er et eget fag som forfatterne mener fortjener samme respekt som for eksempel legeyrket. Ifølge Melhus og Eriksen-Deinoff er gode ledere noe alle burde kreve.

– En god leder skaper gode arbeidsdager for de ansatte. Gode arbeidsdager inspirerer og engasjerer. Derfor burde alle fagforeninger kjempe for at deres medlemmer har krav på å ha en god sjef, sier Melhus.

Administrasjon er ikke ledelse

Forfatterens erfaring er at få skiller mellom administrasjon og ledelse. God administrasjon må til for å kunne drive god ledelse, men det er ikke det samme.

Administratorer etablerer strukturer, prosedyrer, organiserer og bemanner, sjekker og kontrollerer.

– Administratorer styrer ved hjelp av regler og er avhengig av å bli adlydt for å få sin vilje

igjennom. De får ikke tilslutning gjennom lojalitet fra medarbeidere, men gjennom sin stillingsautoritet, sier han og fortsetter:

– Stillingsautoritet tilfører ikke energi og skaper ikke entusiasme. Heldigvis finnes det en løsning: Administrative oppgaver kan delegeres. Men det kan ikke lederskap. Bruker ledere for mye tid på administrasjon, fjerner de seg fra den daglige driften og sine medarbeidere.

Melhus minner om at delegering ikke er det samme som å fordele oppgaver.

– Delegering er å gi medarbeidere ansvarsområder med tilhørende myndighet, sier han.

God ledelse

– En god leder er til stede der medarbeiderne er. Gir ros og tilbakemeldinger og kjenner sine medarbeidere.

Ifølge Melhus kjennetegnes godt lederskap ved at medarbeideren frivillig følger lederen.

– Ved Oslo universitetssykehus fortalte noen ansatte at deres leder stort sett satt på kontoret og skrev vitenskapelige artikler på bekostning av å bruke tid sammen med medarbeiderne og støtte dem i en krevende omstillingsprosess. Det fremmet hans egen

«En ny organisasjonskultur kan ikke vedtas. Den må skapes.» Sitat fra boken: *Sykt bra. Resept på friske sykehus.*

karriere, men han ble ikke oppfattet som en god leder. Den beste sykepleieren, eller den beste kirurgen, er ikke nødvendigvis den beste lederen. I verste fall mister man en god kirurg eller sykepleier, og ender opp med en dårlig leder, sier Melhus. ■■■

kari.anne@dolonen.no



Arnhild Hægeland, konsulent/sykepleier, Kompetansesenter for import- og tropesykdommer, OUS, Ullevål.

Bjørn Myrvang, overlege/professor emeritus, Kompetansesenter for import- og tropesykdommer, OUS, Ullevål.

Hva sykepleiere bør vite om dengue

Dengueinfeksjon er en av de vanligste tropesykdommene, og smitten skjer gjennom stikk fra aedesmyggen.

Dengueinfeksjon, ofte forkortet til dengue, er en av de mest utbredte infeksjonene på vår klode. Sykepleiere flest bør derfor ha en del faktakunnskaper om sykdommen. Spesielt er det viktig at sykepleiere som kommer i kontakt med denguepasienter i jobbsammenheng har kunnskaper om sykdommen. Også sykepleiere som skal gi råd til personer som skal reise til områder hvor dengue er et problem, bør ha kunnskap. I artikkelen vil vi besvare noen spørsmål om sykdommen som vi mener kan være til nytte. Lesere som søker mer omfattende kunnskap om dengue, vil finne dette i en bok skrevet av eksperter

på feltet (1) og i to publikasjoner fra Verdens helseorganisasjon (2,3).

Hva er dengue?

Dengue er en virusinfeksjon med et av fire beslektete denguevirus, ofte kalt serotyper: dengue virus 1, dengue virus 2, dengue virus 3 og dengue virus 4. Sykdomsbildet som de fire virusene gir, er nokså likt, og flere ulike manifestasjonsformer kan ses ved infeksjoner med alle fire virusene.

Hvordan skjer smitten?

Man blir smittet gjennom stikk av aedesmygg, vanligvis *Aedes aegypti*. Aedesmyggen (hunmyggen) stikker både dag og natt, og man kan pådra seg dengueinfeksjon både i byer og på landsbygda.

Hvor er sykdommen utbredt?

Myggen som overfører dengue, er hovedsakelig utbredt i tropiske og subtropiske strøk, men finnes i dag på alle kontinenter, men ikke i Norge. Nesten halvparten av jordas befolkning bor i områder hvor det er risiko for smitte med denguevirus. Omrisset av disse områdene vises på kartet. Infeksjonen er mest utbredt i Sørøst-Asia, men i løpet av de siste tiårene har sykdommen spredt seg til stadig nye landområder, særlig i Sør-Amerika og Karibia. Det har vært anslått at 220 millioner mennesker blir infisert hvert år

(3), men nylig er det blitt estimert at tallet kan være mye høyere. De fleste er asymptomatiske infeksjoner, men hvert år er det minst 2 millioner alvorlige tilfeller av sykdommen (se nedenfor).

Hvordan arter sykdommens seg?

Infeksjon med denguevirus kan arte seg på svært forskjellig vis. Om lag halvparten av dem som blir smittet får ingen symptomer. Når det gjelder de som blir syke, kan sykdommen arte seg på flere måter. Det er vanlig å skille mellom følgende tre manifestasjoner:

- ▶ denguefeber, som er en influensaliknende sykdom, ofte med feber, hodepine, leddsmerter og et karakteristisk utslett
- ▶ dengue hemorrahagisk feber
- ▶ dengue sjokksyndrom

De to siste er alvorlige tilstander med betydelig mortalitet, som dog er avhengig av behandlingen man kan tilby pasienten. Ved begge tilstander skjer en massiv plasmalekkasje fra blodårene ut i vevet. Oftest skjer den mest omfattende plasmalekkasjen hos barn. Dette har sammenheng med at kapillærene hos barn er skjørere enn hos voksne. Plasmalekkasjen fører til økt hematokrit, ødemer og væskeansamlinger i hulrom. Samtidig vil blødninger i hud og slimhinner oftest være en del av sykdomsbildet. Barn har derfor størst risiko for å utvikle alvor-

Hovedbudskap

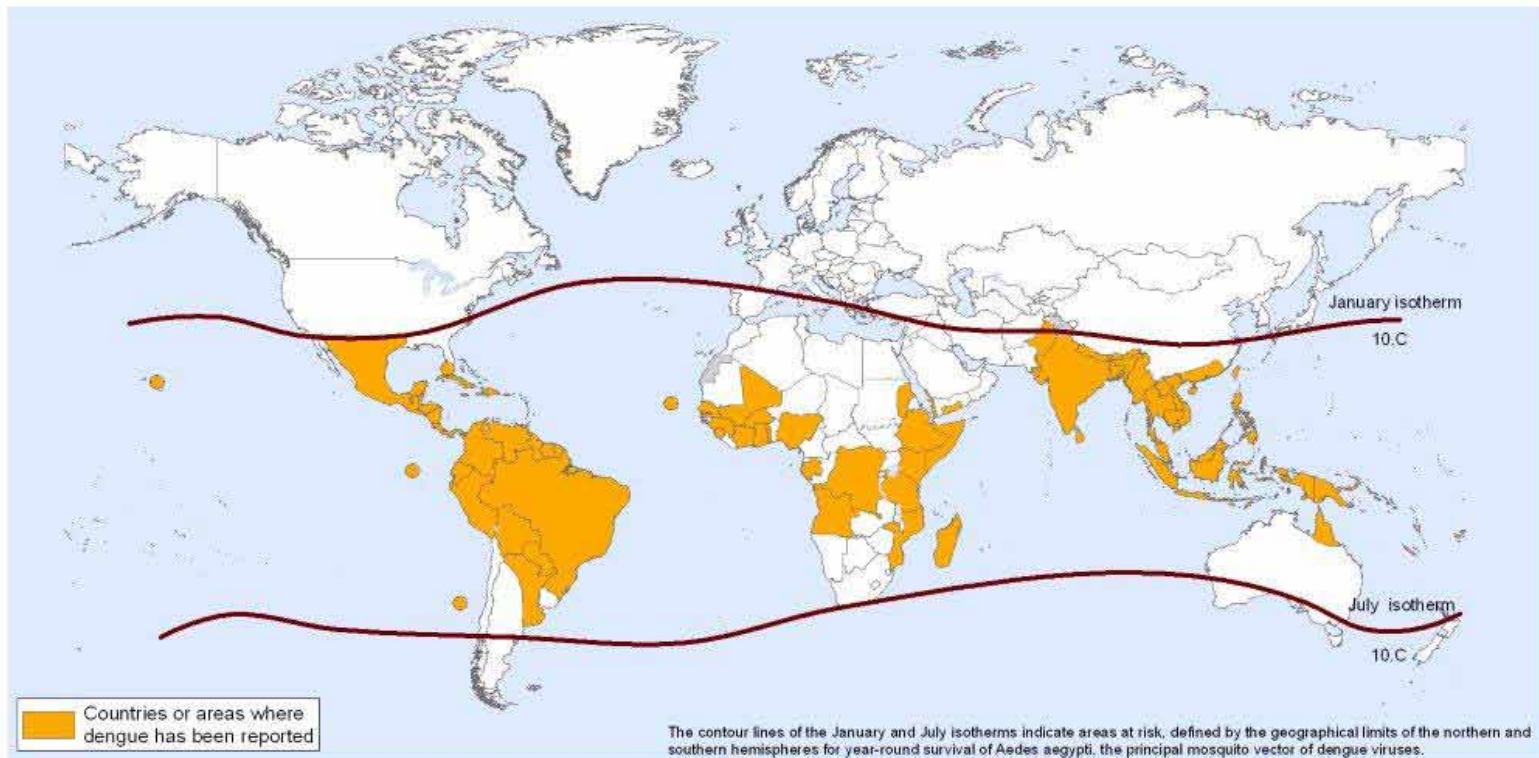
Dengue er verdens viktigste myggoverførte virusinfeksjon. Sykdommen utgjør et alvorlig helseproblem i tropiske områder og er en viktig importsykdom i Norge. En etterlengtet vaksine er under utprøving.

Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- ▶ Infeksjon
- ▶ Smitte
- ▶ Vaksine

Dengue, countries or areas at risk, 2011



GEOGRAFISK OVERSIKT: Kartet viser i hvilke deler av verden dengueinfeksjon rammer. Kilde: Verdens helseorganisasjon.

lige varianter sykdommen, men også andre kan bli alvorlig syke og særlig personer som etter infeksjon med et denguevirus blir infisert med en annen serotype ved andregangs infeksjon enn ved den første infeksjonen.

Hvordan stiller vi diagnosen?

Man får mistanke om dengueinfeksjon ut fra pasientens sykehistorie og det kliniske bildet. Har pasienten i tillegg et lavt antall hvite blodlegemer og blodplater, styrkes mistanken. En positiv tourniquetest bidrar også til å sannsynliggjøre diagnosen. For å stille en sikker diagnose trenger man mikrobiologiske laboratorieprøver. Tradisjonelt har påvisning av spesifikke antistoffer (IgG- og IgM-antistoffer) mot denguevirus vært vårt viktigste verktøy. Men nå er nyere diagnostiske tester kommet på markedet. Det dreier seg om PCR- og virusantigentester, som kan bekrefte diagnosen tidlig i forløpet. Hurtigtester som kan påvise IgM- og IgG-antistoffer og virusantigen finnes nå ved mange norske sykehus. Vanligvis kan man med hurtigtester raskt avgjøre om en pasient har dengueinfeksjon, og om det er førstegangs infeksjon eller ikke.

Hva kan vi tilby av behandling?

Vi har ingen antivirale midler mot denguevirus. Derfor kan vi kun tilby pasientene symptomatisk

behandling. Alle pasienter med dengueinfeksjon skal ha rikelig væskeinntak eller -tilførsel og få Paracetamol ved smerter og feber. Plasmalekasjonen, som er hovedproblemet ved de alvorlige sykdomsformene, må behandles intensivt etter internasjonale retningslinjer (2,3). I tillegg til tilførsel av elektrolytter og plasma, kan transfusjon av blod og trombocytter være aktuelt. Kortikosteroider har ingen plass i behandlingen.

Hvordan unngår man smitte?

Man unngår smitte ved å unngå stikk av aedesmygg. Myggen stikker helst på dagtid og finnes både i urbane strøk og på landsbygda. Myggen formerer seg i stillestående vann, for eksempel er henslengte bildekk et yndet formeringssted for myggen. Lokale myndigheter og privatpersoner må ta del i kampen med å redusere myggens formeringsmuligheter. På det individuelle plan kan både fastboende og turister i endemiske områder redusere risikoen for å få myggstikk gjennom fornuftig påkledning og jevnlig bruk av myggmidler på huden.

Kommer det snart en vaksine?

Flere institusjoner og farmasøytiske firmaer har i lengre tid hatt utvikling av denguevaksine på forskningsprogrammet (4). En vaksine har vist seg å være trygg i omfattende forsøk (5). Hos forsøks-

personer har vaksinen gitt immunsvaret mot alle fire serotypene av virus. Resultatet av den første effektivitetsstudien er nylig publisert (6), og viste at vaksinen ga 30,2 prosent beskyttelse hos barn i alderen 4 til 11 år. Det er ikke særlig imponerende, men beskyttelsen var god mot serotypene 1,3 og 4, henholdsvis om lag 61 prosent, 82 prosent og 90 prosent. Dessverre beskyttet ikke vaksinen mot virus type 2 i det hele tatt. Og studien ga ikke svar på om vaksinen beskytter mot alvorlig dengueinfeksjon (7). I den refererte studien deltok 4000

«Om lag halvparten av dem som blir smittet får ingen symptomer.»

barn, mens en større utprøving hvor 31 000 barn i en rekke land inngår, blir ferdig i 2014. Først når resultatet av denne store undersøkelsen foreligger, vil man vite sikkert om vaksinen kan benyttes til å beskytte de mange som lever i dengue-endemiske områder, og kanskje også turister fra ikke-endemiske områder (6,7).

Dengueinfeksjon blant nordmenn

En del nordmenn blir smittet med denguevirus hvert år, de fleste i Sørøst-Asia. Noen blir, som



anført ovenfor, smittet uten å bli syke. Andre får symptomer av ulik alvorlighetsgrad og oppsøker lege enten på smittestedet eller etter at de er kommet tilbake til Norge. Vi har liten over-

«En del nordmenn blir smittet med denguevirus hvert år, de fleste i Sørøst-Asia.»

sikt over hvor mange det dreier seg om, til dels fordi dengue ikke ble en meldepliktig sykdom før 1. juli 2012. Ved infeksjonspoliklinikken på Oslo universitetssykehus ble det diagnostisert 16 pasienter med dengueinfeksjon i 2011. De fleste pasienter vi ser i Norge har lett til moderat alvorlig sykdom, men to norske turister er rapportert døde etter hjemkomst til Norge (8,9).

Kan smittede reise tilbake?

Er det tilrådelig at personer som har hatt denguefeber på nytt reiser til dengueendemiske områder? Dette er et spørsmål som ofte blir stilt. Bakgrunnen for spørsmålet er som regel at den som spør har hørt eller lest at det er økt risiko for alvorlig sykdom ved andre gangs infeksjon, dersom man blir infisert med en annen serotype av virus enn første gang. Svaret er at man vanligvis ikke fraråder nye reiser, men at den personen det gjelder må være ekstra nøye med å beskytte seg mot myggstikk. I denne sammenhengen kan det være nyttig å vite at mange nordmenn har hatt dengueinfeksjon tidligere uten å være klar over det. ■■■

LITTERATUR

1. Halstead SB Ed. Dengue. London: Imperial College Press, 2009.
2. World Health Organization. Dengue: guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control – new edition. Geneva: 2009.
3. World Health Organization. Global Strategy for dengue prevention and control, 2012–2020. Geneva: 2012.
4. Collier BA, Clements DE. Dengue vaccines: progress and challenges. *Curr Opin Immunol* 2011; 23: 391–398.
5. Guy B, Barrere B, Malinowski C, et al. From research to phase III: preclinical, industrial and clinical development of the Sanofi Pasteur tetravalent dengue vaccine. *Vaccine* 2011; 29: 7229–7241.
6. Sabchareon A, Wallace D, Sirivichayakul C et al. Protective efficacy of the recombinant, live-attenuated, CYD tetravalent vaccine in Thai schoolchildren: a randomised, controlled phase 2b trial. *Lancet* 2012; 380: 1559–67.
7. Halstead SB. Dengue vaccine development: a 75 % solution? *Lancet* 2012; 380: 1535–6.
8. Jensenius M, Berild D, Ormaasen V et al. Fatal subarachnoidal haemorrhage in a Norwegian traveller with dengue virus infection. *Scand J Infect Dis* 2007; 39: 272–274.
9. Waagsbø B, Sunday A, Høyvoll LR. Febrile illness in a returned traveller from Thailand. *Journal of Clinical Virology* 2010; 47: 303–3058.

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



SMITTEBÆRER: Aedesmygg som overfører dengue. Foto: WHO.



SYMPTOMER: Typisk utslett ved denguefeber. Foto: Kompetansesenter for import- og tropesykdommer.



TILHOLDSSTED: Vann i henslengte bildekk er vanlig formeringssted for aedesmyggen. Foto: WHO.



NSF MasterCard
– et produkt fra DNB Bank ASA

Mange fordeler i ett og samme kort

Er du lei av at lommeboka flommer over av kort? Nå har du mulighet til å skaffe deg NSF MasterCard som erstatter både medlemskortet ditt og eventuelle kredittkort du måtte ha. I tillegg kan alle med NSF MasterCard opprette en tilleggskonto for sparing med p.t. 2,8 % sparerente fra første krone.

NSF MasterCard - et trygt og solid kredittkort

Uansett hva og hvor du betaler, er kredittkort et sikkert betalingsmiddel. Du belaster ikke din egen konto, men får en månedlig faktura på alle kjøp du har foretatt med kortet. Ser du noe som ikke stemmer, tar du kontakt med Kundeservice. Betaler du alt på forfallsdato, påløper verken renter eller administrasjonsgebyr.

God sparerente fra første krone

Alle som har NSF MasterCard kan opprette en tilleggskonto for sparing til p.t. 2,8 % sparerente fra første krone. Det er ingen begrensning i antall uttak.

Søk med BankID og få svar med en gang

Gå inn på www.nsfmastercard.no og søk med BankID utstedt av hvilken som helst norsk bank. Du får svar umiddelbart. Kortet kommer i posten om noen dager.

