

08
2014

Sykepleien



Fort ferdig?

Tema. Andelen pasienter som blir behandlet dagkirurgisk, har gått ned siden 2010. Hvorfor? **32**

● **Hva skjer**
Ugreit med student
under fødsel. **16**

● **Sykepleie**
Menn med kreft
snakker ikke om sex. **58**

● **Påfyll**
Også diabetespasienter
kan få mat de liker. **74**

● **Meninger**
Tett på Torgeir
Micaelsen (Ap). **94**

Nye

Uracyst®

– 2% løøsning kondroitinsulfat 400mg



Uracyst® reparerer det ødelagte beskyttelseslaget i blæren

Smertefull Blære Syndrom/Interstitiell Cystitt (PBS/IC) er en kronisk inflammasjon i blærevæggen av ukjent årsak. Uracyst® er et sterilt kondroitinsulfat for effektiv behandling av PBS/IC via urinkateter.

Uracyst® har i tillegg dokumentert effekt ved:

- Strålingsindusert cystitt
- Kjemisk indusert cystitt
- Overaktiv blære som ikke svarer på konvensjonell terapi
- Pasienter som lider av kroniske urinveisinfeksjoner

**”47% respondere etter 6 instillasjoner,
60% etter 10 instillasjoner”**

**”96% av pasientene opplevde noen form
av forbedring”**

Ref. study: J. Curtis Nickel et. al. 2008 BJUI

Navamedic ASA
Postboks 107, 1325 Lysaker
Tel: +47 67 11 25 45
E-post: infono@navamedic.com
www.navamedic.com

 **Navamedic**



Det **er** forskjell på sondeløsninger...

Nye Nutrison med **dokumentert** raskere ventrikkeltømming^{1,2,3} for **bedre toleranse**



En **patentert** proteinblanding fra **Nutricia**:

- Animalske og vegetabilske proteinkilder*
- En forbedret aminosyreprofil⁴
- Påvist å gi raskere ventrikkeltømming

Nye Nutrison med  sammensetning for **bedre toleranse!**



* 35% myse, 25% kasein, 20% soya og 20% erter

Referanser: 1. Abrahamse E et al. Gastric non-coagulation of enteral tube feed yields faster gastric emptying of protein in a dynamic in vitro model. PP239, Clin Nutr 2012; 7, Suppl 1; 119. 2. Nutricia Advanced Medical Nutrition. Data on file 2012. 3. van den Braak C et al. A novel protein mixture containing vegetable proteins renders enteral tube feeds non-coagulating after in vitro gastric digestion. Clin Nutr 2012, <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2012.11.016>. 4. FAO/WHO/UNU Expert Consultation on Protein and Amino Acid Requirements in Human Nutrition (2002: Geneva, Switzerland). Protein and amino acid requirements in human nutrition: report of a joint FAO/WHO/UNU expert consultation. 2007; WHO technical report series; no 935.

Risskov Bilferie nytt i Norge

Så billig, at du ikke har råd til å bli hjemme

Bestillingskode
REISE



Nyoppusset design hotel midt i sentrum
Bo på Copenhagen Island og oppdag København.

🇩🇰 | København

Designperle i København

Copenhagen Island ★★★★★

Opplev Copenhagen Island, en helt unik designperle beliggende i havneområdet i København. Den imponerende lyssettingen og det lekke interiøret danner noen flotte rammer rundt oppholdet.

- 2 overnatt. m. frokostbuffet
- 1 glass mousserende vin
- 1 forfriskning i baren
- 20 % rabatt på restaurant
- Gratis internett

SPAR OPP TIL 833,-

999,-

Ankomst: Inntil 22.04.15



🇳🇴 | Gøteborg

Idyll i sentrums Gøteborg

Clarion Collection Hotel Odin ★★★★★

- 2 x overnatt. m. frokostbuffet
- 2 x ettermiddagskaffe og kake
- 2 x kveldsmåltid
- Shoppinghefte
- Gratis internett

SPAR OPP TIL 198,-

989,-

Ankomst: Inntil 30.12.14

Det elegante Clarion Collection Hotel Odin ligger midt i Gøteborg, et ideelt utgangspunkt for både shopping og besøk på Liseberg.

Europa til lavpris



Det er mindre enn 500 meter til Rådhusplassen & Tivoli, og et godt utgangspunkt for å oppdage Københavns fargerike, sjarmende og pulserende byliv.

🇩🇰 | København

I sentrum av København

Grand Hotel ★★★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- Cava & snacks på rommet ved ank
- 15% på Ristorante Friscati
- Gratis internett

SPAR OPP TIL 789,-

1.049,-

Ankomst: Inntil 22.04.15 | Sesongtillegg fra kr. 60 / døgn



Her kan du finne roen i vakker natur eller en aktiv ferie med fiske og padleturer
Hotellet har en fantastisk beliggenhet - pratisk talt i vannet Vortungen på Rømskog

🇳🇴 | Østlandet med Oslo

Skjem deg bort en helg

Rømskog Spa & Resort ★★★★★

Mange mener det er Norges vakreste innlands spa- og hotell kun 1,5 time i fra Oslo. Regionen ved svenskegrensen er preget av skog og åser.

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffet
- 2 x middag - 3 retters
- Spesialpris på 2 spa-behandlinger
- Gratis internett

SPAR OPP TIL 970,-

1.699,-

Ankomst: Inntil 14.11.14 | Sesongtillegg fra kr. 150 / døgn



www.risskov.no
tlf. 32 82 90 00

- Vi finnes i Norge, Sverige, Danmark & Tyskland
- Over 500 hoteller i Europa til rabatterte priser
- Mer en 100.000 fornøyde kunder i 2013
- Personlig service fra vårt call - senter

RISSKOV
BILFERIE

Norges beste priser

Bestillingskode
REISE

Så billigt at du ikke har råd til at blive hjemme!



Nyt spa, bad, sol og aktiviteter ved Gullmarsfjorden!
Fra hotellets store og lyse restaurant kan dere nyte utsikten over fjorden.

🇸🇪 | Götaland

Ikke langt fra Lysekil

Vann Spa, Hotell & Konferens ★★★★★

Her bor dere på et av Sveriges beste spa-hoteller og dere har adgang til seks ulike bassenger samt badstu, dampbad og private strand.

- 3 overnattinger
- 3 x frokostbuffet
- 1 x 2-retters meny/buffet
- 3 x adgang til spa
- Gratis parkering og internett

Ankomst: Inntil 28.12.14



SPAR OPP TIL 1.100,-

1.969,-

Ferieopplevelse i Europa til lavpris



Landgasthof Tarp ligger i den koselige nordtyske landsbyen Tarp. Nyt en landleig miniferie under 25 km. fra den danske grensen og i kort avstand fra flere nordtyske byer.

🇩🇪 | Nordtyskland | Bestill innen 30.06

Bestill innen 30.06.2014

Landgasthof Tarp ★★

- 2 x overnatt. m. frokostbuffet
- 2 x 3-retters meny
- 2 x ettermiddagskaffe + kake
- 1 fl. vin per rom ved avreise
- 1 x spill på bowlingbanen

En av våre best selgere

SPAR OPP TIL 310,-

779,-



Besøk Stockholm med alt den svenske hovedstaden har å by på! Bo sentralt i den rolige enden av Östermalm med gåavstand til den vakre Djurgården og Skansen. 4-stjerners hotell.

🇸🇪 | Stockholm

Bo sentralt i Stockholm

Best Western Hotel Karlaplan ★★★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- Gratis internett
- Nær til metroen
- Sentralt Stockholm

Ankomst: Inntil 29.08.14

SPAR OPP TIL 210,-

1.139,-



Kort vei fra Hirtshals & Skagen finner vi dette fantastiske hotellet. Kirken i Brønderslev er byens største kulturarv som er hvert et besøk.

🇩🇪 | Jylland

25 km. fra vakre Aalborg

Phønix Hotel Brønderslev ★★★

Hotell Phønix Brønderslev ligger sentralt i Brønderslev, og herifra kommer man enkelt til mange severdigheter. Topp moderne & nylig oppusset gir deg et behagelig opphold!

- 2 overnattinger
- 2 x frokostbuffet
- 2 x 3-retters meny/buffet
- 1 x velkomstdrink
- Gratis parkering

Ankomst: Inntil 30.12.14 | Sesongtillegg fra kr. 25 / døgn

SPAR OPP TIL 546,-

569,-

Miljøtillegg 45 DKK / døgn



www.risskov.no
tlf. 32 82 90 00



RISSKOV
BILFERIE

Gjelder for alle Risskov Bilferies opphold: • Prisen er pr. person i dbl. vær. • Gode barnerabatter • Mulighet for flere dager • Ekspedisjonsgebyr fra kr. 59,- • Spar ift. hotellets egen pris • Forbehold om utsolgte datoer • Evt. miljøtillegg betales på hotellet • Reisearrangør: Risskov Autoferien AG • Ring & hør nærmere • Åpent hverdager 9-17.

Fordøyelsesenzymmer som kan forenkle dine pasienters hverdag!



Lactrase

Hvis du vet eller mistenker at du har pasienter med laktose-intoleranse:

Lactrase hjelper

- På reise
- På restaurant
- Som middagsgjest
- Alle andre situasjoner der pasientene får servert mat som de vet eller mistenker inneholder laktose

www.lactrase.no

NoGasin

Alfa-galaktosidase

Hvis pasienter plages av oppblåsthet når de spiser visse matvarer, som en del ulike grønnsaker, bønner, og andre næringsmidler som inneholder ufordøyelige eller tungt fordøyelige kullhydrater, gjerne som fiber.

Alfa-galaktosidase spalter disse kullhydratene slik at kroppen kan nyttiggjøre seg nærings-innholdet.

www.nogasin.no



Bestilling av informasjon og vareprøve av Lactrase og NoGasin:

Tlf: 61 31 49 49 Faks: 61 31 49 50

E-post: post@jfa.no

www.jfa.no



JAN F. ANDERSEN A/S

JFA

LEGEMIDLER - INSTRUMENTER

Innhold



08 | 2014 Sykepleien

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



Hva skjer

Hva skjer

- 08** Aksjonisten
- 14** Innyhetene: Eli Gunhild By
- 15** Sykepleien vant priser
- 16** Likte ikke student-observasjon under fødsel
- 22** Er vi i Vardø best på noe?
- 28** Ungdom blåser i kondom
- 29** Provosert UNIO-sjef
- 30** Etterlyser idéer
- 32** Tema: Dagkirurgi
- 44** Fødsel i Bangladesh



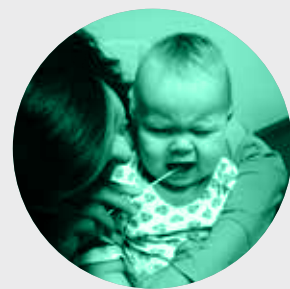
Dagkirurgi kutter køene og budsjettene. **32**



Sykepleie

Sykepleie

- 50** Å forske på barns premisser
- 54** Samkjørte e-journaler
- 57** Min jobb: Trude Hammer Langhelle
- 58** Kreft rammer menns sexliv
- 62** Da barn lå alene på sykehus
- 64** Etikk: Per Nortvedt
- 66** Søknad avslått, rett i søpla?



Barn må få sikker og utprøvd behandling. **50**



Påfyll

Påfyll

- 72** Småstoff
- 74** Forfatterintervju: Eva Ergen Haksten
- 76** Bokanmeldelser
- 77** Hva leser du nå, Eli Dahl?
- 78** Frakturfakta: Gipsmakerne
- 82** Quiz og kryssord



Møt gipsmakerne på legevakten. **78**



Meninger

Meninger

- 84** Eli Gunhild By om kompetanse
- 85** Lesermeninger
- 88** Kronikk: Kvangarsnes og Valderhaug Tyrholm
- 90** Anlovs arrest
- 91** Innspill: Bjørn Dahler
- 92** Kronikk: Bente Abrahamsen
- 94** Tett på Torgeir Micaelsen
- 99** Stilling ledig/kunngjøringer



Seiler oppover og venter på neste valg. **94**

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, Astrid Svalastog, Ole Morten Vindorum. **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, Mari Lemme. **Tlf. og e-postadresser på www.sykepleien.no/kontakt.** Her finner du også Sykepleiens formålsparagraf. ISSN 0806 – 7511
Repro og trykk: Color Print A/S

Fagpressen F
OPPLAGSKONTROLLERT



Fremtid. Snart kan du være med å utforme denne spalten selv.

Ut på stupebrettet



Fakta

Barth Tholens

Ansvarlig redaktør
i Sykepleien

Sykepleien lanserer nå sin første nettbrett-utgave. Du finner den ved å laste ned Sykepleiens app fra App Store eller Google Play. Den vil gi deg en utvidet leseopplevelse og tilgang til interaktive elementer (lyd, bildedokumenter, video).

Den digitale revolusjonen har dermed også kommet til Sykepleien. Nettbrettutgaven er bare et første steg. Til høsten åpner vi nye nettsider, og formidlingen på mobil vil bli bedre. Snart kan du ikke bare lese Sykepleien hvor som helst – du kan også selv være med på å skape innhold.

Digitalisering handler ikke så mye om at tekst og bilder som tidligere bare ble distribuert på papir, nå kan leses på flere plattformer. Den handler dypest sett om at måten vi kommuniserer med hverandre på, er blitt snudd på hodet.

Da jeg fikk min første jobb som journalist, en gang på 80-tallet, var det i en lokalavis i Vestfold. Vi hadde god kontakt med leserne, mente vi. De kunne ringe til sentralbordet og fortelle om katten som hadde blitt borte. Hardcore nyheter om kommunestyret som sa nei til en ny gatestump, var det vi journalister som sto for.

Lenge trodde vi journalister at det var slik det skulle være. Vi fant fram til «sannheten» og distribuerte denne via papir til alle «troende» som tok imot i ærbødighet og takknemlighet. Høyrefolk tok imot sannheten fra Aftenposten, arbeiderne fra Arbeiderbladet og ... sykepleiere fra Sykepleien. Ikke rart vi journalister har følt oss som små konger av og til.

DEN TIDEN ER NÅ FORBI. Maktforholdet mellom tradisjonelle

Sagt og ment

Tall fra SSB viser at sykepleiere og andre ansatte i norske sykehus har dårligst innemiljø av alle yrkesgrupper i Norge. Dårlig ventilasjon og temperaturforhold er det som stjeler mest energi på jobben.

– Det var så ille at jeg i en periode lånte kontor i andre deler av sykehuset, sier lege Kari Tveito som jobbet i høyblokk på Aker sykehus i Oslo.

innholdsprodusenter og lesere/brukere er blitt endret. Bredbånd, sosiale medier og smarttelefoner har gjort at vi har beveget oss fra enveis til mangfold. Det har riktignok satt pressen på en alvorlig prøve. Men utviklingen har styrket demokratiet. Alle kan delta, alle kan bli hørt.

Papir som distribusjonskanal for enveis-informasjon har stupt. Men aldri så galt så er det godt for noe også: Innovasjonen er stor. Mediene jobber hardt for å nå ut til en stadig mer selvstendig og kresen leserskare som krever å få servert akkurat det de ønsker seg akkurat når det passer dem.

Hva angår alt dette Sykepleien, vil du kanskje spørre? Vel, en liten titt på sosiale medier den siste måneden viser hva som er i ferd med å skje.

Ikke før hadde Unio forhandlet ferdig en tariffavtale med KS, før det braket løs med reaksjoner fra mer eller mindre arge medlemmer på NSF's Facebook-sider. «Ufattelig dårlig», mente noen om resultatet. På Sykepleiens sider fikk en artikkel om forhandlingsresultatet 10 000 visninger og 40 kommentarer. NSF rykket selv ut på sosiale medier for å roe ned gemyttene. «Vi beklager at en del medlemmer er skuffet over resultatet».

OMDØMMEUTFORDRING. I slutten av mai slo intensivsykepleier Minna Hagrind til med et innlegg på NRK Ytring på nett. Hun kritiserte NSF's kommunikasjonsstrategi. «Hvis de ønsker økt rekruttering til yrket, må de kommunisere et bilde av sykepleie som mer enn bare omsorg og hjertevarme». Innlegget nådde 37 000 sykepleiere på våre Facebook-sider.

Der fikk et debattinnlegg om kompetansekrav til personell i ambulansetjenesten hele 20 000 visninger, mens min forrige lederartikkel om kjønnsspoeng til menn som søker sykepleieutdanning, fikk så mange til å gripe til tatstaturet at jeg måtte kommentere dem selv. Det var en interessant opplevelse å gå i en debatt med våre lesere bare timer etter at lederen var lagt ut.

Alle disse spontane bidrag til debatt om sykepleie-relaterede spørsmål indikerer at det er et potensial for et samarbeid mellom oss og våre lesere. For ulikt reaksjonene som ble ringt



Illustrasjon: Marie Rundereim

inn til sekretæren i Sandefjords Blad i sin tid, og som havnet i en liten fast spalte på side 3, vil leserne engasjement i dag være selve gullet i våre redaksjonelle framstøt. Det betinger, fra vår side, at lesernes reaksjoner blir reagert adekvat på av våre journalister og fører til synlige resultater i vårt journalistiske arbeid. Og det betinger at Sykepleiens lesere – i stedet for å vente på postmannen – forstår at vi er en plattform hvor meninger kan påvirkes, politikk kan dannes og bevegelse skapes. Her og nå.

DET ER DERFOR SYKEPLEIEN NÅ STUPER UT I DET. Fortsatt ønsker vi å drive god, undersøkende journalistikk, slik våre journalister Kari Anne Dolonen og Ann-Kristin Bloch Helmers gjorde da de i fjor jobbet med å vise konsekvensene av elendig satsning på skolehelsetjenesten. For dette fikk de nylig Fagpressens gravepris. I deres arbeid hadde de en god dialog med landets helsesøstre, blant annet gjennom en

digital undersøkelse der vi fikk mange konkrete tips. Slik fikk vi som fagblad utnyttet tillitsforholdet mellom oss og vår målgruppe. Våre lesere fikk et stykke journalistisk håndverk




«Det er et potensial for et samarbeid mellom oss og våre lesere.»

i retur, som resulterte i økt oppmerksomhet rund barn og unges helse i Norge.

Det er dette som må bli framtiden. Neste gang vil det kanskje være din idé som fører til en pris i undersøkende journalistikk, eller din kommentar som vil fylle akkurat denne spalten.

Det er bare å stupe ut i det. ●



*“Jeg er jo sykepleier,
så den renten på boliglånet skal
jeg få kuttet betraktelig.”*

KLP-medlemmer er faktisk **ikke helt på vidda** når de påstår at de har eksklusiv tilgang til markedets kanskje beste boliglån. For siden arbeidsgiveren din eier KLP, får du personalpriser på lån, forsikring, bank- og fondssparing.

Sjekk selv hvor mye du kan spare, gå inn på **klp.no**



for dagene som kommer



Hva skjer

Del 1 Sykepleien 08 | 2014

Nyhet – Reportasje – Tema



De fattigste trenger båt for å komme seg frem.



Vardø. Her er sykepleierne best på heltid og store stillinger. **22**



«Jeg ble ufri og hemmet under fødselen med en sykepleierstudent stående og se på.»

Carina Nilssen **16**



Arbeidstid. Folkestad lover kamp om vikarers lønn. **29**

Føder helst hjemme

Dhaka, Bangladesh. Sykepleiere vil ha kvinnene fra slummen til sykehus når de skal føde. **44**



Noen får sterke reaksjoner nå, fire år etter 22. juli.

– Oppfølgingen er borte

SLUTT PÅ STØTTE: 22. juli ble 77 mennesker drept og mange ble skadd på Utøya og i regjeringskvartalet. Tiltakene som skulle følge opp ofre og etterlatte er borte.

Lederen for støttegruppen, Trond Henry Blattmann, sier til Dagsavisen at skolevesen, helsevesen og kommuner må på banen.

– Vi har lært fra andre mennesker som har vært utsatt for krig

eller terror at det er veldig viktig med et oppfølgingsapparat. Det apparatet eksisterer ikke lenger, sier Blattmann til avisen.

Like etter hendelsene skjedde, ble det satt i gang omfattende tiltak for å ta vare på ofre og etterlatte, både i kommunene, skolen og helsevesenet.

– I to og et halvt år har vi hatt et massivt medietrykk, noe som forsinker sorgreaksjonen voldsomt.

Mange det har gått bra med fram til nå, har fått backlash. Det er mange som ringer og forteller at nå er livet vanskelig, forteller Blattmann.

Lederen for støttegruppa sier at ofrene og de pårørende nå har samme helsetilbud og tilgang på psykolog som resten av samfunnet.

– Skolene har ingen som helst oppfølgingsplan eller tilbud ut over helsesøster, sier Blattmann. ●

Dårlig på kreft

På bunn. UNN ligger på nasjonalt bunnivå for utredning av flere kreftsykdommer. Det kommer frem i bekymringsmeldingen de 42 overlegene på UNN sendte styreleder Bjørn Kaldhol.

Kilde: Nordlys

Donorbarn kan ha halvsøsken over hele verden

På Stork Klinik i Danmark tilbyr de donorsæd både fra danske og utenlandske donorer. Danske donorer kan kun gi liv til 12 barn, men utenlandske givere er ikke underlagt slike restriksjoner. I fjor ble det utført inseminasjoner på 800 norske kvinner ved Stork Klinik.

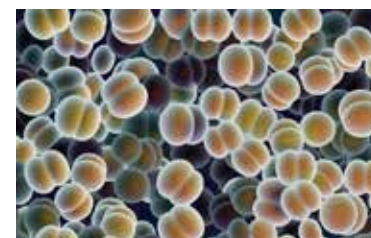


Kilde: Klikk.no

Celledeling på pause

Celler som ikke deler seg riktig, kan utvikle seg til kreftceller. Nå viser forskere hvordan kroppen kan sette celledelingen på pause. På den måten at får cellene tid til å dele seg riktig.

Kilde: forskning.no



Trekker tilbake

Den japanske stamcelleforskeren, Haruko Obokata, hadde publiserte i vinter to artikler i tidsskriftet Nature. Hun gjorde rede for hvordan modne musceller kan reverseres tilbake til fosterstadiet. Studien har vært etterforsket for juks, og Obokata trekke nå den siste av de to artiklene tilbake, ifølge Retraction Watch.



Den norske folkehelse

50 %

Barn med skilte foreldre har en 50 prosent større andel med overvekt eller fedme sammenliknet med barn som har gifte foreldre.

2500

Hvert år skades rundt 540 000 nordmenn og om lag 2500 personer dør som følge av skadene.

6 %

I 2013 ble det diagnostisert 22 946 tilfeller av klamydia i Norge. En økning på 6 prosent fra 2012.

7

Personlighetsforstyrrelse øker risikoen for uføretrygd med 7 ganger.

Kilde: Folkehelseinstituttet.



Rotavirusvaksine skal inn

NY VAKSINE: Rotavirusvaksine skal gis til barn født fra og med 1. september 2014. Barna skal få vaksinen Rotarix «GSK»

Vaksinasjonsregime: Barna skal få 2 doser av vaksinen, med minst 4 ukers mellomrom på helsestasjon.

Første dose kan gis fra barnet er 6 uker og skal i norsk program være gitt seinest 12 uker etter fødsel.

Andre dose kan gis når barnet er 3 måneder (12 uker) og senest 16 uker etter fødsel. For tidlig fødte barn bør vaksineres ved samme krono-

logiske alder som fullbårne barn.

Det er viktig å komme i gang med vaksinasjon så fort som mulig etter at barnet har fylt 6 uker, for at begge dosene skal bli gitt før barnet er 16 uker gammelt, melder Folkehelseinstituttet. ●

Unødvendig allergitesting

– Er det en menneskerett å ta en allergitest? Nei, det er bare tull. Det tas altfor mange allergitester i dag, sier fastlege Arnulf Langhammer ved Høvdinggården legeklinikk i Steinkjer. Han sier videre at allmennlegene ikke skal ta prøver hvor de ikke har kunnskap til å håndtere resultatene.

Kilde: Dagens Medisin.



Sleivdal sykehus Av Sveen og Emberland





Eli Gunhild By

– Krev penger!

• Tekst og foto **Marit Fonn**

Bakgrunn

Eli Gunhild By

Aktuell som: Leder i Norsk Sykepleierforbund (NSF), som nettopp har vært gjennom et lønnsoppgjør.

Alder: 51 år

Ingen streik, men lønnsoppgjøret medfører både ros og ris for forbundslederen. Hun får også kritikk fra sine egne for å skape et feil bilde av yrket: På NRK Ytring skriver intensivsykepleier Minna Hagring at sykepleierforbundet har et PR-problem. Hun får NSFs reklamekampanjer i vrangstrupen: De formidler ikke at sykepleieryrket er dynamisk og basert på medisinsk fagkunnskap og handlekraft, mener hun. Yrket er mer enn omsorg og hjertevarme. Hagring og By møttes til debatt i Dagsnytt 18.

Hva synes du om resultatet i lønnsoppgjøret?

– Jeg synes vi fikk til noe i Spekterområdet, altså i sykehusene. Men i KS-området – i kommunene – kom vi ikke dit vi ville.

Hva var problemet?

– KS har gitt inntrykk av at sykepleiere er det de ønsker seg aller mest. De er opptatt av kompetansen vår hele året. Men ikke når det er lønnsoppgjør. Verken i stat eller kommune kan vi si oss helt fornøyd.

Hva var så bra med Spekter?

– Det var gode og konstruktive forhandlinger.

Det var du ikke forberedt på?

– Tonen var bedre enn vi har hatt i tidligere forhandlinger. Selv om vi ikke fikk innfridd alt, så opplevde vi å bli hørt. Da har vi noe å bygge på til neste forhandlingsrunde.

Hva kom konkret ut av den gode tonen?

– Veldig bra at sykepleierne skal få lønn under videreutdanning. Vi fikk ikke en egen lønnskode for master, men de lytta på våre argumenter. Så får vi se neste gang.

Har lærerne hemmet dere?

– All oppmerksomheten om lærernes arbeidstid var ekstra utfordrende. KS sier i alle sammenhenger at det er behov for sykepleiere. Når det kommer til stykket gir de lønn som ikke vil rekruttere sykepleiere.

Hadde dere for store ambisjoner?

– Det er svært uheldig at minstelønnen i kommunene er lavere enn i sykehusene. Målet er jo å få flere og sykere pasienter til kommunene.

Kan skuffelsen rettes opp i det lokale oppgjøret?

– Det er fortsatt mange penger igjen. Jeg oppfordrer medlemmene til å stille krav. I alle tariffområder.

Filmen «Robonurse» var ingen suksess?

– Vi har fått både positive og negative tilbakemeldinger. Nå spør vi om medlemmenes mening i en undersøkelse. Den er sett 70 000 ganger.

Hva var hensikten?

– Å gratulere sykepleierne med dagen 12. mai og vise at sykepleierne ikke kan effektiviseres bort. Det er en tegnefilm med enkelt språk. Med 100 000 medlemmer kan ikke alle være fornøyd.

Hvor mye kostet den?

– Vanskelig å fastsette, men hvert år setter vi av cirka en million i budsjettet til 12. mai-feiring. Denne gangen brukte vi sosiale medier, ikke plakater eller annonser. Målgruppen var yngre mennesker.

Har sykepleiere et PR-problem?

– Det som var skrevet på Ytring var konstruktivt. Det skal vi lytte til. Vi treffer ikke alle, men alltid noen, med våre kampanjer. Hjertetrø-filmen ble jo elska.

Men nå er «Hjertetrø» passé?

– Opplever ikke det. Den ble lansert i 2011 og ble godt mottatt. Den blir vist mye på medlemsmøter. Studentene elsker den. Søknaden til studiet har gått opp, men vi vet jo ikke om dette er grunnen. Vi skal ikke være redd for å bruke virkemidler.

Vil englevinger bli brukt igjen som sykepleiersymbol?

– Nei.

Ikke det?

– Det er helt tydelig at englevinger ikke er en god vei å gå for å fremme et fag når det er kompetanse vi vil framheve. ●

marit.fonn@sykepleien.no





Priser til Sykepleien

Tekst **Ellen Morland** • Foto **Håkon Mosvold Larsen / NTB scanpix**

Journalistene Ann-Kristin Bloch Helmers (t.v.) og Kari Anne Dolonen vant graveprisen.

Fagpressens forsidepris gikk til Sykepleien ved Nina Hauge. Fagpresseprisene 2014 ble utdelt på Cosmopolite Scene i Oslo 5. juni.

HEDER: Sykepleien dominerte da Fagpressen kåret sine beste.

Sykepleien vant hele to priser på Fagpressens årlige prisutdeling. I tillegg ble bladet nominert i fotoklassen og journalistprisen.

Prisen «Årets gravesak» gikk til Sykepleien for serien om helsesøstersituasjonen «Helsesøstrene slår alarm». Sykepleien har de to siste årene hatt spesielt blikk på dette temaet. Det var journalistene Kari Anne Dolonen og Ann-Kristin Bloch Helmers (bildet til venstre) som jobbet med sakene. Det utførte flere landsomfattende undersøkelser både blant helsesøstre og

rådmenn om status for arbeidet med barn og unge.

Sykepleien vant også prisen for beste forside. Den hadde temaet «Den store forskjellen – mannehelse og kvinnehelse». Grafisk designer Nina Hauge (bildet til høyre) har designet forsidene.

– Prisen for undersøkende

«Det er den gjeveste prisen å få.» Barth Tholens, redaktør

journalistikk er absolutt den gjeveste prisen å få for oss som er opptatt av seriøs journalistikk i fagpressen, mente Sykepleiens ansvarlige redaktør Barth Tholens. Han var også svært glad for forsideprisen.

– Det er vanskelig å lage forsider som kommuniserer. Nina Hauges løsning var utrolig elegant.

Journalist Marit Fonn i Sykepleien ble nominert for journalistprisen og fotoprisen, for reportasjen Kreftens herjinger. Hun hadde fulgt en kvinne med brystkreft gjennom flere år.

Fapressen samler 240 forskjellige fagblader i Norge. ● ellen.morland@sykepleien.no

Fakta

Juryen

Kjersti Løken Stavrum i Norsk Presseforbund ledet den uavhengige juryen som kåret prisvinnerne. Håkon Haugsbø, tidligere journalist i Brennpunkt, NRK og Morten Løberg (fotograf) var også blant jury-medlemmene.

DET LEDENDE ALTERNATIVET for optimal hygiene og pasientintegritet



Silentia skjermvegger er svaret på kravene som stilles til avskjerming i sykepleien. Systemet er fleksibelt og kan tilpasses ethvert pasientrom. Du får et godt overblikk over stuen samtidig med at pasientens privatliv sikres. Silentia skjermvegger er lette å holde rene, lukker ikke lyset ute og har flott design.

EasyClick™
Mobilt eller fast montert

EasyReturn™
Lett å folde sammen og trekke ut

EasyClean™
Lette å rengjøre



THE FUTURE IN INTEGRITY & HYGIENE SOLUTIONS

AVALON MEDICAL AS • TEL: 23036370
INFO@AVALON-MEDICAL.NO • WWW.AVALON-MEDICAL.NO
WWW.SILENTIA.NO



– Vi må spørres først

Lørenskog. Carina Nilssen ble ikke spurt om det var greit at sykepleierstudenten observerte fødselen.

Det er hun både sint og lei seg for.

● Tekst og foto **Eivor Hofstad**

Det var i februar det skjedde. Carina Nilssen var godt i gang med å føde sitt fjerde barn på Akershus universitetssykehus (Ahus) og var langt inne i smertene med sju centimeters åpning. Etter vaktskiftet kom tre fremmede mennesker inn på fødestuen. En jordmor, en barnepleier og en sykepleierstudent.

«Jeg har med en sykepleierstudent», sa jordmoren, ifølge Carina Nilssens mann.

Det kan ikke Carina huske. Men både ifølge henne selv og mannen ble hun aldri spurt om det var greit. Det stod heller ikke noe i brevet hun hadde mottatt fra Ahus før hun skulle føde, om at hun kunne forvente å ha en sykepleierstudent til stede under fødselen.

– Studenten var hyggelig og grei, men hun hadde ingen oppgaver og ble derfor stående å se på meg. Jeg følte meg så gjennomført blotta, og fikk tanker om at «huff, jeg har ikke fått klystér, nå kommer hun til å se at jeg bæsjer på meg».

Det endte med at Nilssen fødte mens hun stod på kne, en annen stilling enn den hun følte var naturlig.

– Helst ville jeg ha halvt sittende fødestilling,

men da måtte jeg møte studentens blikk, og det orket jeg ikke.

KOSTNAD FOR PASIENTEN. Nilssen forstår at et universitetssykehus har en plikt til å undervise studenter, men synes man bør være forsiktig med å bruke observasjon som metode i intime situasjoner, slik som en fødsel er.

– Det ser ut til at det mangler kunnskap om hvordan observasjon påvirker kvinnen både under og etter fødsel. Hva med kvinner som har vært utsatt for traumer eller er spesielt sårbare? Hva med risikoen for fødselsdepresjoner? Å ha med et menneske som kun er der for å observere, har en kostnad for pasienten. Vet man hvor mange som sliter ekstra på grunn av det? spør Nilssen.

– Hva kostet det deg?

– I tillegg til at jeg ble ufri og hemmet under fødselen, føler jeg meg blottstilt og krenket og har fysisk følt meg kvalm etterpå. Det har vært tungt å bearbeide fødselsopplevelsen, og jeg har vært mye sint og lei meg, nesten deprimert. Jeg synes det er et stort brudd på den personlige integritet at man tar med seg noen slik uten å spørre.

AHUS BEKLAGER. Nilssen har klaget til Ahus på episoden, og fikk svar i midten av mars. Avdelingsjefen ved føde/barsel beklager at hun ikke ble spurt og sier avdelingen vil skrive en avviksmelding om sviktende informasjon vedrørende studenters tilstedeværelse ved fødsel. De har gjort Nilssens kommentarer kjent og diskutert dem på fødeavdelingen. De vil også endre informasjonsbrevet som sendes til alle fødende, slik at det står at studenter kan være til stede under fødselen.

– Er du ikke fornøyd med dette svaret?

– Det er bra de beklager, men de skriver samtidig at det er mulig at dette håndteres ulikt av jordmødrene. Det er ikke ok. Jeg har selv snakket med en annen jordmor ved Ahus som sier at hun aldri spør fordi de har så mange studenter. Hun bare konstaterer at hun har med seg en student, slik min jordmor gjorde. Jeg mistenker at de gjør det fordi det da blir vanskelig å protestere for pasienten.

PERSONAVHENGIG. Sykepleien har fått informasjonsbrevet om fødeplass som sendes til alle som skal føde på





Carina Nilssen har fått en beklagelse fra Ahus, men er ikke fornøyd med at sykehuset overlater til den enkelte jordmor å bestemme om hun skal spørre om tillatelse eller ikke.



Petter er heldigvis sunn og frisk, men det har tatt Carina Nilssen lang tid å bearbeide fødselsopplevelsen av sitt fjerde barn.

→ Ahus. Her står ikke et ord om studenter, to måneder etter at Ahus lovte å rette det opp i brevet til Nilssen. Men i løpet av arbeidet med denne artikkelen, får vi beskjed om at det er endret.

Vi spør avdelingssjef ved føde/barsel, Renate Häger, om hvordan rutinene til Ahus er på dette området.

– Spør jordmødrene om tillatelse, eller bare forteller de at de har med en student?

– Det er person- og situasjonsavhengig på hvilken måte den fødende blir spurt eller informert. Noen spør uttrykkelig, andre sier «Jeg har med en student, håper det er greit», eller «er det greit?». Noen ganger tar personalet avgjørelse om ikke å ha med student fordi man ser at den fødende blir forstyrret. Noen ganger avtaler man under svangerskapet at det ikke

skal være med student på fødsel, sier Häger.

– Er det greit?

– Ja. Jeg stoler på at personalet vurderer i hvilke tilfeller de kan spørre/informere om tilstedeværelse av student, og hvordan de skal gjøre det. Personalet er stort sett flinke til å balansere



«Et informert samtykke kan ikke innhentes mens hun ligger der i smerter.»
Knut Fredrik Thorne

hensynet til pasientenes behov og det generelle utdanningsbehovet.

MEDHOLD FRA PASIENTOMBUD. Carina Nilssen har klaget til Pasient- og brukerombudet i Akershus også, og får støtte på at hun burde blitt spurt, etter pasientrettighetslovens paragraf 4,1 om samtykke til helsehjelp, paragraf 3,1 om rett til medvirkning og paragraf 3,2 om rett til informasjon.

Ombudet, Knut Fredrik Thorne, sier han husker saken godt fordi han selv akkurat hadde erfart noe liknende med sin samboer som fødte på Sykehuset i Østfold.

– Mens hun hadde et smertehelvete, kom det inn en barnepleier som sa: «Jeg har med en student. Er det i orden?». Hun svarte ja, men har ingen erindring av det i dag. Da har hun helt tydelig

ikke vært samtykkekompetent, sier Thorne.

Han blar fram paragraf 4-3 i pasientrettighetsloven som sier «Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser(...) ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter».

– Et informert samtykke kan ikke innhentes mens hun ligger der i smerter, sier han.

– Når bør det innhentes da?

– Så tidlig som mulig, gjerne før pasienten blir skrevet inn. Å innhente et informert samtykke for å ha student til stede under fødsel er åpenbart et punkt for forbedring for norske sykehus, så vi er takknemlige for at Carina Nilssen har meldt tilbake. Jeg tror ikke hun er alene med sin frustrasjon, sier Thorne.

TAR HENSYN. – Så vidt jeg vet er det ikke noe system for innhenting av pasientens underskrift på andre avdelinger på Ahus heller, og det har heller ikke andre sykehus i Norge, sier avdelingsjef Häger, men lover å undersøke dette nærmere,

– Tenker du at det er et lovbrudd ikke å spørre?

– Det er vanskelig å spørre en pasient som er i fødsel når hun kommer.

– Bør de ikke spørres på forhånd, da?

– De bør få skriftlig informasjon om mulig tilstedeværelse av studenter på forhånd. I tillegg må de spørres eller informeres muntlig. Hvis en pasient ikke ønsker å ha studenter til stede, tar vi selvfølgelig hensyn til det.

BLIR SOM REGEL SPURT. Leder av Jordmorforbundet i Norsk Sykepleierforbund, Hanne Schjelderup Eriksen, sier hennes opplevelse er at den fødende som regel blir spurt om det er greit at en student observerer fødselen.

– Det beste er om hun blir spurt når hun skrives inn og at studenten ikke er til stede når det spørres, slik at den fødende ikke presses, mener hun.

– Er en fødende kvinne med sterke smerter samtykkekompetent?

– Ja, hun har jo pauser mellom smerteriene. Og har hun først godkjent å ha en student til stede, kan hun også angre seg hvis hun merker at det er ubehagelig, sier Eriksen.

Carina Nilssen synes ikke man skal bry en fødende kvinne med å ta stilling til om hun godtar en student under fødsel.

– Da er hun ikke samtykkekompetent. Det er helt essensielt at sykehuset sender ut et skriv på forhånd der man krysser av om man godtar dette eller ikke, sier Nilssen.

RELEVANT ELLER IKKE? Carina Nilssen er også kritisk til at sykepleierstudenter skal være til stede ved fødsler.

– Sykepleiere skal ikke delta i selve

fødselsarbeidet og får sin eksamen bestått uten å ha observert en eneste fødsel. Fødsler kan ses på video uten å forstyrre den fødende. Folk tror det er tungtveiende grunner til at sykepleierstudentene er med. Det er urimelig at man ikke opplyser om at det ikke er det, sier Nilssen.

Hun viser til en artikkel som daværende leder i Rådet for legeetikk, Reidun Førde, skrev i 2005 i Tidsskrift for den norske legeförening. «Observatører til behandling og diagnostikk må begrenses til medisinsk-faglig personell for hvem det er relevant i utdanning å overvære en behandling/prosedyre,» står det der.



«Det beste er om hun blir spurt når hun skrives inn.»

Hanne Schjelderup Eriksen, leder av NSF's jordmorforbund

– Jeg skjønner godt at jordmorstudenter må være til stede under fødsel og hadde det selv før vaktskiftet. For henne var det helt klart relevant. Hun utførte de fleste oppgavene, og situasjonen ble derfor annerledes, sier Nilssen.

Reidun Førde som i dag er professor i medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo, synes på sin side at det er relevant at sykepleierstudenter er til stede ved fødsler.

– De som skal ut i norsk helsetjeneste må læres opp, og da er det av verdi å få innsikt i hele helsetjenesten. Vi er avhengige av at folk er villige til det, særlig på et universitetssykehus. Men samtykke skal i prinsippet alltid innhentes først, sier professoren.

AKUTTE FØDSLER. Også pasient- og brukerombudet i Akershus, Knut Fredrik Thorne, mener sykepleierstudenter har en eksistensberettigelse på selve fødestuen.

– Hvordan skal de ellers lære? Det er jo ok at noen får vekket sin interesse for jordmoryrket også, og dessuten kan de som helsepersonell komme opp i den situasjonen at noen føder akutt. Da kan det være en fordel å ha sett en fødsel.

Leder for NSF student, Stian Aasoldsen, mener det er essensielt at sykepleierstudenter får med seg helheten i helsevesenet når de er i praksis og er definert som helsearbeidere.

– Hvordan skal rekrutteringen sikres hvis man lukker døra for en del av spesialiseringen i

helsevesenet? Sykepleiere jobber jo både på barsel, nyfødtintensiven og barneavdelingen og trenger et dypere inntrykk gjennom å se et helt pasientforløp fremfor bare å se fragmenter.

Han minner om at sykepleie handler om å være til stede i sårbare situasjoner som har med liv og død å gjøre.

– Da må vi rustes for slike situasjoner i utdanningen.

STUDENT FØLTE SEG TEIT. I 2007 kom doktorgradsarbeidet «Omsorgsferdigheter som pedagogisk prosjekt – en feltstudie i sykepleierutdanningen», av førsteamanuensis ved Høgskolen i Vestfold, Betty-Ann Solvoll. Hun så blant annet på studentenes refleksjonsnotater, som de skrev mens de var ute i praksis.

En student som var i observasjonspraksis på en fødeavdeling, skrev om utfordrende emosjonelle opplevelser. Hun skrev blant annet «Jeg var overflødig, følte meg rett og slett ganske teit; der står/ligger en dame som skal føde, så står det en student der og bare glaner.»

Studenten opplevde dette ubehagelig, men klarte å løse sin vanskelige situasjon ved å velge å tilby seg å hjelpe til, samtidig som hun passet på ikke å være inne hos den fødende hele tiden.

Slik hun beskrev det var det en situasjon med fantastiske muligheter til å lære noe om grenser og respekt mellom seg og pasientene. Problemet er at slike utfordrende opplevelser i liten grad tematiseres i praksisfellesskapet blant de andre i pleieteamet, sier Solvoll til nettstedet Forskning.no.

Forskeren synes at studentenes omsorgspotensial i for liten grad etterspørres og tematiseres av de som skal veilede studentene.

Det gjelder både veiledere som er forankret i de kliniske felt så vel som pedagogisk personale i høgskolen, sier hun til Forskning.no.

MAKTET IKKE Å SI FRA. Carina Nilssen forstår denne sykepleierstudentens reaksjon godt.

– Det å ta med en sykepleierstudent på feil premisser er et overtramp overfor pasientene, men også studentene. De skal lære god pasientbehandling og ønsker antageligvis ikke å sette pasientene i en vond situasjon, sier hun.

Nilssen mener det er viktigere å lære å vise respekt for pasientenes emosjonelle og intime grenser enn å observere uten å delta i en behandling.

– Hvorfor sa du ikke fra under fødselen at du ikke ønsket studenten der?

– Jeg klarte det ikke. Jeg hadde mer enn nok med smertene, var påvirket av lystgassen og var ikke meg selv. Dessuten ville det vært ubehagelig og pinlig å hive ut et menneske som var hyggelig og vennlig på alle vis. Da hadde jeg nok brølt: NEI! ●

eiwor.hafsted@sykepleien.no



17 ulike pleiere per pasient

• Tekst Bjørn Arild Østby

GREIT: Edith Gjevjon har jobbet i hjemmesykepleien i mange år. Hun har nylig gjort en doktorgradsstudie som for første gang dokumenterer hvor mange ulike personer eldre pasienter må forholde seg til når de mottar daglig og langvarig helsehjelp i eget hjem.

