

Sprekk

Heroin. Hver gang det ringer frykter Mari at broren har tatt en overdose. Kampen for å redde ham har tæret på. **16**

● **Hva skjer**

Demenslandsby inspirerer norske sykehjem. **26**

● **Sykepleie**

Bruker ikke stellefrakk. **40**

● **Påfyll**

Skriver om girl power. **64**

● **Meninger**

Eli Gunhild By om bemanningsplaner. **70**



BOLIGLÅNSRENTE FRA 2,8 %

Som medlem av Norsk Sykepleierforbund får du både ordinært boliglån og rammelån til samme gode rente: 2,9 %. Er du under 34 år, tilbyr vi deg Boliglån Ung (BLU) til enda lavere rente; 2,8 %.

Les mer på dnb.no/nsf eller kontakt oss på **04800** – hele døgnet, alle dager.

Priseksempler: Boliglån Ung (BLU): Effektiv rente 2,89 %, Lånebeløp 2 millioner o/25 år i DNB Boligkreditt. Totalt kr 2 798 247.
Boliglån: Effektiv rente 2,99 %, Lånebeløp 2 millioner o/25 år i DNB Boligkreditt. Totalt kr 2 829 159.
Rammelån: Effektiv rente 3,01 %, Lånebeløp 2 millioner o/25 år i DNB Boligkreditt. Totalt kr 2 835 159.
Prisene er per 07.01.2015 for nye lån og kan bli endret.





Populær reise!

KUN KR

8498,-



Underfulle Toscana og Assisi

Italiensk vin, duftende sypresser og bølgende landskap
– med Albatros-reiseleder, 7 dager

På reisen vår gjennom dette vakre området besøker vi Siena og San Gimignano i Toscana og Assisi i Umbria. Disse fine middelalderbyene med smale gater, vakre kirker og gamle tårn har flere hundre års historie å fortelle. Vi skal også innom en lokal vingård der vi ser nærmere på produksjonsmetodene, og ikke minst prøve-smake vinen!

I løpet av reisen får du en dag på egen hånd. Hvis du har lyst til å oppleve den vakre toscanske naturen kan du gjøre det, for denne dagen har du sykkel til disposisjon. Helt i din egen takt kan du trække rundt i det vakre landskapet.

Utgangspunktet for eventyret vårt er en av Toscanas klassiske kursteder Chianciano Terme, der vi blir innkvartert på et koselig familiedrevet hotell med halvpensjon. Dette blir basen vår under hele reisen.

Alt dette får du: Norsk/svensk reiseleder, fly Oslo–Roma t/r, utflukter og transport ifølge program, sykkelleie dag 4, piknik-lunsj med vinsmaking i San Gimignano, innkvartering i delt dobbeltrom, frokost daglig, middag dag 1–5, skatter og avgifter.

DAGSPROGRAM

- Dag 1** Avreise og ankomst til Italia
- Dag 2** Magiske Orvieto i Umbria
- Dag 3** Utflukt til Siena
- Dag 4** Sykkeldag eller på egen hånd
- Dag 5** Umbria med Assisi
- Dag 6** San Gimignano. Vingårdsbesøk
- Dag 7** Hjemreise

Avreise 27/5 2015

Kr 8498,-

Enkeltromstillegg kr 1098,-

Medl. DK RGF. Med forbehold for trykkfeil og utsolgte avganger.

Les mer på www.albatros-travel.no/SYK

info@albatros-travel.no. Vennligst opplys reisekode LR-SYK
Åpent man–fre 8:30–17:00 & lør–søn 10:00–15:00. Ring på tlf.: 800 58 106

Albatros

Ovesterin® østriol

Noen plager i overgangs- alderen er helt unødvendige

**- behandling med reseptfritt Ovesterin® (østriol)
er effektivt**

Svie, tørrhet og kløe i underlivet som kommer av østrogenmangel er vanlige problem som enkelt kan behandles der symptomene oppstår. Ovesterin® Vagitorier og Ovesterin® Vaginalkrem er en lokal behandling som virker der den påføres - i skjedens og urinveienes slimhinner.



Ovesterin 0,5mg Vagitorier 15stk Ovesterin Vaginal Krem 01% m/applikator 15g

Inneholder østriol, som er et av de kvinnelige hormonene (østrogenene) som kroppen produserer.

Til lokal behandling i skjeden av underlivsplager som skyldes mangel på østrogen i og etter overgangsalderen.

Under og etter overgangsalderen (klimakteriet) går østrogenproduksjonen ned. Kvinner kan da få plager som irritasjoner og tørrhet i skjeden, smerter under samleie, tilbakevendende urinveisinfeksjoner og urininkontinens.

Ovesterin vagitorier og krem er hormonerstatningsbehandling som kan brukes for behandling av slike plager.

Ovesterin Vagitorier og Vaginal Krem er reseptfrie legemidler. Les pakningsvedlegget før bruk.

Ovesterin® vaginalkrem (østriol)



Ovesterin® vagitorier (østriol)



Navamedic ASA
E-post: infono@navamedic.com
www.navamedic.com

 **Navamedic**



Innhold



01 | 2015 Sykepleien

Utgivelsesdato: 15. januar

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



Hva skjer

- 06 Aksjonisten
- 12 Bergan fortsetter
- 15 Høysesong for hoftebrudd
- 16 Tema, rus: Hvem kan redde min bror?
- 24 Politisk streik 28.1.
- 26 Demenslandsbyen i Nederland
- 30 Livshjemmet
- 32 Dement i ukjent landskap
- 36 Regler for papirløse uetiske



Beholder hverdagen, tross demens. **26**



Sykepleie

- 40 Bruker ikke stellefrakk
- 44 Gir bedre fødselsomsorg
- 47 Min jobb: Helen Kvalheim
- 48 – Psykiatriske medikamenter skader hjernen
- 50 Vold mot eldre
- 54 Etik: Berit Daae Hustad
- 56 Bedre mat og bedre ernæring i Tanzania



Blir hengende på knaggen. **40**



Påfyll

- 62 Smånytt fra faget
- 63 Ny spalte: Liv laga
- 64 Forfatterintervju: Eldrid Oftestad (bildet under)
- 66 Bokanmeldelser
- 67 Hva leser du nå, Line Bolgvåg?
- 68 Kryssord og quiz



Fascinert av Cathinka og diakonissene. **64**



Meninger

- 70 Eli Gunhild By om bemanning
- 71 Meninger fra leserne
- 75 Innspill: Ann Iren Torgersen
- 76 Kronikk: Nina Amble og Kari Ingstad
- 78 Tett på kunnskapsminister Torbjørn Røe Isaksen
- 83 Stillingsannonser og kunngjøringer



Vil ha bedre studenter. **78**

Forsidefoto: Colourbox

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:** Marit Leergaard. **Desk:** Ellen Morland, Johan Alvik, Susanne Dietrichson, Trine-Lise Gjesdal, Ole Morten Vindorum. **Grafisk:** Hilde Rebård Evensen,

Sissel H. Vetter, Nina E. H. Hauge, Monica Hilsen. **Marked:** Ingunn Roald, markedsjef (91 60 38 12). 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





Uklokt. Her kommer en oppskrift på hvordan man effektivt kan torpedere den sosiale dialogen her i landet.