Mange fordeler i ett og samme kort

- Kombinert medlemskort og kredittkort.
- Ingen årsavgift.
- Inntil 45 dagers rentefri betalingsutsettelse.
- Gratis SMS-varsling av transaksjoner.
- Gebyrfrie varekjøp over hele verden.
- Gratis reiseforsikring for deg og 3 medreisende når min. 50 % av transportkostnadene betales med kortet.
- Gebyrfri nettbank med enkel og trygg pålogging med din BankID.
- Tilleggskonto for sparing med p.t. 2,8 % sparerente fra første krone.



Føder i vann

Hittil i år har 30 kvinner i Ålesund født i vann. Kvinneklinikken i Ålesund har lenge ønsket å tilby fødsler i vann, og de siste to årene har de jobbet med å få det til. Ifølge sykehuset øker interessen for å føde i vann, og planen er å tilby fødsel i vann ved alle sykehuse i Møre og Romsdal.

Alle de 30 fødsleene som har foregått under vann har vært uten komplikasjoner og med friske barn.

Kilde: Helse Møre og Romsdal

Vant litteraturpris

Bård Nannestad fikk Sørlandets litteraturpris for debutromanen «Da Henrik Husten kom hjem». Nannestad er psykiatrisk sykepleier, bosatt i Arendal. Da Henrik Husten kom hjem handler om to barnomsvenner som møtes igjen etter førti år, om deres felles fortid og ulike livsvalg. Romanen ble nominert av en fagjury og stemt frem av folket.



Vurderer å vaksinere flere mot hpv

Vaksinen mot humant papillomavirus (hpv) gis i dag til jenter i sjuende klasse. Nå kan det bli aktuelt også å vaksinere eldre jenter. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skal vurdere om jenter opp til 26 år skal få tilbud om vaksinen.

Hpv er et svært vanlig virus som smitter seksuelt. Viruset kan blant annet forårsake kjønnsvorter og celleforandringer som kan utvikle seg til kreft. Livmorhalskreft skyldes nesten alltid smitte med hpv. Vaksinen beskytter mot de to hpv-typene som oftest fører til kreft i livmorhalsen. I tillegg beskytter den mot to typer som kan gi kjønnsvorter.

Hensikten med å vaksinere jenter i sjuende klasse er å gi dem beskyttelse før de



debuterer seksuelt og risikerer hpv-smitte. Men det viser seg at vaksinen også kan beskytte jenter som har hatt sex. I Danmark gis vaksinen gratis til jenter opp til 26 år.

Kilde: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Sundhedsstyrelsen

Sover dårligere

Barn med angst og/eller ADHD har ofte søvnproblemer. Det viser doktorgraden til ungdomspsykiater Berit Hjelde Hansen ved Akershus universitetssykehus.

Hun sammenliknet en gruppe barn som var henvist til ungdomspsykiatrisk poliklinikk med angst eller ADHD med barn som ikke var henvist, og fant at søvnproblemer forekommer særlig hyppig hos barn med angst. Også barn som var henvist med ADHD hadde mer søvnproblemer enn barn som ikke var henvist med angst eller ADHD. Hun fant også at søvnproblemene kan ha betydning for oppmerksomhetsfunksjonen for både henviste og ikke henviste barn.

Hos tre av fire vedvarte søvnproblemene halvannet år etter, til tross for at de hadde fått behandling.

Funnene viser at det er viktig å være oppmerksom på søvnproblemer hos barn og unge i psykisk helsevern.



Kilde: Akershus universitetssykehus

Barnebok om demens

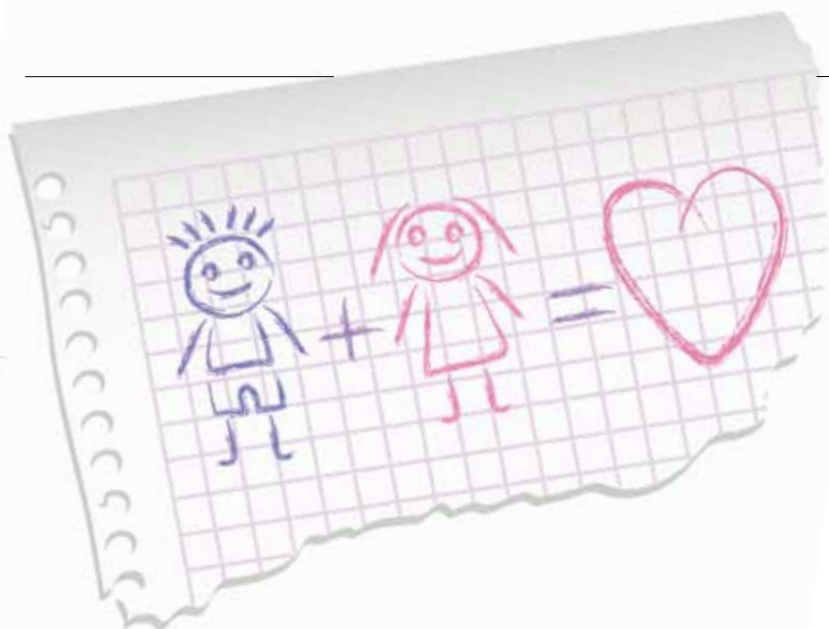
«Uff da» sa farmor handler om Mina som får besøk av farmor. Men farmor har begynt å glemme og gjør ting annerledes enn hun gjorde før. For et barn er det ikke så lett å forstå hvorfor noen forandrer seg.

Boken er skrevet av Eva Anfinsen og illustrert av Anders Kaardahl. Den passer for barn i førskole- og småskolealder og leses gjerne sammen med en voksen.



Helsens filosofi

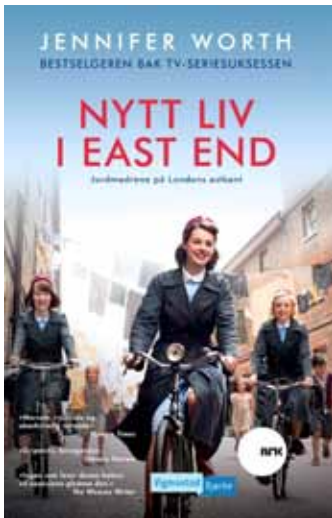
Hva gjør oss friske heter en ny bok av Morten Fastvold. Han er filosof og skribent og spør hvorfor stadig flere til går alternative behandlere i et moderne helsevesen. Fastvold er kritisk til at kroppen ses på som en maskin fordi han mener kroppen ikke er bare noe som kan sendes til reparasjon. Han mener man heller må se på samspeillet mellom kropp og sjel.



Må kutte mer

Sex og samfunn, senter for ung seksualitet i Oslo, må fra 1. juni redusere antall åpne kvelder fra fire til tre. Fra før har de vært nødt til å senke øvre aldersgrense fra 25 til 23 år.

Grunnen til det reduserte tilbudet er stor pågang av ungdom, men mindre penger fra Oslo kommune. Sex og samfunn oppfordrer brukerne sine til å skrive under på et opprop for å få politikerne til å bevilge mer penger.



Jordmødre på tv

Nytt liv i East End er en tv-serie om å være jordmor på Londons østkant i 1950-årene. Serien går på NRK og er bygd på boken av samme navn. Bokens forfatter, Jennifer Worth, var utdannet sykepleier og jordmor og skrev boken på bakgrunn av egne erfaringer.

Serien var en stor suksess da den ble vist i Storbritannia.



Færre aborter blant tenåringer

Jenter mellom 15 og 19 år tar sjeldnere abort enn før. Det viser nye tall fra Folkehelseinstituttet. I 2012 ble det totalt utført 17 166 aborter i Norge, og det er 127 færre enn året før. De fleste som tar abort er i alderen 20 til 24 år.

De fleste abortene gjøres medikamentelt. I 2012 var 8 av 10 aborter medikamentelle.

Kilde: Folkehelseinstituttet



Psyke ved akutt sykdom

Akutt og kritisk sykdom påvirker også pasientens psykososiale behov. I den nye boken *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* beskrives det hvordan sykepleiere kan ivareta disse behovene hos både barn, ungdom og voksne.

Boken er skrevet for bachelorstudenter i sykepleie og sykepleiere og andre som jobber med akutt og kritisk syke pasienter.

Redaktør for boken er Dag-Gunnar Stubberud, intensivsykepleier og førstelektor. Han har tidligere vært med å skrive den første norske læreboken i intensivsykepleie.

Dro til Kreftsykehus i Tanzania

Gina Teigum jobber til vanlig med kreftpasienter på Haukeland universitetssykehus. I siste nummer av *Kreftsykepleie* forteller hun om erfaringene fra jobb-

vekslingen med kreftsykehuset Ocean Road Cancer Institute i Tanzania.

Med 46 millioner innbyggere har det afrikanske landet bare ett kreftsykehus.



EN ANNEN VIRKELIGHET: Gina Teigum (til høyre) og kollega Gladness Skår jobbet på Tanzanias eneste kreftsykehus.

Fordi landet er svært stort, er det dyrt og ofte langt for pasientene å reise til sykehuset. De kommer derfor dit seint i sykdomsforløpet, og mange er palliative. Det er vanlig med stygge kreftsår i ansikt eller på kroppen, og mye av arbeidet på sengepostene er å behandle sår.

På sykehuset var det vanlig at pasienter delte seng. Mellom hver seng var det 30 centimeter, og det lå også pasienter på madrasser på gulvet. De fleste hadde med seg pårørende, som ga dem stell, pleie og mat.

Teigum sier at man på sykehuset fikk gjort utrolig mye med små ressurser. Det hendte at de manglet utstyr og medisiner, og da var det bare å vente.

De første ukene observerte Teigum arbeidet. Så kom hun med forslag til nye tiltak, som dobbeltkontroll ved tillaging og administrering av cellegift.

I Tanzania blir ikke kreftpasienter fulgt opp mellom oppholdene på sykehuset. Det blir ikke tatt blodprøver, og infeksjo-

EGET FAGBLAD: Denne saken er hentet fra *Kreftsykepleie*, bladet for NSFs faggruppe for kreftsykepleiere.



ner blir ikke behandlet. Dette fikk ikke Teigum og kollega Gladness Skår gjort noe med, og Teigum understreker at det er viktig å være realistisk når man deltar i jobbveksling. Man må ikke ha for store forhåpninger til hva man kan utrette, for da kan oppholdet bli svært tungt.

Teigum var overrasket over kunnskapsnivået på sykehuset og sier at behandlingen blir gitt etter samme regime som i Norge. Hun forteller også at både pasienter og pleiere hadde et samhold og en takknemlighet, som man ikke finner i Norge.

Glemme- boken

Jeg glemmer mer enn før. Kanskje jeg heller burde skrive at jeg husker mindre. Det meste av det jeg har opplevd, sett, lest og sanset hittil, er borte. Det er likevel lagret et sted – i det vi gjerne kaller Glemmeboken.

Av og til åpnes den. Den har mange sider og kapitler. Den første handler om barndommen. Herfra kan jeg hente frem overraskende tydelige bilder fra 1950- og 60-tallet. Fortsatt kan jeg «høre» mors stemme som roper at middagen er ferdig. Og fortsatt kan jeg fornimme tjærelukten av fars klær ved middagsbordet etter han var kommet hjem fra skipsverftsjobben sin.

Det er det jeg har sett som kommer tydeligst frem. Jeg så ingen kriger annet enn det jeg så på TV. Jeg så drapet på president Kennedy i 1963 på NRK og at han i dødsøyeblikket veltet seg over mot sin Jacqueline i Dallas, Texas. Det var et sterkt bilde, men best husker jeg far som sa at «nå blir det krig».

Glemmeboken har også kapitler om sykdom og ulykker. Jeg trodde jeg skulle dø ung, men gjorde det ikke. Jeg holdt fast ved livet til tross for dårlig arv og mange sykehusopphold der luften mot nese og munn var gjennomtrukket av nafsadamp. Jeg kan fortsatt kjenne den lukten.

Glemmeboken er stort sett en glemte bok som aldri vil åpnes av andre enn meg selv. Den vokser i omfang, samtidig som den blir stadig mindre. Den er i seg selv en selvmotsigelse. Hukommelsens viktigste oppgave er å glemme, tenker jeg. Husken bærer oss frem, men den ødelegger oss også. Det er også en av denne bokens viktigste oppgaver: Å holde sinnet åpent for det som er her og nå, og ikke å dvele ved fortiden. Når jeg har glemt hva jeg har glemt, er bokens siste kapittel skrevet.



Stig M. Weston

Talerør for tidlig demens

Da journalist Ragnhild Eidem Krüger gikk av med pensjon følte hun det var en gruppe hun ikke hadde gjort nok for; de unge med demens.

Tekst **Susanne Dietrichson** Foto **Stig M. Weston**

Krüger jobbet i Middagsstunden i NRK frem til for to år siden, et program for og om eldre mennesker. Et lytterbrev fra en pårørende til en med demens gjorde sterkt inntrykk.

– Det var et regelrett rop om hjelp.

I 1988 lagde hun temaue om demens i radioen.

– Det var ikke mange som var oppvakt av dem den gangen. Vi avsluttet temaueken med et innringingsprogram hvor vi hadde lege og psykolog i studio som kunne svare på spørsmål, sier Krüger.

Det var da hun for alvor forsto behovet for mer kunnskap om demens. Sentralbordet brøt rett og slett sammen, pågangen fra lytterne var så stor.

25 år etterpå er hun ute med boka *Langsomme jordskjelv*.

– *Hvorfor valgte du å skrive om akkurat tidlig demens?*

– Da jeg begynte å interessere meg for dette var det aldri noen som snakket om noe annet enn gamle mennesker, sier Krüger.

Da hun gikk av med pensjon for to år siden, tenkte hun at hun hadde gjort sitt.

– Men det var én gruppe jeg følte jeg ikke hadde gjort nok for, og det var de som får demens i ung alder.

Noen av disse hadde hun kommet i kontakt med da hun var redaktør i tidskriftet *Demens* og alderspsykiatri.

– *Hva er de største utfordringene ved tidlig demens?*

– For eksempel hva som skjer når en

ektefelle, som alltid har vært i jobb, blir ufør og går hjemme alene hele dagen? Situasjonen får enorme praktiske og psykologiske konsekvenser, sier hun.

– Uføretrygd, kanskje redusert arbeidskapasitet hos partner og institusjonsplass. Får man plass på institusjon tar kommunen 80 prosent av inntekten til den som legges inn. Og så har man kanskje ungdommer i huset og boliglån som skal betales. For mange betyr det økonomisk katastrofe.

Krüger blir rød i kinnene.

– Noe må gjøres! Jeg har forsøkt å få politikere på banen i disse spørsmålene, men det virker ikke som om de tar det ordentlig innover seg.

Hun understreker at unge mennesker

80+ og tilbudene lagt opp deretter. Yngre personer med demens er ofte i god form og trenger helt andre fysiske utfordringer. De har også behov for en annen type mental stimulans.

Hun forteller om en kvinne hvis mann fikk demens tidlig i 40-årene.

– Han kom på sykehjem som femtiåring. Kona fikk sjokk av estetikken på sykehjemmet; rosa velur og hekleduker, og musikken: Hjemme hører vi på Beatles, som hun sa.

Hun mener intervjuet med Ann-Iren Garmo Larsen, som ble mor for sin egen mor, også er spesielt relevant for sykepleiere.

– Ann-Iren var midt i tenårene da moren begynte å forandre seg. Hun fikk

«Det var et regelrett rop om hjelp.»

med demens tross alt er en marginal gruppe og at tiden de tilbringer på sykehjem kan bli kort.

Det ser ut til at sykdomsutviklingen hos de unge går fort, forteller Krüger.

– Det bør derfor være mulig å sette inn ekstra ressurser i kommunene for dem det gjelder.

Hun mener at boken inneholder flere viktige temaer for sykepleiere. For eksempel at tjenesten må gis på brukernes premisser. Hun er opptatt av at mange med tidlig demens ikke får det tilbudet de trenger på sykehjemmet.

– Sykehjemmene er bygd for en annen generasjon. De fleste beboerne er

hjelp av helsesøster på skolen, som ble en nøkkelperson. En «reddende engel» som tok tak i problemene og hjalp Ann-Iren slik at moren kom til lege og fikk diagnosen demens 58 år gammel.

Krüger mener det er viktig at man får diagnosen så tidlig som mulig i forløpet.

– Feil diagnoser medfører feil medisiner og kan gjøre situasjonen verre. Demens angriper hjernen, det er selve grunnvollen som svikter. Mange blir deprimerte og redde. De venter i det lengste med å snakke om symptomene, sier hun.

– Riktig diagnose gjør det mulig å forberede seg mentalt på det som skal



komme. Man kan tilrettelegge det praktiske og i noen tilfeller kan medisiner utsette symptomene.

Krüger kjenner til forhold der partneren har vært på nippet til å gå.

– Mange opplever store forandringer hos partneren og forstår ikke hva som skjer. De kjenner ikke personen igjen, og flere vurderer skilsmisse. Når de får diagnosen, endrer alt seg og de fleste gjør det de kan for å hjelpe den syke.

Krüger viser til Villa Enerhaugen i Oslo, et sykehjem utelukkende til personer med tidlig demens. Også Bergen har fått et demenssenter med tilbud til disse pasientene.

– Fordi denne gruppen er så liten er tilbudet i mange kommuner dårlig eller ikke-eksisterende, sier hun.

– Noen kommuner kan ha én slik pasient. I så fall burde man kanskje slå sammen tilbudet i flere kommuner? Jeg etterlyser fantasi hos dem som jobber med tidlig demens. Lederne har dessuten et stort ansvar for å snu tankgangen fra gruppe- til individbasert omsorg.

I boken beskriver hun noen slike kreative tiltak som hun håper kan inspirere andre.

– En mann som ikke klarte å lage mat, men heller ikke ville på dagsenter, ombestemte seg etter at de ansatte kom

Ragnhild Eidem Krüger

Aktuell med: Langsomme Jordskjelv. Erfaringer med demens midt i livet

og leverte ham maten hjemme. De satt og pratet med ham mens han spiste, og etter hvert ble han så godt kjent med dem at han likevel benyttet tilbudet.

Krüger har kun møtt velvilje fra de pårørende som deltok i bokprosjektet.

– Jeg trodde de grudde seg for intervjuet, men samtlige takket for at de fikk delta, forteller hun.

– Mange pårørende føler seg ensomme med sine historier. I tillegg ønsket de å bidra til at unge med demens får et bedre tilbud.

susanne.dietrichson@sykepleien.no



Retttferdighet er bare et ord

22. juli og rettsaken mot Anders Behring Brevik.

Av Kjetil S. Østli

156 sider

Cappelen / Damm, 2013

ISBN 978-82-02-41126-8

Anmelder: Karl-Henrik Nygaard, rådgiver

Nei, vi er ikke ferdige

ANMELDELSE: Jeg tilhører de mange som trodde jeg hadde lagt saken mot Anders Behring Brevik bak meg. Men når jeg leser denne boken havner jeg følelsesmessig igjen i sal 250 i Oslo tinghus. Kjetil S. Østli holder meg fanget der, sammen med alle de pårørende, pressen og de skadeskutte, idealistiske ungdommene som slapp unna fantastens kuler.