Og antallet varierte fra fem og helt opp til 35, med et gjennomsnitt på 17 ulike pleiere. Pasientene møtte samme person kun tre ganger i løpet av denne perioden.

Gjevjon har hentet inn

informasjon om 79 pasienter og gjort intervjuer med pasienter, pårørende og ledere i 12 norske kommuner.

– Lederne i hjemmesykepleien som ble intervjuet i undersøkelsen uttrykte ønske om å redusere antall pleiere per pasient, fordi de mente at det er en fordel for pasienten.

«Innerst inne syns de ikke at dette er bra.»

Edith Gjevjon

Innerst inne syns de ikke at dette er bra, for de har jo sine faglige idealer.

KLAGER IKKE. I motsetning til en allmenn oppfatning av at antall pleiere per pasient er for høyt, svarte 77 prosent av pasientene at dette var uproblematisk.

– Det er ganske overraskende. Men pasientene kjente stort sett alle pleierne. De fleste hadde hatt hjemmesykepleie ofte og lenge, og de opplevde at de ansatte hadde kompetanse, noe som kan forklare dette.

FASTE TEAM. En praktisk god måte å organisere hjemmesykepleien på kan være å innføre faste team med et visst antall helsepersonell per pasient. Hvor mange pleiere som bør inngå i et slikt team, tar ikke Gjevjon stilling til.

Hun mener teambasert hjemmesykepleie kan ta hensyn til både ønsket om kontinuitet, behovet for flere øyne til å vurdere pasienten samt prioriteringene som må tas av lederne. •

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

Få sår til å gro raskere med



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

Ønsker du å prøve? Ta kontakt på info@biotec.no

Tilgjengelig her
biotec.no/wbg



KOMBINER JOBB OG STUDIER I HELSELEDELSE

Skreddersy din lederkompetanse for helsesektoren

Oppstart
i september:
bi.no/helseledelse

For å møte morgendagens utfordringer, må ledere i helsesektoren beherske endrede ledelsesformer. Handelshøyskolen BI har utviklet et eget utdanningstilbud, spesielt for deg som ønsker å bli, eller er leder i helsesektoren. Ta ett program, eller bygg din egen bachelorgrad med fordypning helseledelse.

- Praktisk helseledelse
- Personalledelse
- Økonomistyring
- Helselovgivning
- Etikk

TYNGDEN DU TRENGER

BI



Hva?! Er vi BEST på noe?

Vardø. De skårer dårligst på mange rangeringer, men sykepleierne i Vardø er norgesmestre på å jobbe heltid og i store stillinger.

● Tekst og foto **Eivor Hofstad**

Den sene vinteren vil gi myggsommer i nord», melder radioens morgennyheter mens Sykepleien kjører den nakne strekningen fra Vadsø til Vardø i slutten av mai.

Som om ikke det er nok at en usolidarisk gradestokk så vidt gidder å berøre tre plussgrader mens søringene nyter sommeren i sandaler. Ennå ligger vinterens snøfonner som strandede hvithvaler langs den forblåste E-75. Myggen elsker visstnok å yngle i smeltevannsdammer uten fisk, omtrent som de gjenlevende vardøværingene som nekter å forlate den arktiske øya til tross for sviktende fiske.

HØYEST ARBEIDSLEDIGHET. Vardø har blitt en av de tre kommunene med høyest arbeidsledighet i landet (over 7 prosent ifølge SSB) og har

dobbelt så høy andel uførepensjonister som nabokommunen Vadsø. Rundt år 2000, da de siste fiskefabrikkene stengte, ble 200 arbeidsledige over natta. Nå er det bare et par fiskemottak igjen. Andel sosialhjelpsmottakere ligger på over 9 prosent, bare tre andre kommuner i landet slår det.

Fra 1970 til i dag er folketallet halvert til rundt 2100 seige sjeler. For riktig å understreke at de blir værende, som et grandios punktum for all fraflytting, er en flyttebil fra Vardø transport plantet rett opp og ned med snuten i jorda,



«Ingen sykepleiere jobber ufrivillig deltid her» Miia Maria Kallinen

akkurat idet man nærmer seg den undersjøiske tunnelen til øya.

NY GIV OG TURISME. I byen er det første levende vesenet vi ser en måke. En hel koloni av dem har bosatt seg langs veggen på pomormuseet vis å vis kontoret for voldsoffererstatning som fikk økt antall ansatte fra 21 til 53 etter Utøya-massakren. Men tilleggsbevilgningene over statsbudsjettet skal fases ut innen 2017, så da er det usikkert hva som skjer med de nye stillingene. Ellers har Vardø også fått nye arbeidsplasser gjennom kontorer som behandler søknader om politiattest samt for lønnsgarantidekning hos Nav.

På vei videre mot sykehjemmet møter vi en godt polstret gjeng engelske og tyske turister behengt med store kameraer og kikkerter. I tillegg til de



Med fem minutter til og fra jobb rekker sykepleierne f. eks. å trene på fritiden selv med 100 prosent jobb. Fra v: Miia Maria Kallinen, Barbro Westgård og Irene Westvang.

Fakta



Vardøs pleie- og omsorgstilbud

Sykehjemmet:

29 faste plasser, fire korttidsplasser og to sykestueplasser. 30,5 årsverk fordelt på 48 personer (En del helgeavløsningsstillinger må til for å få helgene til å gå opp).

Hjemmetjenesten:

Rundt 120 brukere. Tolv 100 prosent-stillinger og seks 50 prosent.

relativt sjeldne lundefuglene, er det visstnok oppdaget en måkesort her med en helt ny øyefarge.

Med minnesmerket over de 91 ofrene for hekseprosessene på 1600-tallet har Vardø nesten sin egen «dungeon» også. Når Sykepleien besøker den verdige turistattraksjonen, mangler riktignok flammen som skal brenne, men stedet gjør inntrykk likevel.

Det anes en ny optimisme her. Snøballkrigfestivalen Yukigassen arrangeres hver vinter. Pomorfestivalen avholdes hver sommer, og et splitter nytt flerbrukshus med kino, teatersal og svømmebasseng åpnet for byens befolkning i mai. Folk pusser opp og bygger hus på øya igjen etter flere år med forfall.

70 PROSENT HELTID. Men hvor er vardøværingene? De som ikke er inne eller tatt av vinden

finner vi sannsynligvis på jobb. Vardø er nemlig den kommunen med høyest andel arbeidstakere i heltidsstillinger i pleie- og omsorgssektoren. Det kommer frem i rapporten fra Fafo «Heltid i nord – hvorfor lykkes Finnmark?» fra høsten 2013.

I Vardø er 70 prosent av arbeidsstokken heltidsansatt. I tillegg har de en gjennomsnittlig stillingsstørrelse på 90 prosent blant alle sine ansatte i pleie- og omsorgstjenestene. Det er skyhøyt over norgessnittet.

– Vardø er ikke i en veldig særstilling i Finnmark. Men Finnmark skiller seg fra resten av landet. Finnmarkskommunene har 45 prosent heltidsansatte i pleie- og omsorgssektoren, om lag dobbelt så mange som mediankommunen, sier forsker Leif Moland som har skrevet rapporten sammen med Lise Lien.





Miia Maria Kallinen fra Finland flekser mellom å jobbe på sykehjemmet og bemanne sykestua på samme vakt. Her fjerner hun stingene til en kvinne som har fått operert vekk en fettkul.



→ De mener fenomenet ikke kan forklares av de økonomiske godene som gjelder Nord-Troms og Finnmark, som liten eller ingen arbeidsgiveravgift.

MER LIKESTILT I NORD. Da de to forskerne spurte ledelsen i finnmarkskommunene nærmere om temaet, var det bare sju som svarte. Vardø var ikke blant dem. Så hvorfor jobbes det mest heltid her? Er det en bevisst politikk eller har det bare blitt sånn?

Hvis det er slik at kvinner i Finnmark er mer vant til å ta ansvar siden mennene har vært på fiske, skulle det samme gjelde for agderfylkene som også har mange kystkommuner med menn som har vært ute på fiske og hvalfangst. Men ifølge Fafo-rapporten er Aust-Agder i motsatt ende av heltidsskalaen enn Finnmark. Der foretrekker

kvinner å jobbe deltid. Moland og Lien mener noe av forklaringen kan finnes i ulike kulturer mellom fylkene. I nord er kjønnet mer likestilt. Det er også verdiforskjeller som viser seg ved politiske valg. Andelene som stemmer SV og KrF i de to fylkene er omvendt proporsjonale.

INGEN I UFRIVILLIG DELTID. På tide å høre hva vardøfolket sier sjøl. Vi begynner på golvet. Går inn

«Jeg har lært mye norsk av de gamle på sykehjemmet».

Maksim Illison

den doble ytterdøren på sykehjemmet og passer på å lukke begge, slik det står på skiltet. Der har Miia Maria Kallinen ansvarsvakt. Hun er hovedtillitsvalgt for Norsk Sykepleierforbund i kommunen og jobber i hel stilling på sykehjemmet, i likhet med de aller fleste av sykepleierkollegene.

– Ingen sykepleiere jobber ufrivillig deltid her, men noen av helsefagarbeiderne gjør det, sier Kallinen.

– Hvorfor tror du dere topper listen over andel i heltid og store stillinger?

– Vi vet ikke om noe annet, sier hun først og flirer.

Så legger hun til:

– Vi trenger inntekten etter at mannen min gikk ned i lønn da han måtte skifte jobb. Nå tjener jeg mer enn ham. Dessuten er det helt naturlig.



Langs veien mot øya har noen plassert en flyttebil fra Vardø transport. Til øya i bakgrunnen kommer man via en under-sjøisk tunnel.



Maksim Illison fra Estland gir sonde-mat til en bruker av hjem-mesykepleien.

Fakta



Vardøfakta og historie

Vardø er den østligste byen i hele Vest-Europa. Kommunen består av øya og fastlandet innenfor (Kiberg) med 2119 innbyggere per 1. januar 2014. På 1300-tallet ble den første festningen. På 1600-tallet ble 91 mennesker dømt for trolldomskunster og brent på bål her, flest kvinner. Århundret etter utviklet handelen med russerne seg (pomorhandelen). Fisk ble byttet mot korn om sommeren. På 1800-tallet ble handelsforbindelsene østover utvidet til Arkhangelsk. Fisket ga byen flere store bedrifter.

Kallinen kommer fra Finland hvor heltidskulturen står sterkere enn i Norge. Begge foreldrene hennes jobbet også turnus i 100 prosent.

Svaret hennes er i tråd med forskningen til Fafo. Leif Moland sier at husholdningene i Finnmark er avhengige av kvinnens inntekter i større grad enn i Aust-Agder, hvor kvinnene topper deltidstatistikken. Mennene tjener litt under landsnittet i Finnmark.

FRAFLYTTING. Dessuten er mange små kommuner i Finnmark avhengig av arbeidskraft utenfra på grunn av fraflytting, og man lokker ingen sykepleiere til et sted med halve stillinger, sier han.

Det stemmer for Kallinen. Hun ville aldri ha kommet for 50 prosent. Og det stemmer til dels for Vardøs eneste mannlige sykepleier, Maksim

Illison fra Estland. Han forlot politikone og to barn i Estland for en periode mens han dro til Norge gjennom vikarbyrået Valmon helsevikar. Her får han tre ganger så høy lønn.

– Det første halve året måtte jeg sitte mye hjemme og vente på at de skulle ringe hvis det var en ledig vakt, men så fikk jeg heldigvis en full stilling i kommunen, sier han på kav nordnorsk.

Han tror ikke han hadde blitt værende hvis han ikke hadde fått 100 prosent. Nå har han vært et år i Vardø, men samler seg opp avspasering og reiser hjem innimellom. Kona venter et tredje barn, men han vil fortsette noen år til i Vardø.

– Vanskelig å skjønne nordnorsk?

– Nei, jeg hørte mye på bergensk rap før jeg kom og de har mange lignende ord, som «koffør» og «korsen». Men





«katti» og «dåkker» forstod jeg ingen ting av. Jeg har lært mye av de gamle beboerne på sykehjemmet.

FORDELES. Forskerne hos Fafo har funnet ut at små kommuner ofte fordeler personalet mellom flere avdelinger for å klare å tilby hele stillinger. Så også i Vardø. Maksim Illison jobber hovedsakelig 100 prosent i hjemmesykepleien, men tar vakter ved sykehjemmet ved behov, mens Miia Kallinen også må ta seg av dem som kommer innom sykestua for små vondter og skader.

Etter at frokosten er servert og ryddet av til sykehjemmets beboere, tar hun et par telefoner før hun fjerner stingene på en kvinne som fikk operert vekk en fettkul på låret. Innimellom stikker hun over veien for å la oss treffe jordmora og helsesøstra som har kontor i etasjene over Nav og legevakten i det gamle sykehusbygget. Nå er det 25 mil til nærmeste sykehus, i Kirkenes.

– Jeg får større ansvar her enn sykepleiere får sørpå. Det krever mye kunnskap å stabilisere og behandle akutt syke pasienter når ventetiden på luftambulansen blir lang. Vi står veldig alene med alle slags situasjoner siden vi ikke har ulike team rundt oss. Turnuskandidatene som kommer sørfra er imponert over kunnskapsnivået vårt, sier hun mens vi går.

Mette Janne Eriksen jobber halv stilling som jordmor og halv som sykepleier ved sykehjemmet. Med lange avstander har det skjedd at hun har måttet ta imot noen unger selv. Hun liker todelingen.

– Jeg jobber både med livets begynnelse og slutt, og gjør det med ydmykhet, sier hun.

Eriksen avlaster også helsesøster ved å ta en dag på videregående skole.

– Vi jobber heltid fordi vi vil klare oss sjøl og få god pensjon. Dessuten øker det livskvaliteten å ha den nære veien til jobben. Jeg ville aldri makta heltid med unger og pendling slik jeg måtte gjort på et større sted, sier hun.

Miia Kallinen istemmer:

– Vi er hjemme på fem minutter. Det er trygt og godt for ungene her, og det er mindre stress ved å bo så fritt. Vi har nærhet til naturen og kan ta skiene under armen eller en scootertur på fjellet uten å planlegge så mye først.

– Vi har bedre tid og bruker mindre antidepressiva her oppe, legger Eriksen til.

BARBERT HELSESØSTERTJENESTE. Helsesøster Liane Eines sitter på kontoret ved siden av og går gjennom facebook siden hun har opprettet for ungdommene i kommunen. 147 liker siden. De var to helsesøstre da hun startet i 2000. Nå er hun alene med alt fra spedbarn, 100 barnehagebarn, over 200 skolebarn og cirka 80 elever på videregående.

– Det blir i overkant mange fokusskifter, synes hun.

Fødselstallet er halvert siden toppåret 2000, som hadde over 50 fødsler da alle ville ha millenniumsbaby.

– Likevel kunne vi godt vært to stykker hvis vi sammenlikner oss med andre små kommuner, sier hun.

TILFELDIG ELLER STRATEGISK? – Er heltidsstillingene en bevisst satsning fra kommunen, tror dere?

– Det har nok bare blitt sånn, tipper Kallinen.

Enhetsleder for helse og sosial, pleie og omsorg, Bård Martinsen, vedgår at alle heltidsstillingene i Vardø ikke er et uttalt mål fra kommunen.

«Vi jobber heltid fordi vi vil klare oss sjøl og få god pensjon».

Mette Janne Eriksen

– Men vi får ikke rekruttert med 50 prosents stillinger. Folk skal kunne leve av jobben. Det har vært sånn lenge. Sånn er det og sånn skal det være, sier han.

Leif Moland fra Fafo tror ikke all heltiden er tilfeldig.

– I undersøkelsen vår hadde flere av lederne i små kommuner gode refleksjoner om at store stillinger er nødvendig for å rekruttere og beholde arbeidskraften best mulig, sier han og peker på at denne strategiske tenkningen finnes i andre kommuner utenfor Finnmark også, gjerne som følge av at de har begrenset kompetent arbeidskraft selv.

SYKEPLEIER/VERNEPLEIER. – Det er vel og bra med store stillinger, men kompetansen er det ikke så mye bevissthet rundt, mener Kallinen.

Hun har for eksempel forsøkt å få kommunen til å endre på en stillingsannonse der det søkes etter sykepleier/vernepleier med videreutdanning i psykiatri.

Kurt Lyngved, leder av NSF's Faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus, er enig i at det vitner om liten bevissthet rundt den faglige kompetansen.

– Det virker som om kommunen ikke riktig vet hva den vil ha, siden dette er to helt forskjellige yrker. Sykepleierne er gode på helse og omsorg, mens vernepleierne er gode på miljø, sier han.

– Vet dere ikke hva dere vil ha, Bård Martinsen?

– Det viktigste er at de har videreutdanning i psykiatri, sier han.

– Det jobber allerede en vernepleier i psykiatrien, mens dette skulle være en erstatning for den eneste sykepleieren som slutter, innvender Kallinen til Sykepleien.



Martinsen forklarer at kommunen ikke har så mye å velge mellom. Dette er tredje gangs utlysning, den første var i januar.

– En vernepleier kan gjøre en like god jobb som en sykepleier. Vi kunne hatt en sosionom for den saks skyld, men her er det snakk om medisiner, derfor blir det enten sykepleier eller vernepleier. Vi vil ikke henge oss for mye opp i profesjonsstriden som fagforeningene driver med, sier Martinsen.

FÅR IKKE BRUKT SEG. Kallinen synes heller ikke kommunen setter god nok pris på kompetansen til sykepleierne.

– Her er mange med videreutdanning, flere har bekostet den selv. Men ikke alle får brukt den, selv om det er stort behov, sier Kallinen.



Mette Janne Eriksen liker å jobbe med livets begynnelse og slutt og er jordmor den ene dagen (til v.) og sykepleier på sykehjemmet den neste (bildet til h.). Slik må man fordele seg for å få heltidsstilling.



En av disse er kreftsykepleier Lisbeth Eriksen på sykehjemmet. Selv om politikerne har vedtatt at kommunen skal ha en kreftsykepleier i halv stilling, får Eriksen drive med spesialiteten sin kun 20 prosent. Og den ene dagen i uka er finansiert fra Helsedirektoratet, ikke kommunen. Hun ble ferdig med videreutdanningen i 2008 og fikk ikke brukt den i det hele tatt først. Nå er hun på andre året med prosjektmidler med usikker framtid.

– Det er frustrerende å ta en videreutdanning og ikke få brukt den. Det blir bare mer kreft, og pasientene kunne fått et mer forutsigbart og planlagt tilbud hvis jeg kunne fulgt dem opp mer. Nå begrenser det seg veldig hva jeg får gjort. Jeg får for eksempel ikke satt cellegift, slik de gjør i Vadsø, sier hun.

Prioriteringen kan synes noe merkelig når

kommunen går med 1,4 millioner kroner i overskudd i forhold til budsjett og pleie- og omsorgssektoren har brukt 700 000 kroner mindre enn budsjettet.

– *Hvorfor har dere ikke fulgt opp politikernes vedtak da, Bård Martinsen?*

– Jeg er nødt til å forholde meg til min nærmeste leder, så det får du spørre ham om, sier han.

Rådmann Hans Erik Wilhelmsen har ikke svart på Sykepleiens henvendelse om saken.

FRISKERE FOLK. Før vi vender snuten hjemover, stikker vi den inn på kontoret til administrativ leder for sykehjemmet og hjemmetjenesten, Inghild Ridola, som er utdannet akuttsykepleier.

– Det er helt utenkelig for oss å lyse ut små stillinger, det er en selvfølge for oss med heltid, sier

hun og forteller at arbeidsmiljøet på sykehjemmet og i hjemmetjenesten har blitt bedre og mer stabilt i forhold til for ti år siden. Sykefraværet har gått ned.

– Før brukte jeg rundt 1 million kroner i overtidsbetaling. Hittil i år har jeg bare brukt 57 000, og kun to-tre av de vaktene har vært for å dekke opp for sykepleiere, sier hun.

Ridola testet nettopp det nye svømmebassengenget i flerbrukshuset. Ungene hylte om kapp av fryd. Byen hadde vært uten bademuligheter i over fire år.

– Det er ikke alltid det er arbeidsplassens skyld at folk er syke. Nå er de friske. Kanskje det også kan skyldes mer optimisme i nærmiljøet, sier hun. ●

eiivor.hofstad@sykepleien.no



Forskning. Bare halvparten av tiendeklassingene brukte kondom ved siste samleie, viser en ny undersøkelse.

Ungdom blåser i kondom

• Tekst **Susanne Dietrichson**

Jorunn Mjølhus og medforfattere har gjort en studie av kondombruk blant tiendeklassinger. De fant at over halvparten av de som hadde debutert seksuelt, ikke hadde brukt kondom ved siste samleie. Undersøkelsen ble gjort blant 200 tiendeklassinger ved to ungdomsskoler i Bergen kommune i juni 2012. Deltakerne var anonyme og besvarte undersøkelsens spørreskjema via studie-støttesystemet Its learning.

FOREBYGGING. – Bakgrunnen for studien var at Bergen kommune utarbeidet en lokal plan for bedre seksuell helse i 2011 og manglet oppdaterte tall, forteller Mjølhus som selv er helsesøster i Bergen kommune.

– Ble du overrasket over at så mange ungdommer i undersøkelsen ikke brukte kondom?

– Nei, vi vet jo at mange ikke bruker kondom fra annen forskning som er gjort på området og fordi stadig flere får klamydia. Men jeg ble overrasket over at det var såpass mange som hadde debutert seksuelt i så ung alder.

En annen ting som forbauset Mjølhus var at like mange gutter og jenter i undersøkelsen oppga å ha debutert seksuelt.

– Det ble gjort en landsomfattende seksualvaneundersøkelse blant ungdom i 2003 som viste at den gjennomsnittlige debutalderen for jenter

var 16,7 mens den var 18,0 for gutter, forteller hun.

Hun mener funnene kan være representative for Bergen selv om utvalget er begrenset til to skoler i kommunen.

NYSGJERRIG. Kristin Sofie Waldum, leder for NSF's landsgruppe for helsesøstre synes tallet på ungdommer som oppgir at de ikke brukte kondom er urovekkende høyt, men blir også nysgjerrig på andre omstendigheter i tilknytning til disse.

«Mange debuterer seksuelt under påvirkning av alkohol.»

Kristin S. Waldum, faggruppeleder NSF

– Jeg får med en gang lyst til å stille noen tillegsspørsmål, for eksempel om de debutere impulsivt, om de er i et fast forhold, om de har testet seg for klamydia og om de bruker annen prevensjon, sier hun.

– Vi vet at en del ungdommer i den aldersgruppen bruker annen prevensjon, som for eksempel p-piller. Dette vet vi fordi aborttallene er på vei nedover.

– Tror du flere ville brukt kondom hvis de ikke brukte annen prevensjon?

– Vi vet at ungdom er impulsive og

at mange debuterer seksuelt under påvirkning av alkohol. Egentlig tror jeg like mange ville dropet kondom, men at flere ville blitt gravide om de ikke brukte p-piller. Derfor er det viktig at man jobber parallelt med å få ungdommer til å bruke kondom og til å gå på p-piller.

FÆRRE ABORTER. Waldum understreker at det er bred enighet om at det at jordmødre og helsesøstre kan skrive ut p-piller til jenter opp til 19 år har fått aborttallene ned.

Hva kan man gjøre for å få ungdommer til å beskytte seg mot kjønnssykdommer?

– Det blir gjort mye bra arbeid allerede. Man har for eksempel mange kampanjer både knyttet til russetiden; og generelt på skolene; klamydiatestingsdager og knute i russeua for dem som har testet seg, forteller hun.

– Men når det gjelder seksualundervisningen i grunnskolen vil den variere på grunn av den generelle helsesøstermangelen. På skoler med god helsesøsterbemanning er helsesøster bredt involvert i seksualundervisning og forebyggende arbeid.

Det er også nedsatt et nasjonalt nettverk som samarbeider om bedre seksualundervisningen i skolen.

– En av de viktigste sakene dette rådet kjemper for er å bedre bemanningen av helsesøstre i skolehelsetjenesten, sier Waldum. ●

susanne.dietrichson@sykepleien.no

Fakta ●●●

Klamydia

Klamydia er en kjønnssykdom som kan føre til redusert fruktbarhet hos kvinner hvis den ikke behandles.

Klamydia er mest utbredt blant unge under 25 år.

I 2010 ble det diagnostisert 22 527 tilfeller av klamydia i Norge.

Riktig bruk av kondom beskytter mot sykdommen.

Kilde: Folkehelseinstituttet



Sykepleien
Forskning

Forskning

Se mer

Les forskningsartikelen til Mjølhus og medforfattere i Sykepleien Forskning nr. 2–2014, side 166.



Lovert kamp. De foreslåtte endringene i Arbeidsmiljøloven faller ikke i god jord hos arbeidstakerorganisasjonene.

Provosert av arbeidsministeren

• Tekst Bjørn Arild Østby

Arbeidsminister Robert Eriksson (Frp) la før sommeren fram en rekke forslag til endringer i Arbeidsmiljøloven. Endringsforslagene vil bli sendt ut på høring før sommeren med tre måneders høringsfrist.

Forslagene er verre enn forventet, mener arbeidstakerorganisasjonene. Unio-leder Anders Folkestad mener regjeringens forslag til midlertidige ansettelser gjør det vanskeligere å få fast jobb i framtida.

– Det betyr i praksis at det innføres 9 eller 12 måneders prøvetid for alle ansettelser, sier Folkestad om Erikssons forslag om at det gis en generell adgang til midlertidige ansettelser inntil 9–12 måneder.

I dag er hovedregelen fast ansettelse. I framtida risikerer arbeidstakere en hverdag hvor de blir midlertidig ansatt, så kanskje fast ansatt etter hvert. Folkestad mener regjeringen med dette forslaget angriper en av hjørnesteinene i norsk arbeidsliv.

Også YS reagerer sterkt på arbeidsministerens forslag.

– De fleste forslagene er unødvendige, provoserende og bør skrinlegges snarest mulig, sier fungerende YS-leder Erik Kollerud til forslagene om endringer i arbeidsmiljøloven.

MER SØNDAG. Arbeidsministeren foreslår videre utvidet adgang til

overtidsarbeid og søndagsjobbing.
– Arbeidslivet krever mer fleksibilitet for å møte et moderne næringsliv og familieliv, sa arbeidsministeren da han presenterte forslagene til endringer i arbeidsmiljøloven.

Blant forslagene er:

- Grensen for overtid som kan pålegges fra arbeidsgiver økes fra 10 til 15 timer per uke, og fra 25 til 30 timer per måned.
- Grensen for å avtale utvidete rammer for overtid i lokal avtale økes fra 15 til 20 timer per uke, og fra 40 til 50 timer per måned
- Grensen for maksimal alminnelig arbeidstid per dag i en individuell avtale om gjennomsnittsberegning økes fra 9 til 10 timer.
- Grensen for maksimal alminnelig arbeidstid per dag i en avtale om gjennomsnittsberegning med lokale tillitsvalgte øker fra 10 til 12 timer.
- Gjennomsnittet for perioden (maks et år) skal fortsatt være maks 40 timer (i de fleste tilfeller 37,5 eller mindre).

«Forslagene bør skrinlegges snarest mulig.» Anders Folkestad, UNIO-leder

NYE ALDERSGRENSER. Videre foreslås det endringer i arbeidsmiljølovens aldersgrenser. Følgende tre forslag vil bli sendt på høring:

- Forslag 1: Heve 70-årsgrensen til 72 år samtidig med at adgangen til lavere bedriftsintern avgangsalder fjernes. Det gir en felles aldersgrense for alle på 72 år.
- Forslag 2 og 3: Heve 70-årsgrensen til 72 eller 75 år, samt videreføre en begrenset adgang til bedriftsintern avgangsalder. En mulig begrensning kan være en nedre grense på 70 år eller krav til tariffavtale om lavere bedriftsintern aldersgrense.

NY LINJE. Fram til i dag har det eksistert et trepartssamarbeid mellom regjeringen, arbeidstakerorganisasjonene og arbeidstakerorganisasjonene, hvor regjeringen tar med partene i arbeidslivet i drøftelser før forslag til reformer blir offentliggjort.

– Tidligere ble vi trukket med og invitert til å komme med innspill før statsråden fremmet viktige endringer og la ting ut på høring. Nå er vi blitt til en høringsinstans. Eriksson har formelt sitt på det tørre, men det er et betydelig linjeskifte, sier Unio-lederen. •

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

Fakta ●●●●

Forslaget

Regjeringen foreslår at grensen for overtid som kan pålegges fra arbeidsgiver økes fra 10 til 15 timer per uke, og fra 25 til 30 timer per måned. Grensen for å avtale utvidete rammer for overtid i lokal avtale økes fra 15 til 20 timer per uke, og fra 40 til 50 timer per måned. Grensen for Arbeidstilsynets kompetanse til å tillate utvidete rammer for overtid økes fra 20 til 25 timer per uke. Ingen endring i hvor mye overtid som kan arbeides per år.



Råd. Helsedepartementet vil ha innspill om hva en moderne primærhelsetjeneste skal være.

Etterlyser gode idéer

Tekst **Kari Anne Dolonen** • Foto **Stig Weston**

Til neste år kommer en stortingsmelding om primærhelsetjenesten. I den anledning inviterte Helsedepartementet til innspillmøte for å få så mange gode ideer på bordet som mulig.

Statssekretær i Helsedepartementet, Lisbeth Normann, ledet møtet.

– Det var brukernes stemme vi ville få frem, sier hun.

FLYTTEMAKT. – Stortingsmeldingen skal tydeliggjøre samfunnsoppdraget til kommunene og ha en tydelig politisk profil på veien vi skal gå videre, sa Lisbeth Normann.

I auditoriet i Akersgata var representanter fra mange av helsevesenets interesseforeninger og arbeidstakerorganisasjoner møtt frem.

– Vi skal flytte makt til pasient og brukere. Det utfordrer og krever at de som jobber i helsetjenesten må tenke nytt, sa Normann.

Både Barneombudet, Mental helse, FFO, Norsk pensjonistforbund, Unge funksjonshemmede, Kontaktforum for brukere av helse- og omsorgstjenester og Statens Seniorråd var blant de inviterte. De aller fleste trakk frem skolehelsetjenesten som et viktig tilbud som må styrkes.

SKOLEHELSE. Regjeringen har foreslått å bevilge 200 millioner kroner for å styrke helsestasjon og



Vi skal sørge for at det nye lovverket «treffer» og passer inn i en moderne kommunehelsetjeneste, sier statssekretær Lisbeth Normann (arkivfoto).

skolehelsetjenesten i 2015.

– Dere vil ikke øremerke midlene, hvorfor ikke?

– Det er kommunenes ansvar å sørge for at disse tjenestene styr-

«Nå har du sjansen.»

Lisbeth Normann

kes. Vi legger sterke føringer på pengene og kommer til å følge opp, sier Lisbeth Normann.

– Hvordan vil dere gjøre det?

– Fylkesmennene har tilsynsmyndighet. De vil varsler oss dersom kommunale skolehelsetjenester eller helsestasjoner ikke drives forsvarlig, sier hun.

SKAL STYRKES. I fjor tok Barneombudet kontakt med fylkesmennene for å sjekke om de hadde oversikt over om helsetilbudet til barn og unge var godt nok.

Det viste seg at bare et par av fylkesmennene hadde en slik oversikt.

Fakta

Si din mening

Lisbeth Normann har følgende oppfordring til sykepleiere som jobber ute i primærhelsetjenesten:

– Vi er på jakt etter gode, innovative, konkrete, spennende og lettfattelige innspill.

Det er sykepleierne som sitter på mange av de gode eksemplene og løsningene på utfordringene tjenesten står overfor, sier hun. Har du gode ideer? Send dem på e-post til HOD-primærhelse@hod.dep.no

– Er dere trygge på at dere vil få beskjed etter Barneombudets kartlegging?

– Vi kommer til å sette sterkt fokus på dette. Vi mener at skolehelsetjenesten er et viktig tilbud som skal styrkes. Det trenger ikke nødvendigvis bety at alle pengene skal brukes til flere stillinger. Selv om helsesøstre er viktige, er det også andre yrkesgrupper som kan gå inn i dette arbeidet. For eksempel leger, psykologer og andre. Vi vil også følge opp dette tema i Folkehelsemeldingen som kommer til neste år, sier hun.

INGEN LOV. – Vil dere loufeste en minstenorm slik at barn og unge får klagemulighet dersom de ikke får den tjenesten de har krav på?

– Vi trenger ikke en lovpålagt norm for at barn og unge kan klage på ordningen. De kan bruke eksisterende klageordninger dersom tjenesten er for dårlig, sier Normann.

Det mangler i dag rundt 800 helsesøsterårsverk for å oppfylle Helsedirektoratets minstenorm. I år har kommunene fått 180 millioner kroner til å styrke tjenesten. Det har så langt resultert i rundt 63 nye helsesøsterårsverk. Det er varslet i kommuneproposisjonen at regjeringen foreslår å bevilge 200 millioner neste år.

– Hvor mange år har dere satt som frist for å nå minstenormen?

– Det er et spørsmål som bør stilles til KS. De bør innlemme dette som et mål i sitt arbeid, sier Normann.

Profesjonsnøytralitet skal bort. Regjeringen skal også fjerne det profesjonsnøytrale lovverket.

– Vi skal stille kompetansekrav som skal knyttes opp mot de oppgavene som skal utføres i kommunehelsetjenesten, sier hun.

– Hvor lang tid vil det ta før nytt lovverk er på plass?

– Arbeidet er påbegynt, men her er det mange som skal bidra med innspill. Vi skal sørge for at det nye lovverket «treffer» og passer inn i en moderne kommunehelsetjeneste. Innretningen vil vi beskrive i primærhelsemeldingen. Selve

lovarbeidet vil skje etterpå. Det er et stort stykke arbeid som kan ta litt tid, men det blir i denne regjeringsperioden, lover hun.

INGEN PLANER I KS. – Har KS laget en tidsplan for å sikre at kommunene når Helsedirektoratets minstenorm i helsestasjon og skolehelsetjenesten?

– Nei, det har vi ikke, sier direktør for interessepolitikk i KS, Helge Eide.

Eide sier til Sykepleien at det ikke er KS sin oppgave å lage slike tidsplaner.

– Hvem sin oppgave mener KS det er?

– Det er den enkelte kommune sitt ansvar å legge planer for sin virksomhet. Vi har 428 kommuner som må vurdere sitt samlede ansvar innenfor alle områder de skal yte tjenester på, sier han.

Ifølge Eide sliter de aller fleste kommuner med stram økonomi.

– Først må de løse de lovpålagte oppgavene, blir det penger igjen kan de eventuelt brukes til formål som ikke er lovpålagt. Sykepleien må spørre hver enkelt kommune om de har – eller ønsker å ha – en tidsplan for å nå den anbefalte minstenormen, sier han.

KAN IKKE LOVE STASNING. Både de 180 millionene som kommunene fikk i år, og de 200 millionene kommunene eventuelt får til neste år, er frie midler. Selv om de kommer med sterke føringer.

– Pengene kommer med en forventning fra regjeringen, men det er fortsatt frie inntekter kommunene selv må prioritere bruken av for å løse alle sine oppgaver. Med dagens kommuneøkonomi vil nødvendigvis de lovpålagte oppgavene – særlig de som er knyttet til individuelle rettigheter – få førsteprioritet, sier han.

Ifølge Eide er det rett og slett ikke mulig å gi noen garantier.

– Helsesøstertjenesten er en viktig tjeneste, men den er ikke den eneste viktige tjenesten i en kommune, sier han. ●

kari.anne.dolonen@sykeleien.no



Lurer du på noe om kreft?

Treffer du pasienter som har mye på hjertet?

Kreftlinjen er åpen for alle – pasienter, pårørende, helsepersonell, arbeidsgivere og andre. Her kan du snakke med andre fagpersoner eller henvise andre som har spørsmål om kreft og kreftrelaterte emner som

- Hvordan man snakker med barn om kreft
- Nav, rettigheter og sykepenger
- Kreftkoordinator i kommunene
- Ny kreftbehandling

Kreftlinjen har mer enn 25 års erfaring og bred kompetanse innen kreftomsorg. Hos oss treffer du sykepleiere, sosionomer og jurister med taushetsplikt og tid til å lytte. Tjenesten er gratis fra fasttelefon og har vanlig takst fra mobil.

Åpningstider:

mandag–torsdag: 0900–2000, fredag: 0900–1500
Vi snakker norsk og engelsk – og somali og polsk på tirsdager kl. 1500–2000.

Ring 800 57338 (800 KREFT) eller chat med oss på kreftforeningen.no



KREFTFORENINGEN



Gjort på 36 minutter. **34**

Vil ha mye mer dag-
kirurgi. **38**

Ahus er størst. **38**

Det begynte i 1982. **40**

Kirurgene Tom Mala og
Silje Hugin konstaterer
at Cathrine Opgård har
navlebrokk.



Tema.
Dagkirurgi

Gjort på en dag

Nyoperert. Noen sykehus gjør mye dagkirurgi, mens andre legger inn tilsvarende pasienter. For Cathrine Opgård var det hele over på noen få timer.

• Tekst og foto **Marit Fonn**





Vil helst hjem. – Her er mye brokk, galle og brystkreft. Hemoroider og tilbakelegging av stomi. Sykepleiere på dagkirurgen, Ullevål



Cathrine Opgård hadde kjent den i flere år, den lille klumpen ved navlen. Men før jul ble den vond. Og blå. Legene konkluderte: Klumpen skal vekk. Om det er svulst eller brokk får hun ikke vite før de åpner med skalpell.

En dag i mai er dagen kommet: Opgård skal møte klokken halv ti på dagkirurgen på Ullevål.

Opgård er en av rundt 250 000 norske pasienter som hvert år får utført dagkirurgi i Norge. Det kan og bør bli mange flere, hevder dagkirurgientusiaster.

FORVIKLINGER. Opgård tror hun har god tid denne morgenen, men klokken halv åtte blir hun oppringt. Det er fra sykehuset. En annen operasjon er blitt utsatt, kan hun møte opp nå – med en gang?

«Like greit å komme i gang», tenker hun og tar bussen. Hun er framme på sykehuset klokken 8.19.

Drøyt klokken ni setter kirurgen skalpellen i magen hennes. Opgård har fått narkose kombinert med lokalbedøvelse. To kirurger, to operasjonssykepleiere, én anestesisykepleier og én anestesilege sørger for at Cathrine Opgård får løst sitt helseproblem på operasjonsstuen i dag. Utenfor er sykepleierne som tok imot henne, og som også skal ta seg av henne etterpå.

GJORT PÅ 36 MINUTTER. Kirurgene konstaterer at det er hull i bukveggen, altså navlebrokk. Kurant sak. Det tar dem 36 minutter å fjerne brokket og sy igjen såret. Brokket tas vare på, prosedyren er å sjekke at det ikke er en svulst.

Her på dagkirurgien er alt nøye planlagt. Men av og til må de stokke om på programmet. Som i dag. Pasienten som skulle ha ligget her nå, hadde vært i Spania. Det visste ikke personalet før han møtte opp. Han måtte testes for MRSA-bakterier før han er klargjort. Derfor ble Opgård oppringt.

«Vi er ferdig!» hører Opgård idet hun våkner. Hun har ikke fått med seg noe som helst av operasjonen. Hun får brillene på nesen, og mens hun trilles de få meterne bort til post-op, registrerer hun høyt at hun jammen er ferdig operert før hun skulle ha begynt.

VIL IKKE HJEM OM KVELDEN. På vaktrommet sitter en gjeng sykepleiere. Hva har de å si om dagkirurgi?

– Det verste er egentlig at vi ikke vet hva som skjer med avdelingen. Om vi skal flyttes, mener én.

En annen er bekymret over mangelen på operasjonssykepleiere. Her jobber de bare dagvakter. Det opereres til klokken tre.

– En god ide å jobbe kveld?

Deres svar er klart:

Fakta

Om dagkirurgi

Dagkirurgi er ikke en medisinsk, men en logistisk spesialitet. Dagkirurgi er mer enn vanlig avhengig av samhandling mellom fagene anesthesiologi og kirurgi og mellom leger og sykepleiere.

Kilde: Kirurg og ovelege Inge Glambek

Eksempler på operasjoner på Norges største dagkirurgi, på Ahus:

- Fjerner livmor
- Ortopedi ø-hjelp
- Korsbånd
- Bihuleoperasjoner
- Fjerner mandler
- Øreplastikk
- Legger inn sakral nervestimulering (urin/ avføring)
- Rødme- og svetteoperasjoner
- Artroskopi i knær, skuldre og føtter
- Diverse gyn- og uroingrep, som fimoser hos barn.

(Les om Ahus s. 38)



Anestestisykepleier Helen Littorin Sandbu passer på at Cathrine Opgård har det bra.

– Pasientene vil ikke hjem klokken 22–23 om kvelden. Hvis vi skulle operere til klokken sju, må vi ha et skift til. Det blir veldig dyrt. Det er ikke utstyret som er dyrt, det er personellet.

– *Hva opereres her egentlig?*

– Her er mye brokk, galle og brystkreft, sier en.

– Anoproktologi, fistler og hemoroider, sier en annen.

– Marisker. Tilbakelegging av stomi, fortsetter en tredje.

Det er som om de knapt har begynt på listen.

Og listen er lang for hva som kan utføres dagkirurgisk. Men typer inngrep varierer fra sykehuset til sykehus. Et eksempel er operasjon av korsbånd.

«Pasientene vil ikke hjem klokken 22–23 om kvelden.»

Sykepleiere på dagkirurgen

Riksrevisjonen påpekte i en rapport om sykehus som kom i fjor at her er det rom for effektivisering:

I 2009 var det ni sykehus som gjennomførte korsbånd-operasjoner dagkirurgisk, ifølge rapporten. Etter 2009 er det svært få sykehus som har gått fra døgn- til dagkirurgi for korsbånd-operasjoner. På de fleste sykehus overnatter

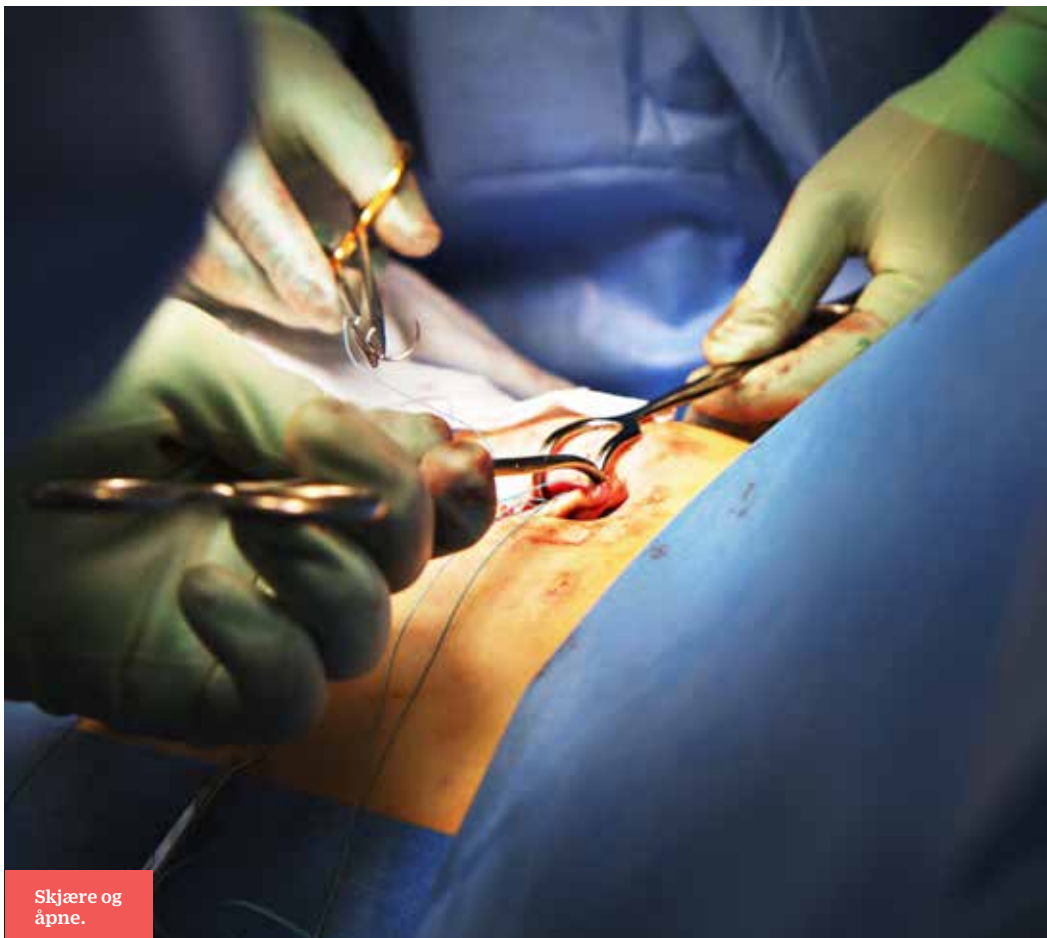
pasientene både før og etter operasjonen.