Det døve øret



Fakta

Barth Tholens

Ansvarlig redaktør
i Sykepleien

L ike før jul la arbeidsminister Robert Eriksson (Frp) fram regjeringens forslag til ny arbeidsmiljølov. Det kom ikke uventet. Regjeringspartiene har lenge ment at loven står i veien for større fleksibilitet når arbeidsgivere skal finne løsninger for sine mange utfordringer. Dagens ordning er for rigid, mener regjeringen. De tror også at en «oppmykning» av loven vil gi høyere sysselsetting, fordi arbeidssøkere lettere kan få jobber i stillinger som ikke er permanente. De vil dessuten gjøre det lettere for arbeidsgiverne å inngå lokale arbeidstidsavtaler uten å måtte gå omveien via de sentrale fagforeningene. Det vil gi større fleksibilitet, mener de. Les: Arbeidsgiverne vil lettere få gjennomslag.

UTELIGGER. Forslaget som åpner for utvidet bruk av midlertidige ansettelser og som gir arbeidsgiverne større styringsrett over arbeidstakernes arbeidstid, har som ventet fått varm støtte fra NHO. Også enkelte økonomer er begeistret. I Dagens Næringsliv beskriver professor i økonomi Ola Kvaløy dagens arbeidsmiljølov som en «statistisk uteligger»: I motsetning til i utlandet har vi i Norge generelt mye tillit til våre politikere og institusjoner, men den nåværende arbeidsmiljøloven er et beklagelig unntak. Den er alt for rigid, ifølge Kvaløy. Les: Firkantet.

Han mener at jo mindre statlig regulering, desto større vil tillitsnivået i samfunnet være. Ergo vil deregulering (les: færre lover som setter grenser for hva arbeidsgivere ensidig kan gjøre) styrke velferdsstaten heller enn å svekke den.

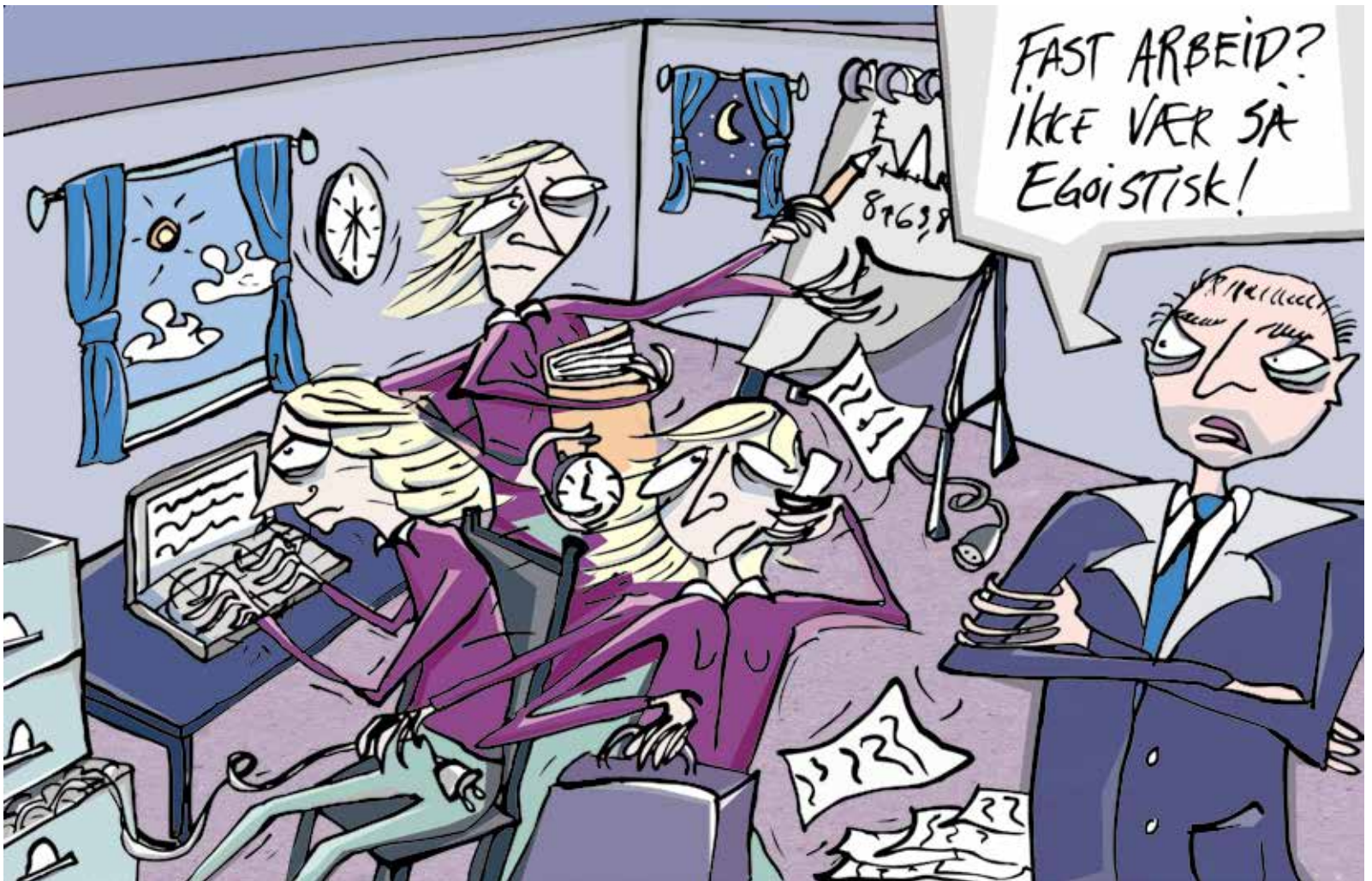
Det vil mange – jeg inkludert – være grundig uenig i. Regjeringens forslag oser faktisk av mistillit til at partene i arbeidslivet godt kan finne fram til gode ordninger innenfor dagens lov. Norsk arbeidsliv de siste 15 årene har vært en eventyrlig suksess med den loven vi har. I en tid hvor de fleste landene i Europa har slitt med skyhøy arbeidsledighet og motsetninger mellom forskjellige befolkningsgrupper, har vi i Norge for få mennesker til å bemanne de jobbene vi faktisk har. Det er vanskelig å se at den samme arbeidspolitikken nå plutselig skulle stå i veien for et inkluderende og godt fungerende arbeidsliv. Med mindre man tror at en økonomisk krise er like rundt hjørnet.

BODYBUILDING. Det er tydeligvis likevel et akutt behov, siden regjeringen nå tar sjansen på å komme på kant med en samlet fagbevegelse i Norge med et forslag ingen vil ha. Behovet er ikke først og fremst av økonomisk art, men likner mer på en eksistensiell krise for to partier som lenge har vært i opposisjon: De kan nesten ikke vente med å sette sitt ideologisk fotavtrykk på Norge. Forslaget til ny arbeidsmiljølov er i likhet med Segway-frislippet og taxfree-tiltakene et utslag av ideologisk bodybuilding: Nå som sjansen byr seg, vil de vise at de har baller.