Dette er en bok som treffer meg i hjertet. Østli skriver så godt. De korte og presise setningene. Det er noe Hamsunsk over det hele. Men dette er ikke fantasi. Østli skriver om planlagte drap begått av en politisk avviker. Et moderne menneske som hadde forlest seg på rasistisk og fascistisk litteratur, og som nå vil registrere et nytt fascistisk parti. Jeg gremmes når jeg leser om smilet hans. Brevik følte ingen skyld. Han hadde et kall. Han ville redde Norge.

Heldigvis ble han ikke erklært sinnssyk selv om han hadde sprø tanker. Det gjør det lettere å forholde seg til det han står for.

Østli skriver om sine egne opplevelser i rettsalen og lar meg medoppleve det han hørte og så. Det er imidlertid mer enn det. Han tar meg med til Utøya, etter først å ha vært innom regjeringskvartalet, og forteller om det heltemot og offervilje som ble vist der. Jeg er der sammen med ham. På campingplassen, i kantinen, på kjærlighetsstien, i grottene, på de glatte svabergene og mellom de glisne trærne. Det er som jeg kan kjenne angsten hos dem som fikk rettet Breviks gevær mot seg.

Østli formidler følelser, men reflekterer også over sammenhenger. Han trekker inn filosofer i sine tolkninger uten å bli påståelig. Det er hans tolkninger. De trenger ikke å

være sanne, skriver han. Tenk om masseorderen kunne ha tenkt sånn. Det trenger ikke være sant det jeg tenker. Andre kan tenke annerledes. Det må alltid være rom for tvil.

Et kapittel har fått tittelen «Tvil». Tvilen på om masseorderen var gal eller ikke. En verdig rettsstat er skjør, skriver Østli. «Den er fylt opp med selvsikre, suverene og amatører med universitetsgrad.» Det er et utsagn jeg tar med videre. Som mennesker og forståelsepåere må vi underlegge oss tvilens dogme. Følelser kan lure oss, men om vi forsøker å føle oss inn i andres følelser har vi funnet kjernen i empatiens vesen. Det har Kjetil S. Østli klart. Sjelden har jeg leste en bok så kjapt og vært så sterkt til stede i teksten. Samtidig har den gitt meg innsikt i tidens faenskap og menneskets unike evne til å gjøre godt mot andre når det kreves. ■■■



Verdibasert ledelse i offentlige profesjoner

Av Tor Busch

186 sider

Fagbokforlaget, 2012

ISBN 978-82-450-1351-1

Anmelder: Karl-Henrik Nygaard, rådgiver

Bra om offentlige verdier

ANMELDELSE: Denne boken handler om offentlige profesjoners forhold til ledelse og verdier.

Forfatter Tor Busch gir en kort, men viktig og oversiktlig presentasjon av hva New Public Management (NPM) innebærer og hvordan den har utviklet seg. Jeg liker det kritiske perspektivet han legger an. Busch er professor i siviløkonomi fra Norges Handelshøyskole, et fagmiljø som har ment at ledelsesmodeller fra privat næringsliv i større grad burde innføres i offentlig sektor.

I NPM er ledelsesperspektivet viktig. Busch viser blant annet til en rapport fra OECD som hevder at reformene knyttet til implementering av private næringslivsmodeller ikke har innfridd forventningene. NPM har ført til sterkere fragmentering av offentlig sektor og redusert muligheten

til å finne helhetlige løsninger. Han peker på at økt oppmerksomhet rundt verdier i offentlig sektor kan styrke legitimiteten til den profesjonelle kontrollen. Dette innebærer at verdibasert ledelse er blitt viktigere.

Verdier er ikke nøytrale. En kritisk tilnærming må etter min mening alltid bety at leseren spør hvilke verdier som får forrang og hvilke som ikke når frem. Busch kommer godt ut når han skriver om det han kaller «offentlig etos» – et offentlig verdifundament. Han legger vekt på at offentlig sektor skal tjene samfunnet som helhet og ikke representere spesielle interessegrupper. Offentlig sektor skal ha et langsiktig perspektiv, være stabil og sikre demokratiet. Dette oppfatter jeg som ideelle normative verdier. Spørsmålet blir om virkeligheten er sånn, eller om det er forhold knyttet til

makt og innflytelse som i større grad får gjennomslag. Hvordan står et slikt normativt perspektiv seg i forhold til grunnleggende makt- og eiendomsforhold i samfunnet? Her savner jeg en tydeligere maktvurdering.

Jeg sitter igjen med to viktige spørsmål. Kan landets borgere ha tillit til en offentlig sektor der markedet i stadig større grad trenger inn i den politiske sfæren? Er det tilstrekkelig å øke den etiske og normative bevisstheten hos de offentlige profesjonene for å hindre en slik markedsinntrengning?

Kapitlene om verdier i offentlig sektor, profesjon og profesjonelle organisasjoner er for meg de mest interessante. God innsikt og kunnskap formidles enkelt og greit. Det samme gjelder diskusjonen om profesjonsverdier og profesjonsidentitet. ■■■

«Det er ingen dårlig egenskap ved en fortelling at man bare forstår halvparten.» *Karen Blixen*

Norge som medisinsk markedsplass

ANMELDELSE: *Vitenskap og varme hender* gir innblikk i den historiske utviklingen innen det forfatterne betegner som «den medisinske markedsplassen». Det er en samlebetegnelse for tilbud og etterspørsel på helsearenaen, uavhengig av om tjenestene ytes av autorisert personell eller ikke.

Hovedspørsmålene forfatterne stiller er: «Hvorfor har mennesker til skiftende tider valgt forskjellige måter å håndtere sykdom og helse?» og «Hvordan har de forskjellige sektorene på den medisinske markedsplassen forholdt seg til hverandre fra midten av 1800-tallet til i dag?»

Den medisinske markedsplassen består av en profesjonell og en folkelig sektor, og forfatterne innlemmer også selvhjelpssektoren. De beskriver hvordan disse utvikler seg side om side, og i våre dager hvordan skillet mellom sektorene viskes ut og gir et mangfold av tjenester og tilbud.

Boka er organisert i fire historiske epoker: 1800 til 1900, 1900 til 1945, 1945 til 1970 og 1970 til 2010.

Den første epoken kjennetegnes av folks tiltro til den folkelige sektor. «Kloke» hjelpere, byggedoktorer og naturleger er den hjelpen man søker omkring i Norge. Den neste perioden, 1900 til 1945, kjennetegnes av at den vitenskapelige medisinen gjør sin

inntreden, og det blir gnisninger mellom de to sektorene. I 1936 kommer Kvakksalverloven, og i etterkrigstiden strammer den profesjonelle sektoren grepet. Med helsedirektør Karl Evang organiseres høyteknologiske sentra – sykehusene – den medisinske paternalismens vugge. Framskritt innen medisinen øker folks tillit til den vitenskapelige medisinen. Utøvere og brukere av den folkelige sektor forholder seg tause og usynlige, men de eksisterer.

Legenes monopol på helsearenaen avløses i perioden fram til i dag av overvåkningsmedisin, helsefremmende arbeid og individuelt ansvar på helsefronten. Lov om alternativ behandling og Nasjonalt forsknings-senter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM) bekrefter endringer med glidninger mellom profesjonell og folkelig sektor.

Også innen sykepleien har glidningen mellom den alternative og den medisinske sektoren gjort seg gjeldende. Siden 1997 har de som kaller seg «holistiske sykepleiere» hatt sin egen faggruppe, Sykepleiernes Faggruppe i Alternativ Medisin. Selvhjelpssektoren styrkes også i vår tidsepoke. Her hentes råd både fra medisinske og ikke-medisinske arenaer, internett og diskusjonsforum.

Der man tidligere oppsøkte helsehjelp fordi man var syk, er det nå vanlig å oppsøke helsehjelp for å konstatere at man er frisk.

Perioden fram til i dag beskrives også som økt skyldbevissthet om sykdom som rammer og nye moral-kodekser. Myndighetene bruker ifølge forfatterne strukturelle tiltak og opplysninger for å få folk til å gjøre de rette valgene.

Det gjennomgående historiske og kulturhistoriske perspektivet gjør denne boka særdeles god. For eksempel trekkes det fram innsiktsfulle perspektiver på de individualistiske strømningene, forbrukersamfunnet og potensialet for selvdrykkelse i det seinmoderne, og det stilles spørsmål-tegn ved om også disse er drevet av kollektivistisk streben og ønsket om å tilhøre et fellesskap.

Dessuten er grepet med å kalle helsefeltet «den medisinske markedsplassen» noe som dirigerer perspektivet i en retning vi kanskje ikke er vant til å tenke, spesielt om offentlige helse- og omsorgstjenester.

Boka vil jeg anta passer best for universitetsstudenter og ledere i helsesektoren, men den er interessant lesing for alle med sans for kilder som dokumenterer helsefeltets kompleksitet og skiftende form og innhold. ■■■



Vitenskap og varme hender. Den medisinske markedsplassen i Norge fra 1800 til i dag

Av Bente Gullveig Alver, Tove Ingebjørg Fjell og Teemu Ryymin
322 sider
Scandinavian Academic Press/
Spartacus Forlag, 2013
ISBN 978-82-304-0073-9
Anmelder: Ingrid Jahren Scudder, sykepleier og master i helsefagvitenskap

Hva leser du nå?



Mye fag og litt krim

– Jeg leser fagartikler, sier **Anja Hetland** Smeland, nyvalgt leder for Barnesykepleierforbundet.

– Også på sengen.

Hun er nettopp ferdig med en master i klinisk sykepleie med ferdypning i barn og smerte og skal snart legge frem resultatene på kongress i Glasgow.

– Da må jeg være oppdatert på feltet,

sier hun, som også er redaktør for Tidsskrift for barnesykepleiere og vurderer alle artikler som sendes inn.

Når hun ikke leser fag, leser hun krim av blant andre Stein Morten Lier og Jo Nesbø.

– Jeg liker vanlig krim, ikke thrillere eller det jeg kaller psykoterror. Men det er noen måneder siden sist, kanskje jeg får

lest litt krim til sommeren.

Krim er for henne avkopling.

– Men jeg lærer ikke noe av det. Fagartikler, derimot, gir nyttig kunnskap som jeg tar med videre, sier Anja Hetland Smeland.

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



Bjørg Marit Andersen, professor dr. med, spesialist i medisinsk mikrobiologi, fhv. avdelingsoverlege og sykehushygieniker ved OUS, Ullevål.

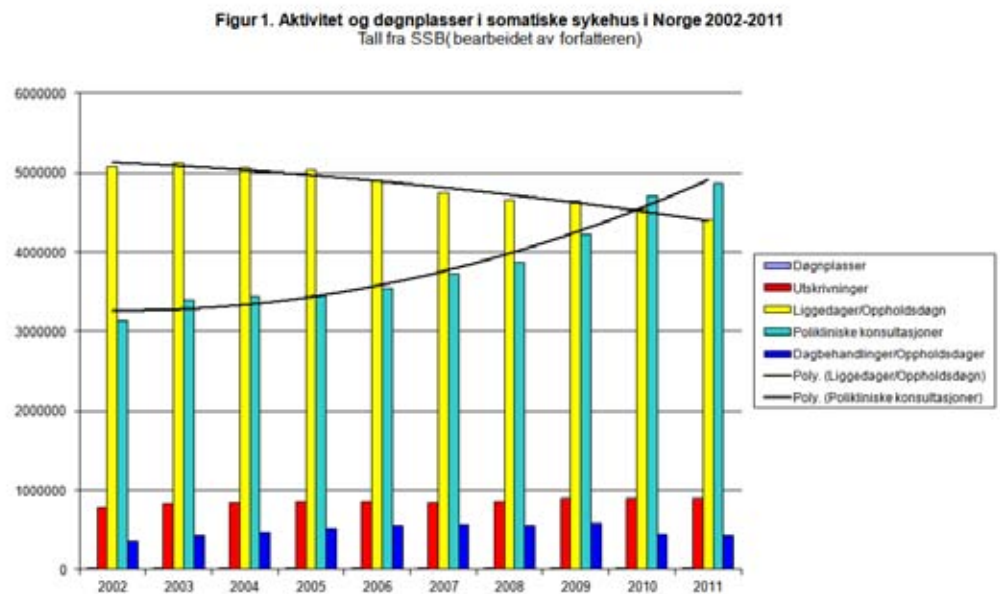
Mangler kontroll over sykehusinfeksjoner

Hver dag skjer det avvik i norske sykehus som kan utløse sykehusinfeksjoner.

Det er stort behov for kontroll av pasientsikkerheten i helsetjenesten og for at man sikrer kontrollen gjennom eksternt tilsyn. Det er blitt sagt at amerikanske sykehus er det farligste stedet å oppholde seg på, siden det dør mer enn 110 000 pasienter av sykehusfeil i USA hvert år. 99 000 av disse dødsfallene skyldes sykehusinfeksjon (1). Den største trusselen mot pasientsikkerheten i USA er altså sykehusinfeksjon. Sykehusinfeksjoner medfører to til fem ganger lengre sykehusopphold; fem til ti ekstra liggedøgn per pasient, tre ganger høyere direkte kostnader og tre ganger så høy dødelighet sammenliknet med pasienter uten infeksjoner (1-5).

Lite registrert

Selv om sykehusinfeksjoner er en trussel mot overlevelse, pasientsikkerhet og fremmer komplikasjoner, er antallet infeksjoner og død av eller med slike infeksjoner i Norge ukjent. Tidligere ble alle sykehusinfeksjoner registrert og nasjonale tall var offentlig tilgjengelige (2,6-9). I dag er slik registrering innskrenket til bare fire in-



feksjonstyper som utgjør 60–75 prosent av alle sykehusinfeksjoner. Noen av de alvorligste infeksjonene som klinisk sepsis er definert helt bort og blir ikke registrert. En nasjonal oversikt over det totale antall sykehusinfeksjoner mangler derfor både ved sykehus og i sykehjem (10).

Avvik

Norske sykehus blir i realiteten ikke evaluert med hensyn til pasientens sjans for å overleve oppholdet, sikkerhet eller pleierelaterte indikatorer. Det er hver dag mange interne avvik i våre sykehus med hensyn til sykehusinfeksjoner og faktorer som kan utløse slike infeksjoner. Viktige faktorer er manglende hygiene og renhold og manglende smittevern og sikkerhet for pasienter, personell og miljø. Avvik blir ofte ikke meldt: «Vi blir så vant til det». Hvis avvik meldes, fører de likevel ikke til grunnleggende endringer, handlinger eller respons. De kommer knapt opp

til sykehusledelsen, og nesten aldri høyere opp i helsesystemet.

Sykehusinfeksjoner

I 2011 var det 900 000 pasientinnleggelser, i alt 4,4 millioner liggedøgn, ved norske somatiske sykehus, mens 430 000 fikk dagbehandling, se figur 1 (11). Nesten fem millioner polikliniske behandlinger ble gjennomført.

Blant innlagte pasienter fikk minst en av ti en sykehusinfeksjon, det vil si cirka 90 000 pasienter. Dette tilsvarer omtrent pasientbehandlingen ved Oslo universitetssykehus (OUS) hvert år.

Sykehusinfeksjoner forårsaket i 2011:

- » Cirka 450 000 ekstra liggedøgn i norske sykehus, beregnet som ekstra gjennomsnittlig liggetid på fem døgn.
- » Minst 3,15 milliarder kroner i direkte ekstra kostnadene bare på grunn av forlenget liggetid (beregnet døgnpris kr. 7000).

Hovedbudskap

Samhandlingsreformen medfører økt pasienttransport. Dette gir økt risiko for smittespredning mellom de ulike helsenivåene fordi pasienten ikke blir ferdigbehandlet der han eller hun er. Befolkningen øker, men likevel reduseres sykehusstilbudet. Stadig flere pasienter behandles i stadig færre sykehussenger og av stadig færre årsverk innen behandlings- og pleiesektoren.

Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- » Infeksjon
- » Sikkerhet
- » Avvik
- » Hygiene



Fagutvikling

Artikkelen bygger på:

Teori: 100 %

DOI-nummer:
10.4220/sykeplei-
ens.2013.0058



SMITTERISIKO: Artikkelforfatteren mener smittefare øker i norske sykehus. Blant annet gir nedleggingen av somatiske senger flere korridorpatienter, som igjen gir flere sykehusinfeksjoner. Arkivfoto: Erik M. Sundt

» Trolig fem til ti ganger mer i skjulte ekstra kostnader (etterkontroller, reinnleggelser, overføring til sykehjem, hjemmesykepleie, varig uførhet, erstatning for invaliditet eller død, og så videre) (3,4).

Sykehusinfeksjoner vil trolig øke i fremtiden. Dette er assosiert med større mobilitet og smittespredning mellom helsenivåene i forbindelse med samhandlingsreformen. Det er også større mobilitet og reiseaktivitet i befolkningen generelt sett. En moderat framskriving fra Statistisk sentralbyrå viser at befolkningen vil øke, særlig antallet eldre og barn. Samtidig foregår en stor nedlegging av somatiske senger i norske sykehus; hver sjette sykehusseng er borte. Dette vil resultere i overbelegg og korridorsenger, noe som er sterkt assosiert med økt andel sykehusinfeksjoner

«Sykehusinfeksjoner vil trolig øke i fremtiden.»

(figur 2). Gjennomsnittet liggedøgn har for lengst nådd sin smertegrense for et godt sykehusstilbud og forsvarlig smittevern (figur 3).

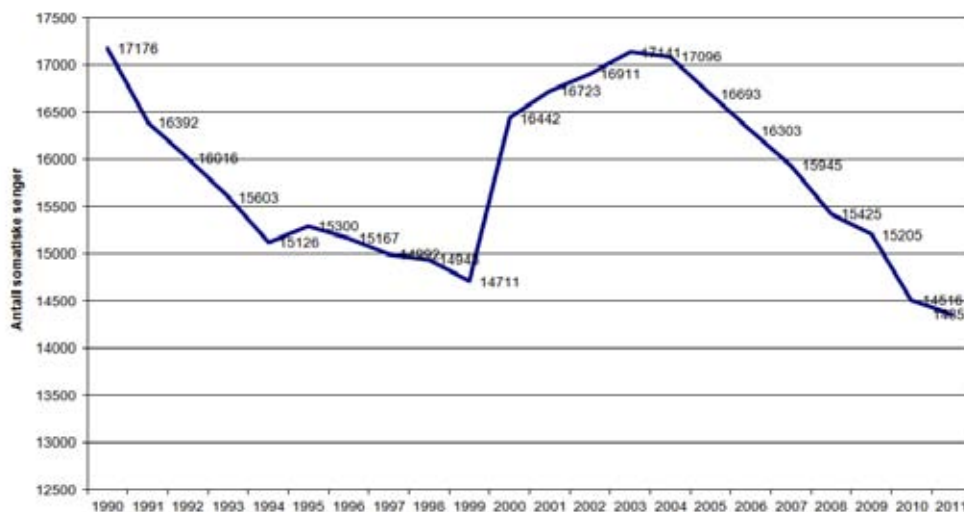
Særlig alvorlig er det at man fra 2008 til 2011 har redusert antall sykehusårsverk i somatikk. Derved reduseres antall hender ved undersøkelser, behandling og pleie i somatiske institusjoner, til tross for at behovet øker. Dette øker risikoen for smittebelastning og smittespredning. Smittebarrierer faller fort når personell har det for travelt, og kryssmitte mellom pasienter er vanlig under slike forhold.