BEST. Korsbånd opereres ikke på denne avdelingen. Nå tar anestesilege Johan Ræder, som også er overlege og professor, en tur innom den nyopererte. Han ser at det står bra til. Cathrine Opgård har fått seg frokost og føler seg opplagt.

Alle sier det. Dagkirurgi er best. Det vil si at når pasienten ikke har smerter eller er kvalm, og føler seg trygg, er det fint å komme fort hjem. Med et telefonnummer å ringe til.

Infeksjonsfaren er mindre. Behandlingsteamet er mindre. Risikoen for forvirring hos eldre er mindre.

BLIR IKKE AVBRUTT. De to kirurgene som opererte Opgård er på avdeling-



→ en hele dagen, godt unna sentraloperasjonen.

– Det er bra, for da er de skjermet for øyeblikkelig hjelp. Vi er her og driver med vårt. Det er forutsigbart, vi blir ikke heftet av noe annet, sier overlege Ræder.

Her er to operasjonsstuer, og klokken åtte er de i gang hver dag.

– Vi har fått kritikk for at pasientene sitter og slenger her. Men pasienten kan ha fått feber eller syktt barn: «Sorry, jeg kan ikke komme.» Derfor dobbeltbooker vi ofte om morgenen. Kan hende må pasienten vente en time eller to. Men her er det tette, trygge forhold. Pasienten hilser på kirurgen som skal operere, og forholder seg til få sykepleiere.

Hvor mange operasjoner som gjøres hver dag, varierer. Noen ganger er det 12. I dag er det fire. I går hadde de et stort inngrep – fjerning av kreftsvulst og brystrekonstruksjon i samme operasjon.

– Inngrepet varte i sju timer. Det øker faren for infeksjon og blødning, sier Ræder.

Det ble overtidsarbeid og pasienten ble lagt inn.

«Om to dager kan hun dusje med bandasje på.»

Sisko Orvokki Mikkelsen, post-op-sykepleier

En pre- og postop-sykepleier kommer løpende etter anestestilegen.

– Skal jeg gi 7,5 eller 3,75 midazolam? Eller diazepam? spør hun Ræder.

Hun føyer til at pasienten er veldig nervøs før operasjonen.

– Gi 5 milligram valium, sier Ræder.

– Vi tilstreber å gi primærsykepleie, sier sykepleieren i farten.

– Her får vi god pasientkontakt. De kjenner oss.

HJEMME IGJEN. Inne på post-op får Opgård

vite mye nyttig av sykepleier Sisko Orvokki Mikkelsen, som tar seg god tid.

– Når kan jeg bruke magemuskler? spør pasienten.

– Om seks uker.

Om to dager kan hun dusje med bandasje på.

– Kan jeg reise til Sørlandet i morgen? Det er ikke jeg som skal kjøre, altså.

– Ja, det er greit. Men du kan ikke bade, sier Mikkelsen.

Etterpå står Opgård opp og kler seg i egne klær. Hun får servert en smertestillende tablett. Så er hun egentlig klar for hjemreise. Men først må hun snakke med kirurgen som er i gang med en ny, større operasjon.

Opgård venter et par timer. Så kommer kirurgen til henne. Opgård er glad for å høre at det var et brokk. Da føler hun seg ferdig med problemet. Hun forberedes på at hun kan få smerter i natt og i morgen tidlig og får med seg flere smertestillende.

Samboeren henter henne klokken to. Et kvarter senere er de hjemme. ●

marit.fonn@sykepleien.no



Inne på post op. Her blir Cathrine passet på.

Våken og pigg, men lurt med en smertestillende. Sykepleier Sisko Orvokki Mikkelsen har informert for pasienten skal hjem.



Cathrine Opgård er glad hun kan reise hjem.



Fakta

Dårligere betalt

I 2010 ble finansieringen for dagkirurgi skilt fra annen kirurgi. Finansieringen ble tilpasset de faktiske kostnadene. Før 2010 fikk sykehusene samme refusjon for pasienter som fikk dagkirurgi, og pasienter som var innlagt. Siden dagkirurgi er billigere enn innleggelse, var det da lønnsomt å satse på dagkirurgi. Etter 2010 forsvant altså dette økonomiske insentivet. Nå tjener sykehuset på at pasienten er innlagt.

Mindre dagkirurgi

Siden 2010 er andelen dagkirurgi (av total kirurgi) redusert med 1,8 prosent. På 2000-tallet har andelen dagkirurgi økt. I 2007 var 59 prosent av kirurgi i Norge dagkirurgi. I 2010 økte den til 61 prosent. Men to år senere var den igjen redusert til 59 prosent.

Kilde: Samdata

Vil ha mye mer dagkirurgi

FRISTES: Feil finansiering frister fagfolk til unødvendige innleggelser, mener overlege Johan Ræder.

Andelen operasjoner som gjøres dagkirurgisk er redusert de siste årene, ifølge tall fra Samdata.

Johan Ræder, professor og overlege ved Oslo universitetssykehus, Ullevål, knytter denne nedgangen til omleggingen av finansieringssystemet som skjedde i 2010 (se fakta).

– Blir pasienten på sykehuset natten over, vil sykehuset tjene 10–20 000 kroner. Sykehusene tjener uforholdsmessig mye på å ha pasienten innlagt et døgn. Myndighetene kaller det kostnadsnøytralt, men det er det ikke, mener Johan Ræder.

Han påpeker at systemet gjør det fristende for helsepersonell å la pasienten bli på sykehuset – fordi det lønner seg.

– Det er naivt å tro noe annet. Hva man sier til pasienten, betyr mye: «Nå har vi god plass, vil du bli?»

Kontra: «Her stenger vi om en time.» Leger og sykepleiere lar seg påvirke, men er ikke skurker av den grunn.

Han forteller om et sykehus som ønsket å utføre ryggoperasjoner som dagkirurgi.

– Alt var klart, men så kom de nye takstene, og de ville tape på å gjøre dette som dagkirurgi.

Ræder vil ikke si hvilket sykehus det gjelder, fordi det er fortrolig informasjon.

– Private gjør slike operasjoner dagkirurgisk. Mange pasienter orker ikke vente i kø og betaler heller operasjonene selv.

DANMARK OG SVERIGE. Ræder fastslår at det gjøres for lite dagkirurgi:

– Minst 6 000 pasienter som har hatt inngrep og er innlagt i dag, kunne i stedet fått dagkirurgi hvis vi sammenlikner med 2010-nivået. Dette er sløsing med ressurser.

Ræder viser til at Danmark og Sverige har større andel dagkirurgi enn Norge.

– Hva kan det gjøres mer av dagkirurgisk?

– Ortopedi, ryggoperasjoner, større gynekologiske inngrep. Også korsbåndoperasjoner, men de begrenses av risiko for smerter. Og så er det store forskjeller; noen sykehus gjør mye dagkirurgi, mens andre lar tilsvarende pasienter ligge inne.

– Hva er hinderet for mer dagkirurgi? Finansieringen?

– Ja, og det krever omorganisering. Man må jobbe mer fokusert. Når pasienten møter, må vi ha tenkt på alt. Har pasienten fastet? Er han godt informert på forhånd? I gamle dager ble kanskje pasienten innlagt en tirsdag. Kanskje opererte vi torsdag, det var litt ad hoc.

VIL HA NYE TAKSTER. Sammen med andre medlemmer i

Størst i landet

PÅ AHUS: Intensivsykepleier Mariann Aaland leder landets største dagkirurgiske senter.

– Mens de fleste andre har ombyggede lokaler, ble Ahus bygget for å drive dagkirurgi, det var prioritert. Sykehuset ble bygget da det var svært lange ventelister. Vi er størst i Norge og blant de ledende i Europa, både med hensyn til størrelse og typer inngrep som utføres dagkirurgisk, sier Aaland.

Om lag 9 000 slike operasjoner utføres på Ahus hvert år – som et fullsatt Oslo Spektrum.

Aaland trekker fram ortopediske øyeblikkelig hjelp-pasienter. Pasienter med diverse brudd i armer og ben kan ha hevelser som må gå ned før de kan opereres.

– Minst 20 slike pasienter per uke slipper å være innlagt for å vente på operasjon. De er hjemme med gips og kommer til avtalt tid for å bli operert og reiser hjem samme dag. Effektivt, lønnsomt og fornøyde pasienter.

Hun mener de også er gode på inngrep knyttet til kvinnesykdommer, som fjerning av livmor og diverse lekkasjer.

– Og vi er blant de få i landet som gjør inngrep for rødming og svetting.

Ahus opererer dessuten 1 200 barn i året dagkirurgisk.

– Lar dere pasientene ligge et døgn fordi det lønner seg?

– Jeg vil si tja. Noen grupper nøler man kanskje med å konvertere til dagpasienter av den grunn, for eksempel brystkreft, korsbånd og rygg. Vi gjør fle-

re av disse som dagkirurgi, men de vi er usikre på, sender vi ikke hjem. Men at det bare er økonomisk motivert vil jeg ikke si. Jeg har tiltro til at helsepersonell tenker på pasientens beste. Det er alltid glidende overganger. Et alternativ er å ha dem på hotell første døgnet.

Rygg er relativt nytt å ta dagkirurgisk.

– Korsbånd er typisk noen ganger ja, noen ganger ikke.

Hun kaller dem overgangsgruppen. Helst vil pasientene være hjemme:

– Det er blitt sånn. De synes det er godt å komme hjem i godstolen. På sykehuset er det trangt og ubekvem. Vi er blitt individualister.

Aaland har vært i Romania i forbindelse med et EU-prosjekt:

– Vi diskuterte døgn kontra dag og

bruk av operasjonsstuer. Portugiserne sa: «Så fine Rolls-Roycer har vi ikke råd til å la stå i garasjen på kvelden.» Danskene sa: «Drivstoffet er så dyrt, at på kveldstid har vi ikke råd til å bruke den.» Utfordringen her er personell og dyr drift. Og vi kan ikke tilby et arbeidsteam fem timer arbeidstid. Vi har ikke løst hvordan vi kan utvide åpningstiden på en fornuftig måte.

To skift byr på problemer:

– Vi kan ikke sende folk hjem når det nærmer seg natt.

Hun påpeker at mye er i endring.

– Det er mer og mer kikkhullsooperasjoner og nye anestesityper. Folk våkner fort og blir snart seg sjøl, sier dagkirurgilederen. ●

marit.fonn@sykepleien.no

tværfaglige Norsk dagkirurgisk Forum (NORDAF) sendte han i mars brev til Helsedepartementet og ba om å komme i dialog.

De ba ikke om høyere takster for dagkirurgi, men vil at takstene for kortvarig innleggelse settes ned. De foreslår to modeller:

1. Samme takst for innleggelse og dagkirurgi, slik systemet var før 2010.

2. Innføre et tredje takstnivå i tillegg til dagens to, som er dagkirurgi og innleggelse. Det tredje kaller de korttidsinnleggelse 1–2 døgn.

Men NORDAF har ikke fått gehør. 12. mai svarer departementet, signert statssekretær Anne Grethe Erlandsen. Hun bekrefter at mer bruk av dagkirurgi er ønsket og viktig. I brevet står det at departementet ikke ønsker et finansieringssystem som gjør enkelte behandlinger mer lønnsomme enn andre. De medisinskfaglige vurderingene skal være førende for hvilken helsehjelp de enkelte pasienter tilbys.

Statssekretæren viser til at Helsedirektoratet har ansvaret for å forvalte innsatsstyrt finansiering innenfor rammene Stortinget har satt.

Johan Ræder er oppgitt over svaret:

– Det er ikke kostnadsnøytralt å betale ut 10–20 000 kroner for å la en pasient ligge over en natt. Det er unødig sløsing med offentlige midler, fastholder han.

MOTIVERER IKKE. Leena Kiviluoto, avdelingsdirektør i Helsedirektoratet, er både lege og økonom. Hun er enig i at dagens finansieringssystem ikke motiverer for å drive dagkirurgi.

– Det økonomiske insentivet for å legge om til dagkirurgi er negativt, men hensikten er ikke å stimulere til innleggelser. Vi prøver å forholde oss nøytralt til alle pasienter. Men variasjonen er stor. Det gjør at noen får betalt mer enn det koster, og omvendt.

Om andelen dagkirurgi er redusert, vil hun verken bekrefte eller avkrefte. Hun går ikke uten videre med på Ræders tolkning av statistikken:

–Dagkirurgien økte mye fra 2000-tallet, for da var det lange ventelister, og mange ventelistepasienter passer til dagkirurgi. Da er det naturlig at kurven har flatet ut.

«Leger og sykepleiere lar seg påvirke, men er ikke skurker av den grunn.»

Johan Ræder

Dessuten er ikke dagkirurgi en objektiv størrelse, påpeker hun:

– Ta for eksempel abort. Før var det 15 000 kirurgiske aborter i året. Nå tar vi medisinsk abort med en pille. Overgangen til medisinsk abort kan forklare en del av den reduserte andelen dagkirurgi

MER HOFTER OG FEDME. Andre forhold påvirker også statistikken:

– Kanskje flere behandles som innlagt? Vi opererer for eksempel veldig mange hofter på eldre. Og hva med fedmeoperasjoner? De har økt voldsomt, sier Kiviluoto.

– Det kan være fristende å la pasientene ligge en natt siden det lønner seg?

– Forutsetningen er at det er en seng ledig. Jeg tviler på at det er mange tilfeller der pasienter legges inn unødvendig.

Andelen som er innlagt én natt har økt litt.

– Men det er ikke på de samme stedene at dagkirurgien går ned.

Hun påpeker at liggetiden generelt er på vei ned:

– De som før var innlagt i fem døgn, er nå inne i tre. De som var inne i tre døgn, skrives nå ut etter en natt.



Overlege Johan Ræder mener finansieringssystemet fører til sløsing av offentlige midler.

– **MEGET FORNUFTIG.** Kiviluoto avviser ikke at finansieringsordningen kan ha redusert andelen dagkirurgi.

– Økonomiske insentiver er et veldig kraftig virkemiddel. Disse er ikke noe vi bruker ukritisk.

– Våre naboland skal ha større andel dagkirurgi?

– Det kan være, men jeg kjenner ikke til hvilke tall de har brukt som grunnlag.

– Har myndighetene et prosentmål for dagkirurgi?

– Nei. Dette vet fagmiljøet. Dagkirurgi er meget fornuftig og ofte det beste. Men for noen kan det også være uheldig.

– Hva med Danmarks gråsoneløsning – lik betaling for dag og

døgn? De slipper å ta hensyn til økonomien?

– Denne løsningen har de lånt fra Norge, slik ordning hadde vi på slutten av 1990-tallet.

– Noe for oss igjen?

– En slik løsning vil slå forskjellig ut avhengig av type operasjon. For eksempel foregår grå stæroperasjonene i hovedsak dagkirurgisk, bare noen få er innlagt. Altså koster nesten alle slike operasjoner det samme og løsningen vil være fornuftig.

Leena Kiviluoto avviser ikke at dagens finansiering kan slå dårlig ut.

– Derfor kan det være grunn til å vurdere ordningen på nytt, sier hun. ●

marit.fonn@sykepleien.no



Det begynte i 1982

HISTORIE: Her er Engebret Lindem, landets første dagkirurgiske pasient. Han ligger med en blomst i hånden – som nyoperert. Året er 1982.

Det var på lille Kongsberg sykehus dagkirurgien så dagens lys i Norge. 9. desember 1982 ble Engebret Lindem, som nå er død, feiret. Han hadde fått operert hånden sin.

– Jeg husker ham godt, sier Randi Duesund, som var oversykepleier på operasjonsavdelingen den gangen.

Hun er til høyre på bildet. De to andre er sykepleierne Laila Bagøien (t.v.) og Ragnhild Thovsen, som bemannet dagstuen, bare kalt «312».

Duesund var med på å drive fram dagkirurgien i landet. Her forteller hun hvordan det begynte.

KNIVEN PÅ STRUPEN. Som mange andre hadde også vi strukturelle problemer rundt 1980. Sykehuset vårt hadde for mange senger og for lav bemanning. Det førte til et belegg på bare 60–70 prosent, forteller hun.

Intensiven hadde de dårligste forholdene på sykehuset. Det var altfor trangt, og medisinske og kirurgiske pasienter var blandet. Arbeidstilsynet hadde kommet med krav om forbedring.

– Vi hadde kniven på strupen. Da søkte vi nok en gang om mer penger og flere stillinger. Det fikk vi jo ikke.

De måtte tenke nytt. Da laget de et forslag om ny struktur for behandlingsskjeden.

– Ikke for å spare penger, men for å få omdisponere ressurser og få mer tilpasset drift.

De ville ha tre omsorgsnivå: Poliklinikk, dagbehandling og innleggelse. Dagpasientene skulle inn om morgenen, ut om ettermiddagen.

– Dette var pasienter som ellers var friske, men som kom inn for små inngrep. Før ville én pasient oppta minst tre liggedøgn. Nå kunne vi i stedet ha tre pasienter på en dag.

Det økte kapasiteten, og kortet ventetiden.

– Dagbehandling var ikke en

Landets første kirurgiske dagpasient ble godt tatt vare på av fra v. Laila Bagøien, Ragnhild Thovsen og Randi Duesund. Kirurg Erik Korvvald har tatt bildet.



billig, light affære, men et fullverdig behandlingstilbud og kostnadseffektiv drift. Det var jo fødselen dette, da. Til et barn som fikk livets rett, sier Randi Duesund.

TØFF MOTSTAND. Motstanden kom. Først og fremst fra pleiesiden.



«Vi trenger ikke krisekirurgi i fredstid, sa en lege.»

Randi Duesund, dagkirurgipioner

– Legene var gira på omleggingen, men pleierne var bekymret for at pasientene ville få for dårlig omsorg.

De hadde flere bekymringer: Økt pleietyngde på sengeposten – selv om bemanningen ville bli økt. De tvilte på at dette kunne være økonomisk lønnsomt. De var redd pasientene ville komme rennende inn om natten for reinnleggelse.

– Mange mente pasientene hadde altfor lang vei til sykehuset, det var nesten som om alle bodde på Svalbard, minnes Duesund.

STRID BLE SUKSESS. Men så gikk fylkeskommunen inn for den nye strukturen. Ombyggingen førte til at vi måtte legge ned en velfungerende 20-sengspost.

– Det var et stort traume, og en av hovedårsakene til motstanden. Det var mye splid og strid.

– Ble du usikker?

– Nei, det var så åpenbart at helheten ville vinne på det. Vi måtte gi og ta.

De ble nødt til å definere flaskehalsene. Det ble et stort arbeid å planlegge operasjonene og administrere ventelistene.

– Men det ble effektiv drift ut av det. Det ble en samfunnsøkonomisk suksess.

I desember 1982 kom altså den aller første dagkirurgipasienten i landet.

– Behandlingskjeden var kort. De kom til én dagstue, ble trillet inn til et operasjonsteam, og kom tilbake til samme stue. Så dro de hjem.

– Hvem var de?

– De ble operert for åreknuter,

4 på
gangen

brokk og skeive stortær. De hadde krokete fingre, rifter i minisken, hemoroider og trang forhud. Vi hadde neseoperasjoner, og vi gjorde utskrapninger. De kom for væskeansamling i pungen, hull på trommehinnen, utstående ører ...

De begynte med en gang å spørre pasientene om hva de syntes. I løpet av halvannet år hadde de 929 pasienter.

– Svarprosenten var 90. De var svært fornøyde. Vi skjønnte vi var på rett spor, sier Duesund.

I 2011 fikk hun Kongens fortjenstmedalje i sølv for sitt bidrag til å utvikle dagkirurgien til en anerkjent behandling. Mange kaller henne dagkirurgiens mor.

– **IKKE I FREDSTID.** Tilbake til 80-tallet:

– Fagfolk ble etter hvert nysgjerrig og vi dro på signingsferd over hele landet for å spre budskapet. På seminarer fortalte vi at dagkirurgi var mulig. Men vi møtte også mye skepsis i starten.

«Vi trenger ikke krisekirurgi i fredstid», sa en lege. Mange sa: «Det høres bra ut, men passer ikke hos oss.»

– *Hva synes du om dagens debatt om dagbehandling?*

– Det fins nesten ikke grenser hvor langt man kan nå. En dårlig hofte skiftes ut, og man kan gå igjen samme dag. Men det kan være både og. Det er viktig å velge egnede pasienter og ha kvalitetsindikatorer, tett oppfølging og dedikerte fagfolk.

Greit å spare penger for samfunnet, synes hun, for dagbehandling dreier seg om omfordeling av ressurser:

– De som trenger det mest, får mer. En viktig omlegging i norsk helsetjeneste.

Duesund er nå blitt pensjonist. Men i 12 år ledet hun en ny dagkirurgisk enhet som ble bygget på Kongsberg sykehus i 2001. ●

marit.fonn@sykepleien.no

– Hva synes du
om dagkirurgi?

1

Aina Hauge

Leder av NSFs landsgruppe for operasjonssykepleiere

Mye dagkirurgisk virksomhet foregår i dagens operasjonsavdelinger, men trenden er egne enheter. I Stavanger, der jeg jobber, åpnet ny enhet nå i april. Dagkirurgi krever godt samarbeid. Alle aktørene blir like viktige brikker i teamet – bra for arbeidsmiljøet. Derfor liker mange å jobbe slik. Faggruppen er ikke mot utvidet åpningstid på operasjonsstuen, men er det nok operasjonssykepleiere? Og hva legges i begrepet? Jeg forventer at det dreier seg om å strekke dagen, ikke holde åpent hele døgnet.



2

Ryan Pangilinan

Seksjonsleder på dagkirurgien, Haukeland universitetssykehus

Vi har flyttet til ny seksjon med seks flotte, moderne operasjonsstuer. Vi startet med to stuer i september grunnet mangel på operasjonssykepleiere. Etter hvert fikk vi flere operasjonssykepleiere, og vi økte så gradvis til tre stuer i oktober og fire i november. Nylig åpnet vi femte stue etter at de nyutdannede var ferdig. Overgangen fra to til fem stuer har gått over all forventning, og vi kan nå bruke den sjettede stuen til å «flekse» med. Det gjør at vi kan være litt mer effektivt. Vi opererer nå 15-20 pasienter daglig.



3

Jorunn Ringstad

Styreleder i Helse Førde

Vi starter med dagkirurgi på Nordfjordeid i høst, blant annet for grå stær og åreknuter. Så vil tilbudet utvides etter hvert, avhengig av kapasiteten i Helse Førde. Dagkirurgisk bemanning skal komme fra sykehuset i Førde. Før slet vi med å få leger til Nordfjord sykehus. Nå behandler sykehuset mer enn før, mye gjøres poliklinisk. Dette er god distriktspolitikk, med god overføringsverdi til andre lokalsykehus. Vi har blant annet en egen poliklinikk for eldre med sammensatte problemer. Og vi vet at det er mange som venter på grå stær-operasjon i Nordfjord.



4

Hege Gjessing

President i Legeforeningen

Den fantastiske medisinske utviklingen har gjort at mer og mer kan gjøres uten at pasientene må legges inn. Men prioriteringene i sykehusene må være balanserte slik at det er nok rom for god behandling av pasienter med kroniske og ofte komplekse sykdomsbilder. Vi mener en del kirurgiske inngrep kan overtas av avtalespesialister, altså spesialister fra sykehuset som er ute i private fellesskap. Da kan sykehusene i større grad ta seg av akutt og tung kirurgi. Dette vil være kostnadseffektivt. Slike private team vil vanligvis også ha behov for sykepleiere.





KOREA: Ansatte ved et sykehus i Jangseong, 300 kilometer sør Seoul, kneler for å be om unnskyldning etter at 20 eldre pasienter og en sykepleier døde på deres avdeling etter en eksplosiv brann 28. mai. Avdelingen hadde mange gamle pasienter med Alzheimer og slag. De var sjanseløse da brannen grep rundt seg.



Serena (t.v.) er til stede for nybakte mamma Sorani både under og etter graviditeten.

Tryggere fødsel i klinikken

Dhaka. I Bangladesh føder stadig flere mødre sine barn på barselsklinikker i stedet for hjemme uten hjelp av jordmor.

● Tekst og foto **Fredrik Loberg**

Sorani bor i et blikkskur i Corail, en av de største og fattigste slumstrøkene i hovedstaden Dhaka. Hun holder et godt grep rundt sin nyfødte baby.

– Babyen min heter Deb og er 21 dager gammel, forteller Sorani.

Den lille bylten ligger på ryggen i sengen og sover, pakket inn i et pledd. Sorani passer på fra sengekanten.

– Deb har det bra, sier hun.

SJU ÅR I CORAIL. Slik som mange andre her og i liknende slumområder i Dhaka, har Sorani i desperasjon flyttet fra landsbygdens naturkatastrofer, arbeidsløshet og sult. Tidligere var hun en av de fire millioner tekstilarbeiderne i Bangladesh. Nå er hun hjemme med sitt første nyfødte barn.

Hun er en av kvinnen som har fått profesjonell hjelp både under graviditeten og på barselsavdelingen. I mars fødte hun sin første baby.

ENORME FORSKJELLER. Det globale sultnivået har gått ned, ifølge FN-målinger. Samtidig har forskjellene økt. I et av verdens fattigste, mest folketette og korrupte land, Bangladesh, er det et hav av forskjell i levestandard mellom

«Vi forsøker å oppmuntre mødrene til å gå til en helsestasjon.»
Fatima

de få rike og de hundre millioner menneskene som lever i fattigdom. På den ene siden av Bananikanalen i hovedstaden Dhaka planlegges luksushoteller, skyskrapere og kontorlokaler. På den andre siden av kanalen, dit folk kommer seg til ved hjelp av en robåt laget av tre, ligger slumområdet Corail.

Blant leire, forsøpling, rotter og andre smitekilder lever 50 000 fattige mennesker år etter år uten vann- og avløpssystem. Folk sliter i time etter time i varmen og er underbetalte, opptatt av å få samlet sammen nok penger til mat til sine familier. De som har arbeid, jobber innen tekstilindustrien, vaskebransjen eller gjennom hard tråkking på pedalene for å transportere rikere mennesker i rikshaw langs Dhakas hardt trafikkerte gater.





Fakta



Bangladesh

- Bangladesh ligger i Asia, i et elvelandskap øst for India. Med sine 158 millioner mennesker er Bangladesh et av verdens tettest befolkede land. I løpet av de siste 40 årene har befolkningen doblet seg to ganger. De fleste innbyggere er muslimer.
- Spedbarnsdødeligheten i Bangladesh er på 63 døde pr tusen fødte. Forventet levealder er 62 år for begge kjønn.
- Analfabetismen i landet er samlet sett på 57 %, for menn er tallet 46 % og for kvinner 68 %.

Kilde: Wikipedia

1-ROMS. Sorani og Debs bosted består av et rom og en seng. Veggene er laget av bølgeblekk. Serena viste oss hit. Hun bor også i Corail. Serena arbeider med å hjelpe Sorani og andre mødre i slummen. Etter å ha fullført et kurs har hun blitt ansatt ved en av tre nystartede helsestasjoner for mødre i Corail.

– Jeg har vært på hjemmebesøk hver uke siden Sorani var i tredje måned, forteller Serena.

– Det er sånn jeg arbeider. Jeg besøker kvinnerne i hjemmet, hus for hus, er til stede og gir råd.

Serena er også en link mellom mødrene, sykepleierne og legene som er tilknyttet helsestasjonen. Serenas navneskilt og veske viser at hennes arbeidsgiver er BRAC, en av de største bistandsaktørene i verden.

VELGJØRER. BRAC, eller Bangladesh Rural Advancement Committee, ble grunnlagt i 1972, året etter at Bangladesh ble selvstendig.

Grunnleggeren Fazle Hasan Abed, som ble belønnet med Olof Palme-prisen i 2000, driver fortsatt BRAC, som i dag har sitt virke i et titalls fattige land og innenfor mange områder.

BRAC er en av de største grunnskoleaktørene i Bangladesh og i ytterlige fem land. Organisasjonen fungerer også som bank gjennom å låne ut penger, såkalte mikrokreditter, til fattige mennesker som forsøker å drive bedriftsvirksomhet.

Samme type lånesystem ble bangladeshiske Grameen Bank og dets grunnlegger Muhammad Yunus belønnet med Nobelprisen for i 2006. Siden da har det blitt stilt sterke spørsmålstegn ved mikrokreditt. En dansk TV-dokumentar avslørte at Grameens mikrokreditter i virkeligheten skaper enda dypere fattigdom i form av uoverstigelige gjeldsfeller.





Slike trebåter er vanlig fremkommingsmiddel, og eneste måte å komme over til slumområdet.



I BRACs helsestasjon og barselsklinikk gir Fatima rådgivning til blivende mødre.



SISTE SAMLING FØR FØDSEL. I fra BRACs elleve etasjer høye hovedkontor på andre siden av kanalen kan man få et overblikk over slumområdet Corail. Der planlegger organisasjonen å starte ytterligere to helsestasjoner for mødre. På gulvet inne på Serenas helsestasjon har pleieren Fatima en samtale i ring med sju slørbekleddede kvinner. De er alle i åttende eller niende måned. Det er siste gruppetreffet før fødselen. Samtalen handler blant annet om vaksinasjoner.

– Vi forsøker å oppmuntre mødrene til å gå til helsestasjon for å vaksinere barna sine. Her fører vi et register over når barna og mødrene skal ta vaksiner, sier Fatima.

På mødremottaket holdet personalet et øye med blodverdien, lytter etter lyd fra barna og

selger smertelindrende legemiddel. Det deles ut en håndbok til alle blivende mødre med skriftlige og bildebaserte instruksjoner og anbefalinger.

– Fortsatt sier en del kvinner at det føles trygge å føde hjemme, men vi forsøker å få alle til å ta til seg rådene våre, forteller sykepleieren Shebika.

FÆRRE BARN DØR. For bare noen år siden fødtes 85 prosent av barna her i hjemmet. Men nå fødes 85 prosent i klinikkens barselsrom eller på

«Hver dag dør 18 000 barn under fem år.»

Unicef

sykehus. 18 000 barn verden rundt under fem år dør hver dag, ifølge FNs barnefond UNICEF, selv om den årlige globale barnedødeligheten har gått ned med nesten to tredjedeler siden 1970.

I Bangladesh har antallet barn som dør innen fylte fem år minsket fra 144 per tusen fødte til 41 i 2012. Ifølge personalet på BRACs helsestasjon for mødre overlever også flere barn i Corail sammenliknet med tidligere, til tross for den endeløse fattigdommen.

– Livet er svart her, men jeg har en drøm for mitt barn, forteller nybakte mamma Sorani.

– Jeg tror ikke at mitt barn kommer til å bli høyt utdannet til lege eller noe sånt, men jeg ønsker at Deb skal få gå på skolen og i det minste få en eller annen form for utdanning. ●

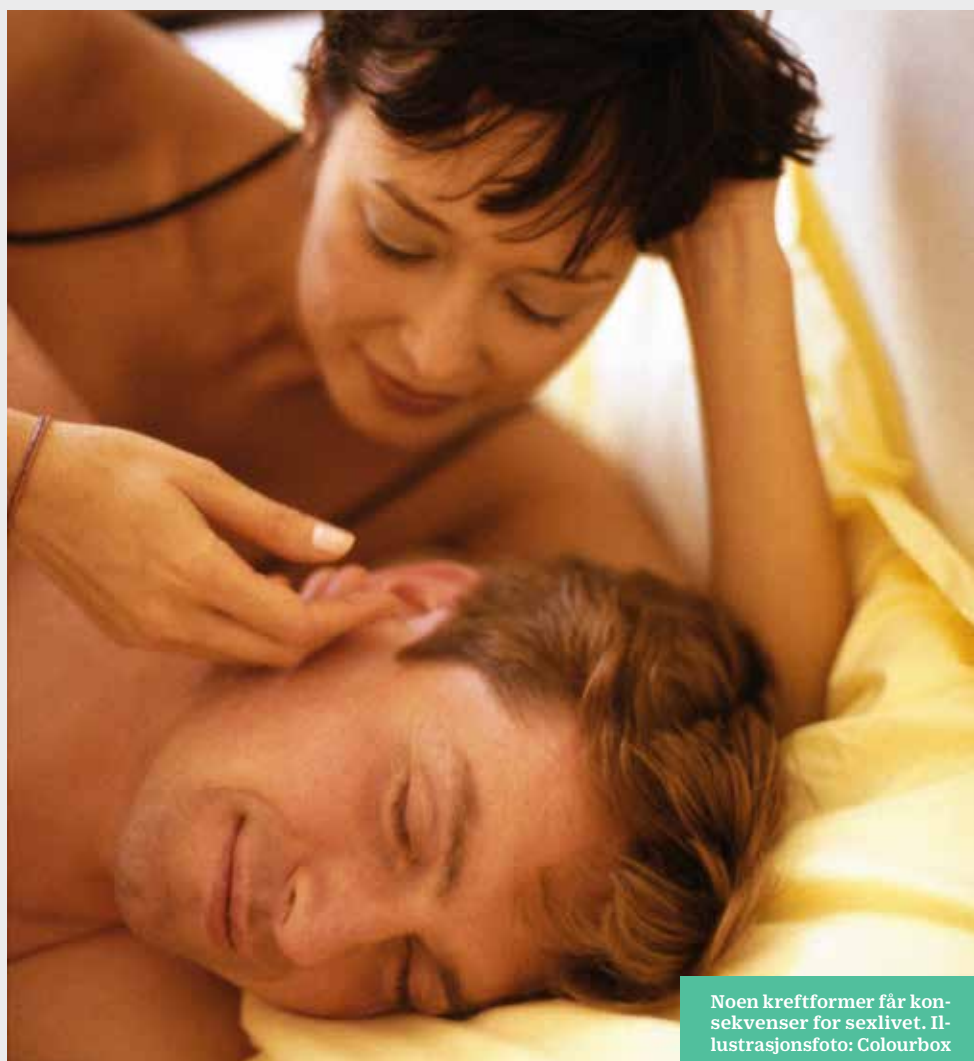
redaksjonen@sykepleien.no



Sykepleie

Del 2 Sykepleien 08 | 2014

Fagartikler – Etikk – Intervju



Noen kreftformer får konsekvenser for sexlivet. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Sexlivet etter kreft

Fagartikkel. Det er viktig at sykepleier snakker med kreftpasientene om sexlivet deres. **58**



Fagartikkel.

Forskning på barn må skje på deres premisser. **50**



Forskerintervju.

Da barn var på sykehus uten foreldrene. **62**



«Å se pasienten som syk, å se den subjektive lidelsen, er viktig.»

Per Nortvedt. **64**



Å FORSKE PÅ BARNES PREMISSE

Medisiner. Det er viktig at barn deltar i forskning så de får like sikker og utprøvd behandling som voksne.

FAGUTVIKLING:

Artikkelen bygger på
0 % praksis
100 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/sykepleiens.2014.0088



Hildur Kvinge Grindheim, Studiesykepleier ved Klinisk Forskningspost Barn, Haukeland universitetssykehus



Renathe Håpoldøy, Studiesykepleier på Klinisk Forskningspost Barn, Haukeland universitetssykehus

Barn er en sårbar pasientgruppe og har tradisjonelt blitt beskyttet mot å delta i forskning. Bakgrunnen for dette er at barn har begrenset valgfrihet og evne til å bedømme risikomomenter som deltakelse i forskning kan medføre. Barnets individuelle behov for beskyttelse har imidlertid resultert i at barn som gruppe ikke får like sikker og systematisk utprøvd behandling som voksne. Rundt halvparten av medikamentene som brukes til barn i Norge er uten myndighetsgodkjenning til den aktuelle pasientgruppen (1,2). I pediatrien fordeles medikamentbruken på færrest mulig preparater for å få nok erfaring til å utvikle gode retningslinjer (3).

BIVIRKNINGER. Det finnes en rekke eksempler på hva som kan skje når et nytt preparat tas i bruk uten tilstrekkelig testing. Thalidomid-tragedien i 1950- og 60-årene viste tydelig at et medikament som skulle gi effektiv og trygg lindring mot kvalme hos gravide, viste seg å gi alvorlige utilsiktede virkninger på barna de bar (4). På 50-tallet erfarte man også at antibiotikabehandling av nyfødte med henholdsvis sulfafurazole og kloramfenikol førte til alvorlig form for gulsott og «grey baby syndrom». Dette var betinget i metabolske faktorer spesifikke for nyfødte (5). Endring i administrering av et

medikament kan også by på utfordringer. I 1930-årene tok man i bruk Sulfanilamide-tabletter som ga effektiv behandling ved streptokokk-infeksjoner. Medisinen ble tilpasset barn ved å gi den i flytende form. Det viste seg at tilsetningsstoffet (dietylenglykol) i miksturen var toksisk, og i løpet av noen uker døde cirka 100 barn (6). En forutgående systematisk legemiddelutprøving i et mindre utvalg, ville trolig redusert skadeomfanget betraktelig.

REVISJON. Eksempelene viser at barn ikke er små voksne, men individer med ulik fysiologi i stadig vekst og utvikling (7). Medikamenter omsettes annerledes hos barn og kan ha andre virkninger og bivirkninger enn hos voksne. På grunn av aldersavhengige forskjeller bør medikamentene testes spesifikt på de ulike aldersgruppene. Barn kan også ram-

«Motsetter barnet seg deltakelse, skal dette tas hensyn til.»

mes av sykdommer som er uvanlig hos voksne. Behandling for slike tilstander kan derfor ikke testes på voksne, men kun på barn.

Mangelen på kunnskap ble etter hvert sett på som en trussel i medisinsk behandling av barn. Revisjonen av Helsinkideklarasjonen i år 2000 åpnet derfor opp for at barn kan delta i kliniske utprøvningsstudier (8,9). I 2007 kom et EU-direktiv som oppfordrer testing av alle nye legemidler som skal brukes til barn, på denne pasientgruppen (10). Dette har ført til betydelig økning av pедиатriske studier i Europa.

SAMTYKKE. For å ivareta barnet gjennom denne økte forskningsaktiviteten, har regelverk lagt spesifikke føringer for samtykkeprosessen og risiko-nytte-vurderingen ved pедиатriske studier.

Helsinkideklarasjonen (1964) etablerte prinsippet om frivillig samtykke til å delta i klinisk forskning (11). I samtykkeprosessen inngår samtykkekompetanse, informasjon og frivillighet. Disse faktorene varierer ut fra barnets alder og modenhetsnivå (12). Ettersom barnet mer eller mindre mangler samtykkekompetanse, må foresatte avgjøre om barnet skal delta eller ikke. Denne avgjørelsen kan være vanskelig å ta, avhengig av barnets diagnose og studiens kompleksitet. Hovedregelen er at begge foresatte skal gi skriftlig samtykke til at barnet deltar i forskning (13,14).

Lovverket sier at pasienten skal motta



Fakta ●●●

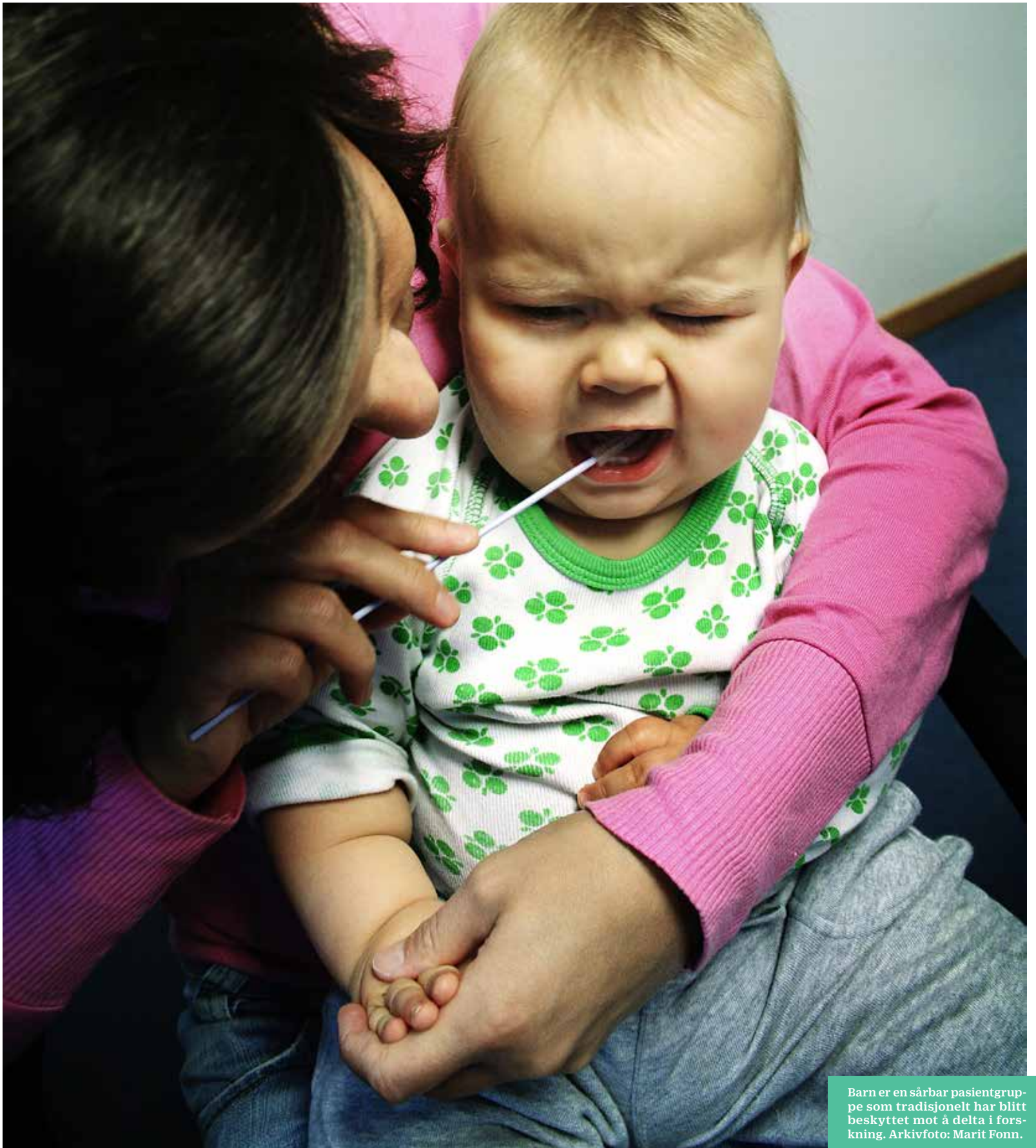
Hovedbudskap

Systematisk legemiddelutprøving er nødvendig for å gi tryggest mulig medisin. Inntil de senere år har dette vært forbeholdt voksne. Nye lovverk og retningslinjer bidrar til at barn også kan delta i forskning. Studieteamet har som målsetting å beskytte barnet gjennom hele forskningsprosessen, og her har studiesykepleieren en viktig rolle.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- Barn
- Forskning
- Lovverk
- EU



Barn er en sårbar pasientgruppe som tradisjonelt har blitt beskyttet mot å delta i forskning. Arkivfoto: Marit Fonn.



informasjon «avpasset i forhold til vedkommendes forståelsesevne» (15). Evnen til forståelse er individuell. Studier viser at alder, leseferdigheter og tidligere erfaringer med sykdom og sykehus spiller en rolle for å forstå hva forskning innebærer (16). Abstrakt informasjon som studiens hensikt, risiko, fordeler og rett til å trekke seg fra studien, blir forstått i henhold til alder. Informasjon om konkrete prosedyrer blir derimot forstått uavhengig av alder (17).