Selv om arbeidsministeren Eriksson forsøker å late som om lovforslaget er en siste livbøye til dem som i dag står utenfor arbeidslivet, handler det i realiteten om at høyresiden nå sier «Morna Jens!», bare i paragrafform. De tror på deregulering uansett om det er krise eller ikke. Å gjøre ting enklere i arbeidslivet (les: slippe å forhandle med motparten) skal liksom gjøre oss mer konkurransedyktige.

Forstå meg vel, det finnes gode eksempler på at liberalisering har resultert i effektive tiltak som ingen i dag har lyst å skruer tilbake. Ingen savner det Norge hvor alle butikene måtte stenge tidlig, hvor vi hadde kun én tv-kanal og et kommunalt drosjeselskap. Deregulering kan være en god ting, men det motsatte gjelder også: Ikke all regulering fører oss til helvete. Da Dagfinn Høybråten introduserte loven som kastet ut røykerne, var begrunnelsen først og fremst hensynet til hotell- og restaurantansatte. Mange mente den gang at det var en helt unødvendig og alt for streng regulering, men jeg har ennå til gode å møte noen som drømmer seg tilbake til tiden før røykeloven kom. Ikke har restaurantnæringen gått konk heller, slik noen spådde.

MEDISIN. Det er altså ikke alltid godt å vite hva regulering/deregulering fører til – på sikt. Da Gerhard Schröder i Arbeiderpartiets tyske søsterparti SPD tidlig på 2000-tallet lanserte drastiske kutt i velferdsordningene og en liberalisering av arbeidslivet, møtte han en vegg av motstand fra nær sagt hele fagbevegelsen. Men da den høye arbeidsledigheten i Tyskland etter litt tid begynte å gå ned, forstummet



Illustrasjon: Marie Rundereim

protestene gradvis. Medisinen hadde virket, selv om den smakte vondt.

Man skal derfor ikke mistenke høyresiden i Norge for uedle motiver når de nå går løs på en lov som hittil har fungert fint og gitt arbeidstakere forutsigbarhet og trygghet. Erna & co tror på tiltaket. Likevel er det god grunn til å bebreide de blåblå for tidspunktet for forslaget, og ikke minst for prosessen i forkant av lovforslaget.

Norge har gode tradisjoner for dialog i arbeidslivet. Det såkalte trepartssamarbeidet mellom arbeidstakere, arbeidsgivere og regjeringen har i mange år forebygget konflikter i arbeidslivet som vanligvis koster samfunnet dyrt, slik vi har sett det i mange andre land. Trepartssamarbeidet har gitt oss effektive tiltak mot sykefravær og for et inkluderende arbeidsliv. Likevel velger regjeringen nå å lansere en radikal arbeidslivsreform, vel vitende om at én av partene ville være massivt imot. Høyre og Fremskrittspartiet har

valgt å høre på arbeidsgiverne, og gitt blaffen i arbeidstakerne. Fagbevegelsen, Sykepleierforbundet inkludert, har på forhånd advart mot konsekvensene av en oppmykning

«Dette er ideologisk bodybuilding.»

av loven. Men regjeringen har bevisst valgt å vende det døve øret til.

SVEKKET TILLIT. En slik framgangsmåte bryter ikke bare med lange tradisjoner i norsk arbeidsliv; den virker trolig også mot sin hensikt. Mon tro om ikke LO, YS og Unio hadde tatt hansen om de hadde blitt invitert inn til å drøfte forslag til modernisering av loven? Nå blir det i stedet generalstreik 28 januar. Tilliten vil svekkes (sorry, Kvaløy), og frontene vil være steile. Det er en gavepakke til venstresiden. ●

Velg blant mer enn 30 masterstudier

▶ Paul André Vetvik Killie (31) tar master i sykepleie – klinisk forskning og fagutvikling. Nå jobber han på observasjonsposten for akuttmedisin ved Ullevål sykehus.

REDDIK Foto: Thomas Ekstrøm

KLAR FOR Å GJØRE EN STØRRE FORSKJELL?

Med mer utdanning åpner det seg nye muligheter i arbeidslivet, enten du søker nye oppgaver eller dypere spesialisering.

Masterprogrammer for sykepleiere:

Anestesisykepleie | Barnesykepleie | Intensivsykepleie | Jordmorfag Sykepleie – klinisk forskning og fagutvikling | Helse og empowerment Psykisk helsearbeid | Rehabilitering og habilitering | International Social Welfare and Health Policy

Se hvordan du tar det neste steget på hioa.no/videre

**Ta en master ved HiOA.
Søknadsfrist:
1. mars 2015**



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Få sår til å gro raskere med



Woulgan® er en ny biogel for aktiv sårbehandling, 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 mer informasjon? Ta kontakt på info@biotec.no

Tilgjengelig her
biotec.no/wbg



Hva skjer

Del 1 Sykepleien 01 | 2015

Nyhet – Reportasje – Tema



Hjemmekoselig:
Økernhjemmet vil
ikke hete sykehjem.

Livshjemmet

Hverdag. Økernhjemmet er inspirert fra Nederland, og vil gi demente en normal hverdag. **30**



Tema om rus.
Hvem kan redde min bror? **16**



Grünerløkka.
Eldre innvandrere trenger noe annet. **32**



«Pasientene trenger helsepersonell som ser dem som pasienter, ikke immigranter.»
Frode Eick. **36**



Kulturkrasj: Økonomer vil styre på én måte, helsefolk på en annen.

Styringskrasj på sykehusene

VRIEN LEDELSE: Elsa Solstad er førsteamanuensis ved Høgskolen i Harstad og har undersøkt hva som skjer når ulike styringsprinsipper møtes under samme tak ved fem helseforetak. Økonomer vil styre på én måte, helsefolk på en annen. Når de to prinsippene møtes, blir det problemer.

– På den ene siden: En rasjonalistisk logikk, styrt av effektivitets-

tanker og økonomisk lønnsomhet. På den andre siden: En verdi- og normbasert logikk, med pasienten i sentrum, sier Solstad til forskning.no.

Solstad ser ikke noen enkel måte å løse kulturkollisjonen på og konstaterer at sykehusene ikke er flinke til å lære av hverandre.

– Selv ikke innenfor samme helseforetak er det noen overføring av

kunnskap – man lever i sine egne siloer, sier hun.

Kollisjon mellom økonomer og spesialister er ikke noe unikt for sykehusene.

– Jeg har også forsket på videregående skoler, og det er mye tilsvarende der. Men i sykehusene har det jo kommet veldig mange store reformer som gjør at de må snu seg veldig fort, sier Elsa Solstad.

forskning.no

Vil gi barn i barnehagen mer fett

I utakt. Myndighetene følger ikke sine egne kostholdsråd når de gir anbefalinger om mat i barnehagen. – Barna får for lite fett og for mye protein, sier Anna Haug ved NMBU til forskning.no.

Svensk hjelpearbeider ebolatestes

En svensk hjelpearbeider ble evakuert hjem til Sverige i begynnelsen av januar fordi hun kan ha blitt smittet mens hun behandlet ebolapasier i Sierra Leone. Hjelpearbeideren ble sendt hjem fordi en beskyttelseshanske gikk i stykker mens hun var på jobb, ifølge sydsvenskan.se.