Smittevern viktig

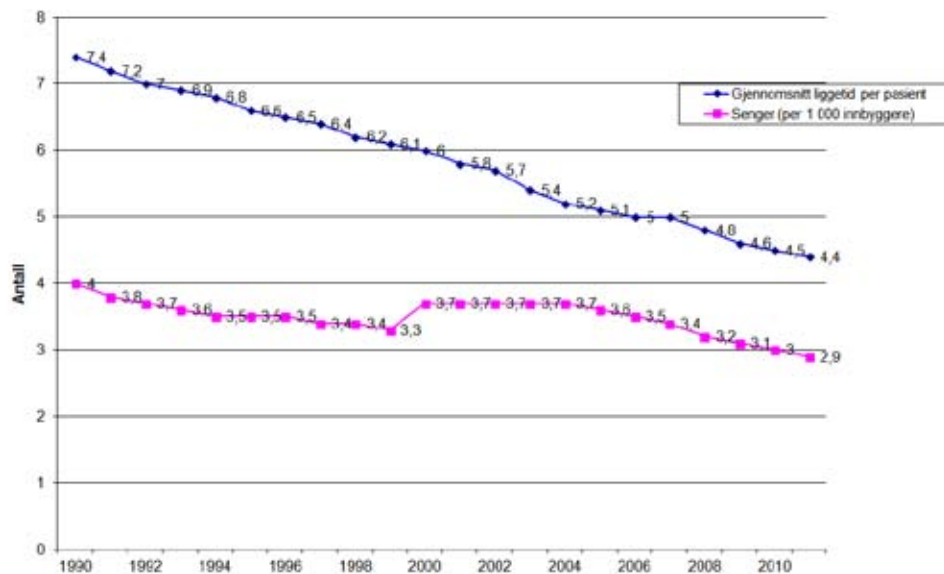
Sykehuset er en stor arbeidsplass. I 2011 arbeidet 99 900 personer i helsevesenet, hvorav 67 000 årsverk i somatiske institusjoner. Det er viktig at personlig smittevern blir en naturlig del av arbeidet for hver enkelt ansatt i henhold til arbeidsmiljøloven, særlig med hensyn til spredningsfare av stadig nye, alvorlige smittestoffer (12,13).

God infeksjonskontroll er en sentral kvalitetsindikator og sikkerhetsindikator i norsk helsevesen. Ledere i alle nivåer bør gjøres ansvarlige for manglende infeksjonskontroll og dårlig hygiene. Effektiv overvåking er nødvendig for å påvise smitteproblemer og for å følge opp tiltak. Til dette arbeidet trengs en klar organisering som integrerer infeksjonskontroll i sykehusets ledelse. Økt satsing på kunnskap og informasjon, forebyggende arbeid og kvalitetssikring kan trolig redusere risikoen for alvorlige sykehusinfeksjoner betydelig. Problemet er at man ikke tar forsvarlig hensyn til dette i dag. ■■■

Figur 2: Pasientsenger ved norske sykehus - somatikk - 1990-2011. Tall fra SSB (bearbeidet av forfatteren).



Figur 3: Liggetid i gjennomsnitt per pasient - og senger per 1000 innbyggere. Tall fra SSB (bearbeidet av forfatteren).



LITTERATUR

- Klevens RM, Edwards J, Richards C, et al. Estimating health care-associated infections and deaths in US hospitals, 2002. *Publ Health Rep* 2007;122:160-166.
- Andersen BM, Holtta Ringertz S, Gullord Petersen T, Hermansen W, Lelek M, Norman BI, et al. A three-year survey of nosokomial and community-acquired infections, antibiotic treatment and re-hospitalization in a Norwegian health region. *J Hosp Infect* 2000; 44:214-223.
- Andersen BM. Economic consequences of hospital infections in a 1000 bed university hospital in Norway. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1998; 19: 805-7.
- Andersen BM, Rasch M, Hochlin K, Tollefsen T, Sandvik L. Hospital-acquired infections before and after healthcare reorganization in a tertiary university hospital in Norway. *J Publ Health* 2009; 7: 1-7.
- Pennsylvania Health Care 4, 2005, 2006, 2007.
- Scheel O, Stormark M. National prevalence survey on hospital infections in Norway. *J Hosp Infect* 1999; 41: 331-335.
- Andersen BM, Rasch M, Tollefsen T, Kvist J, Bentsen L: Point prevalence studies during 10 years; - study of nosokomial infections in a tertiary university hospital in Norway. *J Hosp Infect* 2006;64: Suppl 1: 70.
- Andersen BM, Rasch M. Hospital-acquired infections in Norwegian long-term-care institutions. A three-year survey of hospital-acquired infections and antibiotic treatment in nursing/residential homes, including 4500 residents in Oslo. *J Hosp Infect* 2000; 46: 288-298.
- Andersen BM, Rasch M. Nosokomial infeksjoner i sykehjem i Oslo. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 2371-2373.
- Folkehelseinstituttet. Prevalens av helsestjenesteassosierte infeksjoner og antibiotikabruk (PIAH) - våren 2012.
- Statistisk sentralbyrå, Spesialisthelsetjenesten, somatiske sykehus. Tall tatt ut 2012.
- European Commission. Public consultation on strategies for improving patient safety by prevention and control of healthcare-associated infections. C3-Health threats. 2012.
- EARS-Net results 2011. European antibiotic awareness day. Summary of latest data on antibiotic resistance in the European Union. 2011.

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

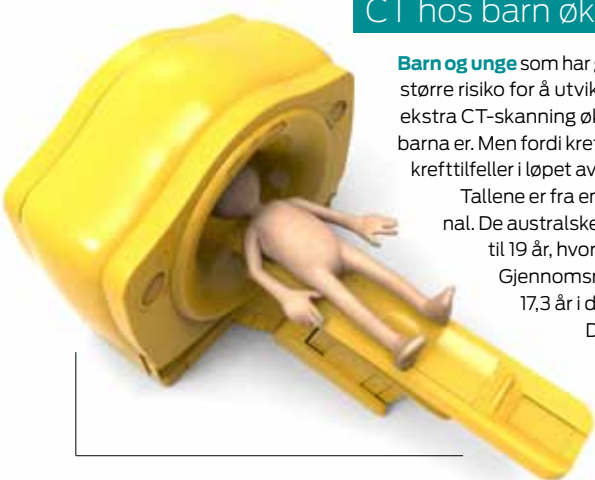
CT hos barn øker kreftrisiko

Barn og unge som har gjennomgått computertomografi-undersøkelse (CT), har 24 prosent større risiko for å utvikle kreft enn de som ikke har tatt en slik undersøkelse. Og for hver ekstra CT-skanning øker risikoen med ytterligere 16 prosent. Risikoen er høyere jo yngre barna er. Men fordi kreftforekomsten tidlig i livet er veldig lav, betyr dette bare seks ekstra krefttilfeller i løpet av en tiårsperiode for hver 10 000 barn/ungdom som gjennomgår CT.

Tallene er fra en studie som nylig er publisert på nettsidene til British Medical Journal. De australske og europeiske forskerne identifiserte 10,9 millioner australiere opp til 19 år, hvorav 680 211 ble inkludert fordi de hadde gjennomgått CT-skanning. Gjennomsnittslengden for oppfølging var 9,5 år i den eksponerte gruppen og 17,3 år i den ueksponerte gruppen.

De mest vanlige kreftformene var hjernekreft (147 tilfeller), hudkreft (87 tilfeller) og thyroidkreft (71 tilfeller).

Kilde: BMJ, 22. mai



Kalsium forlenger livet likevel

Tidligere studier har vist en sammenheng mellom både høyt og lavt kalsiuminntak (over 1400 mg og under 600 mg per dag) og hjertesykdom og tidlig død. Nå har en canadisk studie vist at kvinner som tar middels til høye doser kalsium (opptil 1000 mg per dag) har 22 prosent mindre risiko for å dø sammenliknet med kvinner som ikke tar kalsiumtilskudd. Det gode resultatet gjelder uansett om tilskuddet inneholder vitamin D eller ikke. Samme virkning ble ikke sett hos menn. Studien fulgte 9033 personer mellom 1995 og 2007.

– Høyere doser av kalsium hadde en sammenheng med lengre liv hos kvinner, uansett kilde for kalsium. Det vil si at de samme fordelene ble sett uansett om kalsium kom fra meieriprodukter, andre produkter eller kosttilskudd, uttaler seniorforfatter David Goltzman i en pressemelding.

Den anbefalte dagsdosen kalsium for voksne er 800 mg. Gravide og ammende kan trenge mer. 600 mg kalsium tilsvarer omtrent fem osteskiver og 1400 mg kalsium cirka 1,2 liter melk.

Studien skal publiseres i Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism.

Kilde: Nursing.com og Aftenbladet



Trenger mer undervisning

Pasienter som har

fått transplantert en nyre kan ha behov for mer undervisning enn de får i dag. Det viser doktorgraden til sykepleier Kristin Hjorthaug Urstad. I Patient Education for Renal Transplant Recipients viser hun at individualisert undervisning som starter i tidlig postoperativ fase og som varer over tid, gjør det lettere å mestre livet som transplantert.

Doktorgraden viser at det er lite forskning på effekt av undervisning for denne gruppen pasienter. Måling av pasientenes kunnskap viste at de manglet kunnskap om blant annet medisiner og tegn på avstøtning av organet.

Urstad gjorde også en intervensjonsstudie der pasientene fikk fem strukturerte, individuelle ukentlige veiledninger. Intervensjonen førte til at pasientene fikk mer kunnskap, og etter seks måneder hadde de økt mestringsforventning og bedre mental helse.

Resultatene oppfordrer til å styrke undervisningen til nyretransplanterte pasienter.

Kilde: Universitetet i Oslo



Deprimert av liten sosial støtte

Det er en sammenheng mellom opplevd sosial støtte og depresjon, viser forskningen til sykepleier Siv Grav. Hun fant også at eldre menn er mest utsatt. Dataene er hentet fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag.

Grav mener funnene bør få sykepleiere til å gjøre en ekstra innsats for eldre pasienter som er lite utadvendte, følelsesmessig ustabile og som har lite sosial støtte.

Depresjon vil om 20 år være den sykdommen som belaster helsevesenet mest, ifølge WHO.

Grav fant også at det er en sammenheng mellom personlighet og depresjon. Det er mest depresjon blant dem som er følelsesmessig ustabile og dem som er innadvendte. De som er følelsesmessig ustabile, innadvendte, har høy alder og er menn er mest utsatt for depresjon.

Kilde: Høgskolen i Nord-Trøndelag





Berit Daae Hustad
er leder av Rådet for syke-
pleieetikk

Samhandlingsreformen utfordrer etikken

Informasjonsflyt og taushetsplikt mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er presset. Man kan ikke forsvare brudd på taushetsplikten selv om hensikten med en slik informasjon er å spare penger.

Samhandlingsreformen ble innført med startskudd i januar 2012. Det skulle være en gradvis innføring og oppbygging av helsetilbudet i hver enkelt kommune. I mange kommuner var det gjort en del forbedringer, men mange sykepleiere som Rådet har vært i kontakt med i hjemmesykepleien meddelte at de ikke hadde merket noen endringer.

Utskrivningsklare pasienter

Uansett hvor mye forbedringer som var gjort, så hadde de fleste fått med seg at de enkelte kommuner nå skulle overta ansvaret for utskrivningsklare somatiske pasienter fra sykehus fra første dag. Det kom en ny forskrift

informasjon om pasienter som tidvis er innlagt i spesialisthelsetjenesten.

Åpenhet rundt sykdommen

Eksempelvis fikk vi en forespørsel fra pårørende, der mannen fortalte at kona var under behandling for kreft. Dette hadde pågått over litt tid, og de hadde hatt opturer og nedturer i forbindelse med kreftbehandlingen. Familien var kjent i bybildet, og kona ønsket ingen åpenhet rundt sykdommen. Hun hadde daglig hjelp fra hjemmesykepleien, og det var installert en del teknisk utstyr hjemme som kunne lette pleien av henne. Pasienten fikk en infeksjon etter cellegiftbehandling og måtte legges inn på sykehus. Mannen hadde fått

kontaktet også mannen med de samme spørsmålene, da de ikke fikk svar fra sykehuset. De begrunnet det med at de måtte forberede seg til en eventuell hjemreise. Kommunen ville tape penger hvis de ikke tok imot utskrivningsklar pasient og at de dermed hadde rett til å få opplysningene for å kunne gi forsvarlig helsehjelp. De beskyldte både sykehuset og mannen for å holde igjen informasjon de mente at de hadde krav på.

Ikke lovlig og i strid med retningslinjer

En slik praksis er imot lovverket. Rådet for sykepleieetikk vil minne om pasientens autonomi og viser til Yrkesetiske retningslinjer under punkt 2 «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». I tillegg sier punkt 2.6: «Sykepleieren ivaretar pasientens rett til vern om fortrolige opplysninger».

Det å forhøre seg om pasientens tilstand er i strid med Helsepersonelloven § 25 og journalforskriften § 10 som omhandler sykepleiernes innsynsrett, der det står at: «Sykepleierne, som annet helsepersonell, har rett til å gjøre seg kjent med det som er skrevet i journalen om en pasient, i den utstrekning det er nødvendig å ha kjennskap til opplysningene der for å kunne gi forsvarlig helsehjelp, og bare det. Grunnen til denne begrensning

«Mange opplever at kommunene er mer pågående enn før med å ville ha informasjon om pasienter.»

som økonomisk ville belaste kommunene, der utskrivningsklare pasienter måtte påvente kommunale tilbud. Med andre ord taper kommunen penger hvis de ikke kan ta imot utskrivningsklare somatiske pasienter som trenger kommunale tilbud.

Rådet har fått en del spørsmål fra sykepleiere, pårørende og andre om informasjonsflyt og taushetsplikt mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Mange opplever at kommunene er mer pågående enn før og vil ha

vite at hjemmesykepleien ringte sykehuset daglig for å få vite «hvordan det gikk med pasienten». De spurte om de hadde funnet noen forverringer på utredningene, om hvilket omsorgsbehov pasienten ville ha når hun skulle skrives ut, om ytterligere utstyr som det kanskje ble behov for og når utskrivningen ville bli. Det var særlig omsorgsbehovet som hun ville ha og hvilken dag utskrivningen ville bli de var interessert i. Kona ble skjermet for disse forespørselene, men hjemmesykepleien



gen er at pasienten har et alminnelig krav på vern mot innsyn i personlige forhold så lenge ikke behandlingen og pleien som de har bedt om, tilsier noe annet. Sykepleierne som ikke deltar i helsehjelpen, har derfor ikke adgang til journalen. Dette gjelder uansett om de arbeider på samme avdeling som pasienten er på».


Rådet for sykepleieetikk gjør oppmerksom på at det å få innsyn i journalopplysninger eller andre opplysninger slik hjemmesykepleien ba om, vil være i strid med taushetsplikten. Innsyn i slike opplysninger må ha et direkte undersøkelses-, behandlings- eller et pleiemessig formål.

Et viktig mål i samhandlingsreformen er å etablere gode pasientforløp slik at pasienten blir best mulig ivaretatt. Man kan uansett ikke forsvare brudd på taushetsplikten, selv om hensikten med en slik informasjon var at kommunen ikke skulle tape penger.

Hvordan ville du ha ivaretatt pasienten slik at hun fikk faglig forsvarlig, juridisk tillatt og etisk akseptabel sykepleie? ■■■

LITTERATUR

Helsepersonelloven med kommentarer. Lov 2. juli 1999. Oslo: Helsedirektoratet, 2012.
Molven O. Sykepleie og jus. Oslo: Gyldendal Akademiske, 2009.

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|------------------|------------------------|--------------------|-----------------------|--------------|--------------|----------------------|------------------------|----------------|----------------|---------------|-----------------------|-----------------|
|  | DRIKKE REDSK. | BE- HAND- LINGEN | STYRE | GLISE FELT- ROP | FINS | MIS- TAK | HINNE/MALE REDSK. | ISO- LASJON- ENE | ÅTSEL MÅL | LIV LIGE | STUNDEN | SVI! | HJERTE- MED. |
| GRAT | | | | | | | | | | | | | SYK- DOM |
| VEVE | | | FUGL | | | | SLAG | | | FRISK NAKEN | | | |
| IN- SEKT- ER | | | | ARVE- ANL. TALL | | | | | SAUNA ETIKK | | | | |
| BIBEL- NAVN | | | ARB.ØK T URO | | | TAI | VASSE SVAR | | FORE TALL | | | MODER- NE LØPER | |
| TREFF MØBLER | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | LEVER- ER | | | | | | | RØRE STI | |
| INTERJ. | | | RØYS | BLEI | ART. RIKE | | EMNE | | | LAND | SMERTE KIL | | |
| RAKA | | | | | | | | ORGAN OPP- DRETT | | | | | PÅ- LEGG |
| MÅL | | MYNT SYKD. | | | | | DRIKK | KONJ. BIB.DEL | GUD | 3 LIKE ØK | | FORF. KAR | |
| ELV SERE- MONI | | | PÅ FLY | | | LID- ELSE | | | | | | ORG. | |
| | | | | | | | | | | | SÅR | | |

Se løsning på kryssord side 64

Quiz

Tekst Nina Hernæs

Er du en kompetent sykepleier? Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hvor mange bihuler har vanligvis mennesker?

- A 8
- B 12
- C 16

2 Hva spiller bihulene en stor rolle for?

- A Stemmens klang og styrke
- B Kinnbeinas utforming
- C Neseborenes størrelse

3 Har mennesket bihuler ved fødselen?

- A Nei
- B Bare antydning
- C Ja, fullt utviklede bihuler

4 Hva er et annet ord for bihule?

- A Bihulium,
- B Sinus
- C Binus

5 Er det vanlig å gi antibiotika ved bihulebetennelse?

- A Ja
- B Bare hos de med veldig romslige bihuler
- C Nei

6 Hva skyldes som regel bihulebetennelse

- A Bakterier
- B Sopp
- C Virus

7 Hva er brennkopper?

- A En bakterieinfeksjon
- B En virusinfeksjon
- C En spesiell type brannskade

8 Er brennkopper smittsomt?

- A Ja
- B Nei
- C Bare blant barn

9 Hvor mange stadier har syfilis?

- A 3
- B 9
- C 27

10 Hva heter bakterien som gir syfilis?

- A Treponema pallidum
- B Syfilis sylvestrus
- C Syfilus trepanem



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.)