KAN NEKTE. Barn har ikke samme mulighet til frivillig samtykke som voksne. Et barn skal bli hørt, og foreldrene skal ta hensyn til barnets mening når de tar avgjørelsen. Selv om barnet er uten samtykkekompetanse, regnes det som kompetent til å nekte å delta (14). Motsetter barnet seg deltakelse, skal dette tas hensyn til, og deltakelse skal opphøre så sant det ikke har negativ betydning for barnets helse. Medisinsk sett er barnet myndig til å bestemme over egen kropp fra det er 16 år, men i legemiddelutprøving defineres barn som 0–18 år. Fyller deltakeren 18 år i løpet av studieperioden kreves det at vedkommende underskriver eget samtykkeskjema om å delta videre i studien.

Betaling til forskningspasienter kan påvirke frivilligheten i uheldig retning ved at man godtar høyere risiko enn man normalt ville ha gjort (18). Foresatte som samtykker på barnets vegne kan hypotetisk ledes til å godta betingelser utover barnets beste. Europeiske myndigheter har siden 2001 frarådet betaling som kan motivere til deltakelse i pediatrike studier (19). Det er derimot vanlig at man får dekket reiseutgifter, parkering og eventuelt kompensasjon for tapt arbeidstid.

Sammenliknet med forskning med voksne, kan samtykkeprosessen ta lengre tid, ettersom flere aktører er involverte. Noen ganger kan ikke begge foresatte møte opp samtidig for å samtykke. Det er uansett viktig å gi nødvendig betenkningstid og rom for spørsmål.

RISIKO OG UBEHAG. Ifølge Helseforskningsloven kan barn

inkluderes i forskning forutsatt at risiko og ulemper er ubetydelige, og at barnet ikke motsetter seg det. Det må være grunn til å tro at forskningsresultatene kan være til nytte for barnet eller andre i samme pasientgruppe. Akseptabel risiko er at barnet utsettes for minst mulig fysisk, sosialt og psykisk ubehag og at opplegget er mest mulig likt det barnet vil gjennomgå ved ordinær behandling (14). For å redusere risiko, inkluderes ikke barn i legemiddelstudier før det er gjort omfattende studier på voksne. Når barn inkluderes starter man med de eldste barna. Dataene blir analysert og vurdert, og deretter åpner man trinnvis opp for at yngre barn kan inkluderes. Først benyttes laveste dose for deretter å øke dosen.

I tidlig-fase-studier ønsker man å få kunnskap om medikamentets metabolisme i kroppen. Da er det vanlig med hyppige blodprøver til farmakokinetisk undersøkelse. Barn med mindre blodvolum kan påføres anemi ved mange blodprøver. Til forskningsprøver skal det ikke tas mer enn 1 prosent blodvolum per kilo, og i løpet av fire uker skal det begrenses til 3 prosent blodvolum per kilo (20). Dette innebærer streng prioritering av hvilke blodprøver som er viktige og en prøveglassstørrelse som er egnet. Man bør også vurdere om dataene kan innhentes på mer skånsomme måter som for eksempel spyttprøver eller ved å bruke spørreskjema.

Et viktig forskningsetisk prinsipp ved bruk av spørreskjema eller intervju, er å beskytte deltakerens privatliv og rett til konfidensialitet (11). Dette kan komme i konflikt med foresattes rett til opplysninger om sitt barn (21). Foresatte ønsker kanskje å vite hva barnet svarer, mens barnet ønsker det ikke. Det kan være bra å avtale på forhånd hva som kan formidles videre, og respektere barnets ønske (22). Dersom det oppstår en interessekonflikt under en studie, er det barnets ve og vel som er førsteprioritet. En generell regel er at hensynet til forskningsdeltakeren alltid går foran samfunnets og forskningens behov for datainnhenting. Dersom forholdet mellom risiko og

nytte endrer seg negativt underveis, bør man vurdere å avslutte studien (11).

FORDELER. Det er mulig at barnet opplever det som fordelaktig å delta i forskning. I en spørreundersøkelse har 97 prosent av barna i en legemiddelstudie svart at de var fornøyd med å delta, og nesten alle ville deltatt om igjen i forskning (23). En forskningsprotokoll kan kreve hyppige besøk. Dette kan oppfattes som negativt og tidkrevende, men det kan også resultere i at barn og foresatte føler seg godt ivaretatt. Noen barn føler at de bidrar med noe viktig for sin pasientgruppe. Ved genetisk syk-

dom gjør man også noe verdifullt for egen slekt og familie. Ved å delta i forskning får man gjerne mer innsikt i egen sykdom. Dette kan spesielt være viktig for ungdommer som etter hvert skal ta ansvar for egen

medisinering. Ikke minst gir forskning mulighet til å ta i bruk nyeste behandling som kanskje ikke er tilgjengelig på annen måte.

FORSKNINGSPOST FOR BARN.

For å kunne gjennomføre trygge legemiddelstudier på barns premisser, må man sette av ressurser i form av tid, personell og fasiliteter. Helse Bergen opprettet i 2007 en forskningspost for barn. Dette er den første i sitt slag i Norden. Den er spesialisert for å ta de hensyn pediatrike studier krever og har utprøving av legemidler og medisinsk utstyr som hovedansvarlig. Posten er praktisk og hensiktsmessig lokalisert på Barnekliviken, Haukeland universitetssjukehus, og er dermed lett tilgjengelig både for pasientene og personalet som er aktuelle i en barnestudie. Lokaliseringen gir også mulighet for økonomisk sambruk av lokalt utstyr og medisinsk utstyr med de øvrige avdelingene.

De fleste barn er friske og de ulike pasientgruppene små. For å oppnå tilstrekkelige data i en studie er det viktig med både nasjonalt og internasjonalt samarbeid. De siste årene

«Når barn inkluderes, starter man med de eldste barna.»

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

er det arbeidet med oppbygning av infrastruktur og nettverk i Norge for å tilrettelegge for pediatriske studier. Klinisk Forskningspost Barn er et ledd i denne utviklingen sammen med blant annet Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn (<http://www.legemidlertilbarn.no>).

STUDIESYKEPLEIER. Det økende behovet for studiesykepleiere har ført til at man har fokusert mer på studiesykepleierens rolle i løpet av det siste tiåret (24). I legemiddelutprøving er det legen som har ansvaret for studien, men mange arbeidsoppgaver kan delegeres videre til studiesykepleier. Selv om sykepleieren utfører delegerede oppgaver har hun eller han selv «ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig» (25). Studiesykepleieren har bruk for sine evner til nøyaktighet, orden og organisering. Digital kompetanse er også nyttig, og man bør være komfortabel med at mye av kommunikasjonen i legemiddelstudier foregår muntlig og skriftlig på engelsk. I kliniske studier er mange diagnoser og undersøkelsesmetoder representert. Dette forutsetter at man hele tiden skaffer seg ny kunnskap og lærer nye ferdigheter.

Studiesykepleieren kan være med i hele prosessen fra forberedelse, gjennomføring og avslutning av et forskningsprosjekt. Målsettingen er å ivareta pasientens rettigheter, og innhente og dokumentere forskningsdata på en korrekt måte (26). For å kunne det, må studiesykepleieren ha kjennskap til god klinisk utprøverpraksis (Good Clinical Practice/GCP). GCP er en internasjonal etisk og kvalitetsmessig standard for klinisk legemiddelutprøving (27). Ved Haukeland universitetssjukehus blir det arrangert GCP-kurs to ganger årlig.

PROTOKOLL. Alle studier skal ha en forskningsprotokoll som gir detaljerte opplysninger om hensikten med studien, pasientgruppen som kan inkluderes, hvordan data skal innhentes og dokumenteres, og hvordan ulike prosedyrer skal utføres. Som studiesykepleier leser man forskningsprotokollen nøye for å få

oversikt over hvordan prosjektet skal gjennomføres i praksis. Avvikler prosedyrene fra norsk standard? Er alle undersøkelsene nødvendige? Er fastende blodprøver lagt til morgenen? Går undersøkelsene over flere dager slik at det trengs overnatting på sykehotellet? Hvilket utstyr skal benyttes? Hvilke reaksjoner/bivirkninger kan forventes? Hvilken beredskap er nødvendig?

Ingen studier er like, og alle protokoller har spesifikke krav. Forskningsdeltakeren kan være poliklinisk som en ekstra studie-konsultasjon eller inneliggende som ledd i sin vanlige behandling. Ved bruk av forskningsprotokollens flytskjema kan tids- og ressursbruk estimeres slik at man kan lage budsjett og utarbeide kontrakt for forskningssamarbeidet. Når alle godkjenninger er på plass, kan studien starte. Det er viktig å påse at ingen studierelaterte prosedyrer settes i gang før skriftlig samtykke er innhentet.

TILGJENGELIGHET. Ved utprøving av medisin må man se på respons i form av virkning og bivirkninger. Uønskete medisinske hendelser som eventuelt oppstår, følges grundig opp og rapporteres uavhengig om man ser relasjon til studiemedisinen eller ikke. Studiesykepleieren har en viktig rolle med å observere og innhente opplysninger ved å bruke kunnskap, klinisk blikk og gjennom tillit hos barnet og foresatte. Sykepleieren har handlingskompetanse til å ivareta barnet ved uønskete hendelser (28). En slik hendelse skal dokumenteres og rapporteres på riktig måte innenfor gitte tidsfrister. Foresatte kan alltid ringe eller sende sms til studiesykepleieren, som igjen kan kontakte studielegen ved behov.

Studiesykepleieren er også kontaktleddet til legemiddelfirmaene. Det er tett samarbeid med firmaets monitor, som jevnlig kommer på besøk til studiestedet. En monitor overvåker forskningsprosessen og validerer forskningsdataen. Når alle kliniske undersøkelser er avsluttet, må papirer og data ferdigstilles og klargjøres til lagring i 15 år. I løpet av denne tiden kan de hentes fram

dersom en inspeksjon fra nasjonale eller europeiske legemiddelmyndigheter krever det.

Forskning tar tid for alle involverte. Studiesykepleieren må tilrettelegge best mulig, slik at hyppige studievisitter går minst mulig utover barnets skolearbeid og andre aktiviteter. Dersom studievisittene tilpasses den involverte familien, kan man unngå at barnet dropper ut av studien. Å delta i forskning er en ekstrainsats som kommer resten av pasientgruppen til gode. Studiesykepleieren tilstreber at avtaler gjennomføres uten unødig venting. Enkelte studievisitter kan foregå en hel dag, spesielt ved blodprøver til farmakokinetiske tester. Andre studievisitter kan være på kveldstid, enten fordi protokollen krever det, eller fordi det passer best for den involverte familien.

KONKLUSJON. De nye lovendringene som omhandler legemiddelutprøving på barn vil trolig føre til at sykepleiere på norske barneavdelinger blir mer involvert i forskning i årene som kommer. Det kunne vært nyttig med en kort innføring i Good Clinical Practice-prinsipper i grunn- og videreutdanning for sykepleiere. På denne måten vil sykepleiere ha større forståelse dersom en pasient i avdelingen deltar i legemiddelutprøving, uavhengig av om man er studiesykepleier eller ikke.

Barn fortjener best mulig behandling. Klinisk forskning tilstreber dette. I Felleskatalogen er det ikke uvanlig at det under punktet «Dosering til barn» står «ikke undersøkt». Dette betyr at barn får ikke like utprøvd behandling som voksne. Resultatet av legemiddelstudier på barn er at Felleskatalogen vil kunne gi flere anbefalinger om dosering til ulike alderstrinn ut fra dokumentasjon om medikamentets effekt og sikkerhetsprofil. Man kan derfor påstå at det er uetisk om barn hindres i å delta i forskning. Men for alle involverte, enten det er myndigheter, legemiddelindustri, forskningsteam eller pårørende, må målet være å beskytte barna gjennom hele forskningsprosessen. Mye er gjort, men det gjenstår fortsatt arbeid for at

forskningsdesign skal bli enda mer tilpasset barn, slik at risiko, ubehag og omfang av studien reduseres til et minimum. ●

REFERANSER:

1. Kallikstad B, Aaserud S. Barn og medisiner. Oslo: Cappelen Damm, 2009.
2. Brattid D. Får barn riktige legemidler? Tidsskr Nor Lægeforen 2005;23:3290-92.
3. Wang S. Udekkede behov for medisiner til barn. Oslo: Statens legemiddelverk, 2011.
4. Kim JH, Scialli AR. Thalimide: the tragedy of birth defects and the effective treatment of disease. Toxicol Sci 2011 Jul; 122:1-6.
5. Choonora I, Rieder MJ. Drug Toxicity and Adverse Drug Reaction in Children – A Brief Historical Review. Pediatric and Perinatal Drug Therapy 2002;5:12-18.
6. Wax PM. Elixirs, Diluents, and the Passage of the 1938 Federal Food, Drug and Cosmetic Act. Ann Intern Med Mars 1995; 122:456-461.
7. Klassen TP, Hartling L, Craig JC, Offringa M. Children Are Not Just Small Adults: The Urgent Need For High-Quality Trial Evidence in Children. PLoS Med 2008;5:172.
8. Stark NJ. Declaration of Helsinki. Controversies with Revisions 2000. Clinical Device Group Inc. CDG Web Publications 31. Oct 01. <http://www.clinicaldevice.com/Helsinki2000.pdf>
9. Store norske leksikon: Medisinsk etikk. http://snl.no/sml_artikkel/etikkmenuitem6 (Nedlastet ned 3.sept 2012).
10. Regulation (EC) No 1901/2006 of the European Parliament and the Council of 12 December 2006 on medicinal products for paediatric use and amending Regulation (EEC) No 1768/92, directive 2001/20/EC, Directive 2001/83/EC and Regulation (EC) No 726/2004.
11. WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>.
12. Malhotra S, Subodh BN. Informed consent & ethical issues in paediatric psychopharmacology. Review article. Indian J Med Res 2009;129:19-32.
13. Velledding til Forskrift av 30. oktober 2009 om klinisk utprøving av legemidler til mennesker. Versjon 2.0 / 08.09.11
14. Veileder til lov 20. juni 2008 nr. 44 om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven). Versjon per 25. mars 2010.
15. FOR 2009-10-30 nr. 132: Forskrift om klinisk utprøving av legemidler til mennesker. §2-9c
16. Miller A, Drozdar D, Kodish E. Children's Competence for Assent and Consent: A Review of Empirical Findings. Ethics & Behavior 2004;14:255-295.
17. Ondrusek N, et al. Empirical examination of the ability of children to consent to clinical research. Journal of Medical Ethics 1998;24:158-165.
18. <http://www.etikk.no/no/Forskningsetik/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Betaling-til-deltakere-i-medisinske-eller-helsefaglig-forskning/> (10.07.2012).
19. Directive 2001/20/EC of European Parliament and of the council of 4 April 2001 (Article 4 d).
20. Committee for medicinal products for human use (CHMP) and Paediatric committee (PDCO): Guideline on the investigation of medicinal products in the term and preterm neonate. EMEA 01 January 2010.
21. Helseth S, Slettebø Å. Research Involving Children: Some ethical issues. Nursing Ethics 2004; 11:298-308.
22. Backe-Hansen E. Barn. Forskningsetisk bibliotek. <http://www.etikk.no/FBIB/Temaer/Forskning-pa-bestemte-grupper/Barn/> (Nedlastet: 10.07.2012).
23. Fogas B, Oesterfeld R, Shader R. A Retrospektive Study of Children of Participation as Clinical Research Subject in a Minimal Risk Study. Journal of Development & Behavioral Pediatrics 2001; 22:211-216.
24. Poston RD, Buescher CR. Advanced Clinical Practice: The Essential Role of the Clinical Research Nurse (CRN). Urologic Nursing 2010; 30:55-63.
25. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler. Oslo: Norsk Sykepleierforbund, 2011.
26. Competency Framework for Clinical Research Nurses. A tool to promote patient safety and quality data. Short version: 01/10/2011
27. ICH Harmonised Guideline for Good Clinical Practice. 1997 Brookwood Medical Publications Ltd
28. Catania C. Clinical Trial Nurse's Role in Safety Reporting. Nursing Forum 2012;1:18-26.



SAMKJØRTE E-JOURNALER

Kommunehelsetjenesten. Utviklingsprosjekt ga bedre samsvar i rutiner for planlegging, gjennomføring og dokumentasjon av pasientbehandling.

FAGUTVIKLING:

Artikkelen bygger på
50 % praksis
 50 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/sykepleiens.2014.0091



Grete Vabo, universitetslektor, Institutt for sykepleievitenskap Universitetet i Agder

I denne artikkelen vil jeg beskrive et utviklingsprosjekt i fire Setesdal kommuner med vekt på elektronisk pasientjournal (EPJ), dokumentasjon av sykepleie og tilhørende arbeidsprosesser.

Prosjektet skulle kartlegge hvordan den aktuelle helsehjelpen i kommunene ble planlagt, gjennomført og dokumentert. Kommunene som var med i prosjektet var: Bykle, Valle, Bygland og Evje-Hornnes. Bakgrunnen var utfordringer knyttet til dokumentasjon i pleie og omsorgssektoren, og prosjektet var initiert av pleie- og omsorgslederne (PLO) gjennom Setesdal regionråd.

(1,6) være utgangspunktet for utvikling av behandlingsplanene. I veilederen for saksbehandling i pleie- og omsorgstjenestene står det følgende: «God og grundig kartlegging av behov for hjelp er en forutsetning for at tjenestetilbudet på best mulig måte skal kunne dekke det faktiske behovet» (4, s. 33).

BAKGRUNN. Høsten 2009 utredet Setesdal regionråd behovet for ulike prøveprosjekter innenfor helse. Utredningen resulterte i flere prøveprosjekter, om demens, psykisk helse og IKT. Målet var aktiv drift etter prøveperioden, i tillegg til å se på rutiner for sykepleiedokumentasjon.

Våren 2010 ble sykepleiere og omsorgsarbeider i kommunene intervjuet om rutiner og prosedyrer for å dokumentere helsehjelp. Svarprosenten var ulik i de enkelte kommunene. Vi fikk likevel et tydelig inntrykk av hva som var aktuell praksis. Resultatet av intervjuene og spørreskjemaene ble utgangspunkt for prosjektet som startet 1. oktober høsten 2010.

PROSJEKTET. Hver uke besøkte jeg en kommune i to dager og deltok i den daglige pleien sammen med øvrige ansatte. Etter pleien gikk vi «inn i» journalene for å se på hva som var dokumentert. Samtidig ble rutiner for innsamling av opplysninger, utvikling av behandlingsplaner i EPJ-systemene,

og gjennomføringen av muntlige og skriftlige rapport vurdert og diskutert. Ansatte fra kommunene deltok i arbeidet. Vi så også på funksjonaliteten i EPJ-systemene (7). I løpet av prosjektperioden byttet to av kommunene EPJ-system, noe som resulterte i at alle kommunene hadde samme system.

I forbindelse med saksbehandling og innmeldte behov for helsehjelp fattes det enkeltvedtak. De ansatte hadde ulik grad av kunnskap om denne prosedyren. Enkeltvedtakene er ikke alltid konkrete, men de er viktige som et utgangspunkt for videre planlegging av helsehjelp (4).

ULIK PRAKSIS. Alle kommunene hadde rutiner for innsamling av opplysninger. Men måten informasjonen fra innsamlingsoppgavene eller kartlegging av behov for helsehjelp ble brukt videre i behandlingsplanene varierte. Det var også ulik praksis for oppdatering av behandlingsplanene. Veileder for kvalitet i pleie og omsorgstjenestene er tydelig på minstekravet. Her defineres kvalitet med hvordan uttalte og underforståtte behov blir dekket (1).

Prosjektet avdekket mangelfulle rutiner for dokumentasjon av sykepleie i daglig praksis. Spesielt når det gjaldt hvordan behovet for helsehjelp ble kartlagt, men vi fant også mangel på oppdatering av behandlingsplaner. Noen kommuner

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Helsepersonell må være faglig forankret når pasienters behov for helsehjelp skal kartlegges. Det er kun ved å dokumentere helsehjelp som planlegges, gjennomføres og evalueres, at helsepersonell ivareta sin juridiske dokumentasjonsplikt.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider.

- Dokumentasjon
- Journal
- Hjemmesykepleie
- Kommunehelse-tjeneste



Anne Bjørg Håverstad, sykepleier og ressursperson Unique Profil i Bygland kommune

KRAV TIL PLEIE. Det stilles både juridiske og faglige krav til den helsehjelpen som gis (1), og til hvilke forpliktelser helsepersonell har til å dokumentere planlagt og gitt helsehjelp (2,3). Helsedirektoratet har i tillegg retningslinjer og standarder for hvordan leverandørene skal utvikle funksjonaliteten (4,5) i pasientjournalssystemene (EPJ).

Helsepersonell skal vite hvilke behov pasienten ikke klarer å ivareta selv. Deretter skal man utvikle en behandlingsplan som viser hva som er planlagt og hva man skal gjøre av helsehjelp. I tillegg til å fokusere på kartlegging av vedtaket som er fattet (4), bør grunnleggende behov og kunnskapsbasert praksis



Det var mangelfulle rutiner for dokumentasjon av helsehjelp i kommunene, særlig når det gjald kartlegging av behovet for helsehjelp. Arkivfoto: Erik M. Sundt

hadde en inntakssamtale uten spesiell struktur, mens andre benyttet IPLOS (Individuell pleie og omsorgsstatistikk)-variablene (8) som bakgrunn for inntakssamtalene. Det var ulik praksis både i de forskjellige kommunene, men også internt i kommunens ulike arenaer for helsehjelp; sykehjemmene, hjemmesykepleien og psykisk helse.

INTERVENSJONEN. Etter diskusjoner med de fagansvarlige og PLO-lederne i kommunene, ble vi enige om å utvikle et felles verktøy for kartlegging av behov for helsehjelp. Forskning (9,10) viser at systematikk er viktig dersom man skal lykkes med dokumentasjon i EPJ. For at arbeidsprosessen skal være fullstendig må følgende fem ledd gjennomføres:

- Kartlegging av behov for helsehjelp
 - Definere behov/problem/diagnose med bakgrunn i gjennomført kartlegging
 - Sette mål for pleien i forhold til behov/problem
 - Velge tiltak for å nå målene som er satt
 - Evaluere om tiltakene har effekt
- Disse fem leddene sammenfaller med innholdet i journalforskriften,

der det beskrives at bakgrunn, innhold og resultat av pleie og omsorg alltid skal være journalført (3) (jf. Tab. 1). For å være juridisk forsvarlig må alle de fem leddene i denne prosessen være dokumentert i pasientens behandlingsplan. Dette gjelder alle områdene for helsehjelp i kommunene.

MANGLER. Innholdet i EPJ-systemets rapportenhet ble også studert i prosjektet. Vi fant at systemet har mangler når det gjaldt systematisk lagring av informasjon om helsehjelp. I noen kommuner var det funksjonsområdene i IPLOS (8) som strukturerte innholdet i kartleggingen. Andre kommuner hadde rutiner for hvilke funksjonsområder som skulle kartlegges og registreres i journalen ved inntak. De ansatte opplevde det som utfordrende å holde behandlingsplanene oppdatert. I til-

«Helsepersonell skal vite hvilke behov pasienten ikke klarer å ivareta selv.»

legg er kartleggingen IPLOS-registreringen gir mangelfull, da behov som psykiske behov, åndelige behov, søvn, sirkulasjon og respirasjon for å nevne noen, ikke blir registrert i IPLOS.

Leverandøren for EPJ-systemet, Visma,(7) rådet oss til å benytte «skjemarommet» i rapportmodulen som lagringsrom for kartleggingsverktøyet/intervensjonen vi utviklet i prosjektet. I intervensjonen ble både de grunnleggende behovene og variablene i IPLOS lagt inn. Noen av IPLOS-variablene overlapper, mens andre supplerer. Årsaken var at både grunnleggende behov (6) og IPLOS-variabler (11) skal vurderes ved inntak og behov for helsehjelp. Det ble også utviklet en veileder til intervensjonen (12), slik at de som foretok inntakssamtalen eller kartleggingen hadde samme utgangspunkt.





Tabell 1:

| Faglig fokus og kvalitet på pleien (Forskrift for kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene) | Juridisk fokus (Forskrift om pasientjournal) |
|---|--|
| Kartlegging av behov | Bakgrunn for helsehjelp |
| Få frem behov for helsehjelp | Innhold i helsetilbudet |
| Sette mål for pleie | ---«---«---«---«--- |
| Velge tiltak | --«---«---«---«--- |
| Evaluerer | Resultatet av helsehjelpen |

Tabell 2: Kartleggingsverktøy/intervensjon.

| Grunnleggende behov og helsehjelp | IPLOS (funksjon) 1–5 eller 9 som betyr ikke relevant | Grunnleggende Behov og helsehjelp | IPLOS (funksjon) 1–5 eller 9 som betyr ikke relevant |
|------------------------------------|--|--|--|
| 1. Mental kapasitet | Hukommelse | 9. Aktivitet | Beveger seg inne/ute |
| 2. Sansing/kommunikasjonskapasitet | Kommunikasjon, syn, hørsel | 10. Søvn og hvile | |
| 3. Sirkulasjon | | 11. Psykiske behov – trygghet, identitet og egenverd | Beslutningsdyktig |
| 4. Respirasjon | | 12. Medisinsk egenomsorg | Medisinsk egenomsorg |
| 5. Temperatur | | 13. Sosiale behov – atferd | Sosial deltakelse – styring av atferd |
| 6. Ernæring | Lage mat, spise | 14. Mestring og livsstil | Alminnelig husarbeid |
| 7. Eliminasjon | Toalett | 15. Livsmot og håp | |
| 8. Personlig hygiene | Personlig hygiene – av og påkledning | 16 | Skaffe seg varer og tjenester – beslutninger i dagliglivet |

KARTLEGGING. Ideen var videre at i forkant eller ved innkomst i tjenesten, og ved større endringer i behov for helsehjelp, skulle pasienten kartlegges for behov for sykepleie. Denne kartleggingen skal danne bakgrunn for utvikling av behandlingsplanen.

I forbindelse med videre utvikling av behandlingsplanen utvikles problemer eller diagnoser, tiltak og mål for sykepleien. Diagnosene skal legges inn under systemets planområder, tiltakene skal velges etter diagnosene eller problemstillingene under planområdene, og målene skal plasseres i rapportmodulen for mål. Rapport

om hvordan tiltakene fungerer eller ikke fungerer skal skrives inn i tilknytning til tiltakene.

Mens prosjektet pågikk ble kartleggingsverktøyet/intervensjonen med veilederen utviklet i samarbeid med PLO-lederne og de fagansvarlige. Kommunene hadde noe ulik praksissituasjon da bare et par av kommunene brukte EPJ-systemets plan- og rapportdel.

I utviklingsprosjektet ble det gjort et forsøk på å utarbeide et felles kodeverk for alle kommunene, med aktuelle planområder, mål og tiltak (12). Dette kodeverket ble implementert og tatt i bruk av prosjektkommunene i ulik grad.

AVSLUTNING. Arbeidssituasjonen for ansatte i helsesektoren, i kommunene spesielt, kompliseres ytterligere der de elektroniske journalsystemene ikke er funksjonelle og understøtter leddene i den sykepleiefaglige arbeidsprosessen. Dette fører til at dokumentasjon av sykepleie ikke holder faglige og juridiske mål. Dette bør både systemleverandører og helsepersonell fokusere på, nå og i tiden som kommer.

Utviklingsprosjektet involverte fire kommuner. Det var en interessant periode med mange spennende praksissituasjoner. Samtidig er det mange ansatte i reduserte stillinger, og det er ulik kultur og miljø i kommunene. Det er cirka 13 mil fra Evje-Hornnes i sør til Bykle i nord, og ikke alle avdelinger ble ivarettatt. Deltakerne i prosjektet opplevde det som viktig å fokusere på pasientdokumentasjon og hevder at erfaringene som ble gjort kan bidra til å videreutvikle praksis. ●

REFERANSER:

1. Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Oslo: Helsedirektoratet, 2004. [http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kvalitet-i-pleie-og-omsorgstjenesten.pdf](http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kvalitet-i-pleie-og-omsorgstjenesten/Publikasjoner/kvalitet-i-pleie-og-omsorgstjenesten.pdf) (18.05.2012).
2. Lov om helsepersonell. <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html> (18.05.2012).
3. For Forskrift om pasientjournal 2000-12-21 nr. 1385. http://www.hnt.no/upload/47786/_usr_www_lovdata_forskrift%20om%20pasientjournal.pdf (18.05.2012).
4. Veileder for saksbehandling og dokumentasjon for pleie og omsorgsykker. Oslo: Helsedirektoratet, 2006. [http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-i-saksbehandling-og-dokumentasjon-for-pleie-og-omsorgstjenester.pdf](http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-i-saksbehandling-og-dokumentasjon-for-pleie-og-omsorgstjenester/Publikasjoner/veileder-i-saksbehandling-og-dokumentasjon-for-pleie-og-omsorgstjenester.pdf) (18.05.2012).
5. Kravspesifikasjon for elektronisk dokumentasjon av sykepleie. Nasjonal standard. Del I. http://www.kith.no/templates/kith_WebPage_690.aspx (18.05.2012).
6. Kristoffersen NJ, m.fl. Grunnleggende sykepleie Bind 2 Grunnleggende behov (2.utg). Oslo: Gyldendal akademisk, 2011.
7. Visma. <http://www.visma.no/programvare/for-offentlig-sektor/Pleie-og-Omsorg/Overview/> (30.07.2013).
8. IPLOS Veileder <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/iplos-veileder-for-personell-i-kommunale-helse-og-sosialtjenester/Sider/default.aspx> (20.12.2013).
9. Vee TS, Hestetun M. Struktur og rutiner. – nauksynte føresetnader for å sikre sykepleiedokumentasjonen. Vård i Norden 2009; 3:50–52.
10. Kärkäinen O, Bondas T, Eriksson K. Documentation of individualized patient care: a quantitative metasynthesis. The nursing Ethic 2005; 12: 123–132.
11. Sandvand E, Vabo G. Dokumentasjon i sykepleien En basisbok i faglig og juridisk forsvarlig dokumentasjon (1.utg). Oslo. Høyskoleforlaget, 2007.
12. Lovdata. Forskrift om pseudonymt register. http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/for/sf/ho/ho-20060217-0204.html&emne=iplos*& (15.10.2012).
13. Vabo G. Dokumentasjon av sykepleie. Et aksjonsforskningsprosjekt i Setesdal. Rapportserie -nr./1.2013. <http://www.omsorgsforskning.no/> (10.01.14).

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til
torhild.apall@sykepleien.no



Trude Hammer Langhelle

Gir råd om sex

Fortalt til **Susanne Dietrichson** • Foto **Svein Lunde, Helse Stavanger**

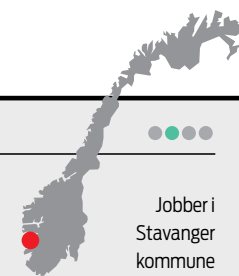
Fakta

Trude Hammer Langhelle

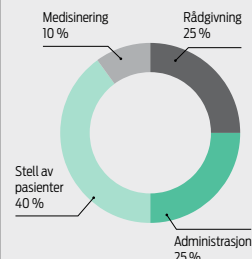
49 år

CV

1989: Utdannet sykepleier
2001 Klinisk spesialist i sykepleie
2013 Videreutdanning i sexologi
2014 Sexologisk rådgiver ved Stavanger universitetssykehus



Når jeg jobber driver jeg med ...



Det jeg liker best ved jobben min er samtale med pasientene. Jeg jobber 75 prosent på gynekologisk sengepost og 25 prosent som rådgiver ved sexologisk poliklinikk tilknyttet samme avdeling. Som sexologisk rådgiver har jeg faste konsultasjonsdager hvor jeg tar imot pasienter som har forhåndsbestilt time. Jeg har inntil fem pasienter hver dag og en konsultasjon varer i 60 minutter.

Pasientene som henvender seg til poliklinikken har forskjellige utfordringer, noen trenger bare én time mens andre kommer tilbake flere ganger. Felles for de fleste er at de opplever å ha et seksuelt problem som ofte har sammensatte årsaker. Andre bekymrer seg for hvilke konsekvenser sykdom og behandling kan få for sexlivet.

Tilbudet krever ikke henvisning og var primært rettet mot gynekologiske pasienter, men er nylig utvidet til å være åpent for alle. Jeg underviser også helsepersonell. Det er viktig at sykepleiere tar denne typen samtaler med pasientene. Mange ønsker ikke å invitere til samtaler de ikke føler de har kompetanse til å følge opp, men i så fall kan man henvise videre. Seksualitet er en del av det å være menneske og sykepleieren skal jo nettopp se hele mennesket.

De vanligste grunnene til at pasienter kommer til meg er smerter ved samleie, tap av seksuell lyst og ufrivillige sammentrekninger av muskler i skjeden, eller andre problemer som kan få konsekvenser for sexlivet. Jeg prøver sammen med dem å definere hva som er problemet, hva som er målet med rådgivningen og hva som er realistisk å oppnå. Mange kan få hjelp til smertelindring mens andre trenger hjelp til å leve best mulig med smertene, eller få råd om ulike måter å forvalte seksualiteten på. For andre er den største hjelpen det å få satt ord på tankene sine.

Jeg får innblikk i mange ulike erfaringer. Jeg er interessert i mennesker og setter pris på tilliten pasientene viser meg. Det som gjør sterkest inntrykk på meg er lettelsen pasientene opplever ved å sette ord på disse vanskelige tingene. Mange gir også uttrykk for at de får det bedre. ●

susanne.dietrichson@sykepleien.no



Trude Hammer Langhelle er klinisk spesialist i sykepleie og sexologisk rådgiver.



KREFT RAMMER MENNS SEXLIV

Rådgiving. Det er viktig at sykepleier snakker med kreftpasienter om sex.

FAGUTVIKLING:

Artikkelen bygger på

20 % praksis
80 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/sykepleiens.2014.0092



Merete Blindheim, kreftsykepleier, Kreftavdelingen, Ålesund sykehus



Sven Inge Molnes, høyskolelektor, Avdeling for helsefag, Høgskolen i Ålesund.

I 2011 fikk 16 189 menn en kreftdiagnose (1). Noen kreftformer får direkte konsekvens for menns seksualliv. Ødeleggelser av urinblærens lukkemekanismer kan gi tørr orgasme og infertilitet. Operasjoner i mage og underlivet fører ofte til at pasienten blir helt eller delvis impotent i perioder, samt får urin- og avføringsproblemer. Cellegift-, stråle- og hormonbehandling kan medføre ytterligere nedsatt lystfølelse, ereksjonsvansker, endret følsomhet i kjønnsorgan og nedsatt evne til orgasme. Mange opplever i tillegg kvalme, smerte, fatigue og endret utseende som konsekvens av kreftsykdom (2–6).

Ifølge Graugaard (7) vil en kreftdiagnose nesten alltid berøre pasientens seksualitet, samtidig som den påvirker samspillet med partneren. Hvis ikke sykepleier bryter tausheten omkring seksualitet og kreft, er det fare for at seksualiteten opphører i et parforhold der den ene er rammet av kreft. Dette vil innebære et stort tap for paret, da den seksuelle kontakten ofte fungerer som en kanal for utveksling av følelser, kjærtegn og intimitet, men også kan være en arena der konflikter løses. I noen tilfeller kan fortielse av seksualitet føre til skilsmisse og depresjoner.

INTIMT TEMA. I helsevesenet snakkes det om intime og vanskelige temaer (8,9), men forskning og faglitteratur viser at kreftpasienters seksuelle helse blir oversett (7–14). En studie fra Finland (14) viser at 96 prosent av helsepersonell som jobbet med kreftpasienter mener at det er deres jobb å snakke med pasientene om seksualitet, mens 98 prosent av de spurte faktisk snakket med mindre enn halvparten av pasientene. Bare 35 prosent av dem som var med i studien tok opp temaet på eget initiativ. Undersøkelser viser at kreftpasienter har et stort informasjonsbehov som ikke blir møtt av helsepersonell (11,15–17). En kreftdiagnose kan påvirke en pasients intime og seksuelle verden uansett krefttype, alder, kultur og partnerstatus (10,11), da seksualiteten er en sentral del av menneskets identitet, selvrespekt og livskvalitet. Ved diagnosetidspunktet er de fleste pasienter opptatt av behandling- og overlevelsesmuligheter. Tanker og spørsmål rundt seksualitet kommer ofte i bakgrunnen (10). Etter det første sjokket, viser studier at pasienten har behov for samtale og informasjon (10,16). Det er skrevet mye om kreft og seksualitet. Til tross for dette er seksualitet fortsatt et tabuområde i helsevesenet (8). Dette er en påstand som

understøttes i artikler fra mange land (10,11,13–15,17–21). Årsaken helsepersonell oppgir for ikke å ta opp temaet er liten tid, stor arbeidsmengde, bluferdighet, respekt for pasienten, pasientens alder, at pasienten er for syk, mangel på kunnskap, private rom og veiledning (7,11,13–15). For å forbedre kommunikasjon om seksualitet med kreftpasienter, sier litteraturen at sykepleiere må legge til side fordommer de måtte ha og bearbeide egne holdninger (11,13–16). Samtidig må de også ha gode kunnskaper om kreftdiagnose, behandling, bivirkninger, seksualitet og kommunikasjon.

BARRIERE. Seksualitet er et sårbart tema for de fleste mennesker. De færreste av oss har et så naturlig forhold til denne intime og private sonen at vi kan ta opp temaet uten problemer, selv med våre nærmeste. Det å skulle involvere utenforstående, er ofte en stor barriere (7), det er derfor viktig at sykepleier bryter barrieren i et tidlig møte med pasienten. Kanskje bør sykepleier ta opp temaet allerede når behandlingen planlegges, selv om pasienten på dette tidspunktet ikke er opptatt av seksualitet, men har fokus på overlevelse og behandling. Med dette signaliserer sykepleier at seksualitet er en naturlig del av

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Hensikten med denne artikkelen er å se nærmere på hvordan sykepleiere gjennom kommunikasjon kan tilrettelegge for at seksualitet inkluderes og normaliseres i sykepleien til menn med kreft.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- Kreft
- Seksualitet
- Kommunikasjon
- Veiledning



Det er viktig at partneren inkluderes i kreftbehandlingen og blir informert om behandling og bivirkninger som kan ramme seksualiteten. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

sykepleien og at han eller hun er åpen for å snakke om temaet (7). En enkel rådgivningsmodell som PLISSIT-modellen (se figur 1) som består av fire trinn, kan være et godt utgangspunkt for å få til god ramme og struktur på samtalen ved seksuell veiledning (7,9,11,15,16,21–23).

TILLATELSE. Første trinn i PLISSIT-modellen er å gi tillatelse (22). Ved å gi tillatelse normaliserer sykepleier at pasienter har seksualitet, uansett alder, partnerstatus, allmenntilstand, kreftdiagnose

eller hvor i sykdomsforløpet en befinner seg. De fleste kreftpasienter er over 65 år og i en alder der genital seksualitet er avtatt (7). En mann på 80 år kan likevel ha vel så mye glede av seksualitet, både alene og sammen med sin partner, som en mann i 40 årene. Kreftpasienter i palliativ fase har gitt uttrykk for at de ser på det som en menneskerett å kunne ha et seksualliv like inn i døden (21). Selv om dette trolig er en svært liten gruppe pasienter, må ikke sykepleier avskrive noen som asekusuelle. Derimot må sykepleieren

prøve å skape rom for seksualitet, uten at pasienter eller partner selv må etterspørre dette. Målet med det første trinnet er at pasienten skal få mulighet til å sette ord på tanker og følelser rundt seksualitet. Dette innebærer at sykepleier må være villig til å snakke om temaet, eller bare lytte (7,22). Det er sykepleier som har ansvaret for åpne opp for temaet, men pasienten gir selv tillatelse til videre dialog. Ved bruk av aktiv lytting og stillhet kan sykepleier signalisere trygghet, interesse, tilstedeværelse og at hun er åpen for

det pasienten har i tankene (24). Ifølge undersøkelse kan 70 prosent av seksuelle bekymringer løses ved å lytte til pasienten (12). Med stillhet skapes rom for ettertanke og refleksjon, og åpning for samtale om et vanskelig og privat tema (24). Man må imidlertid være oppmerksom på at stillhet ikke skal virke mot sin hensikt og bli en belastning for pasienten.

INFORMERE. Forskning viser at pasienter føler sinne og frustrasjon overfor helsepersonell som unngår





temaet seksualitet, da mange pasienter har en lengsel etter å bli møtt og høre andres erfaringer om kreft og seksualitet. Det kan være en god støtte å høre om andre pasienters erfaringer med samme problemer som en selv (10). Det er viktig at sykepleier kartlegger pasientens forkunnskap og tar hensyn til dette. Å gi begrenset informasjon (trinn 2) innbefatter å svare på enkle spørsmål fra pasient og partner. Kreftpasienter er vant til å få informasjon og veiledning om ukomfortable temaer, og seksualitet bør ikke være noe unntak (10,22). Samtale om seksualitet kan frigjøre ressurser, krefter og energi for pasienten, øke livskvalitet og bidra til positiv tilfriskning (7,15,22). Man kan nærme seg pasients seksualitet med skriftlig eller muntlig informasjon. Kreftforeningen har utgitt en brosjyre som heter «kreft og seksualitet» som tar opp mange aktuelle problemstillinger om temaet (25). Mye usikkerhet og spørsmål rundt seksualitet kan muligens unngås ved at pasienten og partner leser

og diskuterer brosjyren og får tilbud om å komme tilbake til sykepleier med spørsmål. Her imøtekommer man også menns behov, da studier viser at de fleste menn foretrekker skriftlig informasjon (26,27).

STILLE SPØRSMÅL. En annen tilnærming kan være undrende eller åpne spørsmål og formuleringer som «mange menn som tar denne medisinen får problemer med ereksjon?». «Har du merket forandringer?». Da formidler man også at andre har problemet, noe som kan ufarliggjøre situasjonen. Å være generaliserende som: «Jeg vet at pasienter med samme diagnose som deg har hatt potensproblemer». «Har du merket dette?» er også en god måte å spørre på. Man kan også benytte filmer. Uansett hva man velger er det viktig å være konkret, åpen og ikke moraliserende (7). Man må ikke oppfatte pasientens taushet som at han eller hun ikke har behov for informasjon og samtale. Pasienter opplever også tabu rundt seksualitet

«Noen kreftformer får direkte konsekvens for menns seksualliv.»

og føler seg ukomfortable ved å berøre temaet og venter ofte på klarsignal fra sykepleier (9).

Studier viser at de fleste menn trenger tid for å opparbeide tillit og trygghet for å kunne snakke om

intime problemer, og at de aller helst deler sine bekymringer med sin nærmeste familie (26). Primærpsykepleie fremmer tillit og trygghet, da pasienten får færre personale å forholde seg til. Det ideelle er å

kombinere individuelle samtaler og samtaler der både pasienten og partneren er til stede. Her må man være innforstått med at pasientens autonomi og taushetsplikten tas hensyn til. Gjennom å informere og komme i dialog med paret kan man unngå misforståelser og fantasier som får konsekvenser for den seksuelle helsen. For eksempel at det er skadelig å dele seng med partner som får cellegiftbehandling eller at menn ikke våger å gi partneren en klem da dette kan skape forventning om sex som ikke kan innfris. Her må sykepleier være imøtekommende og fordomsfri uansett partnervalg og alder og hvilke holdninger til seksualitet som måtte framkomme (11,15).