NTB



Yoga gleder hjertet

Yoga kan forebygge hjertesykdom, særlig hos dem som ikke kan utføre mer energikrevende øvelser, melder forskning.no

I en ny studie sammenlikner forskere yoga med annen trening. Forskerne fant ut at yoga-utøvere har mindre sannsynlighet for å få hjerte- og karsykdommer enn de som ikke trener i det hele tatt.

forskning.no



Lite influensa



Folkehelseinstituttet (FHI) sier det er få nordmenn som så langt er rammet av influensa.

– Av de tilfellene som er påvist gjelder noen

en virusvariant som ikke er dekket helt opp i årets influensavaksine. Det er for tidlig å si om dette vil føre til hardere influensasesong i år enn i fjor, sier seniorforsker Olav Hungnes.

FHI

Fakta og tall. Alkohol

6,8 liter

I 2009 kjøpte hver nordmann over 15 år i snitt 6,8 liter ren alkohol.

14,5 år

Debutalderen for alkohol er 14,5 år for øl, og 15 år for brennevin.

10 %

av 15-åringer drikker alkohold minst en gang i uken.

20 %

I perioden 2000 til 2009 økte alkoholforbruket i snitt med 20 prosent.



Lær: Professor og allmennlege Edvin Schei ved UiB, mener sykepleierne har en fantastisk opplæringstradisjon. Arkivfoto fra Moss sykehus: Erik M. Sundt.

Skryt til sykepleiere

FLINKE: Sykepleiere er mye flinkere til å følge opp sine egne når de begynner i sine første jobber, enn leger. Som turnuslege opplevde Øivind Strand at sykepleierne som begynte samtidig, gikk følgevakter i tre-fire uker.

– Jeg fikk et par timer med omvisning før jeg fikk callingen i hånden og skulle begynne å jobbe, sier han til Dagens Medisin.

Professor og allmennlege Edvin

Schei ved UiB, mener sykepleierne har en fantastisk opplæringstradisjon.

– Først følger nybegynnerne den erfarne i en uke, og så utfører de oppgavene «med påholden penn» i én uke. Den tredje uken arbeider de selvstendig mens veilederen passer på, sier han.

Schei sier at det ikke er vond vilje som gjør at opplæring av nye leger er mangelfull.

– Det er slik alle er blitt mottatt, så de eldre vet egentlig ikke hvordan man skal motta nye og ferske kolleger på en bedre måte. Vi har mye å lære av sykepleierne her, sier Schei.

– Arbeidsgiver har ansvaret for oppfølgingen av turnusleger, enten dette er sykehus eller kommuner, sier statssekretær i Helsedepartementet, Anne Grethe Erlandsen.

Dagens medisin

FHI brøt loven

Folkehelseinstituttet (FHI) har brutt helseforskningsloven i forbindelse med forskning på materiale tatt ut ved rettsmedisinske obduksjoner av barn som har dødd i krybbedød, melder Helsetilsynet.

Pårørende er ikke blitt informert om adgangen til å reservere seg mot forskning på materialet. Forskningen får likevel fortsette mot at de pårørende fremover vil bli godt informert.

Helsetilsynet

Sleivdal sykehus Av Sveen og Emberland





Friskere. Økt grunnbemanning ga lavere sykefravær.

Bergan sykehjem forbedret tilbudet for pengene som ble spart.

Fortsetter suksess med egne midler

• Tekst **Kristin Horn Talgø**

Da vi økte grunnbemanningen, var det i hovedsak hjelpepleiere og ansatte med helsefag bakgrunn som fikk økt stillingene sine. Men det gjorde det lettere for sykepleierne å ta for seg konkrete sykepleieroppgaver, sier Åshild Engamo Aunvik, tillitsvalgt for Norsk Sykepleierforbund (NSF) ved Bergan sykehjem.

I 2010 fikk sykehjemmet 800 000 kroner fra bystyret for å øke grunnbemanningen med 3,2 årsverk. De sparte over en million kroner fordi det førte til mindre sykefravær, vikarbruk og overtidsoverjobb.

Bergan ble et populært sykehjem å vise til. Slik skulle det gjøres. NSF, politikere og sykepleiere viste til Bergan sykehjem som et konkret eksempel på at økt grunnbemanning lønte seg.

– Da vi økte grunnbemanningen friga det mer tid til sykepleierne og ga dem mer tid til pasientene. I tillegg resulterte det i bedre ressurs – og økonomistyring, sier enhetsleder Bill Tomelthy.

SUKSESS. For å opprettholde prosjektet, brukte Bergan sykehjem 600 000 kroner fra sykelønnsbudsjettet, og budsjettet for ekstrahjelp og overtid. 11 ansatte fikk stillingene sine økt med 10 prosent.

– Siste halvåret har det vært et sykefravær på 7,4 prosent. Det må sies å være bra når sykefraværet

var på 13–14 prosent tidligere i år. Ordningen har vært en suksess, forteller enhetsleder Tomelthy.

Men han medgir at det kan være en sjanse å ta ved å finansiere ordningen med deler av sykelønnsbudsjettet. Særlig fordi det en periode var en oppgang i sykefraværet.

– Men det skyldtes ansatte som var i 50- og 60-årene som hadde jobbet et helt liv. De fikk langvarige kroniske lidelser, og gikk etter hvert ut i uførepensjon, sier Tomelthy.

I ettetid hadde sykehjemmet en vikarpool som oppfølger av prosjektet med å få ned uønsket deltid.

«Å lese en rapport er ikke det samme som å få tilbrakt tid med pasienten.»

Åshild Engamo Aunvik

På grunn av økonomien ble ordningen lagt ned 1. april i fjor. Pengene kom i utgangspunktet fra Arbeidsdirektoratet, men kommunen hadde ikke ressurser til å videreføre prosjektet.

– Det er synd for det var veldig kjekt å ha en eller to personer som kunne skaffe vikarer ved behov. Nå er det avdelingssykepleierne som

gjør det, sier Tomelthy.

ULIKE MENINGER. – Men vi har fortsatt arbeidsleder på dagtid i ukedager. Jeg setter personlig pris på arbeidsleder og synes det er positivt, sier tillitsvalgt Aunvik.

Hun sier at det er mulig at andre ansatte mener noe annet.

– Nå er vi blitt mer vant til denne ordningen, men noen tenker nok at det kunne vært bedre. Fortsatt er det svært mange som jobber annenhver helg, og det er en ulempe.

Slik Tomelthy oppfatter det, er de ansatte utelukkende positive til ordningen med arbeidsleder. Han sier det er veldig nyttig å ha en som har oversikt og trer inn i en situasjon når de har behov for det.

– Vi har en del pasienter med demens og kognitiv svikt. Særlig på korttidsavdeling kan det oppstå utfordrende situasjoner med utagerende pasienter. Da er det godt å ha en som kan gå inn i situasjonen og få roet ned. Det skal ikke alltid så mye til, men det krever riktig person med riktig kunnskap, påpeker enhetslederen.