AU: Betennelse i bihulene kan være veldig smertefullt. Men hva skyldes som regel betennelsen?

9A, 10A

SVAR: 1A, 2A, 3B, 4B, 5C, 6C, 7A, 8A,

Opplever NSF som motpart,
og melder seg ut. Side 68

Uenig med Spekters
«granatkaster». Side 62

Er AFP det mest lønnsomme
for sykepleiere? Side 74

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

70

TETT PÅ PER FUGELLI

«Sykepleiere må
sette sitt stempel
på helsetjenesten
i større grad.»

KRONIKK TONE HESTAD STOREBØ

«Vi ser ofte pasienter som planlegger livet sitt
ut fra hvor det er tilgjengelige toaletter.»

66



NSF HAR ORDET

Forbundsleder Eli Gunhild By

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: eli.gunhild.by@sykepleierforbundet.no

Spekters «granatkaster»

En granatkaster er fin å ha i krigstid. Mer tvilsom er nytten dersom man ønsker framtidsrettet samarbeid og løsninger.

I forrige utgave av Sykepleien fikk Arbeidsgiverforeningen Spekters nylig påtroppende direktør, Anne-Kari Bratten, utfolde seg som samfunnsanalytiker over åtte sider. Her gjør hun sitt beste for å leve opp til Dagbladet-kommentator Stein Aabøs karakteristikke av henne som Spekters «granatkaster», selv om vi vel har hørt det meste før. Men det er tvilsomt om «evne til å erte på seg gud og hvermann» vil hjelpe Spekters virksomheter til å løse sitt samfunnsoppdrag.

Dersom sykepleierne gir fra seg forhandlingsretten til arbeidsplanene, jobber oftere enn hver tredje helg og generelt blir mer fleksible, kan de få høyere lønnsvekst enn i privat sektor, fordi driften da blir mer effektiv, hevder Bratten. Men ifølge Spekters «skrytliste» har sykehuse sene hatt en formidabel produktivitetøkning på hele 25 prosent siden 2002 – uten å røre arbeidstidsbestemmelsene.

I Anne-Kari Brattens verden ser det ut til at

«Hvis man allerede har svaret, ser man kanskje ikke nytten av medbestemmelse og dialog.»

Norsk Sykepleierforbunds tillitsvalgte «neker å godkjenne arbeidsplaner, fordi det strider mot landsmøtevedtaket til NSF». Hun burde være godt kjent med at vedtaket – tredje-hver-helg-prinsippet – har vært NSF's politikk siden 1986. Hun burde også være kjent med hva et landsmøtevedtak innebærer. Landsmøtet er det øverste organ i en demokratisk organisasjon, hvis vedtak legger føringer for hele organisasjonens politikk. Når hun påstår at NSF's landsmøteved-

tak «ikke har noe med arbeidsmiljøloven eller HMS å gjøre», taler hun mot bedre vitende. Det er nettopp hensynene til helse og velferd som er bakgrunnen for vedtaket om å begrense helgearbeidet til hver tredje helg.

Sykepleiere jobber allerede hver tredje helg, og er en yrkesgruppe som har belastende arbeidstidsordninger som risikofaktor i arbeidsmiljøet. Gode arbeidstidsordninger som ivaretar helse, velferd og sikkerhet er for oss å anse som verneutstyr. Medlemmene har sagt klart ifra om at de ikke ønsker å gå tilbake til en ordning der vi jobber annenhver helg, og det er dette som kommer til uttrykk i landsmøtevedtaket. Hvordan skal Anne-Kari Brattens oppskrift kunne iverksettes dersom de som omfattes ikke vil?

Hvis man allerede har svaret, ser man kanskje ikke nytten av medbestemmelse og dialog. Da er tillitsvalgte med meninger på tvers av arbeidsgivers, plunder og heft. Arbeidsplass-



UENIG: Spekters Anne-Kari Bratten fikk presentere sine synspunkter i Sykepleiens forrige utgave, synspunkter Eli Gunhild By her imøtekommer. Faksimile av Sykepleien nr. 6/2013.

på tvers av den norske modellen, både i form og innhold. Så lenge det er slik, vil samarbeidsvilkårene være vanskelige. Granatkastingen til Bratten er til hinder for den konstruktive dialog mellom partene både sentralt og lokalt, som er nødvendig for å nå målene som helseministeren har satt for framtidens helsevesen. ■■■

Eli Gunhild By

Feilaktig om sexkjøpsloven og sykepleiere!

I sin spalte «Aksjonisten» skriver ansvarlig redaktør i Sykepleien nr. 5/2013 om å møte sårbare mennesker og sosial nød ansikt til ansikt. Blant annet skriver han følgende om prostituerte:

«Politikere ville ikke høre på sykepleiere og annet helsepersonell som fryktet at den nye loven bare ville gjøre det vanskeligere å opprettholde et godt tilbud til denne utsatte gruppen. Nå viser det seg at lovforbudet mot kjøp av seksuelle tjenester bare har gjort at prostitusjonen har funnet nye former. Den er overhodet ikke borte. Men vi ser den ikke.»

Nei, jeg støtter ikke sexkjøpsloven fordi jeg vil slippe å se prostituerte i gatene. Jeg vil slippe å se horekunder. Som sykepleier har jeg en grunnleggende respekt for mennesket og for hvordan mennesker behandles. Prostituerte behandles ikke med respekt av dem som kjøper kroppene deres. De fornædres, voldtas og mishandles av dem som kjøper kroppen deres, av horekundene.

Lovforbudet mot kjøp av seksuelle tjenester i Norge, også kalt sexkjøpsloven, ble vedtatt av Stortinget i 2008. Loven forbyr kjøp av sex og kriminaliserer den som kjøper sex, horekunden. Sexkjøpsloven ble jobbet frem, ikke for å skjule prostitusjonen eller dem som er mindre vellykket enn oss selv, men i respekt for de prostituerte.

Som sykepleier og feminist tror jeg ikke på myten om «den lykkelige prostituerte». Jeg tror på en verden der kvinner (og menn) og kvinnekropper ikke er til salgs. Fordi mennesker ikke er

til salgs! Jeg tror på en verden der sårbare kvinner (og menn) ikke trenger å selge kroppen sin for å tjene noen slanter til neste skudd eller til en hallik de står i gjeld til. Kun ved å angripe markedet kan vi hindre rekrutteringen til prostitusjon og slå beina under en forferdelig industri som består av dop, prostitusjon, menneskehandel og vold. Som sykepleier har jeg et særskilt ansvar for å delta i den offentlige debatten for å bidra til at faglige og etiske normer legges til grunn for sosial- og helsepolitiske beslutninger.

Etter at Sverige innførte sin sexkjøpslov i 1999 viser forskning at prostitusjonen der har gått ned. Den norske sexkjøpsloven er ennå ung og trenger enda noen år for å gi et godt forskningsgrunnlag. Men mye tyder på at Norge er på vei etter Sverige. Ved å forby handelen med menneskekropper viser vi alle kvinner (og menn) en grunnleggende respekt og verdighet. Ingen er til salgs.

Jeg lukker ikke øynene og jeg ser ikke en annen vei i møte med lidelse. Men jeg kjemper de svakes sak, og jeg taler for dem. For jeg har sett. Og jeg har hørt. Og i det jeg har sett og hørt blant de prostituerte ligger det ikke mye respekt for mennesket. Derfor tror jeg, og andre, på en sexkjøpslov som angriper kunden og markedet – slik at prostitusjon ikke lenger er et alternativ for sårbare kvinner og menn, eller at Norge blir et yndet sted for menneskehandlere.

Så ja, Barth Tholens, de prostituerte er ute av syne, men de er ikke ute av minnet! Vi er mange som jobber for bedre hjelpetiltak, for exit-program ut av pro-

stitusjonen, økonomiske bistandsordninger og for et nøytralt og nasjonalt kunnskapssenter for en sårbar gruppe. Kampen er ikke over, vi lukker ikke øynene og vi hviler ikke.

Christine Rødal, sykepleier og styremedlem i Kvinnegruppa Ottar Oslo

Fra Sykepleiens Facebook-side



– Trykksår kan enkelt forebygges



Medl. 490128: Se og lær av Danmark! Det er på høy tid at vi i Norge også kan tilby våre pasienter dette tilbudet på alle sykehus. Dette er en mye bedre måte å spare penger på, enn ved å kutte i investeringer og å ha færre ansatte.



Lite tid til pasientene

May Bente Hagen: Mitt hovedfokus for å bli sykepleier var pasientens beste, noe jeg tror gjelder de fleste av oss. Etske dyder som bl.a. barmhjertighet, og respekt ift. pasienten tror jeg de fleste av oss hegner om. Men hvor er dyden mot? Er vi fortsatt der hvor det viktigste er at «lakenet er på strekk» før legevisitten kommer, i overført betydning? I kommunen der jeg bor kutter de nå grovt i antall stillinger for miljøterapeuter. Omsorgen og ivaretagelsen av den enkelte pasients behov forvires. Vi må si i fra! Økonomene på toppen må vekk som enerådende forvaltere av helsetjenesten. Hvordan kan vi sykepleiere bidra til å rette opp denne skjævetviklingen?

SIDEN SIST

Siden sist inneholder korrigererte og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe? Kontakt oss på interaktiv@sykepleien.no

Mange reaksjoner på praksis-artikkel

Artikkelen «Ord mot ord i praksis» førte til et renn av kommentarer på Sykepleiens facebookside. I artikkelen fortalte Linda Garnås om hvordan hun som sykepleierstudent kom opp i en ubehagelig situasjon i sin første praksis på sykehus, på medisinsk sengepost på Drammen sykehus. Hun holdt på å gi en pasient feil medisin. I ettertid ble forholdet til veilederen så vanskelig at hun valgte å ta permisjon fra studiet. Hun fikk blant annet beskjed om at hun kanskje ville stryke.

På Tidsskriftet Sykepleien på Facebook skriver Cecilie Wettre: «Kjempe tøft gjort Linda, var synd for oss på HIBU og miste deg, men godt

du kom deg i mål med nyvunnet styrke. Kjempe bra jobbet, og tøft å sette dette i søkelyset!»

Mette Celius-Forwald skriver: «Praksis er et mareritt der du risikerer stryk bare pga dårlig kjemi med kontakt-sykepleier. Det er rett og slett underlig at ikke Sykepleierforbundet kikker skolen nærmere i kortene, for som student har du ingen på din side, og er du uheldig er det 8 uker i helvete.»

Cathrine Woldstad skriver: «Takk Linda, du er tøff og modig. Been there, done that :- (bare så vidt jeg overlevde den ene praksisen fordi kontakt-sykepleier ble fornærmet dag jeg ikke ønsket å fungere som «datteren» hennes. Etter det var hun ute etter meg på

alle måter. Fikk omsider etter mye jobb tildelt ny kont.spl. og bestod med glans :-) Flott at du orker å gå ut med historien din. Jeg orket aldri det, var bare LYKKE-LIG for endelig å være ferdig og bestått.»

Rettelse

I Aksjonisten i Sykepleien 6/2013 skrev redaktør Barth Tholens blant annet om eggdonasjon. Han siterte Arbeiderpartiets Helge Pedersen som mente at det var «urettferdig å diskriminere ufruktbare kvinner i forhold til infertile menn. Videre het det imidlertid at Pedersen derfor ville «forskjellsbehandle egg- og sædceller». Det er feil. Det riktige er at Pedersen ønsker å likebehandle egg- og sædceller.

Red.



Syke menn

Viser til en artikkel i Sykepleien 5/2013 skrevet av journalist Marit Fonn. I artikkelen intervjues kjønnsforsker Marianne Inez Lien som har gjort et arbeid om hvordan sykepleiere opplever møtet med kvinner versus menn i sykehusverdenen. Hun konkluderer med at de kvinnelige sykepleierne ikke alltid vet hvordan de skal nærme seg menn. At menn ikke er mottakelige for moderlig omsorg – sannsynligvis vil vi ha profesjonell omsorg. Er disse to tingene er det samme?

Sykepleiere identifiserer seg med kvinnelige pasienter og deres livssituasjon, men mener at de ikke har teoretisk kompetanse til å møte menn. Er det riktig å basere sin pleie på identifikasjon, eller kunne det vært bedre med teoretisk bakgrunn også til å møte kvinner, er da et naturlig spørsmål.

Jeg har 50 års erfaring med å være mann og snart 30 år som sykepleier, men har også prøvd rollen som pasient med alvorlig sykdom. En torsdag i mai i 1993 fikk jeg konstatert non-seminom – testikkelkreft i venstre testikkel. «Vi setter deg på programmet for i morgen», sa legen, og jeg svarte at tirsdag ville være bedre siden jeg hadde jobberhelg. Han bare smilte og sa noe om pliktoppfyllende sykepleiere.

Jeg ble operert om fredagen, og grunnet kompli-

kasjoner ble jeg liggende helgen over, hvilket var fryktelig. Siden jeg var ansatt på det samme sykehuset, fikk jeg enerom og lå der med alle mine tanker. Sykepleierne var greie nok, men så på meg med medlidenhet, hadde hodet noe på skrå og snakket sånn litt stille. En satte seg i sengen – for å få en bedre kontakt, sa hun – men jeg opplevde det som om hun presset seg innover min private sone. Forbi min integritet, for å si det sånn.

Mandag morgen kom en mannlig sykepleier inn og snakket om hverdagslige ting. Så ba han om lov til å se på operasjonssåret, noe ingen hadde gjort i løpet av helgen. «Men jeeezus», sa han, «har du den lange suturen igjen? Det er kun en holdsutur for å hindre blødning rundt elevasjonsmuskelen – det har vært plagsomt, tenker jeg?» «Jo», sa jeg, som tross min utdanning ikke visste noe om kirurgi – jeg er tross alt anestesisykepleier.

Så fikk han fjernet den. Rett etterpå så han på meg og sa: «Jeg vet at du har en masse tanker i hodet, og jeg skal prøve å sette dem i rekkefølge. Så kan du rette meg hvis jeg tar feil.»

Rekkefølgen var:

- 1) Du lurar på om du noensinne kommer til å få han opp og stå for å pule?

- 2) Du tenker på om du kan bli pappa etter dette?
- 3) Du lurar på når du kan komme i jobb igjen?
- 4) Kommer jeg til å dø, er neste tanke.
- 5) Hvordan blir behandlingen?

Han hadde helt rett! Herregud – jeg var 32 år og singel.

Skal alle sykepleiere være så rett fram? Og passer det alle menn? Det er jeg ikke sikker på, men jeg er overbevist om at hvis vi bare prøver å leve oss inn i pasientens situasjon – uansett kjønn – og ikke bare har fokus på behandling, så når vi lenger. Kan en kvinnelig sykepleier gjøre dette? Selvfølgelig, med kjennskap til hvordan menn ser på seg selv og rollen sin.

Evolusjonen har gått langsomt gjennom århundrene, men de siste 50–60 årene har begge kjønn nærmet seg hverandre litt mer, og i husholdet tar menn mer ansvar enn tidligere. Jeg vil likevel påstå at innerst inne er vi hulemenn som ser på oss selv som hovedforsørgere, som har ansvar for familiens liv, men også formering. Småbarnsfedre snakker mer, blir det referert av Lien, hvilket sikkert skyldes at følelsene ligger mer på overflaten i denne fasen av livet.

Kan kvinner som sykepleiere komme seg forbi denne fasaden og ansvarsfølelsen? Det mener jeg de kan hvis man i pensumlitteraturen prøver å anerkjenne forskjellen på menn og kvinners reaksjoner, men også ved at de i virkeligheten bruker ressursene fornuftig i avdelingen. Kvinnelige kolleger er så opptatt av at «alle skal gjøre det på samme måte» for ikke å forvirre pasientene. Vås!!! Pasientene er forskjellige og skjønner at også vi er det. Hvis noen blant kollegene finner tonen med en pasient, så aksepter det. Måten er kanskje ikke etter prosedyren, men hvis det kommer pasienten til gode, så er det viktigere, mener jeg.

Behandle dine pasienter som de ønsker å bli behandlet, ikke som du selv vil bli behandlet, så kommer du også frem til mennene!

Kenneth Hjärling

Løsning på kryssord i nr. 7/2013 (se side 60)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|-----------------|------------------------|--------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------|-------|------------------|-----------------|-----------------------|------------------------|----------------|----------------|----------------|-------------|----------------------|-------------|----------------|-------------|
| | DRIKKE REDSK | BE- HAND- LINGEN | STYRE | L | GLISE FELT- RØD | FINS | MIS- TAK | I | HINNELE REDSK | B | ISC- LASJON ENG | ATSEL MAL | L | LIV LIGE | L | STUNDEN | SVIL | S | PUERTE- VED | |
| GRAT | † | Å | Å | R | E | P | È | R | S | E | A | K | T | I | V | I | † | È | T | SYK- DOM |
| VEVE | Å | R | E | FUGL | A | R | E | | SLAG | D | A | S | K | FRISK NAKEN | V | I | T | A | L | |
| IN- SEKT- ER | T | E | G | E | R | ARVE- ANL- TALL | G | E | N | E | R | | SAUNA ETIKK | B | A | D | S | T | U | |
| BIBEL- NAVN | E | L | I | ARBE- ØK T URO | O | N | N | TAI | VASSE SVAR | V | A | FORE TALL | M | A | T | E | MODER- NE LEPP | I | N | |
| TREFF VEKLER | F | A | M | I | L | I | E | G | J | E | N | F | O | R | E | N | I | N | G | |
| A | L | T | E | R | E | LEVER- ER | F | R | A | K | T | E | R | | | RØRE STI | L | E | E | |
| INTERJ | A | I | | RØYS | BLEI | ART- RIKKE | E | I | SVING | T | E | M | A | LAND | SIVERTS ROL | V | E | R | K | |
| RAKA | S | N | A | U | K | L | I | P | T | | N | ORGAN OPP- DRETT | L | E | V | E | R | PA- LEGG | R | |
| MAL | K | G | MYNT SYKD | R | I | A | L | DRUKK | KONJ. | GUID BIB DEL | E | Å | 3 LIKE ØK | I | I | I | FORF- KAR | Ø | E | |
| ELV SERE- MONI | E | E | M | PA FLY | L | N | LID- ELSE | † | Å | N | N | V | E | R | K | ORG | N | S | F | |
| U | R | N | E | N | E | D | S | E | T | T | E | L | S | E | SAR | K | U | T | T | |





EVENTYR & MYSTIKK EN REISE GJENNOM SØRØST-ASIA

THAILAND, KAMBODSJA OG VIETNAM - MED ALBATROS-REISELEDER, 15 DAGER

Til lands og til vanns tvers gjennom Sørøst-Asia! Tre inn i Bangkoks magiske mylder av farger og markeder og smil tilbake til en smilende buddha. Kikk opp på 2000 gyldne spir i den gamle kongebyen Ayutthaya. La deg bergta av gåtefulle Angkor Wat i Kambodsja – verdens største tempelkompleks. Bli øyenvitne til Pol Pots brutalitet når du står ved Killing Fields. Bli med på innsiden av Indokinas vakreste by, Phnom Penh – i sykkeltaxi. Seil på den mektige Mekong-elva gjennom eventyrlige landskap og idylliske små landsbyer til Vietnam og det frodige Mekongdeltaet. Og opplev Saigon med de berømte Cu Chi-tunnelene og sprudlende storbystemming. Et fyrverkeri av en reise – bli med!