PARTNEREN. Ifølge Persson, Sevrinsson og Hellström (19) bør partneren inkluderes i kreftbehandlingen. Det er vondt og vanskelig å sitte på sidelinjen og ikke være informert om behandling og bivirkninger som også rammer seksualiteten. Dette kan føre til angst, usikkerhet og avstand, som kunne vært unngått ved å inkludere partneren i behandlingsforløpet. Ved å ta vare på partneren, tar man også vare på pasienten og det seksuelle samspillet. Det er imidlertid ikke alle kreftpasienter forunt å ha et kjærlig og godt forhold til sin partner, og dette kan nødvendigvis ikke sykepleiere forbedre. Men sykepleier bør alltid prøve å få til best mulig åpenhet og

Figur 1. PLISSIT-modellen



- **P (ermission)**, står for *tillatelse* og innebærer at pasienten skal få lov til og aksept for at det er greit å ta opp og diskutere sensitive og intime seksuelle tema med behandleren for slik å eventuelt kunne avklare hvilke behov for intervensjon som er nødvendig for pasienten. I tillegg skal det å ta opp temaet gi et signal om at seksualitet er en normal del av livet til alle mennesker i alle livssituasjoner.
- **L (imited) I (nformation)**, står for *begrenset informasjon* og innebærer at man skal tilby adekvat informasjon gjennom generell psykoedukasjon slik at pasienten i størst mulig grad får svar på sine bekymringer og utfordringer.
- **S (pecific) S (uggestions)**, står for *spesifikk rådgiving* og innebærer at behandleren skal tilpasse informasjon og behandlingstiltak spesielt til den enkelte pasient. Herunder kommer en mulighet for å tilby behandling i form av medisiner og hjelpemidler.
- **I (ntensive) T (herapy)**, står for *intensiv terapi* og innebærer å behandle alvorlige sexologiske problemer som for eksempel alvorlige relasjonsskader, overgrepssituasjoner og trans-problemstillinger. For å behandle seksuelle problemer som krever intensiv terapi bør man være ekspert i sexologi.

kommunikasjon mellom pasienten, partneren og seg selv. Det er heller ikke alle pasienter som ønsker å snakke om sin seksualitet og det må respekteres.

KOMPETANSEHEVING. Kreftavdelingen ved Ålesund sykehus har opprettet en prosjektgruppe, der stråleterapeuter, kreftsykepleiere og uroterapeut har deltatt. Sexolog fra Radiumhospitalet har bidratt med undervisning og samtaler. Videre har det vært gjennomført studietur til Ullevål sykehus, Aker sykehus og Ahus. Kreftsykepleier har undervist om seksualitet på fire nettverkssamlinger, der ulike yrkesgrupper fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten har vært representert. Tilbakemeldingene har vært gode, og flere mener det er viktig å fokusere på dette område. Kreftpoliklinikk, sengepost og stråleavdelingen ved kreftavdelingen har fått undervisning, og det er planlagt forelesninger i videreutdanning i kreftsykepleie og i forum for kreftsykepleie.

KONKLUSJON. Kreft påvirker nesten alltid mannens seksualitet. Det er derfor av stor betydning at sykepleier anerkjenner sitt ansvar og inviterer pasienten og partner til dialog om temaet, uansett kreftform og sykdomsforløp. PLISSIT-modellen er en generell og god ramme for samtale om seksualitet. Det er viktig at sykepleier er bevisst egne fordommer og holdninger og møter pasient på en åpen og fordomsfri måte. For å bryte taushet rundt kreft og seksualitet og samtidig bygge opp den seksuelle kompetanse til sykepleier, bør kreft og seksualitet blir en del av grunn- og videreutdanning i sykepleie. Samtidig er det viktig at seksualitet blir satt på agendaen, slik at sykepleiere i praksisfeltet får opplæring og veiledning. ●

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

REFERANSER:

1. Kreftregisteret, Institutt for populasjonsbasert kreftforskning. Cancer in Norway 2011. http://www.kreftregisteret.no/Global/Cancer%20in%20Norway/2011/cin2011_with_special_issue-NORDCAN.pdf. Online (lastet ned 4.12.13).
2. Pasientinformasjon, cellegift-, hormon-, og strålebehandling. Oncolex. <http://oncolex.no/pasientinformasjon.aspx>. Online (lastet ned 4.12.13).
3. Maher KE. Radiation therapy; toxicities and management. I: Yarbro CH, Frogge MH, Goodman M, red. Cancer nursing: principles and practice. Sudbury MA: Jones and Bartlett Publishers 2005;283–314.
4. Bradbury A, Schilsky RL. Infertility after cancer chemotherapy. I: Chabner BA, Longo DL, red. Cancer chemotherapy & biotherapy, principles and practice (4. Utg.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2006;45–69.
5. Barton-Burke. Sexuality. I: Varricchio CG, red. A cancer source book for nurses (8. utg.). Sudbury MA: Jones and Bartlett 2004; 467–478.
6. Barsevick AM, Dell DD. Fatigue. I: Varricchio CG, red. A cancer source book for nurses (8. utg.). Sudbury MA: Jones and Bartlett 2004;379–385.
7. Graugaard C, Møhl B, Hertoft P. Krop, sykdom & seksualitet. I: Graugaard C, Møhl B, Hertoft P, red. København: Hans Reitzels Forlag 2006;9–36.
8. Almås E, Benestad Pirelli EE. Sexologi i praksis. Oslo: Universitetsforlaget 2006;13–16.
9. Huges MK. Sexuality and the Cancer Survivor. Cancer Nursing 2000;6:477–82.
10. Hordern A, Street A. Issues of Intimacy and Sexuality in the Face of Cancer. Cancer Nursing 2007;6:11–18.
11. Hordern A. Intimacy and Sexuality After Cancer. Cancer Nursing 2008;2:9–17.
12. Darst EH. Sexuality and Prostatectomy: Nursing Assessment and Intervention. Urologic Nursing 2007; 6:534–41.
13. Lindholm J. Den sværeste samtale. Sygepleiersken 2002;21:20–5.
14. Hautamäki K, Miettinen M, Kellokumpu-Lehtinen P, Aalto P, Lehto J. Opening Communication With Cancer Patients About Sexuality-Related Issues. Cancer Nursing 2007;5:399–404.
15. Lindholm J. Kommunikasjon med kræftpasienter om seksualitet. Sygepleiersken 2002;21:26–33.
16. Penson RT, Gallagher J, Gioiella ME, Wallace M, Borden K, Duska LA, Talcott JA, McGovern FJ, Appleman LJ, Chabner BA, Lynch TJ. Sexuality and Cancer: Conversation Comfort Zone. The Oncologist 2000;5:336–44.
17. Williams J. Sexual health: case study of a patient who has undergone stoma formation. British Journal of Nursing 2006;14:760–3.
18. Hordern AJ, Street AF. Communicating about patient sexuality and intimacy after cancer: mismatched expectations and unmet needs. Medical Journal of Australia 2007;5:224–7.
19. Persson E, Sevrinsson E, Hellström AL. Spouses' Perceptions of and Reactions to Living With a Partner Who has Undergone Surgery for Rectal Cancer Resulting in a Stoma. Cancer Nursing 2004; 1:85–90.
20. Magnan MA, Reynolds KE, Galvin EA. Barriers to Addressing Patient Sexuality in Nursing Practice. Dermatology Nursing 2006;5:448–54.
21. Galbraith ME, Crighton F. Alterations of sexual function in men with cancer. Seminars in Oncology Nursing 2008; 2: 102–14.
22. Annon JS. The behavioral treatment of sexual problems. Honolulu: Enabling Systems 1974.
23. Almås E, Benestad Pirelli EE. Sexologi i praksis. Oslo: Universitetsforlaget 2006;58–78.
24. Eide H, Eide T. Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norske Forlag 2007;11–28.
25. Kreft og seksualitet. Informasjon til pasienter, partnere og andre interesserte. Oslo: Kreftforeningen 2009. <https://kreftforeningen.no/Global/Brosjyrer/Seksualitet/Kreft%20og%20seksualitet.pdf>. Online (lastet ned 4.12.13).
26. Lorentsen V. Ta det som en mann! Hvordan menn opplever det å være syk sett fra et fysisk, psykisk, sosialt og kulturelt perspektiv. Institutt for sykepleievitenskap og helsevitenskap, avdeling sykepleievitenskap. Det medisinske fakultetet, Universitetet i Oslo 2004.
27. Agger NP. Mænd. I: Ebensen BA, red. Mennesker med kræft – sykepleie i et tværfagligt perspektiv. København: Munksgaard 2002;155–64.

Økt trivsel for flerkulturelle

● Tekst **Susanne Dietrichson**

HELSEØSTRE: På Ringerike får barn med foreldre fra andre kulturer tilbud om å delta i tverrkulturell jente- eller guttegruppe. Prosjektet beskrives i en fagartikkel i Tidsskrift for helseøstre (bildet).



Arbeidet med grupper for barn med annen kulturbakgrunn startet i 2010 som et tilbud til jenter i 5., 6. og 7. klasse og ble etter hvert utvidet til et gruppetilbud også for gutter. Bakgrunnen var at mange barn og unge med annen kulturbakgrunn opplever å ikke mestre hverdagen. De sliter med dårlig selvtillit og med å skape sammenheng i tilværelsen, og er dratt mellom to kulturelle verdner. Mange reagerer med utagerende atferd eller tilbaketrekning, og en del sliter med magesmerter og hodepine.

Gruppene på Ringerike ledes av Sølvi Bergerud som er helseøster og har 25 prosent av stillingen sin rettet mot flyktninger. Målet er blant annet å gi barna kunnskap om vanlige følelsesmessige reaksjoner på det å bytte kultur, lære å snakke om disse følelsene og anerkjenne deres kompetanse. I tillegg motiveres de til fysisk aktivitet og sunn livsstil.

Gruppene består av maks åtte barn som møtes rett etter skolen en gang i uka. Helseøster har lagt vekt på at barna skal bli kjent i en trygg atmosfære gjennom felles aktiviteter som matlaging, felles måltider, ballspill og utflukter. Barna som har deltatt i gruppene melder om mindre mobbing, nye venner og bedre konsentrasjon.

Tidsskriftet kommer med Sykepleien til faggruppens medlemmer ●

Kritisk til hjemmeultral lyd

– En kynisk utnyttning av gravide kvinner. Det mener gynekolog Ottar Rekkedal om ultralyddapparatene til hjemmebruk.

Han mener slike produkter ikke har noen annen hensikt enn at noen skal tjene penger på gravides ønske om å beskytte sitt ufødte barn.

Til NRK sier han at man ikke vet om disse apparatene er farlige.

Kilde: NRK



Hildegunn Sundal

Da barn lå alene på sykehus

• Tekst **Nina Hernæs**

Historie. Foreldre var ekskludert når barn lå på sykehus. Hvorfor var det slik?

Jeg trenger bare si tittelen på avhandlingen min, så begynner folk å prate, forteller Hildegunn Sundal.

Hun har nylig disputert med avhandlingen *Inklusjon og eksklusjon av foreldre i pleie av barn innlagt på sykehus*. Ved å analysere norske lærebøker i sykepleie fra 1877 til 2013 og bilder fra 1852 til 1990, viser hun hvordan tankene om foreldrenes tilstedeværelse er påvirket av samfunnskonteksten.

FORTELLINGER. Temaet interesserer henne både faglig og privat. Hun er vokst opp med historier om å være barn og overlatt til seg selv på sykehus.

– Moren min var ni måneder på sanatorium da hun var rundt 16 år. Hun fikk aldri besøk av foreldrene sine, forteller hun.

Søsteren, som hadde samme sykdom, døde i det tidsrommet.

Sundal har også to søsken som måtte være på sykehus på 1950-tallet. Moren snakket mye om at hun ikke fikk komme på besøk da de var der.

– Hennes fortellinger har gjort et sterkt inntrykk.

Sundals søster kan huske at foreldrene sto og kikket inn på henne gjennom en dør. Hun forsto ikke hvorfor de ikke kom inn.

SANNHET. Gjennom avhandlingen har hun forsøkt å vise hvordan hver epoke i historien har et sannhetsregime de fleste oppfatter som riktig. Hun bruker filosofen Michel Foucault, som oppfatter historien som store eller små transformasjoner eller brudd, og det er vesentlig å spørre hva som har gjort det mulig å inkludere foreldre ved visse tidspunkt og ekskludere dem i andre.

Frem til 1941 var foreldre ekskludert når barn ble lagt inn på sykehus. I lærebøker om sykepleie fra denne tiden er foreldre helt eller nesten fraværende. Analysene er basert på antakelsen om at når foreldre ikke omtales, så er de ikke der. De er heller ikke til stede i fotografier som er tatt på sykehus. Fotografier benyttes sammen med annet materiale til å utfordre eller understøtte funnene fra lærebøkene.

Hygiene var et argument for å holde dem borte, men Sundal peker på at også samfunnskonteksten var med på å gjøre dette mulig. Med framvekst av industrisamfunnet ble barn institusjonalisert. Det var behov for foreldre som arbeidskraft og ingen velferdsordninger som gjorde det mulig å være borte fra arbeidet.

SAMMENHENG. Etter den annen verdenskrig skjer det en gradvis humanisering av samfunnet,



«Moren min var ni måneder på sanatorium da hun var rundt 16 år.»

Hildegunn Sundal, forsker

og teorier om tilknytning mellom foreldre og barn får større gjennomslag. Men langt opp i 1970-årene var foreldre langt fra inkludert overalt. Et av de groveste eksemplene er fra Sundals egen by, Molde. Der lå Reknes sanatorium, som så seint som i 1964 hadde et barn innlagt i åtte måneder som bare fikk besøk annenhver lørdag. Sundal peker på at det kunne ha med avstand til hjemmet å gjøre.

Fra slutten av 1960-tallet argumenteres det i lærebøkene for at foreldre skal få ta del i pleien, og i en lærebok fra 1987 forventes det at foreldre tar det meste av pleien når barna er på sykehus. I denne perioden er også antibiotika tatt i bruk, og hygiene er ikke et like sterkt argument for å begrense adgang til sykehuset.

Sykepleien blir også påvirket av ideen om mest mulig selvhjelp.

VELFERD. I dag er det foreldrene som vasker, steller og aktiviserer barnet. De er også med å motivere, avlede og trøste under prosedyrer. Det bekrefter en observasjonsstudie Sundal gjorde i en barneavdeling i 2007. I sitt arbeid viser hun hvordan endringer i samfunnskonteksten gjorde denne inklusjonen mulig.

– I disse årene ble velferdssamfunnet bygget ut, påpeker hun.

– Det gjorde det mulig for foreldrene å være på sykehuset.

Men i samme periode var det også en storstilt utbygging av helsevesenet og mangel på sykepleiere. Det var derfor praktisk å la foreldre overta noen av sykepleierens oppgaver.

– For foreldrene er det riktig å ta seg av barna, men for samfunnet er det også fordelaktig, sier Sundal.

– Slike sammenhenger forsøker jeg å få fram.



Vensmoen tuberkulosesanatorium i 1963, som snart skulle legges ned. I bildeteksten står det at barna har det godt, bortsett fra litt hjemlengsel. Foto: Børretzen / Aktuell / Scanpix

ØKONOMI. At foreldre deltar passer også med prinsippet om å gi pleie på lavest effektive omsorgsnivå, som har vært førende i norsk helsetjeneste siden 1970-tallet. Også i New Public Management er effektivitet sentralt. At foreldre pleier barna sparer mest sannsynlig samfunnet for penger.

Sundal peker på at human omtanke for barna og foreldrene ikke alene forklarer hvorfor foreldre etter hvert ble inkludert. I oppgaven skriver hun at det er sannsynlig at slike tanker er brukt for å understøtte at foreldrene pleier barna på sykehus.

Hun viser også til at det i denne perioden er blitt viktig for sykepleiefaget at praksis bygger på forskning.

– Men forskning tyder på at foreldre ønsker mer hjelp av sykepleierne, påpeker hun.

«Forskning tyder på at foreldre ønsker mer hjelp av sykepleierne.»

– Foreldre sier de helst vil slippe å holde barnet under smertefulle prosedyrer, og sykepleiere mener de burde være fritatt. Men mine observasjoner viser at sykepleierne ikke ville klart det hvis ikke foreldrene var der.

Hun argumenterer derfor for at dagens praksis med å inkludere foreldrene ikke bare er basert på forskning.

– Høyst sannsynlig fordi mindre innsats fra foreldrene ville gi behov for langt flere sykepleiere.

METODE. Sundal er lærer ved Høgskolen i Molde og har avlagt doktorgraden ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen. Hun har vært del av forskergruppen i praxeologi, som gjør empiriske og teoretiske studier av sosiale praktikker. Praktikk er det den enkelte gjør. Men alt en gjør, gjøres innenfor en kontekst, og denne konteksten kalles praksis. Sosiale praktikker undersøkes ved å studere praksisen de er en del av.

Sundal sier hun ikke er alene om fortellingene om barn som var på sykehus uten foreldrene.

– Nesten alle jeg vokste opp med har hørt noe liknende. Når jeg forteller om avhandlingen, kommer historiene, sier hun. ●

nina.hernes@sykepleien.no



Fornuft og følelser. Det er en stor misforståelse å tro at å se pasienten som et subjekt er forstyrrende for god diagnostikk og prognose.

Kjølig distanse kan gi dårligere behandling



Fakta

Per Nortvedt

Professor ved seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo

I moderne medisin er det en tendens til å tro at for mye fokus på omsorg og empati er forstyrrende for det diagnostiske blikket på pasienten. På motsatt side vil sykepleiere ofte si at medisinen tenderer til å redusere subjektet (pasienten) til et objekt og på den måten degradere pasientens individuelle menneskeverd. Medisinen underkjenner pasientens subjektive erfaring som grunnlag for god og riktig behandling. Følgelig mener man at profesjonalitet innebærer objektiv distanse. Følelser i pasientrelasjonen derimot, er i hovedsak forstyrrende for god behandling. La oss se nærmere på denne påståtte motsetningen mellom profesjonalitet og medfølelse.

EMPATISK OG KLINISK BLIKK. Etter mitt syn er det en stor misforståelse å tro at det å se pasienten også som et subjekt er forstyrrende for god diagnostikk og prognostikk. Tvert imot er det å se pasienten som et subjekt noen ganger (ikke alltid) avgjørende for en kompetent klinisk vurdering. Eksempel: Du kommer inn til en pasient om morgenen. Pasienten er operert i magen dagen før. Det første du legger merke til er pasientens ansiktsuttrykk; Han ser slapp ut, gråblek, lidende, hatt en vond natt. En sykepleier vil ofte si; pasienten ser ikke god ut. Dette empatiske og kliniske blikk (det henger sammen) trigger flere spørsmål vedrørende pasientens kliniske tilstand: Har du sovet godt, er du kvalm, er det gått luft? Du kjenner på abdomen, lytter, kanskje er det et spørsmål om ileus. Poenger er: Blikket for den subjektive lidelsen trigger også den objektive undersøkelsen og de relevante kliniske spørsmål. Sammenhengen mellom faglig kyndig observasjon/diagnostikk og det empatiske blikket er viktigere enn man tror.

Legger man ikke merke til pasientens ubehag, ser man heller ikke tegn som kan signalisere en forverring av sykdommen. Og spiller man ikke på lag med pasienten, er det også vanskelig å foreta den nødvendige behandling. Trygghet og følsomhet for fysiske og psykiske grenser er nødvendig for rehabilitering etter sykdom. Bryter omsorgen sammen er et viktig grunnlag for kyndig behandling borte. Å se pasienten som syk, å se den subjektive lidelsen, er viktig, men ikke bare

for å kunne være en empatisk lege. Det er viktig også for å bli en god kliniker med kvalifisert observasjonsevne.

HANDLING MÅ TIL. Selvsagt er en viss grad av objektivisering grunnleggende i medisinsk behandling, ikke minst i kirurgien. Man skjærer i kropp og studerer anatomiske strukturer. Men man behandler likevel et menneske. Og hva pasienten tenker om symptomene sine, kan være en viktig kilde til kunnskap om de symptomer og det mennesket du behandler.

Selv i situasjoner der både sykepleiere og leger må være litt hardhendt, og ting må skje raskt, så bør man ha omtanke for pasientens opplevelse av situasjonen. Det kan være så enkelt som å se at pårørende trenger trøst og hjelp. Og utfører man en prosedyre som er smertefull, må man etterstrebe å minimalisere ubehag og smerte. Sykepleiere må noen ganger snu pasienter med skjelettmetastaser i sengen. Det er noen ganger uunngåelig vondt, selv om du gir smertestillende. Likevel må pasienten snus. Da gjelder det å utføre potensielt smertefulle manipulasjoner med størst mulig varsomhet og omtanke. Det krever fingerspitzgefühl og empati.

Det er nødvendig å ha flere tanker i hodet samtidig. Omtanke og følsomhet i det kliniske møtet står ikke i motsetning til objektivitet, det styrker objektiviteten hvis det balanseres med faglig kyndighet og rasjonalitet.

Legen og sykepleieren har ulike roller. Rollen som kirurg må mange ganger være klart instrumentell og handlingsorientert, mens sykepleieren i større grad må ta ansvar for den trøstende og omsorgsfulle rollen. Det er kanskje nettopp der våre fag utfyller hverandre og er komplementære. Men det samme kan også være gjeldende for perspektivet til en anesthesi/operasjons-sykepleier og en sykepleier i eldreomsorgen på et pleiehjem, der anestesifunksjonen som regel vil være orientert mot akutt-hjelp og utøvelse av instrumentelle og tekniske funksjoner i pasientbehandlingen.

Det er følgelig situasjonen og den konkrete kliniske vurderingen som vil avgjøre om fokuset skal være på pasientens egen stemme og opplevelse eller mer objektive parametere for å sikre god og riktig behandling. Nightingale forstod dette, da hun i

Rådet for sykepleieetikk tar imot spørsmål og innspill om etiske dilemma.

● Telefon: 99 04 91 69 ● e-post: berit.daae.hustad@sykepleierforbundet.no

DOI-NUMMER: 10.4220/sykepleiens.2014.0095

Notes on Nursing (1860) uttalte: «En sykepleier kan ikke sitte og holde en pasient i hånden når han blør i hjel». Det er god omsorg i den nødvendige objektivisering, men den må alltid også ha subjektiv omtanke for øye, hvis medisinen (og sykepleien) ikke skal forfalle til ren reparatørpraksis.

EN KOMBINASJON. Det er også viktig å påpeke at medfølelse er noe langt mer enn føleri. Som andre følelser har medfølelse et objekt, den retter seg mot noe faktisk, pasientens situasjon, smerte o.l. Også i en situasjon der en setter seg ned og trøster en pasient, er det en genuin kombinasjon av saksorientering, fagkunnskap og empatisk berørthet. Får jeg inn en pasient med brystmerter og akutt infarkt, må jeg palpere, observere, legge inn drypp, gi surstoff, samtidig som jeg snakker vennlig og beroligende med pasienten fordi han eller hun kanskje er spesielt engstelig. Dette er det prinsipielle utgangspunktet både for medisin og sykepleie, selv om det er ulike rolleforventninger avhengig av den enkelte situasjon. Jeg forventer ikke at en hjertekirurg skal være spesielt empatisk når han akutt må åpne brystkassen til en pasient som har hjertetamponade.

PERSONORIENTERT PROFESJONALITET. Pasientens opplevelse av sykepleieren og legen er viktig, men helsepersonells opplevelse av pasienten er like viktig. Igjen er poenget mitt at det en kan kalle medfølelse eller å ha forståelse for pasientens erfaring som syk, eller å kunne bli spontant berørt av et annet menneskes ubehag eller smerte (affektiv empati), er diagnostisk viktig. God diagnostikk krever ikke at pasienten har en objekt karakter. Det som vekker oppmerksomhet på at det er noe med pasienten, (jf. eksemplet med den nyopererte), en forverring, kan nettopp være det ansiktet du ser på puta når du kommer inn på rommet. Det er det som gjør deg initialt oppmerksom på pasientens kliniske tilstand, og du undersøker, mens du informerer eller prater med ham. Det er en saksorientert medfølelse, men som samtidig også har et element av noe spontant og personlig. Omsorgsfilosofen Kari Martinsen snakker om en personorientert profesjonalitet som både er medfølende og saksorientert. ●

Illustrasjonsfoto: Colourbox



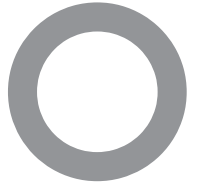


SØKNAD AVSLÅTT, RETT I SØPLA?

Ensidig. Hvordan kan sykepleieforskning vurderes som søppel i sykepleiernes eget fagforeningstidsskrift?

FAGUTVIKLING:

Artikkelen bygger på
0 % praksis
100 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/sykepleiens.2014.0093



Yngvild Eline Brandser, masterstudent i sykepleievitenskap, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB.

Tematittelen «Rett i søpla», i Sykepleien nr. 2–2014, dreide seg om forskning og sykepleieres utfordringer knyttet til å få forskningsmidler. I «Søknad avslått» hevdes det at sykepleiere sliter med å forsvare prosjektene sine, fordi de ikke finner relevante nok problemstillinger og skriver dårlige søknader. Vi får vite at legene får mer forskningsmidler enn sykepleierne, samtidig føres en parallell diskusjon om kvaliteten på medisinsk forskning. Vi blir fortalt at 85 prosent av medisinsk forskning kan være bortkastet, ifølge grunnleggeren av den internasjonale databasen og forskningsnettverket Cochrane, Sir Iain Chalmers. Det hevdes at forskere stiller gale spørsmål, planlegger dårlig og produserer unyttig forskning.



Jeanne Boge, førsteamanuensis (Ph.d.) ved Avdeling for helse- og sosialfag, HiB og medlem av forskningsgruppen Praxeologi, UiB.

MANGLER PRAKSISRELEVANS. Professor ved Senter for kunnskapsbasert praksis, Monica Nortvedt, sier seg enig i det og mener at tidligere forskning må gjennomgås, slik at nye resultater kan tolkes i lys av kjent kunnskap. Slik kan man unngå å utføre forskning der spørsmålet allerede er besvart, og derved sløse med forskningsmidler (1). Hvorfor kvaliteten på medisinsk forskning diskuteres parallelt med sykepleieforskning blir det ikke redegjort for i artikkelen. Hvordan det kan ha seg at legene i større grad får forskningsmidler enn

sykepleierne, om 85 prosent av deres forskning kan anses bortkastet, blir det heller ikke gjort et poeng ut av. Verdien av praksisrelevans trekkes frem i sammenheng med kritikken av både den «dårlige» medisinske og sykepleiefaglig forskningen.

Signe Flottorp lege, seniorforsker og leder av det helsefaglige programmet i Forskningsrådet, bekrefter at forskningssøknader skrevet av sykepleiere er dårlige og mangler relevans for praksis. Forskningsveileder og førsteamanuensis ved Høgskolen i Gjøvik, Geir Berg, stiller seg bak dette. Han forklarer at sykepleieres forskningsspørsmål er for lite relevante og metodevalget ofte kvalitativ, noe som ikke tilfredsstiller «gullstandarden». Nyttige forskningsspørsmål kan ifølge Flottorp gagne pasientene og ha relevans for praksisfeltet, der dette kan være veien å gå for å unngå et for profesjonsrettet perspektiv. Ifølge Flottorp kan man oppnå dette ved å alliere seg med sterke forskningsmiljøer og tenke igjennom hva de som sitter på pengene ønsker seg. Hun foreslår at sykepleiere kan engasjere seg i forskning ute i kommunene, framfor spesialisthelsetjenesten (1).

Ingen tar til motmæle omkring påstandene i artikkelen. Forskningsveileder og førsteamanuensis Berg har også et kritisk blikk på eget fagfelt og mener at forskningen kan bli for praksisfjern på grunn

av manglende dialog mellom praksis og forskningsfeltet. Nortvedt deler denne oppfatningen og mener at sykepleiernes søknader ofte blir for «ulne», mens de virkelige interessante forskningsspørsmålene finnes blant sykepleiere ute i praksisfeltet. Berg trekker på den annen side frem at kommersielle trender preger forskningsmiljøene, der noen temaer kan bli sett på som viktigere og mer prestisjefylte enn andre. Dette mener han kan forklare noe av det sykepleieforskningen «lider» under (1). Denne problematikken bærer artikkelen også preg av. Sykepleierne blir på den ene siden oppfordret til å lete i eget praksisfelt etter relevante problemstillinger, samtidig som sterke forskningsmiljøer og ønskene til de som sitter på pengesekken vektlegges.

ENSIDIG FRAMSTILLING. Artikkelen gir en ensidig framstilling av hva sykepleieforskning er og hvordan forskning av god eller dårlig kvalitet bør vurderes. Det er for eksempel ingen representanter fra noen av de sykepleievitenskapelige universitetsinstituttene i Norge som uttaler seg, og det framkommer ikke av artikkelen at det finnes slike miljøer. Universitetene i Tromsø, Bergen og Oslo tilbyr mastergrad i helsefag og sykepleievitenskap og doktorgrad tilknyttet universitets forskningsgrupper. Dette er miljøer som har drevet forskning og

Fakta ●●●

Hovedbudskap

En synliggjøring av at det finnes mange sterke forskningsmiljøer innen sykepleie i Norge, der mange ulike måter å utforske sykepleie på gjøres og der det derfor ikke nytter med en ensidig og kritisk fremstilling av sykepleieforskning, slik som artikkelen «Søknad avslått» gjør. Bourdieus metoder og teorier og forskningsgruppen Praxeologi ved UiB brukes som et eksempel på en annen måte å utforske et tema på, der en analyse av «Søknad avslått» brukes som eksempel på hvordan dette kan gjøres.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider.

- Sykepleie
- Forskning



Faksimile fra tema om forskning i nummer 2, 2014. Artikkelen skapte reaksjoner.

utdanning innen sykepleie siden slutten av 1970-tallet i Bergen og Tromsø, og begynnelsen av 1980-tallet i Oslo (2), og ikke utelukkende kan tilknyttes eller sammenliknes med medisinsk/klinisk/anvendt forskning, slik det blir gjort i artikkelen.

Forskningen innenfor sykepleie kan dreie seg om sykepleieintervensjoner, kvalitetssikring av prosedyrer eller undersøkelser av hvordan mennesker erfarer det å være syke. Samtidig gjør man grunnforskning, der sykepleierens grunnlag og spørsmål av både ontologisk, epistemologisk og historisk/strukturell art diskuteres (3,4). Tyngden innen forskningen er såkalt anvendt forskning, som retter seg mer mot sykepleiefaglig praksis i den kliniske kontekst (2) eller teori av mer normativ art for praksis (5). Det er få som vil kritisere et slikt mål for kunnskapsutviklingen, men noen vil hevde at det også er andre former for kunnskap om sykepleie, som også kan bidra til å bedre praksis. Der andre vitenskaper vil fremheve det teoretiske perspektivet eller forskningsspørsmålet som avgjørende, legger man i sykepleiefagfeltet stor vekt på valget mellom kvalitative eller kvantitative metoder (6). Hvor evident forskningen er, vurderes også ofte ut ifra metoden, der forskning med kvalitative metodevalg ofte blir nedvurdert sammenliknet med de kvantitative (7).

PRAXEOLOGI. Sykepleievitenskapens historie har vært preget av delte meninger om hva vitenskapen kan eller bør dreie seg om. Mange er av den oppfatning at forskning innen sykepleie bør bidra til å forandre eller forbedre praksis, mens andre er mer opptatt av å forklare hva eller hvordan sykepleie faktisk er, med hensyn til kontekst og tidsperioden som utforskes. Forskning som har til hensikt å evaluere eller forbedre praksis, gjerne kalt klinisk eller anvendt forskning, handler primært om kunsten å utøve sykepleie. Altså en teori eller filosofi for sykepleiekunsten eller praktikken. Slik forskning vil av noen forstås som en annen kunnskapsform enn vitenskap i streng forstand (6).

Termen praxeologi er utviklet av den franske sosiologen Pierre Bourdieu og betegner hans empiriske teoretiske vitenskap, en viten om sosiale praktikker, som forskningsgruppen Praxeologi ved UIB, arbeider ut fra en ambisjon om å grunnlegge en selvstendig disiplin innen sykepleievitenskap. I den praxeologiske forskningstradisjonen lages det primært studier om sykepleie. For eksempel studier som undersøker hva sykepleie er, dets historie og struktur, hvordan, hvor og av hvem utøvelsen av faget gjøres og hvorfor det i det hele tatt eksisterer et behov for sykepleie (4). Teorien skaper et skille mellom å utøve noe (pleie,

omsorg, en praksis) innenfor en virksomhet, og det å utforske virksomheten. Altså et skille mellom en teori for praksis, bestående av refleksjoner for å bedre praksis og forme et praksisideal, og teori om praksis (praxeologi), som handler om å forholde seg refleksivt til det man gjør som praktiker (5). Dette skjer gjennom en objektivt omvei, der ens for forståelse legges til side, kontekstens historiske, økonomiske, sosiale og politiske aspekter tas med i betraktning, og man konstruerer en teori om noe (4,6). Det kan være nyttig å skille mellom disse to formene for viten, fordi hver enkelt form innehar en egen logikk, der praktisk kunnskap ikke direkte kan overføres til vitenskap og vice versa. Det praxeologiske alternativet skiller seg fra erfaringskunnskap ved at det kan brukes til kritisk refleksjon omkring den offisielle hverdagsforståelse (doksja) (4).

NYTTIG INNFALLSVINKEL. Det er ikke dermed sagt at denne artikkelen vil diskutere hva vitenskap er, eller hvilken type forskning eller vitenskapelige metode som er best egnet

«Ingen tar til motmæle omkring påstandene i artikkelen.»

til å belyse ulike sykepleiefaglige tema. Et entydig svar på et slikt spørsmål finnes heller ikke. Hvilket paradigme man tilhører eller hvilken vitenskapelig metode man anvender, kunne i en ideell verden kanskje forstås likegyldig, så lenge man fulgte vitenskapelige normer og frambrakte ny viten. Mange vil hevde at dette ikke er likegyldig, noe evidensdebatten innen sykepleievitenskapen vitner om (7,8). Det at Sykepleien nylig skrev om sykepleieres dårlige metoder og forskningssøknader, viser at temaet er aktuelt.

Bourdieu's teori om sosiale praktikker har de siste par tiår vært mye anvendt og vist seg nyttig i utforskningen av sykepleie, som sosial

praktikk. Teorien kan brukes som innfallsvinkel for å forstå og forklare hvordan det kan ha seg at sykepleieforskning framstilles på denne måten i fagforeningens eget tidsskrift, hvor det kommer fra at sykepleieforskningen framstilles på denne måten og hvordan denne framstillingen av forskningen virker inn på sykepleie som fag og vitenskap (5,6).

VIKTIGE BEGREPER. Hvordan kan det ha seg at sykepleieforskning framstilles på denne måten? En måte å utforske dette på kan være å studere sykepleieforskning, som en praktikk i en sosial kontekst. Aktørene som utfører sosiale praktikker, omtales av Bourdieu som agenter i et sosialt rom. Agentene påvirkes av å være i det spesifikke sosiale rommet og vil ved spørsmål om hva de gjør, svare slik de opplever at de gjør det. Ved hjelp av mange kilder til forståelse, med en målsetting om å konstruere kritiske og objektive teorier, ville Bourdieu utforske det agentene og han selv faktisk gjorde. Agentenes opplevelser og erfaringer ble også tatt i betraktning, men dette var ikke tilstrekkelig for Bourdieu (5). Ved hjelp av kunnskap om blant annet kontekst og historiske vilkår, kunne han gå forbi den spontane hverdagslige erfaringen. Hans konstruksjon av begreper som: praktisk sans, habitus, felt, agenter, disposisjon, posisjon, kapital, symbolsk kapital og symbolsk vold ble brukt som empiriske verktøy for å holde orden i utforskningen (3,5).

Den praktiske sans er et sentralt begrep i Bourdieus arbeider og forstås som en kroppslig kunnskap eller sunn fornuft, som viser seg i måten man praktiserer sin praktikk på. Det er ubevisst kunnskap som ligger i oss og er innlært med bakgrunn i vår situasjon, i en bestemt kontekst, der denne sansen også former hvordan vi forstår våre handlingsmuligheter og der habitus er en teoretisk konstruksjon av det som foregår når man bruker den praktiske sans. Bourdieu har tre begreper som han anvender for å konstruere habitusbegrepet: posisjon, disposisjon og posisjoneringer i et bestemt felt. Feltet er





den sosiale arenaen der praksisen foregår og der man som menneske har ulike disposisjoner med seg, som en last i sin ryggsekk, som kan bidra til å forme hvordan man inntar en posisjon i feltet (4).

POSISJONER. Sykepleierens posisjon innen forskning kan diskuteres ut ifra feltet yrket opererer innenfor, nemlig det medisinske feltet (5). Hvilken posisjon innehar sykepleieren i forhold til de andre agentene (legen, hjelpepleieren, assistenten og så videre), hvilken posisjon har sykepleieren i forskningsfeltet og hvilken posisjon har sykepleieren hatt i samfunnet gjennom historien? I en slik utforskning av en posisjon, vil posisjoneringer (holdninger, meninger eller synspunkter), forstås med bakgrunn i denne posisjonens disposisjoner. Altså historiske, sosiale, økonomiske eller kulturelle kapitaler som er inkorporerte, ubeviste forhold. Det er også skiller mellom agentene innenfor det sosiale rommet, på grunnlag av ulik kapital, for eksempel kulturell, økonomisk eller sosial, der disse virker i det skjulte og derfor må konstrueres frem av forskeren (9).

I artikkelen «Søknad avslått» er det en rekke agenter som uttaler seg, og disse handler innenfor et felt. Det medisinske forskningsfeltets styrker og svakheter diskuteres parallelt med sykepleieforskningen. Der ved kan man foreslå at forskningen som omtales er et medisinsk influert eller klinisk rettet forskningsfelt innen sykepleie. Det er ingen agenter fra andre typer sykepleiefaglige forskningsmiljøer representert, og Sykepleien bruker Nortvedt til å profilere sykepleiernes synspunkter. Nortvedt er ansatt ved Senter for kunnskapsbasert praksis ved Høgskolen i Bergen, en forsknings-tradisjon som er inspirert av den medisinske forskningstradisjonen (1,10). Dette er ikke noe negativt i seg selv, men oppleves provoserende når det framstilles som den eneste riktige måten å forske på innenfor sykepleie.

MEDISINSK TRADISJON. Man kan forstå agentenes posisjoneringer

som en konsekvens av å innta samme posisjon i forskningsfeltet. Samtidig har agentene ulik bakgrunn, utdanning og yrke, de har ulik kapital, og derved også ulike disposisjoner. For eksempel har Nortvedt sykepleiefaglig bakgrunn og seniorforsker Flottorp medisinsk bakgrunn. Med Bourdieu kan man forstå dem som forskjellige, tross lik posisjonering i forskningsfeltet. I praksis arbeider de for samme mål – den medisinske forskningstradisjonen og evidensbasert medisinsk forståelse. En gruppes posisjon har betydning i maktsammenhenger, og hvordan de posisjoneres seg kan beskrive et dominansforhold, som innebærer retten til å definere situasjonen (9). Man kan spørre seg om hvem som har rett til å definere kvaliteten på forskningen og hva denne definisjonsmakten kan forklares av?

Bourdieu forklarer symbolsk makt med en spillmetafor. Spillet har regler for hva man kan gjøre og det vil alltid være en kamp i spillet om hvem som har størst autoritet og styringsmakt (3). I artikkelen angis det klare «spilleregler» omkring hva som er god forskning og hva man bør forske på som sykepleier (1). Man kan undre seg over om det er lege, seniorforsker og representant fra Forskningsrådet, Flottorp, som er den «spilleren» som innehar mest makt og autoritet? Eller er det kanskje Chalmers, grunnleggeren av Cochrane, som lager spillereglene? Det paradoksale i denne sammenheng er at hele «spillet» kan synes å foregå på et «spillebrett» i regi av NSF, i form av en kritisk og ensidig vinklet artikkel, publisert i sykepleiernes medlemsblad som sendes ut til over 100 000 medlemmer.

HISTORISK PERSPEKTIV. Hvor kommer det fra at sykepleieforskningen framstilles på denne måten? Denne spørsmålsstillingen innebærer at man gjør en historisk gjennomgang der man konstruerer objektet (sykepleieforskning) slik det materialiserer seg (3). Sykepleie har alltid vært tilknyttet og betinget

av medisinen som fag, og fagets utvikling kan ses i sammenheng med medisinen. Man kan derfor, ved å spørre hva medisin er, få noen svar på hva sykepleie er (5). Michel Foucault (11), viser gjennom «Klinikkens fødsel», at medisinen som fag og yrke er en moderne oppfinnelse. Sykehusene var tradisjonelt et fattighus der menneskene som ikke kunne ivaretas av sin familie, ble tatt hånd om. Etter den franske revolusjon vokste en ny medisinsk klinikk frem, og dette skjedde både som følge av en ny politisk ideologi, der institusjonene endret sin struktur til å bli en offentlig forsørgeroppgave, men også i sammenheng

med den legeviten-skapens frammarsj. Ideen om å isolere de syke i et homogent miljø ga legene muligheten til å studere sykdomsforløp og symptomer. Synet på sykdom endret seg fra å være løse teorier

og forestillinger til å bli en sannhet, «synlig» for øyet.

Dette beskrives av Kari Martinsen og Kari Wærness som et skifte fra å fokusere på care til å fokusere på cure (12). Moderne sykepleie oppstår samtidig med den medisinske cure-tradisjonen, i siste halvdel av 1800-tallet. Legens posisjon har gjennomgående vært ulik sykepleierens, for eksempel i forhold til sosial klasse og kjønn. Dette kan være noe av forklaringen på en skjev maktbalanse og et hierarkipreget felt (3,6). Lindgren (13) illustrerer dette makt-hierarkiet på en lekende og humoristisk måte i boken «Doktorer, systrar och flickor». Legenes, sykepleiernes og hjelpepleiernes historier beskrives i forhold til forskjeller i oppvekst og omkring deres ulike handlemåter i fagfeltet og dagliglivet. Deres habitus forstås med bakgrunn i deres posisjoner og disposisjoner, forklart av faktorer som kjønn, utdanning, sosial klasse og oppvekstvilkår. Noe av det interessante ved hennes beretninger om sykepleieren, er at denne gruppen, i motsetning til legen eller hjelpepleieren, ikke kan anses for å

«Artikkelen gir en ensidig framstilling av hva sykepleieforskning er.»

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

være en homogen gruppe. Da «systemene» kommer fra ulike lag i samfunnet har de kanskje ulike disposisjoner? Man kan spørre seg om NSF, som skal representere en heterogen gruppe sykepleieforskere, i større grad burde få frem representanter med ulike forskningsprofiler når kvaliteten på forskningssøknader debatteres i medlemsbladet?

MAKTSTRUKTURER. Ved å følge Bourdieu kan sosiale fenomener som gir seg til uttrykk i våre praktikker, ses i sammenheng med maktstrukturer og politiske føringer. Slike føringer er ikke alltid åpenbare for oss, men virker i det skjulte og opprettholder makt. Det kan dreie seg om helsepolitiske føringer, fagforeningspolitikk og skjev maktfordeling mellom det medisinske og det sykepleiefaglige vitenskapsfeltet. NSF ser ut til i størst grad å støtte den evidensbaserte/kliniske/medisinskinspirerte forskningen. Dette gjør de for eksempel ved å sende ut signaler til 100 000 medlemmer om hvilken type forskning og metode som er den riktige, eller ved å dele ut

boken «Å arbeide og undervise kunnskapsbasert» skrevet av Nortvedt og kollegaer, i julepresang til alle sine medlemmer. Det er flott at NSF engasjerer seg i forskning, men forbundet forholder seg ikke nøytrale og åpne for mangfoldet i forskning.

AVSLUTNING. Hvordan virker denne framstillingen av forskningen inn på sykepleie som fag og vitenskap? Det finnes ikke et ensidig svar på dette spørsmålet, men oppsummert kan man foreslå at en ensidig framstilling av sykepleieforskning som av dårlig kvalitet, trolig kan virke inn på de akademisk utdannede sykepleiernes opplevelse av seg selv som akademiske aktører. En slik framstilling av forskningen kan ved hjelp av Bourdieus metoder forstås som mer underlagt strukturelle forhold som virker i det skjulte og noe som kan ha foregått gjennom fortid og nåtid, i større eller mindre grad. Til sist kan dette bli internalisert kunnskap som sitter i kroppen, skapt gjennom erfaringer i et felt over tid, og derved blir det avgjøren-

de for våre handlinger (3,9).