MER TID TIL PASIENTENE. Arbeidsleder er sykepleier og avlaster blant annet avdelingssykepleier med ulike arbeidsoppgaver. Det gjelder blant annet ansvar for medisiner, blodprøver, oppfølging av syke pasienter og legevisitt,

Fakta ●●●●

Bergan sykehjem

Fikk i 2010 800 000 kroner fra bystyret for å øke grunnbemanningen med 3,2 årsverk. Resultat: Over 1 million kroner spart p.g.a. mindre sykefravær, vikarbruk og overtidsoverjobb.

Slik ble ressursene i prosjektet brukt:

- Oppbemanning på de mest belastete vaktene.
- God planlegging og fordeling av fagressurser etter pasientenes behov.
- Velge ut og dokumentere hvem som har ansvar for oppgaver, og følge opp at jobben blir gjort.
- Både hjelpepleiere og sykepleiere deltar i stell fram til cirka klokken 09.00. Etter det går sykepleier ut og har primærfokus på sykepleieroppgaver, samt trår til ved behov i avdelingen.

Kilde: Sykepleien 2011



Tok grep: Tillitsvalgt Åshild Engamo Aunvik (til venstre) og sykepleier Jartrud Benjaminsen tok i 2009 grep for å senke sykefraværet på Bergan sykehjem i Kristiansund. Faksimile fra Sykepleien i mars 2011.

pårørendekontakt, elektronisk pasientjournal. Dessuten skal arbeidsleder være lett tilgjengelig for personalet i avdelingen.

De dagligdagse sykepleieroppgavene er alt fra å sørge for mat og klær, aktiviteter, medisiner og stell. Tillitsvalgt Aunvik sier at når det er arbeidsleder til stede, blir det mer tid til å følge opp og observere pasientene, og å kunne være til stede for dem.

– Det er godt når det er enkelte arbeidsoppgaver jeg ikke trenger å tenke på fordi jeg vet at en annen tar seg av det. Da kan jeg være i fred og ro hos pasienten og bruke den tiden vi trenger.

VIKTIG OBSERVASJON. Aunvik er klar på at observasjon er en av de viktigste oppgavene til en sykepleier. Hvis hun ikke får nok tid med pasienten under et måltid eller under et stell, får hun heller ikke dannet seg et bilde av pasienten.

– Å lese en rapport er ikke det samme som å få tilbrakt tid med pasienten. Det er når det blir for mange arbeidsoppgaver på en gang at ting glipper, påpeker sykepleieren.

Enhetsleder Tomelthy har inntrykk av at det i perioder i hvert fall har vært mulig for sykepleierne å få mer tid sammen med pasientene når de har fått unna mye av de tekniske arbeidsoppgavene.

BEDRE ARBEIDSVILKÅR. Ved sykefravær på sykehjemmet stepper arbeidsleder inn. Dersom det er lengre fravær, vurderer avdelings- sykepleier om det er behov for ekstra vikar i tillegg.

Gunhild Rolandsen, fylkesleder

i NSF Møre og Romsdal, sier at sykepleiere er avhengig av gode medarbeidere som kan utøve deler av sykepleietjenestene. Dersom det bedrer arbeidsvilkårene til sykepleierne at hjelpepleiere og ansatte med helsefaglig bakgrunn får større stillingsprosent, mener hun det bare er bra.

– Men i neste omgang hadde det vært fint om også sykepleierne gikk opp i stillingsstørrelse. Det hadde det sikkert vært behov for.

Tomelthy mener det absolutt hadde vært bra om sykepleierne hadde gått opp i høyere stillinger også. Han forteller at sykehjemmet i utgangspunktet hadde for få sykepleiere, med mange små stillinger på 20 og 25 prosent. Enhetslederen er glad for at bystyret nå har fattet vedtak om at det ikke skal ansettes folk i under 40 prosent stillinger.

– Nå blir det gamle sykehjemmet i byen pusset opp. Her skal alle stillinger skal være heltidsstillinger, men det må ikke bli sånn at det blir A-laget. Men det ser helt klart ut til at Kristiansund ser på helsekultur for hele kommunen, synes Tomelthy.

FLERE PROSJEKTER. – Bystyret har gitt tilskudd for å starte lignende prosjekter som ved Bergan sykehjem, sier Kirsti Dynnes, nestleder i hovedutvalget for helse, omsorg og sosial bystyret Kristiansund.

Hun sier at blant annet grunnbemanningen på Rokilde sykehjem ble økt på kveldsvakter.

– Tilskuddene gjelder økt grunnbemanning generelt, ikke økning spesielt av verken hjelpepleiere eller sykepleiere, sier nestlederen. ●

redaksjonen@sykepleien.no

TENA Wet Wash Glove

RENGJØRENDE OG PLEIENDE VASKEVOTT

- myk og behagelig for hele kroppen

TENA Wet Wash Glove er en ferdigfuktet vaskevott, klar til bruk helt uten vann. Vaskevotten rengjør huden skånsomt med pleiende lotion og en forfriskende duft.

TENA Wet Wash Glove er et godt alternativ:

- når dusj av kroppen er vanskelig (gipset arm/ben, behandling, bevegelseshinder)
- ved sykdom
- for sengeliggende personer

Dermatologisk testet
Fri for parabener
og alkohol.



Fåes kjøpt via lokale grossister, på apotek og hos Bandagist.



Master i avansert geriatrisk sykepleie



Styrk helsetilbudet for eldre i kommunen ved å ta en master i avansert geriatrisk sykepleie! Deltidsstudiet gir erfarne sykepleiere en klinisk spesialisering og faglig videreutvikling.

- Du kan ta studiet på deltid 3 - 4 år.
- Programmet har mer enn 400 timer med varierte og veiledede kliniske studier.
- Vi samarbeider gjerne med arbeidsgivere i utviklingen av rollen som avansert geriatrisk sykepleier, slik at den er tilpasset lokale behov.

www.uio.no/studier/program/geriatrisk-sykepleie-master/

Master i sykepleievitenskap



Vil du være med på å forme fremtidens helsetjeneste? Få kompetanse i hvordan du kan drive pasientrettet og faglig utviklingsarbeid og forskning ved å ta en master i sykepleievitenskap!

- Du kan velge å ta studiet på heltid 2 år eller deltid 3 - 4 år.
- Fordypningskurs om pasientopplæring, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, aldring og eldreomsorg. Du lærer også om innovativ praksisutvikling og teknologi.

www.uio.no/studier/program/sykepleievitenskap-master/

Søk innen 1. mars

UiO : Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet

Hva skjer. Mest lest i 2014



Sykepleiens topp fem

• Tekst **Kari Anne Dolonen**

TOPOFTHEPOPS: Over en halv million lesere var innom sykepleien.no i 2014. Til sammen leste dere over 2,6 millioner nettsaker.

Her er sakene som er mest lest på sykepleien.no i året som gikk:

1. – Et sted går grensen

Artikkelen er fra 2009 og handler om Ingvill Gravdal Hilt's erfaringer fra hjemmesykepleien og hvor mye sykepleiere skal kunne finne seg i fra pasienter før det er greit å sette foten ned. Gravdal Hilt opplevde å bli utskjelt, slått og truet av brukere i sin tid som hjemmesykepleier.