DAGSPROGRAM

- Dag 1** Avreise fra Oslo
- Dag 2** Ankomst Bangkok. Båttur
- Dag 3** Bangkok. Wat Po-templet, Grand Palace og videre til Ayutthaya
- Dag 4** Ayutthaya – Khorat. Prasat Hin Phimai-templet
- Dag 5** Korat – Surin. Silkeproduksjon og besøk i elefantby
- Dag 6** Siem Reap. Angkor Wat templene
- Dag 7** Siem Reap. Angkor Wat templene
- Dag 8** Siem Reap – Phnom Penh. Sightseeing i sykkeltaxi
- Dag 9** Phnom Penh. Tuol Sleng-museet, Killing Fields og middag på Utenrikskorrespondentenes klubb
- Dag 10** Phnom Penh – Chau Doc
- Dag 11** Chau Doc – Can Tho. Båttur til pålehusene, små fiskerlandsbyer, templer
- Dag 12** Can Tho – Saigon
- Dag 13** Saigon. Cu Chi-tunnelene, byrundtur og avskjedsmiddag
- Dag 14** Saigon. Tid på egen hånd og hjemreise til Oslo
- Dag 15** Ankomst til Oslo

INFORMASJON OG PÅMELDING

Les mer på www.albatros-travel.no/sykepleien
 info@albatros-travel.no
 Vennligst opplys reisekode: LR-SYK

AVREISE 26. MARS 2014 KUN KR. 15.998,-
 Tillegg for enkeltrom: kr. 2.998,-



PRISEN INKLUDERER

- Norsk/svensk reiseleder
- Fly Oslo – Bangkok direkte og Saigon – Oslo via Bangkok
- Utflukter og entreer ifølge program
- Innkvartering i delt dobbeltrom (tillegg for enkeltrom)
- Frokost daglig
- Lunsj dag 3, 4 og 10-13
- Middag dag 2, 9, 10 og 13
- 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



Tone Hestad Storebø, leder
NSF Faggruppe for Urologiske
Sykepleiere.

Millioner av helsekroner å spare

Helsemyndighetenes ønske om å spare er som regel veldig stort, men noen ganger mangler de forståelse og gode grep som kan gjøres. Uroterapeuter er et slikt grep.

En uroterapeut er en sykepleier som har «slitt» seg til muligheten til å ta en ettårig videreutdanning på høyskolenivå. Det gir en fordypning og stor kunnskap om plager og problemer i de nedre urinveier.

Etter flere år uten oppstart av studiet på grunn av manglende økonomi, startet nylig et kull i Bergen med 24 uroterapistudenter fra hele landet som forventes ferdig våren 2014. Disse har fått finansiert studiet på variabelt vis. Noen får dekket litt av arbeidsgiver, og andre må betale dette selv. Det er fantastisk at det er kommet i gang i år! Men utdanningen står på ustødige ben også i fremtiden, og kapasiteten er forsvinnende lav.

Manges tabu

Det fungerer i dag slik at om pasienten tør å ta opp sitt urinlekkasjeproblem med fastlegen, blir han eller hun henvist til spesialisthelsetjenesten. Der blir henvisningen vurdert av en

«Ansatte må faglig vedlikeholdes og oppgraderes med de «nyeste programvarene»»

lege – og stort sett kommer pasientene til lege innen rimelig tid ut fra hva som er mest alvorlig sett med spesialisthelsetjenestens øyne. I virkeligheten er det kreftpasienter som prioriteres, da det er satt en tidsfrist på «behandlingsstart» for denne gruppen. Greit nok det, men for våre urologiske pasienter er det viktig å komme raskt til da dette er plager som ofte er sosialt lammende. Ofte ser vi pasienter som planlegger livet sitt ut fra hvor det er tilgjengelige toaletter. Etter mitt skjønn snakker vi da om store plager. Dette er tabuområder, og veldig få personer med for eksempel lekkasjeproblemer synes det er greit å snakke om dette til noen. Dette er lidelse i det stille. Frykt for lukt og større uhell. Folk med denne typen plager fyller ofte buksene med altfor store bind eller bleier. Eller kanskje en tøybit. De våger ikke å be om hjelp – ikke engang hos fastlegen sin. Og de gjør det ofte bare «for sikkerhets skyld».

Kunnskap til å hjelpe

Her kan uroterapeuten bistå. Kanskje trenger pasienten bare noen få konsultasjoner med en uroterapeut, og så er problemet halvert, om ikke borte. Ikke alltid er det slik, men veldig ofte ser vi det. Kanskje er det veiledning, informasjon og opplæring eller lettere behandling som skal til? Uansett er det ofte en uroterapeut kan hjelpe til og «friskmelde» pasienten. Mange pasienter forteller at de har fått et «nytt liv». Eller de har lært å leve med sitt problem. Spesialistlegen vil som en konsekvens få bedre tid til behandling av flere pasienter. Dermed vil ventelistene reduseres i poliklinikkene. En annen bonus er at fastlegen vil få bedre plass til den forventete økningen av pasienter på listene sine.

Sparer seg til fant

Inntil for et tiår tilbake var det arbeidsgiver (sykehuset) selv som hjalp til med finansieringen av uroterapiutdanningen. Så kom en organisasjonsendring som gjorde at helseforetakene (sykehusene) måtte drive innenfor gitte rammer. Uansett: Det kom ikke lenger noen julenisse oppunder jul og dekket underskuddet. Med denne endringen kom innstramningene. Mange helt nødvendige.

Men kom innstramningen på feil steder? Enhver bedrift med respekt for seg selv har dyre vedlikeholdsavtaler på kopimaskiner og datautstyr. Men skal ikke folkene som jobber der vedlikeholdes og oppgraderes med den «nyeste programvaren», eller i hvert fall i takt med tiden? Har de bruk for en type personell, så må de skaffe seg det. Spisskompetanse koster penger. Dette gjelder også innen helse og uroterapi. De få uroterapeutene som fins i Norge (ca. 100 stk.) har en kompetanse som er gull verdt. Den blir bare ikke utnyttet fullt ut. Det skal spinkes og spares og drives «effektivt». Inntil for bare et par år siden genererte ikke en konsultasjon hos en sykepleier penger inn i kassen til avdelingen. En sykepleierkonsultasjon var bare en utgift. Det ble heldigvis endret, og sykepleierkonsultasjoner kan nå utløse takster. Da er det jo også penger å tjene for sykehusene.

800 millioner

Det er en jevn stigning i utgiftene rundt dette. Vi rundet et forbruk på 800 millioner kroner på inkontinens-/kateterprodukter i 2012 (tall fra HELFO, helseøkonomiforvaltningen). Dette er



kun det blåreseptordningen genererer. Alt det som forbrukes på sykehjem og sykehus kommer i tillegg. Samtidig kan vi plusse på utgiftene til de mange plagete menneskene som ikke går til lege og får resept på dette. De bare kjøper selv, da det føles for flaut å innrømme problemet.

Bare en liten innsats på uroterapifronten vil medføre store reduksjoner i forbruket og dermed mange millioner i besparelser! Hvilken høyskoleutdannet person med tilleggsutdanning kan skilte med slike potensielle konsekvenser av sitt arbeid? Litt rart da at interessen for utdanningen fra det offentlige ikke er større. Men jeg velger å skyld på uvitenhet.

Utdanne flere

I samhandlingsreformens ånd burde alle kommuner hatt en uroterapeut på førstelinjenivå. En lett tilgjengelig fagperson som Hvermannsen kan kontakte, uten å snakke med fastlegen først. Et lavterskeltilbud. Hvor mange pasienter er det ikke som har kassevis med bleier og annet utstyr hjemme som de aldri får bruk for? Velvillige fastleger har skrevet ut resepter i god tro, og pasienten har henter ut fra apoteket. Apoteket ønsker også å tjene penger, og de leverer velvillig ut

utstyr – i alle størrelser – for man vet jo ikke helt sikkert hvor mye pasienten trenger. Det er rett og slett sløsing. Om pasienten hadde hatt muligheten til å komme til en uroterapeut først, ville både pasienten og pengebruken hatt godt av det. En annen ting som er interessant er at dette er offentlige utgifter som bare vil stige i fremtiden i takt med økt antall eldre. Bare det å halvere problemet ville gitt enorm økonomisk uttelling. Noen få slanter av disse pengene skulle vært brukt til et permanent og nasjonalt tilbud om uroterapeututdanning.

Som noen små digresjoner og kuriositeter, og egentlig helt andre diskusjoner, er at inkontinensprodukter i lovverket kalles for sykepleieprodukter. Da er det litt rart at bare leger kan skrive ut resept på dette og ikke uroterapeuten som er spesialisten her. Og ser en denne problemstillingen i et miljøperspektiv, er det ikke lite unødige forurensing vi snakker om.

Vel vel – i mitt enkle hode er dette ren logikk. Men de gode tankene renner jo ofte ut i sanden, og pasientene må fortsette å lide i stillhet, mens pengene fosser ut av den offentlige lommeboken. Jeg håper at de som sitter på pengene kan se muligheten og gi full finansiering av studiet og utdanne flere uroterapeuter. Og ikke minst: Bruke den kompetansen de innehar! Det vil tjene samfunnet. ■■■

LØNNSOMME: Pasienter med mindre alvorlige sykdommer kommer langt bak i køen. Disse pasientene kan få løst sine problemer uten å måtte vente på legen. Illustrasjonsfoto: NTBScanpix.

Fordi det er **FORSKJELL!**

Sykepleien er med sine 234 000 eksponeringer (GEP) et av Norges største fagblad. Fordi 93 % av våre medlemmer er kvinner, er vi også et av Norges største kvinneblad.

Markedsfører du til kvinner, gir Sykepleien deg ressurssterke kvinner som leser både for utvikling og avkobling. Det er kanskje derfor Sykepleien har hele 68 minutter lesetid?

**Sykepleien er kanalen når du ønsker kvalitet.
Det er forskjellen.**

Sykepleien er medlemsbladet til Norsk Sykepleierforbund. Her treffer du sykepleiere med høy utdanning og høy kjøpekraft. Les mer på sykepleien.no eller ring **02409**.

Sykepleien

TETT PÅ Per Fugelli

Hvorfor: Han fikk Fritt Ords Pris den 14. mai og har som alvorlig kreftsyk gjort seg tanker om døden og helsevesenet som sykepleiere bør kjenne til.

Stilling: Lege og professor i sosialmedisin ved Universitetet i Oslo, forfatter og foredragsholder

Alder: 69 år



Dr. Døds evangelium

Per Fugelli fikk aldri et klart svar på om cellegiften ville påvirke hjernecellene hans. Nå vil han ha et storting av døende og sykepleiere som har lest Machiavelli.

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Stig M Weston**



Det har gått 19 år siden sist jeg møtte Per Fugelli for et portrettintervju. Da mente professoren i sosialmedisin at EU-medlemskap ville gjøre oss sykere.

I mellomtiden kom EØS-avtalen, Jan Thomas lærte unge jenter at de ikke må amme fordi de vil få hengepupper, Frp fikk rekordstor oppslutning og Fugelli fikk tykktarmskreft med spredning til begge lunger. På fire år traff han 37 engangsleger, ble avkledd sløyfe og identitet, ble operert fire ganger, bestrålt og injisert med alskens gift-cocktailer som har etterlatt ham sliten i cellene, men svulstfri.

– For å si det med Beatles: «I'm not half the man I used to be». Jeg blir litt trist i anfall, men som kloke sykepleiere vet: sykdom er også lærdom. Jeg har blitt tryggere, har forsonet meg med faren og er mer glad i meg selv og tilværelsen. Som søndagsskolelæreren min i Stavanger sa: «Me kan kosa oss i jammerdalen», sier 69-åringen.

Han sitter i hjørnestolen på det trange kontoret sitt på Institutt for helse og samfunn, som er tapetsert av kona Charlottes abstrakte malerier og fotografier av deres to barn (hvorav en sykepleier) og tre barnebarn. Etter flere sykmeldinger de siste årene er han nå i full jobb igjen. Holder foredrag, skriver bøker og kronikker og underviser medisinstudenter som før. Men budskapet er nytt. Nå vil han at vi skal gjenopplive døden for å få bedre helse.

NOEN DAGER ETTER dette intervjuet ble Fugelli hedret med Fritt Ords Pris for å ha gitt en stemme til kreftsyke og de som står ansikt til ansikt med døden. «Nam-nam», sa han på NRK da han fikk vite at han skulle få prisen. Han ble oppriktig glad og føler den som en liten trøst når han av og til tviler på om ordene han har holdt på med de siste 30 årene bare er tomhet og jag etter vind.

Hvis jeg lager en ordsky av alle ordene Fugelli brukte ved forrige

«Folk blir snillere når de blir alvorlig syke»

møte i 1994, ville «faen» komme nokså tydelig fram med størst skrift i sentrum. I dag ville antakelig «nam-nam» ha overtatt.

– Det virker nesten som du har gått fra å være sint til å bli sulten?

– Jeg er mer sint nå. Mer vill og utålmodig. Mer brutal og rå. Gidder ikke kakle så mye. Men jeg tør ikke banne så mye lenger, for min mor har kjefet sånn på meg for det. Når jeg skal besøke henne, hører jeg alltid stemmen inni hodet mitt som sier: «Per, du må gå og klippe deg.» Herregud, hun er 97, men har fortsatt taket på meg.

Professoren gnir seg i øynene med begge hender. Han kler seg stadig som om han skal på fest: i propell og hvit skjorte med mansjetter. Propellen er visstnok et skalkeskjul fordi han aldri lærte seg å knytte slipsknote. I det siste har han også fått for vane å kjøpe seg marsipankake en gang i uka.

– Charlotte er ikke så glad for det. Hun vil jo ha meg her lengst mulig. Men jeg svarer at jeg trenger opplagsnæring, akkurat som dyrene i Afrika som lagrer opp til tørketiden.

Det første Fugelli gjorde da han (i gynekologisk stilling med kikkert i rumpa) fikk vite at han hadde en stor kreftsvulst i tykktarmen (etter å ha grått, plukket blåklodder, betalt regninger på Posten og handlet plenfrø på Felleskjøpet), var å kjøpe 250 gram biffdeig hos slakter Håland på Bryne som han jafset rå i seg mens han gikk gjennom Storgata. I programmet «Folk» på NRK tatt opp i fjor sommer, ser vi ham smugsmatte fornøyd det ene jordbæret etter det andre inne på Jokerbutikken på Røst, mens han forteller at han statistisk sett bare har ett eller to år igjen å leve.

– Hva er det som er så appetittlig med død og fordervelse?

– Jeg var jo sulten som en ulv etter å ha fastet før koloskopien!

– Så smugspising av jordbær var bare din trang til å være smårampete?

(Per Fugelli lekte katt og mus med vaktene i Botanisk hage på joggetur over nysådde plener i en årrekke før han ble kreftpasient. Han skyldte på at prolapsen krevde mykt underlag.)

– Vi lengter alle litt etter jungelen. Det er for mye park og skjema og kontroll i livet. Vi tilhører dyreriket, og spenning er et basalbehov. Det gir binyrene god trening.

I HANS SISTE BOK «Døden, skal vi danse?», skriver Fugelli om hvordan dødens nærvær faktisk gir ham spenning og tenning. Han kan våkne om morgenen etter tenksomme netter og merke som Hamsun at «produksionslysten slår i mit bryst som en fugl, der slår desperat med vingene.»

– Folk blir snillere når de blir alvorlig syke. Tenk om vi hadde hatt et storting av døende. De ville ganske sikkert vært mer opptatt av å dele med de fattige. Romfolk kunne gått på dass og fått ly ...

De siste årene har Fugelli reist rundt og holdt nærmere 150 foredrag om døden. De er basert på egne erfaringer med norsk helsevesen etter at han ble alvorlig kreftsyk.

– Jeg har holdt 1382 foredrag i livet mitt. Stort sett kommer det to, av og til 300. Men så, når jeg snakker om døden, kommer det plutselig tusen! Det betyr én ting: At det ligger et behov i folkesjelen for å snakke om døden, å få døden inn i livet, ut av fengselet for de forbudte ord. Ut av mørkerommet.

HER OM DAGEN møtte 400 medisinstudenter opp for å høre på Fugelli. Hans råd til de kommende legene var tredelt: «Du må dele makten med pasienten. Pasienten er ekspert på seg selv, du er ekspert på medisinen. Du må ha grenser og si ærlig hva medisinen ikke kan hjelpe med. Og til sist må du være der for den syke. Alvorlig syke er som hunder etter trygghet og tillit.»

Han snakker av egen erfaring. Selv om han elsker pølsefabrikken «det norske helsevesen» fordi det behandler alle likt, har han ofte opplevd utryggheten og «kafkafølelsen» som følger med når man blir et nummer i rekken.

– Både jeg og mine medpasienter jeg traff under disse fire årene savner aller mest en fastlege i sykehus.

De fleste av de 37 legene Fugelli traff, så han kun én gang. Ingen konsultasjon varte mer enn seks minutter. De spurte om det samme: Kvalme, diaré, matlyst, prikking i fingre og tær og om slimhinneens tilstand. Og så til slutt: «Er det noe mer?»

– Det er krenkende! Jeg har skrevet en bok på 250 sider om dette «noe mer», om hvordan det å bli livstruende syk angriper

selvbildet ditt, om hvordan mulig død ryster sjelen og kjærligheten til dine, om hvordan rot og feil i helsetjenesten kan gjøre deg redd. Hvilken mening kan det være i å legge ett gram av dette «noe mer» fram for en lege jeg vil se i seks minutter av mitt liv?

– Hva med fastsykepleier da?