Bourdieu teori om sosiale praktikker kan brukes som et middel i utforskningen av de skisserte spørsmålene. De refleksjonene som ved hjelp av denne teorien er gjort i drøftingen, er ikke noen fasit på virkeligheten, men må diskuteres. Oppsummert kan man hevde at det i noen miljøer hersker en forståelse av at teori alene er for praksis og noe som direkte kan overføres til handling. Når slike miljøer blir de dominerende innen forskningen, kan kanskje forståelsen av det «evidente» bli noe snever. Mange sykepleiere tar del i medisinsk inspirerte eller klinisk rettede forskningsprosjekter, men forskning innen sykepleie rommer mye mer. Andre innfallsvinkler kan bidra til refleksjon og utvikling av teorier om praksis, og er derfor nyttige og anvendelige på en annen måte. Bourdieus teorier kan bidra til en bevisstgjøring om hvilken historie, strukturer og mulighetsbetingelser som foreligger innen forskningsfeltet. Kanskje kan dette igjen styrke sykepleierens posisjon som selvstendig akademisk

aktør med multiple teorier og forskningsmetodologiske tilganger i et unikt og viktig fagfelt? ●

REFERANSER:

1. Dolone K.A. Søknad avslått. Sykepleien. 2014;2:18–25.
2. Hanestad BR, Ulvik B. Sykepleieforskning i Norge – en stille revolusjon. Sykepleien. 2002;90:46–48.
3. Sortvik W. Sjukepleieren som akademisk aktør – hva er sjukepleievitenskap? [masteroppgave]. Bergen: Institutt for samfunnsmedisinske fag, Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen. 2011.
4. Petersen KA, Callewaert S. Praxeologisk sykepleievitenskap: hvad er det? En diskusjon med det subjektivistiske og det objektivistiske alternativ. Bergen: Forlaget Hexis, 2014.
5. Petersen KA. Hvorfor Bourdieu? I: Petersen KA, red. Fokus på sykepleien. København: Munksgaard, 1996:123–43.
6. Petersen KA. Kunst, praksisteori og vitenskap. FS 13 NYT, 1995;1:34–41.
7. Boge J, Martinsen K. Kritiske kommentarer til evidensbasert undervisning og praksis. Vård i Norden, 2006;26:32–35.
8. Bang B, Martinsen B. Evidens i sykepleien. En begrebsanalyse af evidens i nordisk sykepleje. Nordisk Sykepleieforskning, 2013; 4: 219–235.
9. Bourdieu P. The Conflict of the Faculties I: Bourdieu P. Homo Academicus. Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag; 1996, s. 36–72.
10. Graverholdt, B. Jamtvedt G, Nortvedt MW, Reinar L M. Å arbeide og undervise kunnskapsbasert. Oslo: Norsk Sykepleierforbund, 2007.
11. Foucault M. Klinikens fødsel. København: Hans Reitzels forlag, 2000.
12. Nortvedt P. Sykepleiens grunnlag. Historie, fag og etikk. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget, 2008.
13. Lindgren G. Doktor, systrar och flickor: om informell makt. Stockholm: Carlsson Bokförlag, 1992.

Støttestrømper

Til jobb og fritid

Våre komprimerende strømper er utviklet for å øke blodsirkulasjonen i fot og ben. Det økede trykket virker forebyggende mot blodpropper, åreknuter og motvirker også hovne og trette ben. Samtidig gir kompresjonsstrømpene inntil 30% hurtigere restitusjon!



xwear.no

En helt ny leseopplevelse

LES SYKEPLEIEN
UANSETT HVOR
DU ER!



SYKEPLEIEN – NÅ OGSÅ PÅ NETTBRETT

Opplev Sykepleien på en helt ny måte! Magasinet er nå tilgjengelig som spesialutviklet utgave for nettbrett. Den interaktive utgaven er spekket med flotte bilde-serier som gir en ekstra dimensjon til artiklene fra den trykte utgaven. Last ned Sykepleien på ditt nettbrett, og du kan lese magasinet «offline» uansett hvor du er.

Last ned appen i dag!

GRATIS for medlemmer i NSF



Appen er tilgjengelig både for iPad og Android.
Les mer om hvordan du kommer i gang på sykepleien.no.

Sykepleien



Påfyll

Del 3 Sykepleien 08 | 2014

Bøker – Kultur – Fakta

Noen ganger gipser
Tine Løkenflaen som
smertelindring.



Slik gipser de

Det er mange forskjellige måter å legge gips på.
På legevakten får de bruk for alle. **78**



Tegnehanne. Å
være sykepleier gir
privat pågang. **73**



«Jeg orker heller
ikke lage mat fra
bunnen av hver
dag.» Eva Ergen
Haksten. **74**



Bok. To bøker gir
råd om hvordan
møte barn som
sørger. **77**



Anton Kjær (95) hygger seg med hagearbeid på Nordberghjemmet.

Rullende sykehjemshager

SPESIAL: På Nordberghjemmet i Oslo er gjennomsnittsalderen rundt 90 år, og mange av beboerne har gitt opp hagehobbyen. Noen er knyttet til rullestol og rullatorer, andre har fått stivere kropp med årene, slik at hagearbeid blir for tungt.

Nå har sykehjemmet funnet løsningen: Høye hagekasser på hjul,

spesiallagd for rullestolbrukere og dem som ikke kan bøye seg ned for å dyrke grønnsaker, luke, vanne og høste. Her har beboerne plantet reddiker, salat, spinat, tomater, sukkererter, urter, jordbær og blomkarse, som de så skal nyte når tiden er inne for høsting. Kassene kan tas inn på seinhøsten slik at dyrkingen kan fortsette med vekstlamper.

Håndverker Darren Muddiman i Oslo har laget kassene på bestilling, men man kan også snekre dem selv. Forskjellig type treverk kan brukes, bare det ikke er impregnert. Så kan de beises eller males. Kassene har myggetnett nederst og en slags hønsenetting over der igjen. De kan kles med plast innvendig, slik at ingen skumle stoffer fra malingen går i jorda. ●

Verdens største nyrestudie

Flere enn tusen innbyggere i Tromsø stiller opp for at forskere skal finne ut hvorfor nyrenes rensefunksjon blir dårligere med alderen. Studien er en del av Tromsø-undersøkelsen.

Kilde: Universitetet i Tromsø

Mer overvekt med skilte foreldre

Andelen barn med overvekt eller fedme er mer enn 50 prosent større blant de med skilte enn de med gifte foreldre. Det viser barnevekststudien til Folkehelseinstituttet. Studien sier ikke noe om mulige årsaker.

Kilde: Folkehelseinstituttet

Tverrfaglig utdanning om smerte

Til høsten starter Høgskolen i Buskerud og Vestfold sammen med Universitetet i Oslo en tverrfaglig videreutdanning i smertebehandling. Den gir 30 studiepoeng og er på deltid over et år.

Kilde: Høgskolen i Buskerud og Vestfold

Riskhospitalet



Europa med grått hår

– Europa er i ferd med å få grått hår. Hvordan vi kan bruke ny teknologi for å sikre en best mulig eldreomsorg fremover, er en felles utfordring, sier Tore Tennøe, direktør i Teknologirådet, som leder det EU-finansierte PACITA-prosjektet.

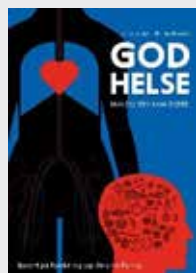
Prosjektet skal kartlegge hvilke former for velferdsteknologi og hjemmebasert telemedisin som finnes i dag, og ikke minst hvilken utvikling vi kan vente oss i årene fremover når andelen eldre i befolkningen øker.

Kilde: Europaportalen

Annerledes om egen helse

SELVHJELP: Boken «God helse. Hva du selv kan gjøre» er en annenledes selvhjelpsbok om hvordan få bedre helse. Den henvender seg til et bredt publikum og er skrevet av en rekke kliniske spesialister, og Anette Høyen Ranhoff står som redaktør.

Bokens første del omtaler forebyggende helsearbeid. Den andre delen går grundig inn på de mest vanlige folkesykdommene både når deg gjelder symptomer, årsaker, behandling og forebygging.



Et overblikk

LETT: I boken «Helsetjenesten i Norge» har Magne Nylenna laget en god oversikt over landets helsetjeneste. Den trekker opp de store linjene både historisk, politisk og helsemessig. De ulike forvaltningsnivåene beskrives grundig. Helseforskning, kunnskapsbasert praksis, velferdsteknologi og utviklingstendenser er blant de områdene som behandles. Boken er skrevet i et lett tilgjengelig språk.



Samhandlingsreformen

GRUNDIG: «Samhandlingsreformen under lupen» formidler noe av forskningen som er gjort i forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen i 2012. Forfatterne kommer fra Høgskolene i Narvik og Harstad. Alexander Kwesi Kassah står som redaktør. Boken går grundig inn på mange aspekter ved reformen. Det gjelder blant annet de maktrelasjoner som er knyttet til både forberedelsen og gjennomføringen av reformen.



«Hvordan sykepleierjobben har forandret hverdagen min»

Av Tegnehanne



Jeg er altfor klar over hvilke farer jeg utsetter meg selv for hver enesete dag. Det er som om jeg har pugget alle de forskjellige måtene å dø på, og hver dag jobber for å komme nærmere 2–3 av dem.



Jeg har blitt den venner (og mennesker jeg nettopp har møtt) kommer til når terskelen for å gå til legen blir for høy. Med en gang folk hører ordet sykepleier, så dannes det assosiasjoner som «omsorg», «taushetsplikt», «empati» og «dette er min mulighet til å brette ut alle mine kroppslige symptomer og abnormiteter».



Jeg vet nå hvordan en urinveisinfeksjon lukter. Det er som å ha superkrefter ingen setter pris på.



Sykepleien APP

Se hele stripen på nettbrett

Tegnehanne finnes i en lang versjon på Sykepleien APP. Har du ikke appen ennå?

Last ned den fra app-store eller følg lenken fra www.sykepleien.no



Eva Ergen Haksten

Mat til oppmuntring

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

Kosthold. Å leve med diabetes 2 skal ikke ødelegge matgleden, mener Eva Ergen Haksten.

Derfor har hun skrevet bok med oppskrifter og oppmuntring.

– Mange er veldig lei seg fordi de tror de må gjøre store endringer, sier hun på kafé i Oslo.

– Noen bør gjøre større endringer enn andre, det avhenger av utgangspunktet. Men jeg sier de fortsatt skal kose seg, ofte er det justeringer og gradvise endringer som skal til.

BREDT. Som diabetessykepleier erfarer Eva Ergen Haksten at de med diabetes 2 savner praktiske råd og tips. Denne formen for diabetes kan i mange tilfeller behandles med riktig mat og mer mosjon, selv om mange etter hvert må ta medisiner. Men den griper inn i hverdagslivet, og mange vet ikke hvordan de skal takle det.

– Noen sier de har kuttet ut alt av ris, pasta, poteter og bare spiser kjøtt, fisk og litt grønnsaker. Det synes ikke jeg er ideelt. Jeg ønsker de skal spise så bredt og variert som mulig, men selvfølgelig redusere raske karbohydrater, fett og totalt energiinntak, sier Haksten.

FIBER. Ofte er det mye å hente ved å redusere sukkerholdige drikker.

– Noen spiser rimelig greit, men drikker mye brus.

Derfor begynner hun alltid med å kartlegge hva pasientene spiser og drikker.

– Spør jeg om de drikker mye brus, kan de si «nei, bare en halv til en liter om dagen». Men jeg synes det er mye. De får i seg veldig mye sukker gjennom drikke. Det samme gjelder juice og smoothie, som gir økt blodsukker og lite metthetsfølelse. En til to frukter om dagen er bedre, for da får man også i seg fiber.

Kroppen tar raskere opp karbohydrater fra drikke. Alt som tygges og inneholder fiber tar litt lengre tid å fordøye og vil dermed gjøre at blodsukkeret stiger litt saktere.

– Mange spør hva jeg synes om lettbrus, men jeg anbefaler det ikke til daglig. Smaken er så søt, og blir referanse for søtsmaken. Det er bedre å skru ned søtsansen. Ideelt sett trenger man ikke noe som er søtere enn frukt, sier hun.

– Og det går an å venne seg til.

FERDIGMAT. Melk kan også gi høyt blodsukker og mange kalorier.

– Jeg sier ikke at de skal kutte ut melken. Men to glass melk til hvert måltid kan reduseres til et lite glass to ganger om dagen.

Hun er også opptatt av å finne ut hva pasientene spiser.

– Mange bruker mye ferdigmat. Jeg har full forståelse for det, de har ofte travle hverdager og har lagt seg til rutiner og vaner, men jeg vil vise at det ikke trenger ta mye lengre tid å lage maten selv. Det er heller ikke vanskelig.

Derfor har hun også med råd til dem med lite erfaring fra kjøkkenet.

– Jeg vil at matlaging skal være enkelt. Og

«Jeg vil at matlaging skal være enkelt.»

jeg tenker man kan gå gradvis frem. Er det mye stress i hverdagen, så lag middagen i helgen. Jeg orker heller ikke lage mat fra bunnen hver dag. Men når jeg lager middag, lager jeg alltid mye mer enn jeg spiser og fryser ned. På den måten har jeg lett tilgang til middagsmat i uken.

En stor salat kan også blandes i helgen og stå flere dager i kjøleskapet.

SUNNERE. Noen pasienter har full jobb og barn som sier de ikke liker det og det. Derfor blir taco og pizza enkle valg.

– Men de trenger ikke kutte ut taco bare fordi en har fått diabetes 2. Det er greit en gang iblant. Men den kan gjøres sunnere. Bytt ut kjøttdeig med karbonadedeig, reduser kjøttet og bruk mer salat, foreslår Haksten.

Kosten som er anbefalt ved diabetes 2 er stort sett den samme som de generelle kostholdsrådene til befolkningen. Derfor trenger ikke de med diabetes 2 egen mat. Hele familien kan spise det samme.

– Gir jeg en brosjyre med de rådene, er de kjent for de fleste. Utfordringen er å omsette dem i praksis.

KOKK. Haksten har selv alltid vært glad i å lage mat. Hun er utdannet kokk og har jobbet på blant annet restaurant, barnehage og til sjøs. Da hun jobbet på skip, var hun flere uker ute på jobb av gangen. Når hun var hjemme, kjedet hun seg og begynte derfor som assistent på sykehjem. Hun likte seg, utdannet seg til hjelpepleier og så til sykepleier.

– Men den gangen var det vanskelig å få fast jobb i Sverige, sier hun.

– Så jeg flyttet til Norge, der jeg fikk jobb med en gang.

Hun ble diabetessykepleier fordi hun er mest interessert i å veilede og snakke med folk.

– Og så er jobben veldig selvstendig, sier hun.



Fakta

Eva Ergen Haksten

Aktuell med:
Diabetes 2 og
hjertevennlig mat

MOTIVASJON. Pasienter med diabetes 2 skal egentlig følges opp av fastlegen, men henvises ofte til sykehus. Hvor mye oppfølging de trenger, varierer.

– Man må være veldig pragmatisk som diabetes-sykepleier, sier Haksten.

– Får man ikke til det optimale, får det nest beste duge. Man må finne ut hva pasientene ønsker eller orker å gjøre. Hva vi får til er i stor grad avhengig av pasientens målsetting og motivasjon.

Mange er ikke fornøyde med vekten, og Haksten synes det er et godt utgangspunkt.

– Får de ned vekten, virker det inn på alt, sier hun.

– Det reduserer blodsukker, insulinresistens og risiko for hjerte- og karsykdom og gjør det lettere å bevege seg.

LAVKARBO. I boken har hun laget middagsmeny for hver dag i en måned. I tillegg er det oppskrifter på grove brød, kaker og desserter.

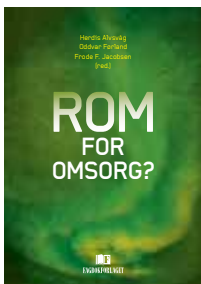
Hun minner om at de med diabetes 2 bør gjøre endringer i kostholdet som skal vare.

– Jeg får mange spørsmål om lavkarbo, men jeg er ingen stor tilhenger. Blodsukkeret går nok ned, men det er for snevert bare å se på det. Diabetes gir også økt risiko for blant annet hjerte- og karsykdom, og da er det viktig med rett type og riktig mengde fett. Jeg sier til pasienter at de gjerne må prøve lavkarbo, men at jeg ser det som en diett for å gå ned i vekt i en kort periode. Og da spør det hva som skjer etterpå.

Og til pasientene som gruer seg til konfirmasjon, brylluper og andre fester hvor det vil bugne av godt, sier hun: Kos deg. Spis det du har lyst på, men kanskje ikke i store mengder. La blodsukkeret gå opp en sjelden gang. Av og til kan man tillate seg det, før man går tilbake til normalen.

– Å spise skal være en glede, også med diabetes 2. ●

nina.hernes@sykepleien.no



Fakta

Rom for omsorg?

Av Herdis Alvsvåg,
Oddvar Førland & Frode
F. Jacobsen (red.)
Fagbokforlaget, 2014
ISBN 978-82-450-1603-1

Anmelder: Ingrid Jahren
Scudder, sykepleier og
master i helsefagvitenskap

Omsorgs- misjonærene

ANMELDELSE: I denne antologien fokuseres det på omsorgens vilkår, relasjoner og omgivelser i helsevesenet. De 16 artiklene kan leses uavhengig av hverandre, og har i hovedsak høy grad av klinisk relevans. Fellesnevneren er rommet og kulturen som skapes for omsorgen.

Det er generelt et stort tilfang av teori og forskningsmetoder i boka. En enhetlig anmeldelse er derfor vanskelig, men jeg vil berømme åpningskapittelet for å trekke en uvanlig linje fra militær strategi til omsorgsarbeiderens karakter.

Et annet veldig godt kapittel, med

stor overføringsverdi til andre helsefaglige felter, er hentet fra fysioterapien, og beskriver og analyserer pinlighetspraksiser og latter.

Frivillighet og tvang i lys av filosofen Hannah Arendts tenkning er interessant. En kontekstsensitiv forståelse konkretiseres blant annet med en artikkel om betydningsfulle steder og forbindelser mellom mennesket og naturen.

Dessuten presenteres en nyttig modell for langtidsomsorg ved katastrofer. På den annen side savner jeg de mer akutte og typisk «hurtige» arenaene som intensivavdelinger, og

eksempler fra omsorg for barn enten i hjemmebasert omsorg eller på institusjon.

Det savnes også noe radikalt nytt. Kapittelet om «Psychosocial Studies» (oversatt til psykososialt) er kanskje det nærmeste vi kommer. Både Florence Nightingales arbeider og skapelsesfenomenologien med filosofene Kari Martinsen og K.E. Løgstrup er hyppig sitert. Disse er godt etablerte og viktige personer i norsk sykepleie, som av den grunn trenger, og vil tåle, en livlig og kritisk debatt.

Summa summarum: Boka fortjener å nå ut til et bredt publikum. ●



Fakta

En kort evaluering av psykososialt stress

Av Henrik Nor-Hansen
Tiden Norsk Forlag, 2014
ISBN: 978-82-10-05372-6

Anmelder: Ingrid Ovlien-
Mikalsen, spesialsykepleier
i psykisk helsearbeid

Samfunnsutvikling og psykisk lidelse

ANMELDELSE: I boken dykker forfatteren ned i hovedkarakteren Halvor Lelands psyke, og ser hans indre liv opp mot samfunnets utvikling de siste 25 årene. Finnes det paralleller, og hvordan skal dette i så fall vektlegges når Leland begår en alvorlig forbrytelse?

Dette er en roman utenom det vanlige. Den fremstår som et utdrag av rapporter, uten en klar begynnelse eller slutt. De fremstilles som skrevet av en fagperson, og består av detaljerte beskrivelser av Lelands sykehistorie, og vurderinger av denne. Rapportene

søker etter årsaken til Lelands plager og den utviklingen hans lidelse tok. Kan dette ha sammenheng med økt politisk pessimisme på 80-tallet? Hvordan ble denne igjen påvirket av landets videre utvikling? Hvordan kan man vite hva som er riktig måte å leve på? Etter millenniumsskiftet viste undersøkelser blant den norske befolkningen en svekket entusiasme for fremtiden, og Leland uttrykte selv da han satt i avhør at han hadde et sterkt behov for å komme seg ut av dvalen han befant seg i. Hans vekker ble å gripe til en dramatisk handling.

I boken får leseren en påminnelse

om hvor sammensatt forståelsen av psykiske lidelser er og gis innblikk i samfunn og miljø som forklaringsmodell. Hva kan være en emosjonell respons på de utfordringene samfunnet står ovenfor? Hvordan vet man om denne responsen er adekvat eller et tegn på psykisk lidelse?

I et samfunn i rask utvikling er boken etter min mening høyst aktuell. Boken bør ha relevans både for helsepersonell, mennesker med psykiske plager og alle andre som vekkes av spørsmålet: «Hvordan blir jeg som person påvirket av samfunnets utvikling?» ●

Hva
leser du
nå?

Eli Dahl Viktig å bli lest for!

LITTERATUR: Eli Dahl, sykepleier og hovedtillitsvalgt ved kirurgisk avdeling ved Haukeland universitetssykehus, har siden barndommen vært et lesende menneske. Aller helst leser hun krim. Blant favorittene er Jo Nesbø og engelske S.J. Bolten.

– Jeg har nettopp avsluttet *Sønnen av Nesbø* og *Fortapt av Bolton*. Begge bøkene er gode, men Nesbøs bøker med Harry Hole som gjennomgangsfigur var bedre enn *Sønnen*.

Hun ble lest mye for da hun var barn. Farmors fortellinger fra barndommen er gode minner. Selv har hun lest mye for både barn og barnebarn.

– Det er godt for barn. Det skaper lese lyst senere i livet.

Onkel Toms hytte var en viktig bok i hennes egen barndom. Den ble lest med tårefylte øyne.

Eli liker ikke bare krim. Hun fremhever *Thora-bøkene* til Herbjørg Wassmo, en stor leseopplevelse på samme måte som bøkene til Amalie Skram har vært det for henne. ●
karlhenrik.nygaard@gmail.com



Alder: 60 år

Yrke: Sykepleier ved kirurgisk avd.,
Haukeland universitetssykehus

Hvordan møte barn som sørger?

ANMELDELSE: Forfatterne av disse to bøkene har lang erfaring med sorgarbeid hos barn. Heftene henvender seg til to aldersgrupper, 4–8 og 9–13. Mølbak er utdannet lærer og arbeidet med leseinnlæring for de aller yngste. Fleischer er spesialist i nevro – og pedagogisk psykologi.

De voksne blir bedt om å lese forordet og etterordet før de går inn i de konkrete fortellingene. Forordene legger vekt på at barn får snakket om sin sorg, det er lov til å være lei seg når en som en har vært glad i blir borte eller dør.

I etterordene omtales mer konkret ulike typer for sorg og hvordan barna kan få delta. Det er viktig å huske at små barn opplever bare å være lei seg. De er ikke i stand til å skjelne mellom å være litt, middels eller svært lei seg.

Hver av bøkene har to personer, en gutt og en jente, som gjennomgangsfigurer. Dette fungerer bra, og skaper kontinuitet.

Forfatterne beskriver ulike former for sorg: Tap av et kjæledyr eller nær venn som flytter, kjærlighetssorg, skilsmisse og dødsfall i nær familie. Å miste noen er vondt, dette kan ramme

barn ekstra kraftig. Barn trenger derfor hjelp til å sette ord på sine følelser, og støtte til å se muligheter ut fra en vanskelig situasjon. Sorg skal rippe opp, skiver i forfatterne. Det er viktig, for det gjør mindre vondt å rippe opp i noe som er bearbeidet. Skaper samtalen sterke reaksjoner er det behov for profesjonell hjelp.

Jeg testet ut fortellingene på barnebarna i påsken. Fortellingene engasjerte, og samtale spørsmålene som fulgte hvert kapittel ga gode innfallsvinkler til barnas refleksjoner. De passer ikke som god natt-lesing.

Heftene er godt egnet til samlingsstunder i barnehager og grunnskole. Teoridelen i heftene er noe overlappende, men er lagt godt til rette for de to aldersgruppene som er angitt. Det er fint å snakke om sorg når en ikke er akutt berørt. For sykepleiere er det viktig å kjenne til barns reaksjonsmønster.

I akutt sorg kan den gode samtalen være riktigere enn å bli gitt en bok i hånden. Sorgen forsvinner aldri, men barns erfaringer med sorg kan hjelpe dem til å møte andre følelsesmessige utfordringer senere. ●



Fakta

**Et Farvel
for alltid –
Klara og
Oskar sørger**

og

**For alltid og
aldri mer
– William og
Anna sørger**

Av Anne Vibeke
Fleischer og Rikke
Mølbak, oversatt av
Heile Grøhn
Gyldendal
norsk forlag 2014
ISBN 9788205451964
og 9788205451971

Anmelder: Liv Wergeland
Sørbye, professor

«Hele livet ligger gjemt i verbet, å se.»

Teilhard De Chardin



Eget håndverk. Det er mange måter å legge gips på.

Og det er like travelt om sommeren som på glatte vinterdager.

Gipsmakeren

Tekst **Nina Hernæs** • Foto **Erik M. Sundt**

Aaaaaah!
Karen Omland skjærer grimaser. For en time siden satt hun på sykkel, på vei til jobb. Nå ligger hun på en benk på Legevakten i Oslo. Det pipler fra et kutt i høyre arm. Den venstre står lege Anniken Birkeborg Nyhus og drar i, mens gipstekniker Tina Løkenflaen presser det ustabile underarmsbruddet sammen.

Det blir stille i rommet.

- Er det verste over, spør Omland forsiktig.
- Ja, svarer Løkenflaen rolig.
- Nå skal jeg gipse.

TRAVELT. Det er fredag og strålende sol. På legevakten er det fullt på venterommene.

– Alle tror det er dødsmye å gjøre når det blir glatt, sier Heidi Brevik, ledende gipstekniker.

– Men det er minst like mye om sommeren.

Folk tryner på sykkel og detter fra trampoliner. Spiller fotball i parken.

– Kveldene blir lengre, alle skal ut og en viss prosent skader seg, sier Tina Løkenflaen.

– Nå eskalerer det med innskrivning hvert tiende minutt.

EKSPERTER. I Norge fins det ingen formell utdanning som gipstekniker. De læres opp internt.

De er legevaktens gipseksperter. Legene, som ofte jobber her i korte perioder som del av en spesialisering, rekker ikke å opparbeide kompetansen de innehar. Ifølge enhetsleder Gro Karine Sigvartsen fungerer det utmerket med egne gipsteknikere.

– Gipsteknikerne gipser mange ganger om dagen, hver dag, og de blir dyktige. Å gipse er et håndverk, påpeker hun.

Heidi Brevik har vært her i snart 15 år.

– Det fins ikke gøyere og mer utfordrende jobb, sier hun og forsvinner ut døren.

ØVELSE. Tina Løkenflaen sjekker pc-en.

– Er det noe til meg?

Oversikten viser hvilke pasienter som trenger gips. Alle er vurdert av lege først. Rommet er firkantet. Hvite flekker på gulvet avslører hva som foregår her inne.

– Før jeg begynte, tenkte jeg det bare var å legge gips, sier hun.

– Det er det ikke. Det er mye å tenke på. Ulike materialer og ulike teknikker. Gips skal legges i riktig vinkel og ikke for stramt. Man må være litt teknisk og elske å jobbe hektisk.

Hun har øvd masse på kolleger før hun fikk legge på pasienter.

– For å legge en god gips må man kunne det.

STORTÅ. – Når kan jeg spille fotball igjen, undrer Linn Høgåsen.

For få minutter siden kom hun humpende inn med en splint i høyre stortå. Løkenflaen får henne til å legge seg på benken.

– Det er ikke brudd, men vi gipser likevel, forklarer hun.

– Fordi det er smertelindrende.

Hun holder frem noen prøver på gips i ulike farger.

– Dårlig utvalg av farger, men du kan velge mellom lilla, rød og hvit.

«Å gipse er et håndverk.»

Gro Karine Sigvartsen, enhetsleder

– Tror jeg tar hvit, sier Høgåsen og smiler.

Rosa er det tomt for.

– Rosa velges gjerne av unge jenter, sier Tina Løkenflaen.

– Og menn natt til søndag.

BEDRE. Hun legger først en føring, så gips fra ankelen og rundt fotbladet. Lar de fire tærne som ikke er skadet være fri. Plastrer mellom gipsen og huden. Ser på Høgåsen.

– Legen sa du skulle kjenne etter hvor vondt det gjør. Men det er lurt å være i ro i to uker.

Høgåsen får reise seg.

– Er gipsen stiv nå, undrer hun.

– Nei, men du kan gå med den. Det tar rundt ti minutter før den stivner, sier Løkenflaen.

– Hvordan kjennes det?

– Mye bedre enn i sted.

ARM. Hvert år legges det mellom 10 000 og 11 000 gips ved Oslo legevakt. Det blir i snitt 30 hver dag. Hvert døgn gjøres 4–5 reponeringer, på toppdagene 15.

Tina Løkenflaen sier hun gipser flere armer enn bein. Denne morgenen kommer det to jenter etter hverandre med brukket arm. Begge har hoppet på trampoline. Fire år gamle Sol skal skifte gipsen. Det er vanlig å gjøre når det har gått litt tid siden bruddet.

– Du, vi må finne ut av disse fargegreiene, sier Løkenflaen og viser frem alternativene.

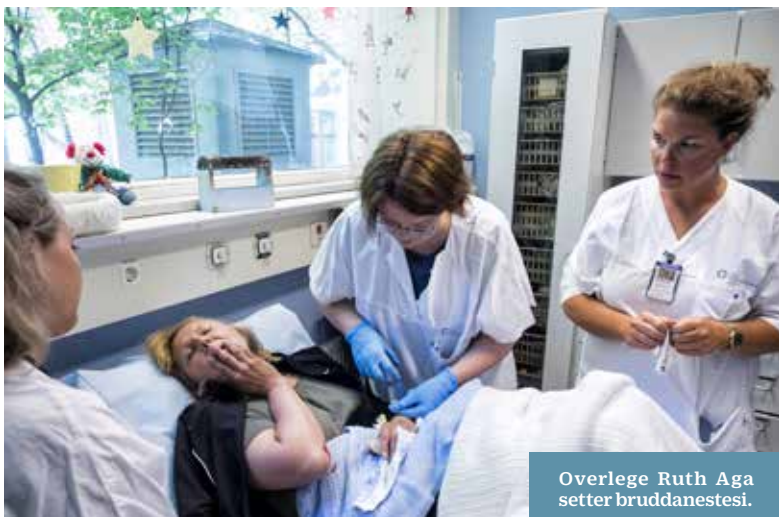
– Det går bra med lilla, sier mamma Lene Danielsen.

Løkenflaen legger gipsen, sørger for at håndleddet blir fritt og legger paddinger under gipsen for å unngå gnagsår.

– Vi er spesielt nøye på barn, forklarer hun og klipper nennsomt til gipsen.



Tina Løkenflaen og Anniken Birkeborg Nyhus reponerer Karen Omlands venstre underarm.



Overlege Ruth Aga setter bruddanestesi.



Tina Løkenflaen legger gipslaske.

➔ **BADEGIPS.** Gips fins i to typer, kalkgips eller plastgips. Plastgipsen veier mindre, mens kalkgipsen er lettere å forme.

– Mange tror at plastgips og ulike farger er noe nytt, kommenterer Løkenflaen.

– Men det er blitt brukt i 25 år.

Ifølge Heidi Brevik kostet det før litt ekstra å få farge.

– Så derfor valgte mange hvitt.

Plastgipsen kalles også badegips, men tåler ikke vann. Derfor får Sol og foreldrene råd om å pakke inn armen i pose når hun skal i vann.

HÅNDLAG. På legevakten er det sju gipsteknikere, to har vært her i 30 år. I tillegg er ti sykepleiere lært opp til å gipse, og tre er under opplæring. Ifølge enhetsleder Gro Karine Sigvartsen tar det fire til fem måneder før man kan jobbe selvstendig. Egnethet er viktig.

– Man må ha godt håndlag og være «sterk i klypa», sier hun.

– Og man må være sterk i hodet. Legene spør ofte gipsteknikerne om råd. Man må gjøre selvstendige vurderinger og ta beslutninger.

Tina Løkenflaen er utdannet hjelpepleier. På legevakten er hun lært opp i å gipse, reponere og tolke røntgenbilder.

«Rosa velges gjerne av unge jenter. Og menn natt til søndag.»

Tina Løkenflaen, gipstekniker

RO. – Prøv å puste ned i magen.

Lege Anniken Birkeborg Nyhus snakker lavt til Karen Omland. Hun skjelver.

– Kjempebra, veldig bra, sier legen.

I rommet er det nesten helt stille. Tina Løkenflaen finner raskt frem utstyr til reponering og gipsing. Overlege Ruth Aga gjør klar bedøvelsen. Ber Karen Omland ta et godt magadrag. Sier til Løkenflaen at hun vurderer volar laske. De er enige. Bruddet står motsatt av hva det pleier.

De lar bedøvelsen få virke litt. Karen Omland slutter å skjelve.

– Jeg er ingen supersyklist, sier hun tynt.

– Men jeg lå litt for nær bilen foran.

Da den bråstoppet, bråstoppet også hun og gikk over styret.

For gipsteknikerne er historien ikke uvanlig.



Fire år gamle Sol er fornøyd med lilla gips.

Ifølge Tina Løkenflaen er bruddet stygt og må opereres. Men det skal rettes opp først for å redusere smertene.

REPONERE. Hun finner frem en slynge, og viser den til Karen Omland. En viktig del av jobben er å roe henne.

– Jo mer hun slapper av, jo lettere er det å få et godt resultat. Vi vil at hun skal gi fra seg armen, forklarer hun.

Legen kommer tilbake.

– Da begynner Anniken å dra, sier Løkenflaen.

Legen tar tak i to fingre på armen som er brukket, og drar. Ved reponering, som egentlig betyr å sette, plassere, er det legen som drar og gipsteknikeren som klemmer over bruddflatene og retter dem ut.

– Nå er hånden din mye rettere allerede, sier Løkenflaen, som gjør seg kjent med bruddet.

– Kommer det til å gjøre veldig vondt, spør Omland.

– Du kommer til å kjenne det. Men jeg gjør ingenting før jeg sier fra, sier Løkenflaen.

TAKKNEMLIG. – Reponering var det skumleste å lære seg, forteller Løkenflaen.

– Man kan ikke øve på hverandre. Første gang man gjør det, er det alvor. Men jeg har fått god opplæring.

Hun sier jobben er takknemlig.

– De fleste er så fornøyd at de nesten gir meg klem. De er så takknemlige for å få hjelp.

At venterommene fylles opp, merkes ikke her inne.

– Folk blir lei av å vente, men når de kommer inn opplever de at vi bryr oss, sier hun.

– Det som kan gjøre det vanskelig, er at de som blir prioritert kommer bakveien med ambulanse. De som sitter og venter ser ikke jobben vi har med dem.

VENTER. Karen Omland har fått på gipslaske. Nå venter røntgen, ny kontroll i morgen og operasjon om seks dager. Smertene er ikke like sterke. Hun smiler blekt.

– Jeg vurderte å kjøre bil i dag, nå angrer jeg på at jeg ikke gjorde det. ●

nina.hernes@sykepleien.no



Linn Høgåsen spilte fotball så tåen ble skadet.

Fakta

GIPS:

Brukes for å beskytte bein som er brukket eller skadet så de lettere heles. Er som regel enten av kalk eller glassfiber. Under gipsen legges en foring for å beskytte huden. Både kalkgips og glassfiber-gips legges på mens de er fuktige. Tørker som regel etter rundt ti minutter.

Kilde: Norsk Helseinformatikk

VANLIGE GIPSER:

Radiusgips
Scafoidgeps
Kamgips
Støvelgips
Lasker i alle varianter

GIPSTEKNIKER:

Er eksperter på å gipse og reponere. Ingen formell utdanning i Norge. Læres opp internt. Opplæringen tar gjerne fem til seks måneder. Hjelpepleiere og sykepleiere kan bli gipsteknikere. Legevakten i Oslo har sju gipsteknikere. I tillegg er ti sykepleiere lært opp til å gipse og tre til er på opplæring.



Hannah får ny gips.



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

1 Hvilke dag markeres den 5. mai?

- A Verdens håndhygienedag
- B Verdens røykfrie dag
- C Den internasjonale jordmordagen

2 Hvem er ny administrerende leder i KS?

- A Gunn Marit Helgesen
- B Per Kristian Sundnes
- C Lasse Hansen

3 Hvor mange sykepleiere sitter i dag på Stortinget?

- A 5
- B 7
- C 9

4 Hvem er leder av Stortingets helse- og omsorgskomite?

- A Kari Kjønaas Kjos (FrP)
- B Kjersti Toppe (Sp)
- C Torgeir Micaelsen (A)

5 Hvor mange NSF-medlemmer er ansatt i Røros kommune?

- A 31
- B 46
- C 72

6 DPS – hvor mange behandlingssteder finnes?

- A 120
- B 170
- C 210

7 Hyppigste dødsårsak i Norge (2012)?

- A Ondartet kreft
- B Sykdommer i respirasjonsorganene
- C Sykdommer i sirkulasjonsorganene

8 Hva heter boken om de spedalske på Spinalonga?

- A Øya
- B De utstøtte
- C De bortgjemte

9 Hva er Aarskog syndrom?

- A Skallebena er vokst sammen
- B Forsinket lengdevekst
- C Arvelig stoffskiftesykdom

10 Gjennomsnittsalderen på sykepleiermedlemmene i NSF?

- A 43
- B 46
- C 49



Kari Henriksen er en av hvor mange sykepleiere på Stortinget?

- ☺ 10 poeng: Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)
- 😊 6-9 poeng: Lovende. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.
- 😐 3-5 poeng: Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?
- ☹ 0-2 poeng: Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

Svar: 1a+c, 2c, 3b, 4a, 5b, 6b, 7c, 8a, 9b, 10a

Randis hypokonderkryssord

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|---------|-----------|----------------|--------|--------------|-------|------------|-----------------|----------------|-----------|------------|-----------------|------------------------|-------------|----------|
| ☺ | JON-SOK | LEGER | CA SKIPS-FORK. | TVILES | RYDDE | LÅRE | KUNST-DYR | KON-SO-NAN-TER | SVAR | SEX HÅPER | BIBEL-NAVN | TEORI LÅTE | PLATE | CELLE-DELER | END-RING |
| SYKD. RYK-NING | | | | | | | | | | | | | | FRED | |
| NEST-SJEF | | KOMM. LYD | | | RYDDE TØ! | | PÅ-LEGG | MÅL | LYTE | | | | LEVER | SYKD. | |
| FETT-STOFF VIDERE-BRINGING | | | | | | | | | BYG-NING | | | GUD DATA-MASKIN | | | |
| | | | | KLAR | | VEKST | YTRE FIKSE | | BIB-NAVN SPISE | | | REK-LAME SOBER | | NESTE ORGAN | |
| AFRI-KAN-ERE | | | | | | | | | | TØRR ØKE | | | BABY | | |
| SØLV | | DEN GANG | TALL | | LEVER PÅ FLY | | | ART. | | RET-NING | PRON. | | TEGNE-SERIE-FIG. HINNE | | |
| TAP VEKST | | | | | | | | SERVICE-BEDRIFT | | | | | | SAKTE | |
| | | | | | | | | | KROP-PSDEL | | | | | | |

Se løsning på kryssord side 85.



Meninger

Del 4 Sykepleien 08 | 2014

Kronikk – Leserinnlegg – Portrett



Les Sykepleiens intervju med Torgeir Micaelsen, som mange ser for seg som en fremtidig AP-helseminister.

– Vi må forandre

Havnet i helse. Speidern. Smurfeshow. Bassist i Skrik. Slik var Torgeir E. Micaelsens vei til helsepolitikken. **94**



Takknemlig.

Vi trenger å høre flere positive helsehistorier. **91**



«Hyppigheten og kraften i løftene til helseminister Hanssen lurte oss alle, også gatefolket.» Anlov Mathiesen. **90**



Fremtid. Avansert klinisk sykepleie vil gi bedre helse. **88**



Påvirker. Hver dag setter NSF kompetanse på dagsorden.

Vi skal ikke stå igjen på perrongen når toget går, men sitte i førersetet.

Fag først og fremst

Hva kan sykepleierne og jordmødrene bidra med i dagens og fremtidens helsetjeneste? Dette er spørsmål vi som profesjonsorganisasjon svarer ut daglig. Jeg har lyst til å dele noen eksempler.

Både lokalt og sentral bidrar NSF inn i politiske beslutninger som påvirker utviklingen i helse-tjenesten og sykepleierens plass. Vi sitter i råd og utvalg som legger premisser for fremtiden. Vi gir skriftlige innspill til alle aktuelle stortingsmeldinger og har dialog med storting, regjering og helsemyndigheter, hvor vi synliggjør vår kompetanse.

Regjeringen jobber med en stortingsmelding om fremtidens helsetjeneste i kommunene, som skal fremmes neste vår. I denne forbindelse er det interessant å merke seg at OECD nylig har lagt frem en rapport med råd om hvordan den kommunale helse- og omsorgstjenesten i Norge bør utvikles. Rapporten gir NSF gode argumenter for hvordan videreutvikling av sykepleierrollen i den fremtidige kommunale helse- og omsorgstjenesten bør være.

NSF har kommet med flere innspill i arbeidet med den nye helse- og sykehusplanen, som skal bli lagt frem for Stortinget til høsten. Hele organisasjonen har

bidratt. Vi er den største profesjonen i sykehusene, og det er viktig at vi klarer å være tydelige i våre krav til hvordan sykepleietjenesten skal bidra til den høye kvaliteten på spesialisthelsetjenesten, som vi har i Norge.

PLATTFORM. Sist høst laget vi sju politiske plattformer innen folkehelse, rus- og psykisk helse, e-helse, innovasjon og tjenesteutvikling, sykepleierutdanning, forskning og ledelse. Hensikten er å løfte frem og gi retning for faget i fremtiden.

Slik formidler vi NSF's politikk overfor myndigheter, arbeidsgivere, samarbeidspartnere og media. Vi ønsker også at plattformene skaper engasjement blant tillitsvalgte og medlemmer i NSF.

FAGGRUPPER. NSF er en arena for fagfellesskap og fagutvikling. Vi har 34 faggrupper som er en viktig del av organisasjonen. De gir mange bidrag inn til vårt påvirkningsarbeid, i tillegg til å drive sitt eget. Sist år etablerte vi to kompetansenettverk for også å styrke dette arbeidet.

»**«NSF er en arena for fagfellesskap og fagutvikling.»**

Vårt arbeid som «pådriver og påvirker» er å bygge stein på stein. Derfor bruker vi en rekke virkemidler og arbeidsformer for å nå våre mål. Kampanjer er ett av dem.

NSF's formålsparagraf er det grunnleggende uttrykk for hva vi skal prioritere i vårt organisasjonspolitisk arbeid. Vi jobber samfunnspolitisk, fagpolitisk og interessepolitisk. Alle tre benasattes det på. Lønn og arbeidsforhold er svært viktig. Vi skal ha verdsetting og anerkjennelse for vår kompetanse. Vår kompetanse i møte med pasienter, brukere og pårørende er grunnlaget for vår yrkesutøvelse.

TILLIT. I en nylig gjennomført undersøkelse i Aftenposten om befolkningens tillit til ulike yrkesgrupper kommer sykepleiere ut som nummer en. 87 prosent av de spurte rangerte oss på en av de tre høyeste plassene. Etter oss kom lærere og dernest leger.

Vi har altså en høy «standing» i befolkningen. Så da får vi tro at budskapet når frem – eller erfares direkte av pasienter og pårørende.

Hver og en av dere gjør en svært viktig jobb. Det gjør meg virkelig stolt.

Ha en riktig god sommer – enten dere jobber eller ferierer! ●



Fakta

Eli Gunhild By

Forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund



Palliativ avdeling ved Ski sykehus

FLYTTING: Nylig ble helseminister Høie spurt av stortingsrepresentantene Raja og Solhjell om flytting av palliative senger fra Ski til Nordbyhagen. Helseministeren viser i sitt svar til at det er innhentet uttalelse fra ledelsen ved Ahus, og basert på disse finner han ikke grunn til inn- gripen. Vår oppfatning er at ledelsen ved Ahus ikke fremstiller alle sider ved saken.