– En gang ble jeg truet på livet av en bruker fordi kaffen var for sterk. Ved et annet tilfelle ble jeg slått fordi skivene var skåret på feil måte. Jeg har opplevd å ha med politibeskyttelse ved hjemmebesøk fordi brukere har gått til verbalt og fysisk angrep dersom lampene i stuen ikke ble tent i en bestemt rekkefølge, eller fordi jeg la fra meg ytterjakken på «feil» sted, forteller hun i artikkelen.

2. Lindrende nærvær

Dette er en reportasje fra Hospice Lovisenberg om lindrende behandling. For noen er det jobben å gjøre avslutningen på livet så verdig og smertefri som mulig. Reportasjen er fra desember 2014.

3. Fødsler verden rundt

Ikke alle er så heldige å bli født i Norge. Dette temaet gir et lite innblikk i forskjellene i fødselsomsorgen verden over. Fotograf Ken Opprann har reist verden rundt og tatt bilder fra fødsler. Bildene ble lagt ut i desember 2014.

4. Sluttet i protest

Dette temaet fra i høst handler om «tidstyver» i sykepleiernes arbeidshverdag. Sykepleier Lisa Norby forteller at hun sa opp på sykehjemmet på grunn av alle oppgavene som stjeler tid fra sykepleieoppgavene. Mye tyder på at Lisa Norbys historie ikke er enestående. Sykepleien gjennomførte en spørreundersøkelse hvor over halvparten av dem som svarte, sier at det har blitt flere av de ikke-pasientnære oppgavene de siste årene.

5. På ett sekund klikket det fullstendig for ham

Syntetisk narkotika tvinger norske sykepleiere til å tenke nytt. Tollvesenets etterretningstjeneste går gjennom pakker og brev, med skanner og bare hender. Sju ansatte jobber fulltid med å jakte på narkotika. Det er særlig det syntetiske som bekymrer dem. I 2013 gjorde Tollvesenet 437 beslag av syntetiske stoffer. Det er dobbelt så mange som året før. •

kari.anne.dolonen@sykepleien.no



Anne Johanne Søgaard

– Fjern snublefellene

Tekst **Marit Fonn** • Foto **Folkehelseinstituttet**

Fakta

Aktuell som

seniorforsker ved Folkehelseinstituttet. Har forsket på osteoporose (beinskjørhet) og hoftebrudd i mange år.

Alder: 67 år

Bakgrunn: Hver time på døgnet rammes en nordmann av hoftebrudd. Det skrev Anne Johanne Søgaard og medforfatter Grethe S. Tell i Bergens Tidende (BT) dagen før nyttårsaftnen. Bruddene fører til store lidelser og død, og er en av de mest ressurskrevende enkelttilstander på norske sykehus. Det kan koste opp mot 10 milliarder i året. Søgaard mener mye kan gjøres for å unngå slike brudd.

Det er vel høysesong for hoftebrudd nå?

– Hoftebrudd skjer i hovedsak innendørs. Men slike brudd skjer litt oftere om vinteren.

Hvorfor mest inne?

– Det rammer i stor grad eldre, skrøpelige mennesker som holder seg mest innendørs, spesielt når det er glatt ute. En del skjer på sykehjem, pasientene der er veldig lite ute.

Hvem er utsatt?

– Eldre personer har ofte lav beinmasse. De som har brukt kortison over lengre tid, er også utsatt. Det samme med tynne personer med lavt energiinntak. Derfor har myndighetene foreslått obligatorisk veiling i hjemmesykepleien av dem i risikogruppen.

Hvordan går det med veilingen?

– Jeg vet ikke. Antakelig er det forskjeller fra kommune til kommune. Da er vi inne på en annen sak: Det mangler retningslinjer for forebygging og behandling av osteoporose. De som fins, er over ti år.

Så hva må til?

– Blant annet nye nasjonale retningslinjer.

Det er ikke lett å forebygge?

– Nei, men vi vet jo noe. Røykekutt og økt fysisk aktivitet er viktig. Og det fins ganske effektive medisiner, men få bruker dem. Bruken har gått ned de siste årene.

Hvilke medisiner?

– Bisfosfonater. Den enkleste metoden er å gi

sprøyte en gang i året eller halvåret. Men de fleste pasienter må prøve tabletter først, så de får ikke tilgang til denne medisinen. Det er også et problem.

90-åring med lårhalsbrudd, det går sjelden bra?

– Det hender det går bra. Men vi sier ofte litt sleivet at et hoftebrudd er «begynnelsen til

slutten». 1 av 4 over 50 år med hoftebrudd, dør etter ett år. Det er dramatiske tall.

Noe skal man dø av?

– Tror jeg ville valgt noe annet å dø av enn hoftebrudd. Det kan dra ut i tid, føre til delir, man kommer seg ofte ikke igjen. Siste året kan bli lite levelig.

Man kan ikke binde pasienten?

– Nei, men man kan sørge for at det ikke er snublefeller og bruke hoftebeskyttere. Og bare 16 prosent av dem som har hatt hoftebrudd får medisiner, selv om vi vet at risikoen for et nytt brudd er stor.

Noe sykepleierne bør tenke på?

– Snublefeller, oppfølging og god ernæring, slik at de gamle ikke går ned i vekt. Og de kan lage retningslinjer for hvert sykehjem eller sykehus. Foreslå tiltak. Det er jo de som pleier pasientene etterpå og som skal hjelpe dem tilbake.

Fått respons på utspillet i BT?

– En professor skrev like etterpå at det bør tilsettes magnesium i drikkevannet i Norge, for det vil redusere risikoen for hoftebrudd på en enkel måte. Da må myndighetene inn.

Bruker du selv brodder for tiden?

– Ja, jeg har tre par i skuffen hjemme og har dem ofte på. Jeg har brukket ankelen og vet hvor lett det kan skje. ●
marit.fonn@sykepleien.no