– Dette har jeg tenkt mye på. Fordi de fleste medisinskfaglige avgjørelser er tillagt legene, bør det være fastleger. Pasientene jeg har snakket med foretrekker også det. Og sykepleiere skjønner dette med fastlege med én gang. Legene er ikke like entusiastiske.

– Hvorfor ikke?

– De har nok med dybdeboringen sin og frykter helhetsansvaret.

DA PER FUGELLI VAR SYK, opplevde han mye rot på sykehuse. «Den ene hånden vet ikke hva den andre gjør og den ene ånden vet ikke hva den andre vet», skriver han i boka. Da han fikk antibiotika intravenøst tre ganger om dagen, kom det en kveld en dynamisk sykepleier plystrende inn på rommet klokka 19 med beskjed om at han skulle få aftenmaten intravenøst. Han brettet lydig opp skjorteermet, kastet et blikk på «aftenmaten» og kjente ikke helt igjen posene.

«Skulle ikke jeg egentlig ha antibiotika klokken 22?» spurte han.

«Er ikke du Bjørn Andersen?» spurte sykepleieren.

– Hvordan har erfaringen din med sykepleierne vært som syk?

– Først og fremst nam-nam! De fortjener to medaljer: De holder høy standard og kjenner grensene for egen kompetanse, noe som ga meg stor trygghet. Og så har de åpenbart fått omsorgsdelen gjennom utdanningen. Nesten alle jeg traff var jævla gode med folk. De ser den syke, bryr seg og vil deg vel.

– På hvilke områder bør de skjerpe seg?

– Alle sykepleiere må lese Machiavellis «Fyrsten». Det er verdens oppskriftsbok i å tilta seg makt. De må sette sitt stempel på helsetjenesten i større grad. Da hadde vi hatt en pasientkoordinator som er kontinuitetsbærer på sykehuse.

Renessansekunstneren Machiavelli er kjent for å ha et kynisk og skruppelløst forhold til makt og mener at målet helliger middelet som om så kan være vold. Boka «Fyrsten» kom ut på 1500-tallet i Firenze.

– Hvordan skal sykepleierne ta denne makten?

– Man kan skape frykt, smigre, gjøre kupp og alliere seg med de syke. Men mest aktuelt er vel å føre de gode argumenter. Sykepleierne må oppdage hvilket gull de har og vite at de fortjener makt.

Fugelli er overbevist om at hvis sykepleierne hadde hatt større makt på sykehjem og sykehus, ville døden vært greiere for folk enn den er i dag.

– I legenes verden er døden et nederlag. Deres jobb er å bekjempe døden, derfor går de forbi rommet til den døende pasient. Men sykepleierne er der for å lindre og trøste. Med sykepleiere i maktposisjoner ville dødens helse fått større plass på budsjettene.

TIL HØSTEN KOMMER en ny bok fra Fugelli som heter «Journalen».

– Det er en oppfølging av «Døden, skal vi danse?», og er de siste tre årene av mitt liv i dagboks form. Det blir en personlig, ærlig og naken journal som også rapporterer helsetjenestens tilstand i en slags sosialmedisinsk journal. Jeg vurderer også å ha med utdrag

av den medisinske journalen som kan stilles opp mot hvordan jeg selv opplever det samme.

Når Per Fugelli en gang skal dø, skal asken hans strøs på Røst hvor den kan få fly fritt blant ørnene.

– Hvilket foredrag tror du ånden din vil reise rundt med i det hinsidige?

– Jeg vet ikke helt innholdet, men tittelen er klar: «Epikrise fra himmelen».

Men før den tid, er det mye som skal gjøres og små problemer

«Sykepleiere må oppdage hvilket gull de har og vite at de fortjener makt»

som må løses. Akkurat her og nå er det takketalen til Fritt Ords Pris-seremonien i Operaen den 14. mai.

– Jeg har lyst å ta et rått og brutalt oppgjør med politikerne for Norges umenneskelige behandling av romfolket. Men jeg er fanget i en felle. Det er litt paradoksalt. Det blir en liten ballett, en liten opera, sprudlevin på taket og seremoni med taler. Jeg vet ikke om jeg tør. Nei, jeg tror ikke jeg gjør det. Huff, du har rett! Jeg har gått fra sint til snill og mild ...

Prispengene på 400 000 kroner skal han fordele på egne barnebarn og fattige barn i Timbuktu i Mali. ■■■

eivor.hofstad@sykepleien.no



85-årsregelen eller AFP?

AFP og pensjonering etter særaldersgrense/85-årsregelen er alternative pensjonsmuligheter for de fleste sykepleiere ved 62 år.

? Det fins et særfradrag for de som mottar AFP fra offentlig sektor. Er det rett at dette ikke gjelder de som mottar pensjon etter 85-års regel?

§ Skattefradraget for pensjonsinntekt gis ikke til dem som mottar pensjon etter å ha gått av med særaldersgrense. Dette fremgår av skatteetatens veiledning. Statens Pensjonskasse (SPK) stilte i høringsuttalelse til omlegging av skattereglene for pensjonister, spørsmål om også medlemmer som mottar særalderspensjon i stedet for AFP, burde omfattes av skattefradraget. Departementet svarte at denne gruppen ikke omfattes av dagens skattebegrensningsregel, og fant derfor ikke grunn til at disse skal omfattes av det nye skattefradraget. Det skjedde en skatteomlegging fra 2011 for pensjonsinntekt hvor blant annet skattebegrensningsregelen ble erstattet med det nye skattefradraget for pensjonsinntekt.

AFP og pensjonering etter særaldersgrense/85-årsregelen er alternative pensjonsmuligheter for de fleste sykepleiere ved 62 år. KLP regner oftest ut hvilken av de to pensjonsalternativene som er mest lønnsomme for den enkelte, det vil si hva som gir høyest pensjon. Oftest vil en sykepleier med full opptjening (30 år) og mye heltid være mest tjent med 85-årsregelen. (85-årsregelen betyr at man kan gå av tre år før aldersgrensen hvis tjenestetid og alder er minst 85 år). Mye deltid og redusert opptjeningstid (mindre enn 30 år) vil ofte gjøre AFP til det beste alternativet. Det er ulike regler for hvor

mye inntekt en kan ha ved siden av pensjonen for en som går av med AFP sammenliknet med de som går av med særaldersgrense. Ulik skattemessig behandling av de ulike pensjonsytelsene kan også være et forhold som må tas i betraktning ved pensjoneringsvalg.

Rett på sjukepengar etter permisjon

? Eg er intensivsjukepleiar og har jobba ved same avdeling sidan 2001. Eg har siste halvanna året vore i permisjon. Første hadde eg permisjon med foreldrepenge, så har eg hatt cirka 8 månader med ulønna permisjon på grunn av omsorg for lite barn. Nå skal eg byrja å jobba igjen, etter endt ulønna permisjon. Mitt spørsmål er: Kor lenge må eg jobbe frå eg starter i mai til eg har rett på sjukepengar ved eventuell sjukdom?

§ Tariffavtalen for sykehusene (mellom Spekter og NSF) har bestemmelser om lønn under sykdom pkt 1.2. En person som er «ansatt og har tiltrådt stilling ...» har rett til lønn under sykdom etter tariffavtalens bestemmelser. I ditt tilfelle har du vært ansatt lenge, men hatt både lønnet og ulønnet permisjon før et eventuelt sykefravær. Du vil i alle fall ha krav på sykepenge etter at du har gjeninntre stillingen din igjen, for eksempel ved å ha jobbet en dag.

Du vil imidlertid også ha krav på sykepenge uten å gjeninntre stillingen først, dersom det er forhåndsavtalt når du skal gjeninntre.

Dette med bakgrunn i en dom fra Arbeidsretten vedrørende tolkning av en bestemmelse i Hovedtariffavtalen for KS tariffområde, som også har krav om «tiltrådt» for å få lønn under sykdom utbetalt av arbeidsgiver. Arbeidsretten konkluderte slik i dommen:

Hovedtariffavtalens fellesbestemmelser i § 8 i tariffperiodene 2006–2012 er slik å forstå at arbeidstaker som har tiltrådt en stilling, og som etter avtale med arbeidsgiver har tidsbegrenset permisjon, og med en forhåndsbestemt avtale om å gå tilbake til den tidligere tiltrådte stilling, skal ha lønn (sykelønn) etter den stillingen vedkommende til enhver tid skulle tjenestegjort i om sykdom ikke hadde inntrådt.

Fra vikariat til fast stilling

? Hvor lenge kan man, juridisk sett, gå i vikariat før arbeidsgiver bør tilby fast jobb?

§ For at arbeidstakeren skal oppnå rett til fast ansettelse, må vedkommende ha arbeidet fire sammenhengende år i samme virksomhet. Avbrudd i form av fravær på grunn av ferieavvikling, sykdom eller permisjon vil ikke medføre at den ellers sammenhengende tjenesten avbrytes.

Dette gjelder enten det er ett vikariat over så lang tid eller dersom det er flere vikariater etter hverandre. Alle arbeidstakere – faste eller midlertidige – er ansatt i virksomheten og ikke i en bestemt avdeling. Arbeidsmiljølovens regler gjelder for samtlige.

Passer på paragraferne:





sykepleien.no

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er et universitetssykehus som tilbyr befolkningen i den nordligste landsdel medisinsk spisskompetanse av høy kvalitet. Samtidig er UNN lokalsykehus for Troms og deler av Nordland. Foretaket har 6000 ansatte. Virksomheten skal bygge på kvalitet, trygghet, respekt og omsorg.

Universitetssykehuset Nord-Norge søker dyktige kandidater til følgende stillinger:

SYKEPLEIER, REHABILITERINGSKLINIKKEN

- Vikariat på natt ved Døgnetenheten, Fysikalsk- og rehabiliteringsmedisinsk seksjon, Tromsø.
Kontakt: Birgit Helene Henriksen, tlf. 941 49 080 / 77 66 97 29 eller Arne Wilhelmsen, tlf. 948 78 185 / 77 62 80 43.

ASSISTERENDE SEKSJONSSYKEPLEIER, OPERASJONS- OG INTENSIVKLINIKKEN

- Vikariat ved Oppvåkningsseksjonen, Intensiv- og Oppvåkningsavdelingen.
Kontakt: Ann Iren Lein, tlf. 938 99 091 eller Birgith J. Nerskogen, tlf. 996 20 742.

INTENSIVSYKEPLEIERE, OPERASJONS- OG INTENSIVKLINIKKEN

- Ledige stillinger ved Oppvåkningsseksjonen, Intensiv- og oppvåkningsavdelingen.
Kontakt: Ann Iren Lein, tlf. 938 99 091 eller Birgith J. Nerskogen, tlf. 996 20 742.

SYKEPLEIERE, MEDISINSK KLINIKK

- Faste stillinger og vikariater, hel/deltid/natt, ved Felles medisinsk og kirurgisk sengepost, Narvik.
Kontakt: Berit Hindenes, tlf. 76 96 85 69.

Fullstendige annonsetekster, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på www.unn.no/jobbsok
Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCEVIESSU



frantz.no

- Trygghet når du trenger det mest

Våre kjerneverdier er respekt, tilgjengelighet og faglig dyktighet. 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.

Forskningsenheten

Forskningssjef

100 % st. fast.

Forskningsvirksomheten ved Sørlandet sykehus HF (SSHF) er under kontinuerlig utvikling, og er nå på topp blant landets ikke-universitetssykehus. For tiden pågår omkring 50 forskningsprosjekter ved sykehuset og det er 80-100 heltids- eller deltidsansatte som arbeider med forskning. Forskningsbudsjettet er på 30 millioner kroner. Forskningsaktiviteten er i all hovedsak integrert i den kliniske virksomheten i de fleste av sykehusets avdelinger. Forskningssjefen har fag- og budsjettansvar samt personalansvar for alt personale som er knyttet til sykehusets forskningsenhet.

Opplysninger: Fagdirektør Per Engstrand, tlf. 917 11 976 eller spesialrådgiver Sissel Ledang, tlf. 38 07 33 08 / 917 47 745.

Søknadsfrist: 18. juni 2013

Søknad og CV registreres elektronisk i vårt søknadsprogram. Informasjon og fullstendig utlysning finnes på www.sshf.no/jobbsok

frantz.no



SØRLANDET SYKEHUS



Spesialsykepleiere

Kvinne- og barneklirikken, Barneintensiv større barn

Vi har ledig 3 x 100% vikariater ved Barneintensiv seksjon, Ullevål. Vi er en dynamisk seksjon i vekst, med høy aktivitet. Av den grunn søker vi nå flere spesialsykepleiere.

Kontaktinfo: Michaela Nyberg, avdelingsykepleier, tlf. 22 11 87 65 eller Marianne Andersen, spesialsykepleier, tlf. 23 01 55 50.

Ref.nr. 1738931762 Søknadsfrist: 09.06.2013

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



Avdelingsleder

Hjerte-, lunge- og karklinikken, Thoraxkirurgisk avdeling

Stillingen som avdelingsleder er ledig og skal besettes fra 01.09.2013. For søker med aktuell kompetanse kan det samtidig søkes om bistilling som professor II/ første-amanuensis (20% stilling) i medisin (thoraxkirurgi) ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

Kontaktinfo: Klinikleder/professor Otto A. Smiseth, tlf. 908 67 189, otto.smiseth@ous-hf.no.no eller HR-leder Marit Frogner, tlf. 905 94 160, marit.frogner@ous-hf.no Henv. angående bistillingen: Personalrådgiver v/Institutt for klinisk medisin, Maria Nesteby, tlf. 22 84 46 86.

For spørsmål om elektronisk søknad, ring 23 01 51 00.

Ref.nr.: 1775088979 Søknadsfrist: 15.06.2013

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



Avdelingsleder

Hjerte-, lunge- og karklinikken, Kardiologisk avdeling

Avdelingsleder har resultatansvar for sykehusavdelingens samlede virksomhet. Lederen inngår i klinikkleders ledergruppe. Det arbeides for å knytte bistilling (20 %) som professor II/amanuensis ved Universitetet i Oslo til hovedstillingen for søkere som har relevant kompetanse.

Kontaktinfo: Klinikleder/professor Otto A. Smiseth, tlf. + 47 908 67 189, Otto.Smiseth@ous-hf.no.no eller HR-leder Marit Frogner, tlf. 47 905 94 160, Marit.Frogner@ous-hf.no

Ref.nr. 1776547071 Søknadsfrist: 15.06.2013

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



Prosjektkoordinator - Klinisk legemiddelutprøving

Klinikk for diagnostikk og intervensjon, Klinisk forskningspost, Avdeling for farmakologi

Seksjon Klinisk forskningspost (KFP) er en fasilitet for klinisk legemiddelutprøving ved Oslo universitetssykehus HF, og er fysisk plassert ved Rikshospitalet.

KFP har fått tildelt midler fra Helse Sør-Øst til en prosjekt-koordinator i 100 % st. i 3 år, f.o.m. 01.09.13 t.o.m. 31.08.16. Prosjektkoordinator vil koordinere, tilrettelegge og gjennomføre kliniske studier ved KFP i samarbeid med andre avdelinger.

Kontaktinfo: Hassan Zaré Khiabani, seksjonsleder, tlf. 905 43 878 / e-post haskhi@ous-hf.no

Ref.nr. 1785562235 Søknadsfrist: 09.06.2013

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

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 anestesi og intensivmedisin

Anestesisykepleier

3 stillinger ledig fra 02.09.2013. Ett års varighet med mulighet for forlengelse eller fast ansettelse.

Nærmere opplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til avdelingssjef Bjørg Fenstad, tlf. 72 57 56 40, bjorg.fenstad@stolav.no

Søknadsfrist: 1. juli 2013

Søknad sendes elektronisk via www.stolav.no, velg Jobbsøk, deretter ledige stillinger.



frantz.no



NESTLEDER

ved Stiftelsen Solliakollektivet

Vi synes vi har en spennende jobb, og ønsker oss flere på laget! Solliakollektivet har siden 1970 tilbudt voksne rusavhengige en medikament-fri rehabilitering. I naturskjønne omgivelser på Trogstad (Østre Toten) og Sollia (Søndre Land) driver stiftelsen to økologiske gårdsbruk, i tillegg har vi videreføringsboliger på Raufoss. Stiftelsen har løpende avtale med Helse Sør-Øst. Vi har nå en ledig stilling som nestleder på Sollia med tiltredelse snarest mulig.

Arbeidsoppgaver:

- Nestleder med arbeidsoppgaver i administrasjonen.
- Medlever og rollemodell
- Vi ønsker en person med helsefaglig bakgrunn

Vi ønsker at du:

- har livserfaring.
- kan tilslutte deg Sollia sin ideologi og rehabiliteringsmodell.
- Er motivert og engasjert.

Har du i tillegg noen av disse egenskapene?

- Uredd, trygg og selvstendig
- Initiativrik
- God til å kommunisere
- Aktiv og nysgjerrig

Vi kan tilby

- Nestlederstillingen på Sollia
- Bolig til deg og din familie
- En interessant hverdag i et hyggelig og lærerikt arbeidsmiljø.
- Boplikt, men fleksibel friordning for medlevere
- Veiledning

Høres dette spennende ut for deg? Kontakt oss for å få vite mer!

Kontakt Tore Martin Helgesen eller Unni Hatlevoll på 61 12 87 00

Søknadsfrist er 31.7.13

Du kan også besøke oss på vår hjemmeside www.sollia.no

SYKEPLEIER I TELEMARK BATALJON



Lyst på en annerledes og utfordrende hverdag. Som sykepleier i Telemark Bataljonen får du en varierende hverdag, med mange faglige og personlige utfordringer. Du vil ha en operativ rolle som sykepleier som en del av sanitetstroppen i Telemark Bataljonen, samt ta del utdanning av Bataljonens sanitetssoldater.

Arbeidsoppgaver vil være innenfor følgende områder:

- Trene som en del av sanitetstroppen, i et hjelpeplasslag
- Utdanne/trene egen tropp innenfor sanitetsfaget
- Bidra i utdanningen soldater i Bataljonen innen sanitetsfaget

Vi kan tilby:

- Gode muligheter til å holde seg faglig oppdatert, bidra til faglig utvikling i avdelingen
- Gode muligheter for å få kurs
- Jobbe i et arbeidsmiljø med motiverte kollegaer.

Må krav:

- Bachelor i sykepleie
- Gjennomført førstegangstjeneste eller tilsvarende

For nærmere informasjon om stillingen, Ole Henry Alvestad, oalvestad@mil.no / tlf: 99222858

Antall stillinger: Inntil 2. engasjement, mulighet for fast ansettelse
Ansettelse snarest – lønn etter avtale – tjeneste sted Rena

Søknadsfrist: 20 juni – 2013

Søknad med vedlagt CV sendes til:

Telemark Bataljon, Esk 5/santropp v/ Ole Henry Alvestad
Kavaleriveien 1, 2450 Rena
Alternativt, elektronisk til: oalvestad@mil.no

Mange ser din annonse!