Vi ansatte fikk i fjor forelagt av ledelsen i Palliativt senter at det ved Ahus til enhver tid er innlagt 50–60 pasienter med diagnoser som gjør dem aktuelle for palliativ behandling og pleie. Dette var basert på forarbeider til opprettelsen av Palliativt senter. Ut fra disse beregningene ble det angitt et behov for 28 palliative senger i Ahus sitt opptaksområde, 20 skulle ligge på Nordbyhagen, 8 skulle være på Ski.

I Ahus opptaksområde øker innbyggertallet med 20 000 per år. Det er begrensede ekspansjonsmuligheter der Ahus Nordbyhagen ligger. Behovet for antallet palliative sengeplasser må være økende. Det er nå 9 sengeplasser på Palliativt enhet Nordbyhagen, 8 sengeplasser ved Palliativt enhet Ski. Sengeposten på Ahus Nordbyhagen er planlagt utvidet til 15 senger. Med en nedleggelse på Ski står man igjen med maks 15 sengeplasser for hele opptaksområdet til Ahus. Hvorfor antallet i løpet av året er justert ned har vi ikke fått svar på. Dersom det skyldes økonomi bør det sies åpent. Framstillingen ledelsen på Ahus gir helseministeren samsvarer verken

med egne styringsdokumenter eller driften vi har hatt på Ski.

I svaret fra helseministeren skriver han at Ahus mener: «Den spesialiserte sengeposten på Ahus Nordbyhagen vil gi et kvalitativt bedre tilbud til de palliative pasientene som skal behandles i spesialisthelsetjenesten enn det som i dag kan ytes ved Ski sykehus.» Dette er opprørende. Har ikke Ski tilstrekkelig kompetanse innen det fagfeltet vi har håndtert i snart åtte år? Siden starten i 2006 er det bygd opp et kompetent fagmiljø med spesialkompetanse for nettopp disse pasientene.

Hvordan kan Høie stille seg bak en beslutning som bygger på at avdelingen med åtte års erfaring gir kvalitativt dårligere tilbud til pasientene enn en nyopprettet avdeling? La oss se på argumenter som føres fram: Høie siterer: «De [Ahus-ledelsen] opplyser blant annet at det gis mulighet for et mer individuelt basert tilbud for lindrende behandling, smertebehandling, bedret ernæringsstøtte og spisset diagnostikk med kortere liggetid i sykehuset». Ahus-ledelsen bør redegjøre nærmere hva dette betyr. Det fremstår som om avdelingen ved Ski nærmest gir en standardløsning for sine pasienter, noe som overhodet ikke er tilfelle.

På Ski gis det smertebehandling på alle felt. Det eneste vi foreløpig ikke kan tilby er innleggelse av spinale/epidurale smertekateter. Vi håndterer greit pasienter med disse katetrene på plass. Innleggelse av slike katetre skjer vanligvis på en

operasjonsstue. På Ski sykehus er det flere dagkirurgiske operasjonsstuer med anestesileger, så det er bare et spørsmål om vilje til organisering som hindrer at vi også har tilbudet. Det er ganske sjelden at våre pasienter har bruk for denne type smertebehandling.

Ski sykehus har en ernæringsfysiolog i 50 prosent stilling som deltar på tverrfaglig møte og er lett tilgjengelig for pasientene. Palliativt på Ski har et langt bedre kjøkken enn det Nordbyhagen har. Vi har god mulighet til å lage mat tilpasset den enkelte pasient. Vi gir der det trengs ernæring direkte i magesekken eller via blodårene. Vi har også fysioterapeuter svært tilgjengelige for pasientene, prest ukentlig for dem som ønsker det, og tilgang på sosi- onom. Ski har også egen lungesykepleier som ofte er til hjelp for våre pasienter, Vi har i det hele tatt et godt tverrfaglig tilbud.

Diagnostikk er ofte ikke et tema i seg selv for disse pasientene, man vet hva situasjonen er. De er under tett oppfølging av onkologer (kreftspesialister) i lang tid. Før de blir pasienter hos oss er det jevnlig tatt MR, CT, ultralyd og blodprøver. Når det likevel er nødvendig stiller Ski ganske så sterkt. Det er under 50 meter til røntgenavdeling der pasienter kan få tatt CT, ultralyd og vanlig røntgen på dagtid hverdager. Pasientene kommer raskt til undersøkelsen.

Ledelsen ved palliativt senter utarbeidet for et år siden kriterier for tilbudet på de respektive avdelingene. Der kommer det frem at Palliativt enhet Ski langt på vei tilbyr det samme som Nordbyhagen, i tillegg til å ha et utvidet tilbud til pasient og pårørende. På Ski kan pårørende kan bo sammen med den syke på sykehuset, vi har få meter til en uteplass for pasientene både i seng eller rullestol.

Det står videre i Høies svar at Akershus universitetssykehus opplyser at «det kommunale lindrende tilbud på institusjon vil være dels på eksisterende sykehjem i Follo og dels på kommunale lindrende behandlingssenheter (hospice)», videre følger at «dagens avdeling på Ski ligger vel til rette for et hospice- tilbud til befolkningen i Follo». Det vil ikke eksistere noen lindrende behandlingssenheter i Follo hvis Ahus-ledelsen oppløser avdelingen! Kommunene i Follo er på ingen måte klare for dette nå. Ordførerne i Follo fikk forslaget i fanget fra Ahus- direktøren på møte i Follorådet først i slutten av februar i år. Dagens tilbud for



Løsning på kryssord i nr. 08/2014 (se side 82)

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|---|-------|-------|------|-------|---|---|------|-----|---|------|---|-------|---|
| LEGER | Ø | FALES | RYSSE | LARE | KUNST | A | Ø | SWAR | SEL | E | TEOR | T | PLATE | R |
| S | O | M | M | E | R | F | O | R | K | J | Ø | L | E | S |
| S | A | N | K | T | V | E | I | T | S | D | A | N | S | S |
| N | K | R | E | R | E | A | L | E | G | M | L | L | T | E |
| K | O | L | E | S | T | E | R | Ø | L | K | O | I | E | R |
| U | T | L | A | N | I | K | A | N | S | I | E | V | A | P |
| H | O | T | T | E | N | T | O | T | T | E | R | S | E | C |
| A | G | D | E | N | T | A | L | L | E | R | E | T | E | R |
| N | E | D | E | R | L | A | G | R | E | N | S | E | R | I |
| S | R | A | N | U | N | K | E | L | V | E | N | U | S | B |



Sykepleien.no

Hva mener du?

Si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no





palliative pasienter på sykehjem i Follo er så vidt vi kjenner til en palliativ seng i Enebakk kommune, samt en i Nesodden kommune.

Det er tydelig for oss at Ahus ønsker en nedleggelse på Ski og å få våre ressurser til Nordbyhagen raskt. Dette skjer altså før den planlagte konsekvensutredningen har startet. Innleggelsene ved Ski har det siste halvåret vært styrt fra Ahus, og vi opplever i økende grad vegring mot å sende pasienter til Ski. Kreftsykepleiere i kommunene og kreftavdelinger på andre sykehus har uttrykt fortvilelse over dette. Legerressurser er i takt med drift og oppstart på Nordbyhagen redusert i ukedagene på Ski (også styrt fra Ahus). Vi blir også tappet for pleiepersonale som på dagbasis flyttes til avdelingen på Nordbyhagen, da det er bemanningsproblemer der. Avdelingen vår får da lavere belegg og vil framstå som dyr å drifte. For oss framstår det som ministeren fra Ahus ikke har fått den fulle innsikt i fakta bak og konsekvensene av nedleggelsen av Palliativ enhet på Ski. (Innlegget er forkortet.)

På vegne av de ansatte; Ragnhild Sollid, Aina Fagernes Berg, Anja Amunstad, Bente Tollefsrød, Inger-Lise Lunde m.fl.



Nr 07 | 2014 DOI-feil

I Sykepleie-seksjonen i nummer syv ble det dessverre noen feil på grunn av at vi tok i bruk nytt dokumentstyringssystem. Alle fire artiklene har fått galt Doi-nummer, det riktige er publisert med artiklene på sykepleien.no Førsteforfatter av fagartikkelen «God læring med digitalt verktøy», Bjørg F Oftedal var dessverre også falt ut i papirversjonen, dette er rettet på nettet.

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



Minneord Wenche Hermansen



1949–2014: Det var en usannsynlig trist beskjed som nådde oss hygiene-sykepleierne i Sykehuset Innlandet om at vår kollega Wenche Hermansen døde den 3. april bare 65 år gammel. Hun la ned en betydelig arbeidsinnsats for Sykehuset Innlandet. Fra 1995 og fram til 1.1.2014 arbeidet hun som hygienesykepleier.

Wenche innledet sin hovedoppgave i hygienesykepleierutdanningen med et sitat av Florence Nightingale:

«Det arbeidet som duger er det som blir utført av dyktige hender, ledet av en klar hjerne og inspirert av et kjærlig hjerte».

Dette var Wenche: det arbeidet hun utførte, det dugde. Hennes hender var dyktige, hun kunne sitt fag og hun hadde alltid hjertet med seg. Dette var hennes varemerke.

Det er vår og frøene spirer.

Wenche rakk å så mange frø og hun rakk å se at det spiret.

Wenche fikk to flotte døtre; Trine og Gry, og fire barnebarn som hun var veldig glad i.

Vi kjente Wenche som sykepleier.

Hun hadde tre spesialutdannelser: først ble hun operasjonssykepleier og reddet mange liv: et håndverk hun mestret.

Deretter tok hun pedagogikk og var lærer på høyskolen for nye operasjonssykepleiere. I 1995 utdannet hun seg til hygienesykepleier og ble en klippe for smittevernet i sykehusene på Elverum, Hamar, Ottestad og Sanderud.

Wenche lærte opp mange av oss, hun samarbeidet med alle og var raus med sin kunnskap og erfaring. Hun bygget systemer for smittevernet og skrev et komplett infeksjonskontrollprogram for sykehuset. Wenche var naturlig medlem i flere faggrupper sentralt i Helse Sør-Øst og i Sykehuset Innlandet. Hun tenkte for framtida, la planer og gjennomførte. Dette trivdes hun med.

Da Wenche sluttet som hygienesykepleier, fikk hun en bok i gave fra en avdeling: «Min kamp» av Knausgård. Denne avdelingen visste og forsto at smitteverntiltak ikke alltid ble tatt imot med applaus av alle yrkesgrupper. Wenche sto i kampen mang en gang, alltid med pasientens beste for øyet. Hun lyttet og hun trakk konklusjoner. Med sin faglige autoritet vant hun ofte fram.

Det er vår, og det spirer og gror. Vi takker Wenche for alle frøene hun sådde for oss og nå er det opp til oss å gi de gode vekstmuligheter.

Wenche ble bisatt fra Elverum hovedkirke den 11. april. Sykehuset flagget på halv stang til ære for henne. Fra oss hygienesykepleierne i Sykehuset Innlandet fikk hun en krans i hvitt, blått og grønt. De hvite blomstene som et symbol på hennes arbeidsantrekk, de blå blomstene er smittevernets farge for beskyttelse og det grønne er fargen til operasjonsstua som alltid hadde en spesiell plass i hennes hjerte.

Hvis det er hygienesykepleiere der hun er nå og hvis vi en gang kommer dit, da vil vi være kollega med henne.

Vi sørger sammen med familien som har mistet sin solide støtte.

Vi minnes henne i takknemlighet. Hvil i fred, kjære Wenche.

Hygienesykepleiere i Sykehuset Innlandet fra Elverum, Hamar, Kongsvinger, Tynset, Gjøvik og Lillehammer



Norsk og dansk jordmorutdanning

FORSKJELL: **Jordmorutdanningen i Danmark er en direkteutdanning på bachelornivå i jordmorfag. Fordelen med utdanningen i Danmark er at den gir et raskere utdanningsløp for de som ønsker seg en ren jordmorutdanning, og den krever ikke sykepleierbakgrunn. Utdanningen i Danmark er som den danske jordmorlederen påpeker godkjent i EU, og den gir også norsk autorisasjon som jordmor ved søknad til det norske autorisasjonskontoret. Jordmorforbundet vil understreke at vi anerkjenner også den danske utdanningsmodellen for jordmødre, og vi setter stor pris på våre danske jordmorkolleger!**

Imidlertid har helsemyndighetene i Norge valgt en annen modell for jordmorutdanningen her i landet. Jordmødre er autoriserte sykepleiere med to års videreutdanning i jordmorfag. Det kreves også minst ett års relevant praksis som sykepleier før opptak på jordmorstudiet. Jordmorforbundet vil framheve at den norske utdanningsmodellen møter kompetansekravet for jordmødre i Norges helsevesen. Innføringen av Kvalitetsreformen i Norge (2003) førte til en omlegging av høyere utdanning. Dette er bakgrunnen for at høyskoler og universiteter nå har etablert et stort antall mastergrader. Utdanningsløpet i Norge er nå bachelor tre år, mastergrad to år til og PhD (doktorgrad) tre nye år. Vår utdanning som jordmødre i Norge er i dag på et mastergradsnivå.

Mastergrad i jordmorfag, ved siden av den akademiske skoleringsen, gir norske jordmødre en praktisk/klinisk kunnskap som vi mener gjør at de gravide og pasientene våre kan bli ivaretatt på den absolutte beste måte. Målet med vår akademiske jordmorkunnskap er at vi skal kunne forstå den komplekse, praktiske hverdagen hvor vi møter gravide/pasientens sammensatte behov i en stadig mer krevende og hektisk hverdag på sykehusene. Dette gjelder også for svangerskap og barselomsorgen ute i kommunene. Noen av våre jordmødre som tar mastergrad, vil også fortsette med et doktorgradsløp og utvikle jordmorfaget videre, men de fleste jordmødrene vil bruke sine kunnskaper i en praktisk/klinisk hverdag.

Jordmødre med mastergrad danner også grunnlaget for å heve våre norske jordmødres kompetanse, lønn og anseelse ytterligere. Vi mener at fordelene

med at vi også har utdannet oss som sykepleiere er at vi har en bredere kompetanse til å ivareta kvinnen og hennes barn etter at vår femårige jordmorutdanning er fullført. Sykepleiens utdanning danner grunnlaget for at vi som jordmødre kan ivareta kompleksiteten med syke gynekologiske pasienter, syke gravide og syke nyfødte. Det vil si at våre jordmødre er grundig utdannet i akutte og livstruende tilstander, kan gi blodoverføring, håndtere sentralt venekateter, tar EKG, mestrer alvorlig diabetessyke og hjertesyke gravide, med mere. Under vår jordmorutdanning fordypet vi oss også ytterligere i patologi.

Norge har også en helt annen geografi enn Danmark. Mange av våre små fødeenheter er kombinasjonsavdelinger hvor det også ligger gynekologiske pasienter. Med vår sykepleierbakgrunn er vi rustet på en helt annen måte til å jobbe i disse kombinasjonsavdelingene, og ikke minst til å møte og behandle også denne gynekologiske pasientgruppen. Samtidig gir vår jordmorutdanning kompetanse på normale svangerskap, fødsel og barseltid. Jordmødrene våre er også utdannet i et kvinnehelseperspektiv der vi tar gynekologiske undersøkelser, setter inn spiraler, tar celleprøver, foreskriver p-piller og er veiledere i seksuell helse for kvinner i et livsløpsperspektiv.

I Norge tilstreber vi at det er jordmødre, og ikke sykepleiere, som ivaretar den gravide pasienten, også ved sykdommer som ikke er direkte relatert til selve fødselen. Det faktum at størsteparten av norske jordmorstudenter har mange års praksis som sykepleiere gjør at de har fått med seg svært mye erfaring de vil dra nytte av i jordmorfaget, det være seg om de har jobbet på sykehus, i hjemmetjenesten eller psykiatri, for å nevne noe. Fra helt tidlig i svangerskapet til og med barseltiden har vi med vår utdanning og sykepleiererfaring en annen forutsetning for å kunne yte medisinsk hjelp til kvinner som må få utført sykepleieprosedyrer som ikke er direkte relatert til fødselen. Sykepleiererfaringer gjør at de fleste jordmødre i Norge også er trygge på komplisert medikamentregning, medikamentadministrasjon til nyfødte, kan akuttstusituasjoner, håndtering av sondeemat, behandling av alvorlige postoperative infeksjoner, psykisk syke osv.

Vår jordmorpraksis uansett hvor vi arbeider og er utdannet er avhengig av forskningsbasert kunnskap. Jordmødre må vite hvor slik kunnskap er å

finne og må ut fra egne erfaringer og forskningsbasert kunnskap selv ta de rette avgjørelser. På denne måten er våre gravide og kvinner sikret dagens kunnskap og ikke gårsdagens. Jordmødre i Norge er stolt av den kompetansen vi har ervervet oss etter vår femårige jordmorutdannelse. Sett i et folkehelseperspektiv gir dette oss et svært godt grunnlag for å utøve jordmortjenesten til beste for våre kvinner, barn og familier i Norge.

Vi ønsker våre jordmorkolleger fra Danmark en riktig god sommer og vi kommer gjerne på hospitering til Danmark!

Hanne Schjelderup-Eriksen, Leder Jordmorforbundet og Linn Holberg, styremedlem

Viktig med fosterhjem

GJENNOMGANG: **Samfunnet trenger om lag 1000 nye fosterhjem i året, for å møte behovet fra noen av våre mest utsatte og utrygge unger.**

Vi etterlyser en gjennomgang av kvaliteten, rekrutteringen, juridiske og økonomiske virkemidler, ettervern, adopsjon, partsrettigheter, lønn og pensjon. Altså en omfattende og helhetlig gjennomgang.

I Arbeiderpartiet ønsket vi å støtte Venstres forslag om en offentlig utredning. Gjennom en NOU kan alle sider utredes og sjekkes. Stortingsflertallet valgte bort å få en gjennomgang i form av en NOU. Derimot vedtok man en Stortingsmelding med V og Krfs stemmer. Nå er det opp til alle «gode krefter» å bidra til at vi får en så god melding, at vi får ivarettatt de viktigste behovene. Når vi nå skal lage framtidens omsorg, må vi finne utfordringsbildet og få til gode løsninger som alle kan være enige i at fungerer og er til barns beste.

Av Sonja Mandt, Arbeiderpartiet



Må lære mer. I kommunehelsetjenesten diskuteres kompetanse i faglige sammenhenger, men er nesten fraværende i det offentlige rom.

Sykepleierkompetanse som innovasjon



Fakta

Marit Kvangarsnes
Førsteamanuensis ved Høgskolen i Ålesund



Fakta

Britt Valderhaug Tyrholm
Samhandlingssjef i Helse Møre og Romsdal HF

S amhandlingsreformen blir vurdert som den mest omfattende helsereformen i nyere tid. Fragmenterte helsetjenester, for lite fokus på å forebygge sykdom og den demografiske utviklingen med endring i sykdomsbildet blir framstilt som hovedutfordringene. Det er forventet vekst i yngre brukergrupper, flere eldre med sammensatte sykdommer og knapphet på helse- og sosialpersonell. Reformen forutsetter at kommunene overtar en rekke behandlings- og oppfølgingsoppgaver som tidligere har blitt ivarettatt av spesialisthelsetjenesten.

Fra 2016 er det et krav om at alle kommuner skal ha etablert øyeblikkelig hjelp med døgntilbud. I veiledningsmaterialet fra Helsedirektoratet blir det sagt at dette gjelder de pasientene som hyppigst blir innlagt i sykehus: «Det gjelder ofte eldre og pasienter med forverring av kroniske sykdommer som hjertesvikt, astma/kols og diabetes, men også mer akutte og avklarte lidelser som lungebetennelse, steinsmerter, fall, forgiftninger, hjernerystelser m.m.». Dette innebærer store faglige krav til sykepleierne som arbeider i kommunehelsetjenesten. I en nylig publisert rapport fra Kommunenes Sentralforbund om erfaringer fra etablering av øyeblikkelig hjelp med døgntilbud ble det pekt på at sykepleiere må ha evalueringskompetanse. Dyktige sykepleiere er en forutsetning for å drifte tilbudet. I denne kronikken ønsker vi å sette fokus på avansert klinisk sykepleie som innovasjon.

KOMPETANSEBEHOV. I en undersøkelse som er gjennomført i tilknytning til en masteroppgave ved Høgskolen i Volda om kompetansebehov i sykepleie, er et av funnene behovet for å styrke den generelle kliniske kompetansen både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Mellomledere i helsesektoren ble intervjuet om sine vurdering av framtidige kompetansebehov i sykepleie. I sykehusene er det behov for mer avansert klinisk kompetanse i de generelle kirurgiske og medisinske sengepostene. Dette blir begrunnet med at det er flere pasienter med sammensatte lidelser og komplekse sykdomstilstander. Det ble etterlyst utdanningsveier som er slik at sykepleiere skal ha mulighet til å styrke sin kliniske og akademiske

kompetanse på en måte som er relevant for yrkesutøvelse ved de generelle sengepostene.

I studien kom det fram at fordi kommunene har fått overført nye behandlings- og oppfølgingsoppgaver, er det behov for selvstendige sykepleiere med avansert sykepleiekompetanse. Det er forventet at sykepleiere kan gi omsorg til kritisk syke som for eksempel pasienter med hjertesvikt, forverring av kols og alvorlige infeksjoner på en forsvarlig måte.

Det ble også formidlet at det i økende grad blir lagt til rette for at pasienter som ønsker det, skal få dø i sine hjem, noe som krever høy grad av individuelt tilpasset omsorg og avansert sykepleiekompetanse. I stortingsmelding nr. 29 «Morgendagens omsorg» blir det sagt at det skal bli lagt til rette for at uhelbredelig syke og døende skal ha tilgang til sikre og gode helsetjenester i livets slutfase. Disse oppgaver forutsetter gode tverrfaglige team og stiller betydelige krav til kompetanse og samhandling mellom profesjoner og forvaltningsnivå.

BEDRE OG MER KOSTNADSEFFEKTIVE. I mange land med tilsvarende utfordringer som Norge, er det etablert stillinger som avanserte klinisk sykepleiere. Internasjonalt har denne type kompetanse vokst fram som følge av den medisinske og teknologiske utvikling, mangel på leger, helsepolitiske reformer, demografisk utvikling og behovet for avanserte helsetjenester. Dette er sykepleiere med klinisk mastergrad og som kan ta et utvidet ansvar for omsorg, behandling og oppfølging av syke mennesker.

Den avanserte sykepleier har også utvidet kompetanse i å kunne utføre veiledning, klinisk ledelse og kunne initiere forskning og fagutvikling. Forskning viser at de avanserte kliniske sykepleierne gir økt tilgang til kvalifiserte helsetjenester, er høyt verdsatt av pasientene og er kostnadseffektive.

KOMPETANSE OG FORSKNING. Den kommunale helse- og omsorgssektoren utgjør grunnmuren i helsetjenesten. I Innovasjonsmeldingen (NOU 2011:11) blir behovet for en kunnskapsbasert omsorgssektor framhevet. Den avanserte kliniske sykepleier vil kunne gjennomføre kliniske observasjoner av kritisk

syke og iverksette intervensjoner som kan hindre negativ sykdomsutvikling. Slik vil den avanserte kliniske sykepleier også være en sentral aktør i å medvirke til gode pasientforløp.

Særlig eldre med sammensatte sykdommer vil ha nytte av kvalifiserte helsetjenester nærmere der de bor. Helse- og omsorgssektoren er i vekst og utvikling. For å møte forventede utfordringer, er det behov for forskningsbasert forståelse av ulike praksiser og vilje til å tenke nytt både om ansvarsdeling og organisering til pasientens beste. Offentlige utredninger viser til behovet for jobbgjeldning som innebærer overføring av arbeidsoppgaver mellom yrkesgrupper.

Det er interessant å legge merke til at flere høyskoler tilbyr masterstudier i avansert klinisk sykepleie, blant andre Høgskolen i Ålesund. Dette er en masterutdanning hvor kliniske ferdigheter og relevant klinisk kunnskap på generelle områder prioriteres. Det vil i rimelig nær framtid være mulig å tilsette sykepleiere med mastergrad i avansert klinisk sykepleie. Hvordan kan en slik sykepleier styrke det tverrfaglige teamet og bli en ressurs både for kollegaer og pasienter? Bør vi ikke også i Norge dra nytte av erfaringer fra andre land som har etablert stillinger for sykepleiere med avansert klinisk kompetanse?

Å etablere slike stillinger har i tillegg til å være kostnadseffektivt, vist seg å gi kortere ventetid for kronisk syke og kortere liggetid i sykehus for pasientene. Men erfaringer har også vist at å etablere stillinger som avanserte kliniske sykepleier i begynnelsen kan føre til konflikter mellom de ulike profesjonene. Rollen

«Det blir bedre helsetjenester med avansert klinisk sykepleier.»

må utvikles i det tverrfaglige teamet der sykepleierne inngår.

Å være en avansert klinisk sykepleier handler også om å kunne stille de kritiske spørsmålene til pasientforløp og være bevisst på at den politiske retorikken som blir brukt i framstillingen av samhandlingsreformen gjerne skjuler en økonomisk styringslogikk. En avansert sykepleier må ha evne til å analysere helsetjenester i et pasientperspektiv og ønske å stå opp for svake og sårbare pasientgrupper. Pasientmedvirkning bør være integrert i yrkesutøvelsen.

KONKLUSJON. I dag blir behovet for kompetanse diskutert i faglige sammenhenger. Denne diskusjonen er nesten fraværende i det offentlige rom. Den er kanskje mest tydelig når man snakker om helse- og omsorgstjenester til den eldste delen av befolkningen, der behovet for hender kan synes mer vektlagt enn behovet for kompetanse.

Det er også interessant at de offentlige utredninger som skal understøtte realiseringen av samhandlingsreformen, ikke vektlegger behovet for avansert kompetanse hos sykepleiere og helsepersonell i kommunehelsetjenesten. Det er på høy tid at kommuner og spesialisthelsetjenesten tar en diskusjon om å etablere stillinger for avanserte kliniske sykepleiere. Det er behov for både en nasjonal og en lokal debatt om hvordan slike stillinger kan styrke det tverrfaglige arbeidet i helsesektoren og bidra til innovasjon for å løse morgendagens omsorgsutfordringer. ●

Sykepleien Forskning utgis fire ganger i året som forskningstidsskrift tilknyttet tidsskriftet Sykepleien. Sykepleien har som oppgave å sette sykepleiernes interesser på dagsorden gjennom kvalitetsjournalistikk og formidling av fagstoff. Det utgis av Norsk Sykepleierforbund og har et opplag på 100 000 eksemplarer. Bladet blir redigert etter redaktørplakaten. Totalt har vi 20 ansatte og holder til i sentrum av Oslo.

Redaktør i tidsskriftet Sykepleien Forskning (inntil 50 prosent stilling)

Sykepleien Forskning presenterer vitenskapelige, fagfellebedømte artikler. I tillegg ønsker vi å gi leserne oppdatert nyhets- og nyttestoff om forskning i inn- og utland.

Sykepleien Forskning skal være et attraktivt tidsskrift som skal stimulere sykepleiere i Norge til å følge med på og ta i bruk ny forskning. Tidsskriftet skal være den foretrukne kanal for å publisere og formidle forskning, slik at man når ut til mange sykepleiere i praksis, på høyskoler og til studenter.

Vi søker en redaktør som skal ha et selvstendig faglig ansvar for tidsskriftet og for å videreutvikle det faglige nivået i publikasjonene. Vedkommende må være opptatt av formidling til en bred lesergruppe.

Sykepleien Forskning har i dag fire medredaktører som deltar i manuskriptvurdering og bearbeiding. Forskningsredaktøren vil for øvrig utforme tidsskriftet sammen med en deskjournalist i 50 prosent stilling.

Forskningsredaktøren skal rapportere til Sykepleiens ansvarlige redaktør. Forskningsredaksjonen samarbeider tett med Sykepleiens øvrige redaksjon.

Søkeren må ha sykepleiefaglig utdanning med Phd/eller metodekunnskap på samme nivå. Søkeren må ha et bredt faglig nettverk. Videre må du være ryddig, og ha evne til å kommunisere godt, både innad i redaksjonen, i redaksjonskomiteen og med eksterne fagmiljøer.

Tidligere erfaring med forskningsformidling og/eller redaksjonsarbeid er et pluss, men ikke et krav.

Vi kan tilby

- Et ambisiøst arbeidsmiljø
- Lønn etter avtale
- Pensjonsordninger i KLP
- Reise- og ulykkesforsikring
- Fleksibel arbeidstid

Spørsmål kan rettes til ansvarlig redaktør Barth Tholens, tlf. 408 52 179 eller e-post: barth.tholens@sykepleierforbundet.no

Søknadsfrist: Snarest

 Sykepleien Forskning



Avsløres. Gjennom 10 år på rusfeltet har jeg hørt mange politikerløgner. Vår tidligere helseminister overgår dem alle i ren og skjær brutalitet.

Hanssens brutale helseløgner

Han går under mange navn. Både *Pølse*, *Heroin*, *NAV*, *Snåsa* og *First House* er tett knyttet til etternavnet. Kan hende bør *Løgn* legges til listen. Slik opplevdes det for de hundretusen av pårørende og rusavhengige som gjennom 2008 og 2009 fikk servert et av vår moderne tids saftigste helseløfter.

PARADOKS. Det paradoksale med Bjarne Håkon Hanssen er at han virker som en tvers igjennom godlynt fyr. En som mener det når han lover noe, selv når løftene er av det ekstreme slaget. Etter tre år som arbeidsminister og ansvarlig for NAV-reformen fikk han jobben med å skape litt liv i Helse-Norge, etter Sylvia Brustads blodfattige og likegyldige regjeringstid.

Og liv skapte han. Som redaktør i gatemagasinet =Oslo var jeg heldig og fikk som første journalist prate med ham om ruspolitikk da han tiltrådte som helseminister i 2008. I intervjuet kom han med sensasjonelle løfter. Rusfeltet skulle løftes stort, etter modell av det store psykiatriløftet. Og da snakker vi ikke noen millioner her og der. Vi snakker titalls milliarder. Neste års statsbudsjett skulle vise at regjeringen mente det, sa Hanssen.

Han fremsto som en som hadde full forankring i eget parti og regjering. Tilsynelatende. Og like etter startet han en av nyere tids heftigste

rusdebatter, ved å lansere tanken om utdeling av heroin. Inspirert av gode (men omdiskuterte) resultater, særlig fra Sveits, ønsket han at Norge skulle gjøre et forsøk på å dele ut heroin til en liten gruppe slitne narkomane. Alt tydet på at noe skulle skje. Både rusfeltet og rusavhengige fikk håp.

VALG. Men det nærmet seg nytt stortingsvalg. Partiet ønsket ikke å la fordyrende reformer prege opp-takten til valgkampen. Hanssens «forankring» forduftet raskt. Ingen fra regjeringen ville snakke om milliardene som Hanssen hadde lovet. Aller minst helseministeren selv. Overdosedødsfall eller unge menneskers tragiske avhengighet betydde ikke lenger noe. Kun makt.

Hanssen innledet den mest klas-siske politikermanøver: avledningen. Som i dette tilfellet besto av et «utvalg» ledet av daværende statsminister Jens Stoltenbergs far, Thorvald. Og en oppsiktsvekkende uryddig prosess der han ga 60 millioner til Kirkens Bymisjon. En sum som senere har økt til minst det dobbelte. Som også fjernet hans siste rest av kredibilitet på rusfeltet.

Ingen anbud, ingen kunngjøring,

»**«Narkomane og hjemløse er ikke letturte.»**

ingen prosess. Vips, så trakk han en pengegave opp av hatten. Til en organisasjon der hans daværende kone hadde en lederstilling. Den ufine hendelsen ble senere kritisert av både rusfelt, Oslo kommune og jurister, men fikk aldri noen reell behandling. Hovedpersonen selv mente selvsagt det hele var uproblematisk.

KROKEN PÅ DØRA. Og der slutter Hanssens engasjement for de rusavhengige. Med en grumsete pengegave. Kanskje han ønsket å være mannen som startet norgeshistoriens største rusreform. Kanskje han hadde en visjon om å endre et felt som alle vet at ikke fungerer. Da er det en ærlig sak; Jens Stoltenberg og partiledelsen hadde andre planer og stoppet Hanssen før han fikk starte.

Men kanskje visste han hva han gjorde. Lovet ting han visste han ikke hadde dekning for. Kanskje var det en av årsakene til at han ikke lenger er i politikken. Narkomane og hjemløse er ikke letturte. De er ofte harde og kynisk som gamle lærereimer. Men hyppigheten og kraften i løftene hans lurte oss alle, også gatefolket. Og om du lurte: Statsbudsjettet for 2010 var blottet for tegn til noe rusløft.

De han ga håp går fortsatt og venter. De som fortsatt lever, vel å merke. Å gi tomme løfter er dessverre normalt. Det er politikerens hverdag. Men å se syke mennesker i øynene og love dem hjelp om du ikke mener det er noe helt annet. Det bør gjøres straffbart. ●



Fakta

Anlov P. Mathiesen

Stilling: Sosial gründer og skribent, styreleder i Fønixs Ruspolitisk Tenketank og tidligere redaktør av gatemagasinet =Oslo. «Årets redaktør» i 2012.



Svartmaling. Leser i avisene at vi i Norge har et dårlig helsevesen. Det er ikke min erfaring.

Norsk helsevesen fortjener ros

Etter 3 år inn og ut fra sykehus i det norske helsevesen, fikk jeg lyst til å sette mine egne erfaringer ned på papiret, etter å ha lest utallige oppslag i avisene om hvor dårlig vårt helsevesen er.

I april 2011 (rett etter min 70-årsdag) måtte jeg på sykehus med lungebetennelse og et lett hjerteinfarkt. Jeg fikk den gang plass på Moss sykehus. Fra første dag ble jeg mottatt som en greve av leger, sykepleiere og annet helsepersonell, som var svært hyggelige og som nesten ikke visste hva godt de skulle gjøre for meg. Jeg ble sendt til Rikshospitalet med Helsebussen, en buss som virkelig tar vare på deg som pasient. På Rikshospitalet gjennomgikk jeg en utblokkning av årer i hjertet. De som håndterte meg der var like hyggelige og positive som de jeg hadde møtt på Moss sykehus. Ferden tilbake til Moss gikk i ambulanse. Ambulansepersonellet var like hyggelige og positive som alle andre i helsevesenet.

I august 2011 ble jeg igjen rammet av hjerteinfarkt og innlagt på Moss sykehus, men ble sendt videre til Rikshospitalet med sikte på utblokkning av årer i hjertet. Jeg fikk beskjed om at det eneste alternativet var utskiftning av årer i hjertet. Jeg lå på «bordet» da kirurgen meddelte meg dette. Jeg spurte: «Hva med kona, jeg vil gjerne hun

skal ha beskjed.» Da svarte kirurgen: «Få telefonnummeret til din kone, så skal jeg ringe henne.» Kirurgen gjorde som avtalt, og kona fikk beskjed om at det ville ta 3–4 timer før operasjonen var over. Han fortalte hva jeg skulle gå gjennom og ønsket henne velkommen til å komme til Rikshospitalet. Kona kom en times tid før jeg våknet opp. Hun ble tatt imot av kirurgen som hadde operert meg og han fortalte hva jeg hadde gjennomgått. Hun fikk være med på oppvåkningen. Maken til menneskelig forståelse og kunnskap kan jeg ikke si at verken kona eller jeg har opplevd.

Så ble jeg i august 2013 rammet av lungebetennelse og igjen et hjerteinfarkt. Ble innlagt på sykehuset i Fredrikstad, og atter en gang ble jeg mottatt som om jeg var den eneste pasienten på sykehuset. Personellet visste ikke hva godt de skulle gjøre for meg. Denne gangen ble det anbefalt at jeg burde forberede meg på dialyse. Jeg hadde gjennom flere år hatt nyresvikt. Det ble gjort et inngrep hvor man satte inn et kateter i halsen. Igjen ble jeg

«Få telefonnummeret til din kone, så skal jeg ringe henne.»
Sykehuslege

informert på forhånd og behandlet som et menneske. Etter 3 uker på sykehus var jeg kommet i den situasjon at jeg måtte i dialyse 3 ganger i uka. På dialyseavdelingen i Fredrikstad var det bare hyggelige og positive sykepleiere som jeg fikk god menneskelig kontakt med. De gjorde langt mer enn det en kunne forvente, og tok vare på meg.

Vi leser i avisene at vi i Norge har et dårlig helsevesen. Det er ikke min erfaring. Mine erfaringer med det norske helsevesen er udelt positive. Etter en del besøk på sykehus de siste 3 årene mener jeg å ha godt grunnlag til å uttale meg. Helsepersonellet setter mennesket i fokus og gjør ting og opptrer på en måte som gjør at jeg faktisk synes det er hyggelig og fint å komme på sykehus. Jeg vil takke leger, sykepleiere, hjelpepleiere og andre som arbeider i helsevesenet for at de tar vare på syke personer og gjør min hverdag så hyggelig og positiv som mulig.

Til slutt et lite spark til mediene. Dere er veldig flinke til å trekke fram det som er negativt med helsevesenet. Jeg synes at mediene burde være langt flinkere til å skrive om det som er positivt. Dere bør tenke på at det å beskrive virkeligheten med positive, hyggelige og blide mennesker i helsevesenet, er med på også å gjøre hverdagen lysere for disse menneskene. ●



Fakta

Bjørn Dahler
Sykehuspasient



Ny kultur. Yngre sykepleiere ønsker ikke lenger deltidsarbeid.

Utfordringen nå er å skaffe nok heltidsstillinger.

Klar for heltid?



Fakta

Bente Abrahamsen

førsteamanuensis Senter for profesjonsstudier, Høgskolen i Oslo og Akershus

Nye data viser en oppsiktsvekkende nedgang i interessen for deltidsarbeid blant nye sykepleierstudenter. Problemet i tiden framover er ikke at sykepleiere nedprioriterer yrkesarbeid til fordel for familie og fritid, men å finne løsningsalternativer som kan møte sykepleieres etterspørsel etter heltidsarbeid.

KAMPEN OM ARBEIDSTIDEN. LO-leder Gerd Kristiansen og Spekter-leder Anne-Kari Bratten har fått medieoppmærksomhet rundt budskapet om at hele befolkningen bør arbeide heltid. Kvinner som arbeider frivillig deltid tar ikke sin del av ansvaret for en bærekraftig velferdsstat. En av målgruppene er åpenbart helsesektoren og kvinnelige sykepleiere, hvor omfanget av deltid er godt over gjennomsnittet.

Men for ansatte i helsesektoren må det være et paradoks at samtidig som det oppfordres til mer heltidsarbeid, er det mange i sektoren som arbeider ufrivillig deltid. De etterspør større stillingsbrøk, men får ikke ønsket sitt oppfylt. Både arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjoner i helsesektoren, inkludert Sykepleierforbundet, må ta sin del av ansvaret for at denne situasjonen er oppstått. Til tross for at partene ønsker å løse problemet, har de så langt ikke lykket. Dette er foruroligende ettersom behovet for å omgjøre deltidsstillinger til heltidsstillinger vil øke betraktelig i årene framover. Om noen år vil sykepleiere med ønske om heltidsarbeid utgjøre en langt større andel av alle sykepleiere enn de gjør i dag.

«Ønsket om deltidsarbeid er betydelig mindre enn det var tidligere.»

Kvinnelige sykepleiere har lenge vært den gruppen av høyskoleutdannede som i størst grad arbeider deltid. Bruken av deltid har imidlertid blitt mindre over tid, og sykepleiere har nærmet seg arbeidstidsmønsteret til andre kvinner med tilsvarende utdanningsnivå. I dag arbeider vel halvparten av sykepleierne deltid. De aller fleste startet sin yrkeskarriere med heltidsarbeid, og overgangen fra heltid til deltid skjer ofte i forbindelse med en barnefødsel. I dag er det det å bli mor for

andre gang som ofte utløser deltidsarbeid. For to og tre tiår siden var det vanlig at sykepleiere reduserte arbeidstiden i forbindelse med første barnefødsel. Dette har bidratt til at omfanget av deltid blant sykepleiere utdannet på 2000-tallet er halvert sammenliknet med sykepleiere utdannet tidligere.

Sammenlikner vi omfanget av deltid blant sykepleiere utdannet i perioden fra 1975 og fram til i dag, skjer det et markant skifte rundt 2000-tallet. Endringen avspeiler utviklingen til andre norske kvinner, men heltidsarbeid ble vanlig allerede på 1980-tallet blant andre høyt utdannede småbarnsmødre.

NY GENERASJON. Sykepleieryrket har i mange år vært et attraktivt yrke for kvinner som planlegger å arbeide deltid. Nye tall viser imidlertid at sykepleierstudentenes ønske om framtidig deltidsarbeid er betydelig mindre enn det var tidligere. Figur 1 viser omfanget av deltidsorienterte sykepleierstudenter i perioden 2001–2012. Resultatene viser at interessen for deltidsarbeid blant sykepleierstudenter er kraftig redusert det siste tiåret. Andel deltidsorienterte studenter er redusert med nesten 40 prosentpoeng, fra 75 prosent til 37 prosent. Studentene har besvart spørsmålet om hvor viktig muligheter til deltidsarbeid er for valg av yrkesutdanning/framtidig jobb. De som har besvart «svært viktig» eller «viktig» er karakterisert som deltidsorientert.

Å vektlegge muligheter til deltidsarbeid ved valg av yrke betyr ikke at studentene planlegger å jobbe deltid i store deler av yrkeslivet. Mange sykepleierstudenter ser nok deltid kun som en løsning i noen perioder av yrkesløpet. Førsteårsstudentene høsten 2012 har besvart spørsmålet om hvor sannsynlig det er at de arbeider deltid 10 år fram i tid. Figur 2 viser andelen av sykepleierstudentene som finner det svært sannsynlig at de arbeider deltid. Resultatene viser at det gjelder 18 prosent av sykepleierne. Dette er langt færre enn omfanget av deltidsarbeid blant sykepleiere i dag (vel 50 prosent).

Av figur 2 går det fram at det er store variasjoner mellom utdanningsgrupper i forventninger om framtidig deltidsarbeid. Resultatene tyder på at også i framtiden vil sykepleiere arbeide mer deltid enn andre høyskoleutdannede kvinner. Det er blant annet verdt å merke seg at kvinnelige politistudenter er



NSF arrangerer den 2. forsknings- og utdanningskonferansen

Torsdag 6. og fredag 7. November 2014,
Quality Airport Hotel, Gardermoen.

«Forskning og utdanning – drivkrefter for endring»

Dagens og fremtidens helsetjenester står foran store utfordringer. Forskning og utdanning er nøkkelen til kunnskap og kompetanse i tråd med pasientens behov.

Hvordan er sammenhengen mellom forskning og utdanning?

Hvilken påvirkning har forskning og utdanning på tjenesteutvikling og pasientresultater?

Hva er regjeringens ambisjoner fremover?

Temaer på konferansen vil være:

Endring i høyere utdanning – Endring i helsetjenestene –
Forskningens plass i utdanningen – Fra forskning til tjeneste-
utvikling – Forskning og pasientresultater

Målgruppe:

Sykepleiere/ jordmødre som jobber med, har ansvar for,
eller har særlig interesse for utdanning og forskning.

Gunstig deltakeravgift for medlemmer av NSF.

Påmelding og mer informasjon: www.nsf.no

| | |
|--------------------------|----|
| Sisteårs-student V-2001 | 75 |
| Førsteårs-student H-2004 | 58 |
| Førsteårs-student H-2012 | 37 |

Figur 1: Andel av førsteårsstudenter høsten 2004 og høsten 2012 samt sisteårsstudenter i 2001 som oppgir at de vektlegger gode muligheter for deltid som svært viktig eller viktig for valg av yrke/ jobb. Kvinner (prosent).

| | |
|----------------|----|
| Politi | 6 |
| Økonomi | 6 |
| Fysioterapeut | 6 |
| Sosialt arbeid | 8 |
| Lærer | 11 |
| Førskolelærer | 10 |
| Sykepleiere | 18 |

Figur 2: Andel av førsteårsstudenter som forventer fremtidig deltidsarbeid. Kvinner (prosent).

langt mindre opptatt av deltidsarbeid enn sykepleiere (8 prosent blant politistudenter). Sammenlikningen med kvinnelige politistudenter er interessant ettersom både sykepleiere og politi må forvente å arbeide turnus og i helger. Det store omfanget av deltidsarbeid blant sykepleiere har ofte vært begrunnet med turnusarbeid.