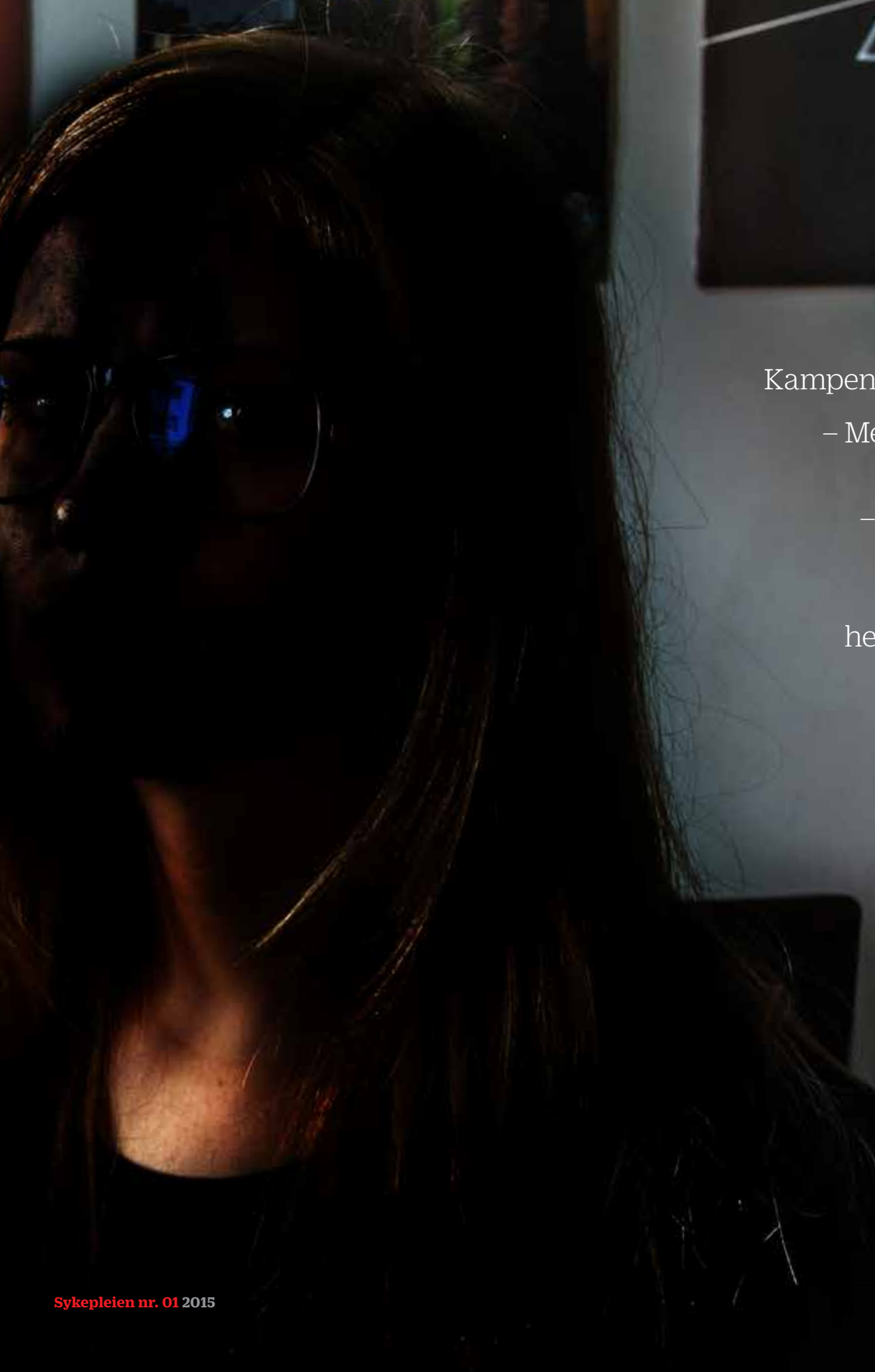
Tema.
Rus

Hvem kan redde min bror?

Håpet. I flere år har Mari stilt seg det spørsmålet. Nå forteller hun om kampen for å få storebroren frisk. Hun har håpet. Mistet troen. Og håpet igjen. Som sykepleier og pårørende vil hun løfte fram en av de mest stigmatiserte i samfunnet: Heroinmisbrukeren.

• Tekst og foto **Marit Fonn**





Kampen for en elsket bror. **18**

- Meld tidlig fra om barn som ruser seg. **22**
- Altfor mange dør av overdose. **23**
- Hvordan hjelpe heroinmisbrukeren. **23**

Nære: Mari liker samme musikk som broren. Av hensyn til ham velger hun ikke å stå fram med fullt navn og ansikt.



Kampen for en elsket bror

– Jeg kan ikke fordra misbrukerpersonligheten hans.

• Tekst og foto **Marit Fonn**



Høsten 2012: Mari har alltid hatt et nært forhold til storebroren sin. Nå har hun flyttet til Oslo, der hun utdanner seg til sykepleier. Han bor fortsatt i den lille hjembyen noen timer unna hovedstaden.

En lørdagskveld er hun på vei til en fest. Han ringer plutselig, sier han er på vei til Oslo og lurer på om de kan møtes. Hun sier ja.

Men han dukker ikke opp. «Så rart», tenker hun. Søndag får hun ikke noe svar på telefon. Hun begynner å bli bekymret. Hun ringer flere ganger. Til slutt er det en annen som svarer på telefonen hans. Hun synes han høres ut som en narkoman. Mot midnatt ringer hun politiet. Som sier: «Se det an i løpet av natta.»

FINNER KANYLE. Mandag morgen i fem-seks-tiden ringer det på døren hjemme hos henne. Det er broren. Han ser herjet ut, hun er oppskjørtet. «Hvorfor er du bekymra?» spør han. Han vet ikke hvilken dag det er, forteller at han bare har røyka hasj og drukket.

Hun tror på ham, og han sovner. Da finner hun en ubrukt kanyle i røykpakken hans. Hun ser i sekken hans og får sjokk: Der finner hun en koke-skje. Hun blir først kvalm. Så sint: «Hvordan kan han ha funnet på det? Heroin? Alle vet jo at det er farlig», tenker hun.

Hun vekker ham. «Er dette sant? Få se armene

dine!» Hun ser minst tre stikk. Han er apatisk, nekter ikke.

FOR FØLSOMT TIL Å SI. Slik begynte Mari å ane det verst tenkelige: Er broren hennes sprøytenarkoman? Det var vanskelig å si ordet. Lenge kunne hun ikke fortelle det til noen, bare de nærmeste fikk vite. Det var for følsomt.

Men sist sommer, nesten to år etter, kontakter hun Sykepleien. I e-posten skriver hun de vanskelige ordene: «Min storebror er heroinmisbruker.» Hun skriver at som pårørende og sykepleier

«Han passa på meg. Nå er det jeg som passer på ham.»

– som møter slike pasienter der hun jobber – vil hun fortelle om familiens kamp for å få broren hennes frisk.

RASTLØS KUNSTNERSJEL. Sykepleien treffer henne hjemme i leiligheten hennes i Oslo på sensommeren. Mari forteller at helt siden hun gikk på ungdomsskolen har hun hatt lyst til å bli sykepleier. Hun ble ferdig i 2013 og jobber for tiden på en akuttavdeling på sykehus.

Men de siste årene har vært preget av brorens historie, som også er familiens historie. De er begge i

Fakta

Rusmisbruk i Norge

- Nesten 30 000 er kjente misbrukere i Norge.
- 70 prosent av dem er menn.
- En av fem har alvorlig rus- og psykisk lidelse (ROP).
- Like mange får legemiddellassert rehabilitering (LAR).
- Alkohol er det mest brukte rusmiddelet. 53 prosent bruker alkohol som eneste eller ett av flere rusmidler.
- Halvparten har dårlig eller kritisk dårlig funksjonsnivå.
- Mørketallene er store, særlig for dem som misbruker alkohol.

Kilde: Marit Håland og BrukerPlan – statistikk 2013

20-årene. De har tre søsken, mor og far er skilt.

– Han og jeg har alltid vært ekstra nære. Jeg har sett opp til ham, og vi har stått sammen om alt. Han passa på meg. Nå er det jeg som passer på ham.