En gjennomsnittlig side i bladet gir
234.000 eksponeringer!

Annonseavdelingen tlf. 22 04 33 04

Sykepleien

Kunngjeringar frå Lom kommune

Kommunalsjef – helse og velferd

Lom kommune er organisert etter prinsipp for to-nivå modell. Kommunalsjef vil gå inn i leiargruppa i kommunen, rapportere direkte til administrasjonssjef og få ansvar for området helse og velferd. God samordning og tilpassing av tenester innan helse og omsorg er prioriterte område, og tilrettelegging gjennom endringar i organiseringa i kommunen kan bli aktuelt.

Nærare informasjon får du hjå administrasjonssjef Ola Helstad, telefon 61 21 73 56 / 971 61 865 eller e-post ola.helstad@lom.kommune.no.

Søknadsfrist: 10. juni 2013.

Fullstendig utlysingstekst og elektronisk søknadsskjema på www.lom.kommune.no.



Helse Bergen, Haukeland universitetssjukehus, har nærare 12.000 tilsette som har som mål å gi best mogleg behandling og pleie til pasientane våre. Kvar 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. Budsjettet vårt er på omlag 9,4 milliardar kroner.

Vår visjon er å fremme helse og livskvalitet i vest, og verdiane våre er - Respekt i møte med pasienten - Kvalitet i prosess og resultat - Tryggleik for tilgjengelegheit og omsorg



Haukeland universitetssjukehus søker Klinikkdirrektør for Mottaksklinikken Vil du leie ei av dei mest spennande satsingane i helse-Noreg?

Haukeland universitetssjukehus tenkjer heilt nytt om mottaksmedisin. Vi er først ute i landet med å etablere ein mottaksklinikk som skal gje våre akuttpasientar rett hjelp raskare på rett stad.

Er du leiaren vi treng til å styre overgangen frå prosjekt til klinikk?

Mottaksklinikken er planlagt i full drift frå 2016 og vil bestå av tre einingar:

- Tverrfagleg utgreiingspost med 43 senger. Her får pasientane med eit samansett sjukdomsbilete eit betre og meir effektivt diagnostisk tilbod på ein stad.
- Ny korttidspost med 20 senger. Her kjem pasientar der sjukehusopphaldet er forventa å vere kort, og som ikkje treng vidare behandling hos dei høgspesialiserte avdelingane.
- Akuttmottaket blir opprusta og får utvida kapasitet med betre logistikk og pasientflyt.

Du blir ein sentral samarbeidspartnar for primærhelsetenesta og dei fleste avdelingar og klinikkar på sjukehuset. Du blir del av føretaksleiinga ved Haukeland universitetssjukehus og rapporterer direkte til administrerende direktør, Stener Kvinnsland.

Interessert i å vite meir om stillinga og oss? Sjå: www.helse-bergen.no

Utfordringar framover i tid

Det forventas ei auke i straumen av akuttpasientar til sjukehuset i åra som kjem. Det ligg an til ei auke frå 32.000 pasientar årleg i 2012, til 45.000 pasientar årleg i 2025. Gjennomsnittsalder til befolkninga aukar. Det fører til fleire pasientar med eit samansett sjukdomsbilete, kombinert med høg alder. Mottaksklinikken vil gjere at vi har betre kapasitet til å møte utviklinga i samfunnet.

Søknadsfrist 16. juni 2013
Referansenummer 1768967230
Kontaktperson for stillinga
Rådgivar Tove Huse Bjerkevoll,
telefon +47 48 07 38 34

HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjukehus

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 ortopedi, revmatologi og hudsykdommer

Operasjonsavdelingen

Operasjonssykepleiere

- 4 x 100 %-stillinger ledig i turnus:
- 2 faste med tiltredelse august 2013
- 2 vikariater med mulighet for fast, tiltredelse snarest

Nærmere opplysninger om stillingen kan fåes ved henvendelse til avdelingsleder operasjon Cecilie Volden, tlf. 72 82 65 56/970 66 784.

Søknadsfrist: 16. juni 2013

Søknad sendes elektronisk via www.stolav.no, velg Jobbsøk, deretter ledige stillinger.



frantz.no

Gruppeleder ved ARNA HJEMMESYKEPLEIE

100% fast stilling som gruppeleder ledig fra snarest.

For nærmere opplysninger om stillingen se www.bergen.kommune.no under ledige stillinger

Søknadsfrist 08.06.2013



Ved Høgskolen i Gjøvik, Avdeling for helse, omsorg og sykepleie er det ledig 3 faste 100 % stillinger som:

**Førsteamanuensis/førstelektor/
høgskolelektor i sykepleiefag**

og

**Førsteamanuensis/førstelektor/
høgskolelektor i sykepleiefag**

1 års 100 % engasjement.

For nærmere opplysninger om stillingene se www.hig.no under jobb.

Søknadsfrist 15.06.2013.



Tinn kommune

Ledig fast stilling ved psykiatritjenesten

100 % stilling
SYKEPLEIER/VERNEPLEIER/SOSIONOM/
BARNEVERNSPEDAGOG

med videreutdanning i psykiatri/psykisk helsearbeid
Se www.tinn.kommune.no/ ledig stilling for mer informasjon

AMBIO Helse – bedre liv! Bedre liv for brukere og ansatte i helse- og omsorgssektoren. AMBIO Helse løser utfordringer innen helse og omsorg. Å ta vare på syke og pleietrengende er blant de aller viktigste oppgavene i samfunnet. Behovet for flere varme hender og høy kompetanse øker voldsomt. Vi i AMBIO Helse hjelper kommuner, sykehus, ansatte og brukere. Vi skaffer dyktige vikarer til kommuner som mangler personell, vi har ansatt erfarne spesialister som kan bistå i særlig utfordrende oppgaver og vi gir opplæring og overføring av kompetanse. Gjennom www.helsekursportalen.no tilbyr vi et mangfold av e-læringskurs til ansatte i helse- og omsorgssektoren.



Behov for sommervikarer?

Vi er i full gang med sommerplanleggingen, og har fortsatt ledige vikarer for sommeravviklingen.

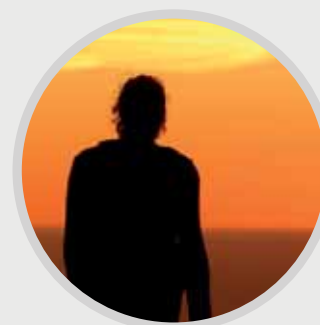
For sommeren har vi per nå ledige hjelpepleiere, legestudenter, sykepleiestudenter, assistenter og fysioterapeuter. Kontakt oss for mer informasjon.

Har dine ansatte medisinkurs?

Sikre at alle nyansatte og sommervikarer har godkjent kurs i legemiddelhåndtering!

Velg e-læring fra www.helsekursportalen.no. Vi har også introduksjonskurs til jobb i primærhelsetjenesten for ufaglærte og assistenter.

Kontakt oss for gratis testlisens og mer informasjon.





Ved Høgskolen i Gjøvik, Avdeling for helse, omsorg og sykepleie er det ledig 100 % fast stilling som:

Førsteamanuensis/førstelektor/ høgskolelektor i operasjonssykepleie

For nærmere opplysninger om stillingen se www.hig.no under jobb.

Søknadsfrist: 15.06.2013



Statens
arbeidsmiljøinstitutt

FORSØKSPERSONER SØKES TIL FORSKNING

Friske sykepleiere (18 - 60 år) som jobber nattevakter søkes til å delta i en undersøkelse av fysiologiske effekter av lite søvn. Deltakerne vil motta moderat smertefulle stimuleringer på huden. Denne type stimulering er alminnelig brukt i forskning. Elektrisk aktivitet fra hjernen (EEG) vil registreres samtidig.

Undersøkelsen strekker seg over i alt 7-8 timer fordelt på 4 ulike dager og vil pågå i hele 2013. Forsøket gjennomføres i regi av Statens arbeidsmiljøinstitutt på Majorstua (Gydass vei 8) i Oslo. Deltakere må være bosatt i Oslo-området.

Deltakelse honoreres. 150 kr/time (ca. 1.300 kr) + reiseutgifter. Godtgjørelsen er skattefri t.o.m 1.000 kr. Reiseutgifter med offentlig transport dekkes i stor-Oslo t.o.m Ruters sone 4.

For mer informasjon eller for å melde deg på, kontakt Statens arbeidsmiljøinstitutt:
telefon: 40 72 17 88
e-post: forsok@stami.no

Akershus
universitetssykehus



Intensivseksjonen
Intensivsykepleiere

Ønsker du faglige utfordringer og breddekompetanse?

frantz.no

www.ahus.no

HELSE SØR-ØST

DELTIDSSTUDIER | 60 SP

Skreddersydd for deg som er i arbeid

Søk opptak på haraldsplass.no/hdh

Hjemmesykepleie
Palliativ sykepleie | Legevaktsykepleie
Veiledning | Mindfulness*

Behovet for spesialkompetanse er økende innen helsetjenesten. Haraldsplass Diakonale Høgskole tilbyr videreutdanning utviklet for sykepleiere, vernepleiere, ledere og personer innen veiledning. Studiene er tilrettelagt for yrkesaktive fra hele landet, med én intensiv undervisnings uke om gangen.

Studiestart høsten 2013. Deltid over 2 år (60 stp) – fortløpende opptak.

* Studiestart januar 2014. Deltid over 1 år (30 stp) – fortløpende opptak.



Haraldsplass
DIAKONALE HØGSKOLE
Bergen Diakonissehjem



LÆR MER OM TVUNGEN HELSEHJELP

Enkelte pasienter nekter å ta imot helsehjelp uten å forstå konsekvensene av det.

Statens helsetilsyn har ført tilsyn i 103 kommuner med tvungen helsehjelp til pasienter i sykehjem. Resultatene fra oppsummeringen kan du lese om i rapport fra Helsetilsynet 5/2013.

Den finner du på www.helsetilsynet.no.

HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsejenestene



Nasjonal kompetansetjeneste for amming

KURS I AMMEVEILEDNING TRINN I OG II

– ØKER VEILEDNINGS KOMPETANSE HOS HELSEPERSONELL OG ANDRE SOM GIR AMMEVEILEDNING

Dato: Trinn I: 14. oktober. Trinn II: 15. oktober 2013

Sted: Thon Hotel Vika Atrium, Oslo

For mer informasjon, program og påmelding:
www.ammesenteret.no velg: kurs og konferanser

Spørsmål: Elisabeth Tufte tlf. 23 07 54 08 eller
etufte@ous-hf.no

Nasjonal kompetansetjeneste for amming driver forskningsbasert arbeid for å fremme amming og kunnskap om morsmelk, blant helsepersonell, myndigheter og media, nasjonalt og internasjonalt.

Norsk Forening for Kognitiv Terapi ønsker velkommen til

inspirasjonskonferanse

7.-8. NOVEMBER 2013 SCANDIC HOTEL OSLO AIRPORT

Inspirasjonskonferansen i kognitiv terapi skal være en stimulan og energigiver. Sist kunne vi stolt ønske velkommen over 300 deltakere. Også i år vil det være både internasjonale størrelser og sentrale forelesere fra vårt eget miljø. Fra Nederland kommer Arnoud Arntz, fra USA Robert D. Friedberg og fra England Costas Papageorgiou.

ØVRIGE FORELESERE:

| | |
|---------------------|-------------------|
| Kitty Dahl | Ingrid Hyldmo |
| Elin Fjerstad | Robert Jensen |
| Annelise Fredriksen | Per Jostein Matre |
| Bergljot Gjelsvik | Hans M. Nordahl |
| Erlend Hunstad | Solfrid Raknes |



NORSK FORENING FOR
KOGNITIV TERAPI

Tlf. 90 54 37 54 · post@kognitiv.no

For program og påmelding:
www.kognitiv.no

Bowen Akademiet



Bowen Teknikken balanserer kroppens muskel- og skjelettsystem, samt stimulerer blod- og lymfesirkulasjonen. Gir raske resultater for kroniske og akutte lidelser.

Teknikken er skånsom både for klient og terapeut.

Det ultimate innen manuell helhetsterapi.

Tel. 922 10 451, www.bowen-akademiet.no
e-post: vibeke@bowen-virker.no

Medisinsk yoga

Utdannelse for helsepersonell

OSLO - STAVANGER - BODØ
TRONDHEIM - TROMSØ - KIRKENES

mediyoga.com +46 85 40 882 80





National Continence and
Pelvic Floor Center of Norway
UNIVERSITY HOSPITAL OF NORTH NORWAY



2nd Arctic Pelvic Floor Meeting 2013

FOR NURSES, PHYSICAL THERAPISTS, GENERAL PRACTITIONERS AND SPECIALISTS

7–8 November – Trondheim, Norway

Registration by 1st of August at: www.apfm2013.no

Updates and controversies in assessment and treatment of incontinence and pelvic floor disorders.

TOPICS:

- 3D ultrasound of the anal sphincter
- Low anterior resection syndrome
- Urinary and anal incontinence in nursing homes
- Interdisciplinary teamwork – how to get beyond fiction
- Patient care lines- primary health care and specialist
- Conservative treatment, results

WORKSHOPS

Urodynamics:

Interpretation and Artefacts

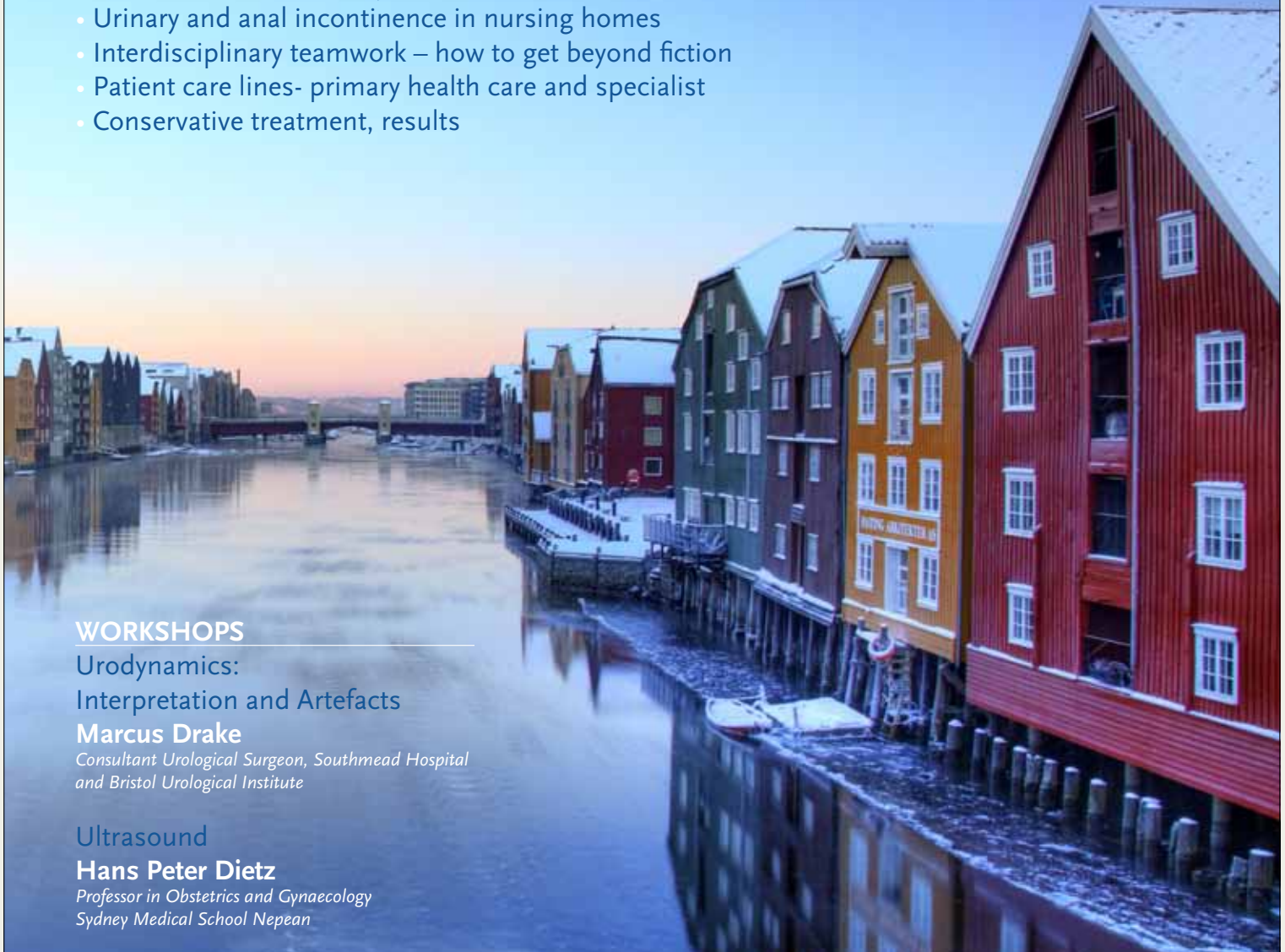
Marcus Drake

*Consultant Urological Surgeon, Southmead Hospital
and Bristol Urological Institute*

Ultrasound

Hans Peter Dietz

*Professor in Obstetrics and Gynaecology
Sydney Medical School Nepean*



ALT AV UTSTYR TIL DIN AVDELING

Vi leverer det meste av utstyr til legekontor, sykehjem, helsestasjoner og andre helseinstitusjoner. Besøk www.vaktrommet.no for å se vårt utvalg.

Psst! Vi får snart inn
Clogs fra Sanita!

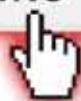


PENHYGIENIC

Ta en titt på Vaktrommets egenproduserte PenHygienic! Navnskilt og organisator i ett. Aldri mist ditt utstyr på gulvet igjen!



Ta en titt i butikken vår
AKTROMMET.NO



www.vaktrommet.no
post@vaktrommet.no
tel: 926 97 497

LIK OSS

Vær med i periodiske trekninger ved å like facebook-siden vår!





TOYOTA

ALWAYS A
BETTER WAY

Få trygghet på kjøpet!

Trygghet er noe alle ønsker seg. Kjører du Toyota er telefonen det verktøyet du trenger. Følger du vårt serviceprogram og tar Toyota Originalservice hos oss, får du denne tryggheten i form av 1 års veihjelpsprogram med på kjøpet i inntil 5 år, med mulighet for forlengelse.

Toyota Eurocare gjelder uansett årsak til driftsstans. Ved uhell, tom drivstofftank, flatt batteri, punktering og til og med når du mister nøkkelen. Ordningen gjelder for hele Europa. Vi hjelper deg med å finne løsninger på alle slags bilproblemer - 24 timer i døgnet, 365 dager i året.

Bestill Toyota Originalservice i dag

Bekymringsfritt bilhold.