PÅ ETTERSKUDD. Lenge var det balanse mellom sykepleieres deltidsønsker og sektorens behov for deltidsarbeidskraft. Denne balansen er definitivt brutt. Ufrivillig deltid har vært et stort problem for sykepleiere og andre pleiegrupper i nærmere to tiår. Hele denne perioden har sykepleiere kjempet for flere heltidsstillinger. Det er bred enighet om at forholdet mellom heltids-

«Det er ikke sykepleierenes prioritering som er problemet.»

og deltidsstillinger må endres for å dekke behovet for sykepleiertjenester i årene framover. Likevel har arbeidsgiverne vært på etterskudd, de har ikke økt antall heltidsstillinger i takt med sykepleieres ønsker. Dette har ført til mye misnøye og frustrasjon blant sykepleiere. Sykepleierforbundet spiller heller ikke alltid på lag med sine medlemmer i denne kampen.

Mekanismene bak sykepleieres arbeidstidsutvikling er komplekse. Sykepleieres arbeidstidsønsker, stillingsstruktur og arbeidstidskultur er tett sammenvevet. Men mye tyder på at det ikke er sykepleieres prioritering av familie og fritid framfor yrkesarbeid som er problemet – slik LO og Spekter hevder. Utfordringen framover blir heller å endre stillingsstrukturen i tråd med sykepleieres arbeidstidsønsker. Veien videre er mye opp til arbeidsgiverne i sektoren, Sykepleierforbundet og de andre berørte organisasjonene. ●



Nå må helseministeren snart kunne vise til resultater. Han begynner å få det travelt, mener Torgeir Micaelsen.



Torgeir Eikstad Micaelsen

Hvorfor: Helsepolitisk talsperson for Arbeiderpartiet.

Stilling: Stortingsrepresentant fra Buskerud siden 2005.

Utdanning: Bachelor i samfunnsfag (UIO) og Master of Management (BI).

Alder: 35 år

Skyggeministeren

Opposisjonens røst. Han har en fortid som privat næringsdrivende i underholdning. I dag er han blitt helsepolitisk talsperson for landets største parti, og noen ser ham som helseministerkandidat.

Tekst **Bjørn Arild Østby** • Foto **Erik M. Sundt**





Etter åtte år som finanspolitisk talsperson for det største regjeringspartiet, var det få sykepleiere som hadde hørt om stortingsrepresentant Torgeir Eikstad Micaelsen fra Arbeiderpartiet. Etter vel et halvt år som helsepolitisk talsperson i opposisjon er navnet blitt kjent blant landets sykepleiere.

Det var han som nylig sendte skriftlig spørsmål til helseminister Bent Høie (H) om sykepleieren ved Nordlandssykehuset som sa ja til stipend og permisjon for å ta videreutdanning. Og som ferdig utdannet ble tilbudt 45 prosent fast stilling. Hva vil statsråden gjøre overfor sykehusene som opptrer på denne måten overfor sine ansatte, var spørsmålet. Helseministeren fant ingen grunn til å foreta seg noe.

Forrige måned presenterte han, sammen med Arbeiderpartiets nestleder Helga Pedersen, et forslag til kompetanseløft for sykepleiere i kommunene. Blant punktene er et løfte om å satse systematisk på master i klinisk sykepleie.

– Dyktige sykepleiere er helt avgjørende for å sikre folk gode helsetilbud, understreket Micaelsen.

Hvem er denne nye opposisjonens røst?

«Dyktige sykepleiere er helt avgjørende for å sikre folk gode helsetilbud.»

ENTERTAINER. Unge Micaelsen finansierte delvis studiene med smurfeshow for barn på et storsenter. På 1990-tallet var Torgeir Eikstad Micaelsen og kompisen Kristoffer Reinsfeldt Arnesen registrert som privat næringsdrivende i underholdning gjennom selskapet Monkeybusiness AS.

Musikkarriere var imidlertid den store drømmen for bassgitaristen i gruppa med det klingende navnet Skrik. De skulle bli det nye deLillos. Det ble sagt og skrevet at de var loven. At de stod på terskelen til å slå igjennom. Det ble med en singel. De var nemlig ikke alene om å drømme om en musikkarriere på den tida.

Men såpass lovende var Skrik at de kom helt til landsfinalen i Ungdommen Kulturmonstring i Trondheim. Av andre som har deltatt kan nevnes Karpe Diem, Jaga Jazzist og Odd Nordstoga.

Musikken ble ikke mer enn en hobby. En hobby som i en periode også gav litt ekstra inntekt. Raskt entret han en helt annen scene: Politikken. Nå har Micaelsen tatt til på sin tredje periode som fast stortingsrepresentant fra Buskerud for Arbeiderpartiet.

Tidlig markerte han seg som en litt annerledes type politiker. Svært annerledes vil mange mene. Hvem husker ikke episoden med Martin Schanke, da Frp-kandidaten og den tidligere rallysjåfør slo til en debattant under et kommunevalg møte på Åssiden videregående skole? Året var 2003. Personen som mottok slaget var

Torgeir Eikstad Micaelsen. Han hadde kalt Schanke feig fordi han gikk fra debattmøtet før det var slutt. Fjernsynet fanget opp episoden og sendte den inn i de norske stuer. I løpet av minutter var han rikskjendis. Men ikke slik han hadde sett det for seg.

«Alle» ville snakke med og skrive om den unge stortingskandidaten til Arbeiderpartiet. Han sa tvert nei til å stille opp i riksmidia.

– *Hvorfor? Var ikke det ulikt deg?*

– Jeg ville ikke være med på den form for underholdning som riksmidiane la opp til. Ville ikke bli husket for å være «han som ble slått av Martin Schanke». Det dukket også opp mye grums fra folkedjupet. Blant annet en egen anonym nettside hvor folk skulle svare på følgende «Fortjente Micaelsen en aldri så liten lusing?» Og mobilen ble bombardert med sjikanevende meldinger. Det var en lite hyggelig opplevelse, minnes Micaelsen.

STORTINGSPOLITIKER. Hans første forsøk på å komme på Stortinget i 2001 ble ingen suksess.

Seinere er det blitt mange valgkamper. Mange harde slag. Men han var innstilt på å trappe ned landspolitikken i 2005, innrømmer Micaelsen i dag. Meningsmålingene var klare på at han ikke vil bli valgt.

Men i stedet for å kaste kortene, var det tid for å tenke kreativt.

T-skjorter er et yndet plagg under valgkamper. Oppfordringen er å stemme på akkurat deres parti. Et unntak var Buskerud. Her var oppfordringen: «Stem Torgeir 12. september 2005». T-skortene var røde.

– *Hva var budskapet?*

– Kort og godt at ved å stemme på meg, ville gjennomsnittsalderen på stortingsrepresentantene gå ned. Det funka. Mot alle spådommer fikk jeg fast plass på Løvebakken.

I fjor høst gikk han løs på sin tredje periode som fast representant på Stortinget.

– *Hva fikk deg inn i politikken? Hvorfor Arbeiderpartiet?*

– Foreldrene mine har alltid vært svært sosialt engasjerte mennesker – på mange områder. Blant annet gjennom Frelsesarmeen og i speideren. Deres engasjement har nok bidratt sterkt til min interesse for politikk. Politikk som en plattform for å få gjennomført det jeg står for.

– *Speideren?*

– Ja speideren ble for meg en svært viktig sosial læringsarena. En gang i uken møttes vi guttene. Jeg husker godt en 13-åring. Han holdt seg mye for seg selv og hadde tydeligvis ikke så stort daglig nettverk. Den ukentlige samlingen i speideren gav ham mulighet til å være sammen med andre jevnaldrende. Selv om vi guttene hadde svært forskjellig bakgrunn, ble denne ulikheten langt på vei utjevnet disse kveldene, minnes Micaelsen.

Hans engasjement i AUF, hvor han var fylkesleder i to år,



«Stem Torgeir 12. september 2005». Velgerne var enige. Mot alle spådommer fikk han fast plass på Løvebakken.



Grappa Skrik fra det glade nittitallet: Espen Hermansen (tv), Geir Steen, Kristoffer Reinsfelt Arnesen og Torgeir Micaelsen. Foto: Sven Erik Røed.



– Jeg var overbevist om at finans var det vanskeligste. Det var helt til jeg møtte helsesektoren.

startet med å jobbe for få etablert et tilbud til ungdom som ønsket å drive med musikk. En konkret sak som opptok ungdommen den gang.

I dag jobber han med helt andre saker. Mye større og flere. I dag er han en av folkets 169 utvalgte til å styre landet. En posisjon som medfører makt.

– Makt åpner mange muligheter. Men det er krevende og tyngende, sier Micaelsen.

– Vi har mye å forsvare i norsk helsevesen. Mye bra er bygget opp. Det har vært viktig og riktig å forsvare denne velferden, men det har kanskje gjort at vi har hatt for lite fokus på endring. Vi må både forsvare dagens velferdssamfunn, samtidig som vi tenker forandring.

HELSEPOLITIKER. I åtte år var han finanspolitisk talsperson for Arbeiderpartiet. Også en tid leder av Stortingets prestisjefylte finanskomite. Etter siste høsts valgnederlag, framstår han i dag som partiets nye helsepolitiske talsperson.

– *Hvordan var overgangen fra finansverdenen til helsevesenet?*

– Jeg var overbevist om at finans var det vanskeligste en

stortingsrepresentant ble satt til. Det var helt til jeg møtte helsesektoren. Her var det mye å lære. Mye å ta tak i.

– Det er selvsagt viktig at landet skaffer finanser til å drive og bygge opp velferdsstaten. Men med helse kom hverdag brått mye nærmere. Hvert eneste vedtak eller ikke-vedtak har konsekvenser. Det har stor betydning for mange enkeltmennesker. Det gjør noe med en som politiker. Tallene og ordene

«De blåblå måtte vinne et valg for å se at ting er krevende å få til.»

blir til mennesker som konkret trenger behandling, pleie og omsorg. Og det er det vi stortingsrepresentanter som skal legge et best mulig grunnlag for.

Det er ikke vanskelig å finne eksempel på ting som ikke burde forekommet i et velferdssamfunn som vårt. Eksemplene dukker opp i mediene stadig vekk. Micaelsen tar dette med høyeste alvor – men ...

– Norge har en sterk og god helsetjeneste. OECD la nettopp fram en ny rapport som nok en gang bekrefter at vi har et godt





helsevesen. Blant de beste i verden. Langt fra den virkeligheten mediene gir inntrykk av. Vi får altfor sjelden høre om alle de gode eksemplene, de hyggelige historiene.

– Men vi skal ikke slå oss på brystet av den grunn, eller lene oss fornøyd tilbake i stresslessen. Mye gjenstår. Skulle bare mangle. Det finnes ingen endelig mållinje for hvor langt vi kan nå innen dette området. Men det er viktig at det vi bestemmer føles rettferdig blant befolkningen.

Micaelsen mener den sosialdemokratiske modellen er godt forankret i befolkningen.

– Folk forstår at denne er best for helheten og den enkelte. Men det er viktig at vi politikere gjennomfører det vi lover. Holder samfunnskontrakten. Ikke overbyr hverandre. For da kan det fort bli for mange oppgaver som skal løses samtidig, og som oppleves som at vi politikere ikke leverer. Dette kan være en vanskelig balansegang. Når det er sagt, så må det være lav toleranse for køer og venting. Det er den største utfordring, som vi bare må finne en løsning på.

OM DE BLÅBLÅ. – Hva skiller de rødgrønne fra de blåblå?

– Først og fremst hvordan og viljen til å finansiere velferdsgodene. Det blir ikke nok til helse hvis man lover skattelette. De blåblå sitt slagord «fritt sykehusvalg» er det heller ikke helt enkelt å gripe innholdet i, ut over et ønske om å åpne for mer private og kommersielle aktører. Jeg er ikke mot å slippe til private innen enkelte områder. Men denne form for konkurranse passer absolutt ikke innen helse.

Hans eget utgangspunkt er «alt for pasienten». Det er noe helt annet enn helseministerens «pasientens helsevesen»,

«Det er viktig at vi politikere gjennomfører det vi lover.»

ifølge opposisjonspolitikeren.

– Det er ikke pasienten som selv skal avgjøre. Det er å fraskrive seg ansvar som rikspolitiker.

– *Hvordan vil du styrke det offentlige tilbudet?*

– Det kan blant annet skje gjennom utvidet åpningstid ved sykehusenes poliklinikker, i kombinasjon med en generell opprustning. Jeg mener ikke å true dette på de ansatte. Det er ikke et mål at de skal jobbe mer. Men når det viser seg at mange leger i dag har såkalte bierverv hos private, så bør denne kapasiteten kunne benyttes i det offentlige.

Micaelsen registrerer at de blåblå måtte vinne et valg for å se at ting er krevende å få til.

– I opposisjon og i valgkampene opplevde vi mye svartmaling av situasjonen i helsevesenet fra de borgerlige. De skapte store forventninger til endringer i deler av befolkningen. Den sittende regjering har et stort ansvar når den nå skal rette opp alt det «håpløse» i norsk helsevesen. Helseminister

Bent Høie er en formidabel politisk motstander. Han bidro nok sterkt til at de blåblå vant valget. Men nå må han snart kunne vise til resultater. Helseministeren begynner å få det travelt.

Så langt har lite skjedd. Utredninger er blitt det nye slagordet for de blåblå, ifølge Micaelsen.

– Realitetsorienteringen har kommet på helseministerens kontor. De enkle løsningene er vanskelig å finne, og ikke minst sette dem ut i hverdagen. På en god del områder har nåværende helseminister snudd trill rundt. Fastlegers reservasjonsrett og krav om OUS-gransking er bare to eksempel.

I regjeringserklæringen til de blåblå heter det at den «skal arbeide for å redusere bruken av ufrivillig deltid og midlertidighet i offentlig sektor, samt arbeide for å etablere en heltidskultur i arbeidslivet».

Micaelsen er ikke uenig. Men igjen etterlyser han konkrete tiltak til hvordan helseministeren som sykehuseier vil gjennomføre denne politikken.

– For det haster å få gjort noe med deltidsproblematikken. Mange steder i Norge er det stor mangel på sykepleiere. Samtidig har vi store arbeidskraftreserver gjennom at mange deltidsarbeidende sykepleiere ønsker å jobbe i en høyere stillingsprosent eller heltid. En undersøkelse fra Norsk Sykepleierforbund viser at nær halvparten av sykepleierstillinger som lyses ut er deltidsstillinger, dette gjelder både i helseforretak og kommuner. Jeg kan ikke se at nåværende regjering har noe om dette i oppdragsdokumentet, sier Micaelsen.

SYKEPLEIERE. – Ja, hva med sykepleierne? Du har selv en mor som er psykiatrisk sykepleier.

– Arbeiderpartiet har nettopp lagt fram et forslag til kompetanseløft for sykepleiere i kommunene. Noe av det viktigste vi kan satse på for framtida, er flere kunnskapsrike og kompetente ansatte innen helse og omsorg. Dyktige sykepleiere er helt avgjørende for å sikre folk gode helsetilbud. Vi ønsker at kommunene skal være lærende organisasjoner, der faglig påfyll og livslang læring er en naturlig del av arbeidshverdagen, sier Micaelsen.

– *Hva konkret betyr dette?*

– En systematisk satsing på master i klinisk sykepleie i kommunene. IT og velferdsteknologi skal være en del av profesjonsutdanningene og etter- og videreutdanningstilbudet. Alle ansatte skal ha sin egen kompetanseplan. Det er tre av forslagene, sier Micaelsen.

Som helsepolitisk talsperson for partiet vil han bære et stort ansvar for å få gjennomført forslagene. Og som framtidig helseminister?

Der fikk ikke Sykepleien svar. Han skal hjem til Mjøndalen. Kanskje er han hjemme tidligere enn sin yrkesaktive kone denne dagen. Hjemmefronten krever også god planlegging, med to barn på to og fire år – og et nytt på vei. Også her gjelder regelen om at man holder det man lover. ●

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

JOB

Del 5 Sykepleien 08 | 2014

Stillinger – Kunngjøringer



Se flere stillinger
på nett: sykepleien.no



Diakonhjemmet Sykehus er lokalsykehus for 135 000 innbyggere i bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker. Sykehuset har utvidet ansvarsområde for alderspsykiatri og eldre med brudd, og regionsykehusfunksjoner innen revmatologi og revmakirurgi. Diakonhjemmet Sykehus er et ideelt diakonalt aksjeselskap eid av Diakonhjemmet Stiftelse. Se www.diaconhjemmetsykehus.no

engasjert for mennesker

Sykepleier m/ videre- utdanning i psykisk helse

Ved Alderspsykiatrisk avdeling, Enhet 2, er det ledig en 100 % fast stilling som sykepleier med videreutdanning i psykisk helse.

Kontaktperson: Enhetsleder Trine Skjellestad, tlf. 22 45 85 32 / 99 01 92 06

Les mer om stillingen på www.diaconhjemmetsykehus.no hvor vi har fullstendig utlysning og søknads-skjema.

Søknadsfrist 01.07.14



Diakonhjemmet Sykehus er lokalsykehus for 135 000 innbyggere i bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker. Sykehuset har utvidet ansvarsområde for alderspsykiatri og eldre med brudd, og regionsykehusfunksjoner innen revmatologi og revmakirurgi. Diakonhjemmet Sykehus er et ideelt diakonalt aksjeselskap eid av Diakonhjemmet Stiftelse. Se www.diaconhjemmetsykehus.no

engasjert for mennesker

Spennende lederstilling på Vinderen

Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen søker ny enhetsleder til Akuttpsykiatrisk døgnet.

Tiltredelse etter nærmere avtale.

Kontaktperson: Avdelingssjef Cecilie Skule, tlf. 22498412 / 92032854

Les mer om stillingen på www.diaconsyk.no hvor vi har fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema.

Søknadsfrist 15.07.2014.
Intervjuer gjennomføres i begynnelsen/midten av august.



Diakonhjemmet Sykehus er lokalsykehus for 135 000 innbyggere i bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker. Sykehuset har utvidet ansvarsområde for alderspsykiatri og eldre med brudd, og regionsykehusfunksjoner innen revmatologi og revmakirurgi. Diakonhjemmet Sykehus er et ideelt diakonalt aksjeselskap eid av Diakonhjemmet Stiftelse. Se www.diakonhjemmetsykehus.no

- engasjert for menneske

Oversykepleier / ass.avdelingsjef

Ved Kirurgisk avdeling er det ledig en fast 100 % stilling som oversykepleier fra 1. september 2014 eller etter avtale.

Kontaktperson:
Avdelingsjef Arne Refsum
tlf. 22 45 17 09 / 930 70 177
e-post: arne.refsum@diakonsyk.no

Les mer om stillingen på www.diakonhjemmetsykehus.no hvor vi har fullstendig utlysning og søknadsskjema.



Diakonhjemmet
Sykehus

Søknadsfrist 04.07.14



Betanien Hospital
3722 Skien

HAR LEDIG EN 100% FAST STILLING SOM OPERASJONSSYKEPLEIER

Kun dagtid.
Nærmere opplysninger om stillingen fås ved henvendelse til:
Avd.sykepleier Torhild Bjørnbæk, tlf.35 90 07 54

Lønn etter avtale.
Tiltredelse snarest.
Søknadsfrist snarest.

Søknad sendes til:
Betanien Hospital, personalavdelingen
Bj.Bjørnsonsgate 6, 3722 Skien

St. Olavs Hospital - Universitetssykehuset i Trondheim - er ett av tre sykehusforetak i Helse Midt-Norge. 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. 9000 ansatte og et brutto budsjett på 8,2 milliarder kroner. Universitetssykehuset drives integrert med NTNU, og studenter, lærere og forskere er en naturlig del av pasientbehandlingen. 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

Kirurgisk klinikk

Tung overvåkning

Intensivsykepleiere

- 2 x 100 % fast stilling.
- 1 x 85 % vikariat for 1 år.

Nærmere opplysninger om stillingene kan fås ved henvendelse til avdelingsjef Nina Hassel, tlf. 72 57 41 24.

Søknadsfrist: 17. august 2014

Søknad sendes elektronisk via www.stolav.no, velg Jobbsøk, deretter ledige stillinger.

Vi ønsker ikke kontakt med telefonselgere!



Velkommen til Vinje kommune; ein fjellkommune i Vest-Telemark som er innfallporten til Hardangervidda. Kommunen har gode kulturtilbod, og kan naturmessig by på eit mangfald av opplevingar både sumar og vinter.

SJUKEPLEIARAR I NATTPATROLJE FLEKSIBEL STILLINGSSTORLEIK 60-100%

Vinje helse og omsorg – ID 1115

Stillingar i nattpatrolja har base ved Vinje sjukeheim, og gjev i dag tenester i område Åmot, -etter særskilt avtale i andre distrikt ved behov.

Aukande behov for sjukepleiarkompetanse gjennom døgnet, har gjort til at vi har gjort om stillingar frå helsefagarbeidar til sjukepleiar i nattpatrolja. Basen ligg ved Vinje sjukeheim.

Nattbemanning ved sjukeheim er ein sjukepleiar og ein helsefagarbeider/hjelpepleiar. Sjukeheimen har kommunale øyeblikkeleg hjelplassar for Tokke og Vinje, i tillegg til kort- og langtidsavdeling.

Ved å ha felles base ynskjer vi å legge til rette for ei teneste som gjev fagleg fellesskap, og er så fleksibel og robust som mogeleg.

Søklarar kan velje stillingsstorleik i området 60-100%. Sjukepleiar på natt er løna i eigen stige, med eit tillegg på 40 000 - 50 000 kr (i heil stilling) etter ansiennitet.

Vi kan vere behjelpelig med å skaffe bustad.
Vi ynskjer deg velkomen som søkjar!

Spørsmål om stillingane kan rettast til avdelingsleiar
Baiba Sheine, tlf. 350 625 48 eller
Assisterande helse og omsorgssjef Alv Dag Brandal, tlf. 414 10 739.
Søk elektronisk på www.vinje.kommune.no

Søknadsfrist: 3.7.2014.



Gol kommune

SJUKEPLEIAR

Gol kommune, ved nattevakttenesta har for snarleg tilsetting ledig fast 80 % nattevaktstilling for sjukepleiar.

Søknadsfrist: 22. juni 2014

HELSEAVDELINGA

Vi har ledig fast 100 % stilling frå 1.8.2014 som psykiatrisk sjukepleiar eller tilsvarande med høgskule eller universitetsutdanning.

Søknadsfrist 4. juli 2014

For fullstendig utlysing og innsending av elektronisk søknad sjå Gol kommune si heimeside: www.gol.kommune.no - ledige stillingar.



Gloppen kommune

100 % FAST STILLING SOM HELSE- OG OMSORGSSJEF I GLOPPEN KOMMUNE

Vi har ledig 100 % fast stilling som helse- og omsorgssjef med tiltreding 1. august 2014.

Søknadsfrist er 20. juli 2014.

Nærare opplysningar om stillinga får du hos rådmann Jan Kåre Fure, tlf 476 21 981.

Heile utlysingsteksten finn du på Gloppen kommune si heimeside: www.gloppen.kommune.no, der du også søker.

Merk søknaden med 14/962 i feltet for Arkivsaknummer.



Fast 100% sykepleierstilling i hjemmetjenesten

Er du sykepleier? Da trenger vi deg i vårt team i hjemmetjenesten. Her vil du møte på hyggelige og dyktige kollegaer, som alle har ”ståpåvilje” og tar utfordringene som de kommer og er løysningsorienterte i forhold til alle oppgavene i arbeidet vårt.

Vi håper derfor at nettopp du søker på den ledige 100% faste stillingen som sykepleier med tiltredelse 18. august 2014.

Stillingen går i to delt turnus med vakter hver 3. helg.

Fullstendig utlysingstekst på kommunens hjemmeside www.skjervoy.kommune.no

Søknad med oppdaterte arbeidsbevis, godkjente kopier av attester og vitnemål og opplysninger om referanser sendes helse- og omsorgssjefen, postboks 145G, 9189 Skjervøy eller helseogomsorg@skjervoy.kommune.no

Søknadsfrist er 7. juli 2014.

St. Olavs Hospital - Universitetssykehuset i Trondheim - er ett av tre sykehusforetak i Helse Midt-Norge. 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. 9000 ansatte og et brutto budsjett på 8,2 milliarder kroner. Universitetssykehuset drives integrert med NTNU, og studenter, lærere og forskere er en naturlig del av pasientbehandlingen. 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

Anestesiavdelingen

Spesialsykepleier/sykepleier

80 % fast dagstilling.

Nærere opplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til avdelingsjef Bjørg Fenstad, tlf. 72 57 56 40, bjorg.fenstad@stolav.no eller seksjonsleder Tone Kristin Smistad, tlf. 72 57 56 69, tone.kristin.smistad@stolav.no

Søknadsfrist: 3. august 2014

Søknad sendes elektronisk via www.stolav.no, velg Jobbsøk, deretter ledige stillinger.

Vi ønsker ikke kontakt med telefonselgere!



Vestre Viken har rundt 9 500 ansatte. Vi gir god og trygg behandling til 465 000 mennesker i 26 kommuner.

OPERASJONSSYKEPLEIERE - AIO OPERASJON BS

Bærum sykehus

Referansenr. 2205989325

Søknadsfrist: 10.07.2014

Vi har 3 ledige heltidsstillinger ved operasjonsseksjonen.

Nærere informasjon om stillingen fås ved henvendelse til Nanna Strengenhagen, assisterende avdelingsykepleier, tlf. 67 80 93 31 eller Astrid Gjerland, ass.avd. sjef, tlf. 414 20 558.

Elektronisk søknadsskjema og fullstendig utlysningstekst finner du på våre nettsider www.vestreviken.no





Kvinne- og barneklirikken, OUS

Spesialsykepleier/sykepleier

Vil du jobbe med kritisk syke og skadde barn/ungdom?
Er det deg vi ser etter?



Barneintensiv, Ullevål søker nye og dyktige medarbeidere som vil være med på å videreutvikle seksjonen.

Er du spesialsykepleier (intensiv/barn/anestesi) eller sykepleier med minimum to års relevant erfaring?

Barneintensiv er en liten seksjon med fire intensivsenger og behandler akutt kritisk syke barn i alderen 0-16 år. Aldersgrensen økes til 18 år i løpet av 2014. Seksjonen behandler barn med traumer, brannskader, forgiftninger, akutt respirasjonssvikt, infeksjoner, akutt nevrologi samt andre tilstander som krever intensivbehandling. Barneintensiv har god kompetanse på tidlig rehabilitering av traumatisk hodeskader hos barn.

Ref. nr.: 2227721046

Søknadsfrist: 29.08.2014

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



Spesialsykehuset for epilepsi – SSE ønsker velkommen til kurs om:

EPILEPSI OG UTVIKLINGSHEMMING

Sandvika 11. og 12. september 2014

Sted: Spesialsykehuset for epilepsi - SSE, G. F. Henriksensvei 23, 1337 Sandvika.

Målgruppe: Helsepersonell som jobber i habiliterings- pleie- og omsorgs-tjenesten eller skolehelsetjenesten.

Pris: 2 500,-

Bindende påmelding innen 29. august.

Kurset er søkt godkjent av Norsk sykepleierforbund som 12 timer for klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie.

For mer informasjon eller tilsendelse av program telefon: 67 50 13 27.

Påmelding sendes på e-post:

AKEundervisning@ous-hf.no

Se under kurs og undervisning i epilepsi på: www.oslo-universitetssykehus.no/sse



AMK OSLO OG AKERSHUS

Ledige stillinger som Medisinsk Operatør/Sykepleier. Arbeidsområdet omfatter besvarelse av medisinsk nødtelefon og koordinering av luft- og bakkeressurser prehospital. Hovedoppgaven for medisinske operatører er besvarelse og oppfølging av medisinske nødmeldinger (113).

Vi kan tilby

- En spennende og utfordrende jobb i et aktivt prehospitalt miljø
- Allsidige problemstillinger innen alle felt av akutt- og storbymedisin
- Tilrettelagt opplæring, kurs og hospitering hos samarbeidspartnere
- Særlig for ansatte i AMK p.t. kr 50.000,-/år etter utsjekk.
- 3 skiftløsning

Full utlysningstekst finnes på: www.oslo-universitetssykehus.no/job

Utfyllende søknad med CV og ansiennitetsdokumenter sendes elektronisk via www.oslo-universitetssykehus.no/job

Søknadsfrist: snarest

Kontaktpersoner:

Anne Lene Finsrud: uxanfi@ous-hf.no Tlf: 95 25 10 35



Hol kommune

3 SYKEPLEIERE

Geilotun Bo- og behandlingssenter, har følgende stillinger ledig

- 100 % fast, herav 71 % natt + 29 % hj.sykepleien
- 75 % fast, herav 60 % natt + 15 % andre vakter
- 60 % fast i turnus

Søknadsfrist 01.07.14

For full utlysningstekst se : <http://www.hol.kommune.no/Ledige-stillinger/>

Mer info, kontakt avd. leder Jens-Erik Simonsen, tlf.32092275 /40222654.

Søknad sendes snarest til: postmottak@hol.kommune.no eller Hol kommune, postmottak, 3576 Hol.

Vestre Viken har rundt 9 500 ansatte. Vi gir god og trygg behandling til 465 000 mennesker i 26 kommuner.

PSYKIATRISK SYKEPLEIER/SYKEPLEIER

Nyåpnet Akutt / krisepost - BDPS Døgnsesjonen, Dr Høsts vei, Post 2

Referansenr.: 2177673215

Søknadsfrist: 6. juli 2014

100 % fast stilling for sykepleier, gjerne med videreutdanning i psykisk helsearbeid.

Bærum DPS - Døgnsesjonen, Dr. Høsts vei er en allmennpsykiatrisk døgnsesjon som ligger i nærheten av Bærum Sykehus. Seksjonen har 38 senger fordelt på tre døgnposter. Døgnpostene er differensiert, og består av en akutt- og krisepost, en stabiliseringspost og en 5-døgnspost. Vi tar i mot pasienter henvist fra akuttavdelinger, poliklinikker og fastleger.

Nærmere informasjon om stillingen fås ved henvendelse til avdelingssykepleier Wibecke Köller, tlf. 67 81 78 40/41.

Elektronisk søknadsskjema og fullstendig utlysningstekst finner du på våre nettsider www.vestreviken.no

frantz.no



MEDIEYOGA - medisinsk yoga

Utdannelse for helsepersonell

OSLO - BERGEN - BODØ - KARMØY
TROMSØ - TRONDHEIM - STAVANGER

mediyoga.no +46 85 40 882 80



HELSE
REKRUTTERING

HAR DU LEDIGE STILLINGER/VIKARIATER - MEN ØNSKER IKKE Å BENYTTE VIKARBYRÅ?

Fra kr 4500,- per kandidat (avhengig av lengde på oppdraget og ønsket kompetanse) tar vi **hele jobben** fra referansesjekk til kontroll av papirer og intervju før vi presenterer et utvalg kandidater du kan velge mellom. Vi tar ikke betalt før du har funnet en du ønsker å ansette og vedkommende har tiltrådt stillingen.

Kandidatene finner vi gjennom vårt nettverk i Skandinavia. Våre administrativt ansatte har lang erfaring fra rekruttering av helsepersonell.



For mer informasjon se www.helserekuttering.no eller kontakt oss på ah@helserekuttering.no



Det medisinske fakultet
**Videreutdanning i
 ultralyddiagnostikk for
 jordmødre**

UL6000

Ultralydudtanningen er et modulbasert ettårig heltidsstudium som gir 60 studiepoeng.

Det undervises i obstetrisk ultralyddiagnostikk og praktisk utførelse i faget.

Studietiden er fordelt på utdanningssted og lokalsykehus. Det forutsettes at studenten har avtale om praksisplass ved studiestart, og får utføre minimum 450 ultralydundersøkelser i løpet av Modul II og III.

Søker må være offentlig godkjent jordmor med generell studiekompetanse og inneha minimum 1 års klinisk erfaring som jordmor.

Studiestart:
12. januar 2015

Søknadsfrist:
1. september 2014

Søknadsskjema og ytterligere informasjon finner du på:
www.ntnu.no/lbk/ulstudie
 eller ved henvendelse til:
 Hilde Viviann Eriksen, tlf. 72 57 49 18
 E-post: hilde.v.eriksen@ntnu.no



TRONDHEIM

Nasjonalt senter
 for
 fostermedisin



WHO Collaborating
 Center

NTNU
 Kunnskap for en bedre verden

Jobbmerge.no

www.vt-medical.com
AKTROMMET

**UTSTYR TIL DEG SOM
 HELSEARBEIDER**

Vaktrommet A/S leverer utstyr til legekontor, sykehjem, alle små og store helseinstitusjoner og til deg privat. Besøk vår nett-butikk:
www.vaktrommet.no



www.vaktrommet.no
post@vaktrommet.no
 Tel: 926 97 497

Lik oss og vær med i trekninger!

**GARANTERT
 BILLIGST
 PENSUM-
 BØKER**

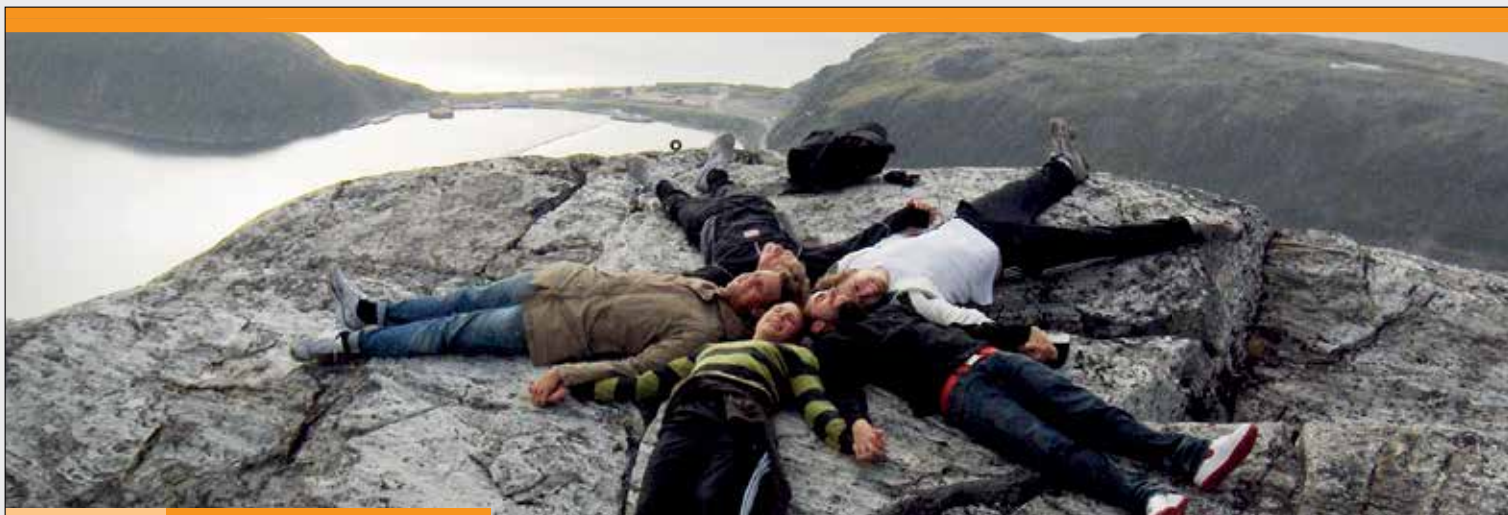


KUN PÅ NETTI

Medlemmer av
 Jordmorforbundet NSF
 får eksklusiv rabattkode!
 Meld deg inn i dag.

Les mer på jordmorforbundet.no

tanum.no



SOMMEREN 2014

GÅ FERIEAVVIKLINGEN I MØTE MED NOK PERSONELL PÅ JOBB

VI HAR LEDIGE SOMMERSVIKARER!

Vi i AMBIO Helse er i full gang med sommerplanleggingen. Mange av dere har allerede reservert sommervikarer hos oss og det takker vi for. Som alltid anbefaler vi å reservere vikarer så tidlig som mulig og heller avbestille hvis behovet viser seg å bli mindre enn fryktet eller egen rekruttering går bedre enn håpet. Hos oss kan du kostnadsfritt avbestille

sommervikarer frem til og med 1. juni.

Vi har blant annet ledige sykepleiere, hjelpepleiere/ helsefagarbeidere/ omsorgsarbeidere, fysioterapeuter, legestudenter og sykepleiestudenter.

Vi har også vikarer som kan starte på kort varsel, i både korte og lengre oppdrag.

MER INFORMASJON

Få mer informasjon om våre sommervikarer:

www.ambiohelse.no

tel: 22 41 17 02

e-post: post@ambiohelse.no



E-læringskurs i legemiddelhåndtering

ØNSKER DU Å GJENNOMFØRE MEDISINKURS FOR DINE ANSATTE?

Vi tilbyr nettkurs i legemiddelhåndtering for alle typer helsepersonell. Våre kurs anvendes i over 100 kommuner over hele landet med over 6000 ferdig eksaminerte kandidater. Gode rabatter ved kjøp av flere kurs til ansatte.

I tillegg tilbyr vi blant annet e-læring innen områder som epilepsi og smittevern.



www.helsekursportalen.no

tel: 22 41 17 02

e-post: kurs@ambiohelse.no

AMBIO Helse AS støtter opp under kompetansehevingen i det norske helsevesenet gjennom fagutvikling, rekruttering og vikarformidling. AMBIO Helse AS er en del av AMBIO Gruppen som består av AMBIO Miljørådgivning, AMBIO Ingeniørtjenester, AMBIO Rekruttering og AMBIO Helse.

VI BRYR OSS
ambio
HELSE



Norges miljø- og biovitenskapelige universitet
Senter for etter- og videreutdanning

Introduksjonskurs i dyreassisterte intervensjoner (5 studiepoeng)

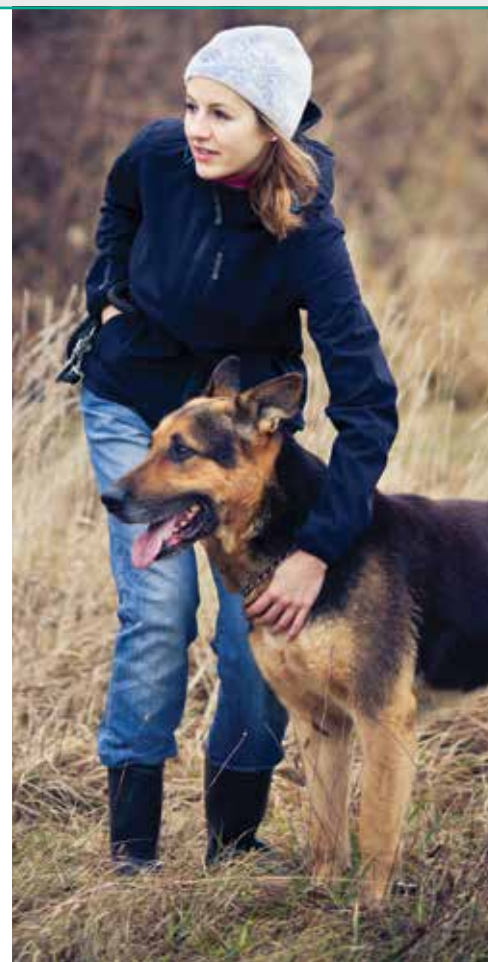
Er du interessert i hvordan dyr innvirker på læring, mestring, helse og livskvalitet? Dette kurset vil gi deg som jobber med mennesker nye ideer og verktøy. Dette er det eneste studiepoengsgivende kurset av sitt slag i Norge. Kurset er utviklet med tanke på personer som ønsker å bruke dyr aktivt i samhandling med mennesker.

Kurset starter med en samling 13.-15. oktober 2014 og avsluttes med en skriftlig hjemmeeksamen 10. desember 2014.

Søknadsfrist: 1. september 2014

For mer informasjon og påmelding:

www.nmbu.no/node/8974



Ønsker du en karriere innenfor
hudpleie og kosmetiske
behandlinger?



Vi tilbyr egen høgskoleutdanning for sykepleiere, med studiestart vår og høst. 15 studiepoeng pr studie.

Les mer på www.senzie.no
eller kontakt oss på tlf: 911 007 99

senzie
akademiet



En helt ny leseopplevelse

LES SYKEPLEIEN
UANSETT HVOR
DU ER!

SYKEPLEIEN – NÅ OGSÅ PÅ NETTBRETT

Opplev Sykepleien på en helt ny måte! Magasinet er nå tilgjengelig som spesialutviklet utgave for nettbrett. Den interaktive utgaven er spekket med flotte bildeserier som gir en ekstra dimensjon til artiklene fra den trykte utgaven. Last ned Sykepleien på ditt nettbrett, og du kan lese magasinet «offline» uansett hvor du er.

Last ned appen i dag!
GRATIS for medlemmer i NSF



Appen er tilgjengelig både for iPad og Android.
Les mer om hvordan du kommer i gang på sykepleien.no.

Sykepleien



Sykehusbesøk
inkludert

KUN KR

15 998,-



Fra Jerusalem til Petra

En reise gjennom historien i Israel og Jordan, inkl. besøk i den røde klippebyen Petra og på kreftsykehus i Amman – med norsk/svensk reiseleder, 10 dager

Denne reisen begynner i Jerusalem og slutter i Jordan ved Dødehavet. På veien ser vi en kavalkade av religionshistorie, korsridderborger og storslått ørkenlandskap. I Jerusalem ser vi blant annet Klagemuren og Klippemoskeens gullkuppel, og vi møter de gamle romerne i klippefestningen Masada. Det er også lagt inn et spennende sykehusbesøk på Midt-Østens førende kreftsykehus, King Hussein Cancer Center i Amman. Et av reisens høydepunkter er den hemmelighetsfulle oldtidsbyen Petra, som ble gjenoppdaget i 1812 etter å ha vært glemt i hundrevis av år, og vi skal selvfølgelig oppleve den åndeløst vakre Wadi Rum-ørkenen, der Lawrence of Arabia kjempet under Første verdenskrig.

En ekte eventyrreise gjennom Israel og Jordan!

Avreise 10. mars 2015

kr 15 998,-

Enkeltromstillegg kr 2 998,-

DAGSPROGRAM

- Dag 1** Oslo – Tel Aviv og videre til Jerusalem. Oljeberget
- Dag 2** Jerusalem. Oljeberget og den gamle bydelen med bl.a. Klagemuren og Tempelhøyden
- Dag 3** Jerusalem – Betlehem – Vest-Jerusalem
- Dag 4** Jerusalem – Qumran – Masada – Aqaba, Jordan
- Dag 5** Byrundtur i Aqaba – Wadi Rum-ørkenen – Shobak – Petra
- Dag 6** Petra. Tempelet el-Khazne, kongegravene, Petras sentrum
- Dag 7** Lille Petra – Karak – Amman
- Dag 8** Amman. Ajloun – Jerash – byrundtur i Amman og sykehusbesøk
- Dag 9** Amman. Jesu dåpssted, strandliv ved Dødehavet, Nebo-fjellet
- Dag 10** Hjemreise

Prisen inkluderer: Norsk/svensk reiseleder, fly Oslo – Tel Aviv (via Wien) og Amman – Oslo (via Wien), transport i luksusbuss, utflukter ifølge program, innkvartering på mellomklassehoteller i delt dobbeltrom, halvpensjon, skatter og avgifter, avreise-skatt fra Israel, visum til Jordan.

Medl. RGF Danmark. Med forbehold for trykkfeil og utsolgte avganger.

Les mer på www.albatros-travel.no/sykepleien
info@albatros-travel.no. Vennligst opplys reisekode LR-SYK
Åpent man–fre 8:30–17:00. Ring på tlf: 800 58 106

Albatros