Selv om hjembyen deres er liten, var det mye narkotika der.

– Det var ikke uvanlig for meg å se det i ungdommen.

Hun vet at han begynte å røyke marihuana på ungdomsskolen. Han eksperimenterte med mye annet og.

– Men han hadde god kontroll. Trodde jeg.

Broren har mange evner. Han har drevet med



Fakta ●●●●

Heroin

- Stoltenbergutvalget (2010) vil ha forsøk med kontrollert bruk av heroin i behandling av heroinavhengige.
- Tidligere helseminister Jonas Gahr Støre (Ap) sa i 2013 at han er positiv til å gjøre det lovlig å røyke herorin på sprøyterom.
- Nåværende helseminister Bent Høie (H) vil ikke tillate heroinrøyking.

Illustrasjonsfoto: Colourbox

foto og maling, og har skatet i mange år.

– Han er så talentfull. Men kanskje har han vært skjørere enn vi trodde?

Hun husker ham som rastløs, med mye energi. Samtidig ensom og med sosial angst. Regler, rutiner og krav har han aldri likt, så på skolen slet han en del.

– Men han har alltid vært godt likt. Blid og morsom, byr mye på seg selv.

Hun har møtt ham på fester og skjønt han var påvirket av noe annet en alkohol. Hun har stuset. Prøvde å advare ham, men han hadde alltid en forklaring, sa han skulle slutte. Mer og mer har hun skjønt at de siste årene har han brukt amfetamin, MDMA, piller. Hun hørte også noen rykter om at han hadde røykt heroin.

– Det var skremmende. Men jeg hadde aldri trodd han skulle begynne å injisere.

TIL AVRUSING. Etter funnet i sekken sa hun fra til mor, far og søsken. Det var et like stort sjokk for alle i familien.

– Vi prøvde å forebygge. Ingen slo hånden av ham.

De fulgte ham til legen og psykologen. Kontaktet kommunen. Men ventetiden var alltid for lang.

I desember 2012 gikk han med på avrusingsopphold i hjemfylket. Det var ingen tvang. Der gikk han til psykolog. Opplegget var todelt. Han fullførte første del, og ble rusfri. Så skulle han til langtidsopphold.

– I den ventetiden er det alltid fare for sprekk, forklarer Mari.

Han skulle være der et halvt år. Men etter en uke var det nok.

– Han følte han ikke trengte det. Sa han ville klare det selv.

Mari syntes det var ille.

– Jeg ville være trygg, vite hvor han var, at noen passet på ham for oss. Jeg vet at man ikke blir frisk fra rusavhengighet på kort tid. Jeg prøvde å overtale ham til å bli, sa at det er for vanskelig å klare det alene. Men han ville ikke.

SPREKK. Hun tror han var rusfri i to måneder. Så skulle det være bursdagsfest for hennes samboer – altså i Oslo.





→ – Vi var usikre, men inviterte ham for ikke å såre ham. Det gikk tilsynelatende greit. Men så forsvant han plutselig fra festen. Jeg skulle aldri ha invitert ham.

Han kom tilbake etter noen timer.

– Han sa han hadde vært ute for å kjøpe mat. Jeg trodde på ham, for jeg ville tro det. Men samtidig trodde jeg ham ikke. Jeg så det på øya hans.

Det var en sprekk.

MER RUS. Dette var på våren 2013, mens Mari var i innspurten på sykepleierutdanningen. Siden ble det mer og mer rus. Om høsten ble det nytt opphold på samme klinikk som sist.

– Men han virket ikke motivert. Han var vanskelig å få med. Han var der i to uker. Vi besøkte ham da han hadde bursdag.

Gavene hun og faren hadde med, ble sjekket av personalet.

– Man vet jo at pårørende og kjærester kan bli

manipulert til å ta med stoff.

Broren kom ut fra en låst dør.

– Vi ble overvåket. Jeg skjønner det må til, men det var rart, som å være i et fengsel, selv om han var der frivillig. Da vi dro, ble han låst inn igjen.

Men så ville han dra derfra.

– Jeg fikk sjokk. Ble sint, engstelig og redd. Han

«Vi prøvde å forebygge. Ingen slo hånden av ham.»

hadde lovet at han ikke skulle sprekke. Men han sprakk etter to dager.

Håp. Håpløshet. Så fort det kan snu.

– Man mister troen. «Du må ha profesjonell hjelp», sa jeg. Men han sa: «Jeg vil ikke stenges inne, jeg vil klare det selv.»

FRYKTEN FOR OVERDOSE. Faren for overdose henger over familien. Mari vet godt at når man er vant til sin brukerdose, og plutselig får renere stoff, øker faren for overdose.

Broren har vært nær flere ganger, men så langt har han ikke tatt overdose. I desperasjon har hun tenkt: «Hadde han gjort det én gang og overlevd, da ville han ha lært.»

Men som sykepleier vet hun at det er lite sannsynlig: På jobben har hun selv sett så mange gjengangere. Pasienter som har tatt overdose kan våkne opp, forlate sykehuset og komme rett inn igjen med ny overdose. Statistikken bekrefter at etter første overdose øker faren for en ny.

Hun har sansen for Thorvald Stoltenbergs innspill i debatten om narkotikapolitikk. Blant annet vil han prøve ut kontrollert bruk av heroin i behandling av rusbrukere.

– Hvorfor ikke prøve en annen vei, spør Stoltenberg.



Talentfull: Bror har kunstneranlegg. Han har malt bildet av deres felles musikkidol Patti Smith.

– Hvis legalisering av heroin hjelper for å unngå overdoser – ja, da er jeg for. Men jeg er usikker.

Mest av alt har hun merket seg at Stoltenberg sier: Aldri gi opp håpet.

– I bekymra tider kunne jeg ikke forstå at det er mulig å holde håpet oppe.

AMBIVALENSEN. – Det har vært så mye sinne og frustrasjon. Jeg har forsøkt å lære å leve med det, eller stenge det ute for å skåne meg selv. Men det går ikke. Jeg blir like sjokkert hver gang noe skjer. Når han sprekker.

Å ha en narkoman i familien medfører ofte følelser av skam og skyld. Mari har også skammet seg fordi hun har skammet seg over broren sin.

– Jeg er jo så glad ham, han er jo egentlig så untenksom. Det er viktig for meg å bevare det gode forholdet til ham. Vi har felles interesser og felles bekjente. Han er venn med samboeren min. Men jeg kan bli så sur på ham: «Hvorfor klarer du ikke å slutte?» Men jeg vet jo at han får enorme abstinenser, han er fysisk avhengig. Det er jo en viktig grunn til at han ikke slutter.

Hun har spurt ham: «Hvorfor gjør du det? Vil du dø?» Hun får ikke noe logisk svar.

Du må ville det selv, har hun lært i utdanningen, hvis forandring skal skje.

– Når han sier han vil slutte, så håper vi igjen. Vi klarer ikke å slutte å håpe. Å bry oss.

TELEFONEN. Frykten for at han skal dø er der konstant. Hver gang telefonen ringer, er refleksjonen: Er noe galt?

– Men jeg prøver ikke å bli påvirket. Samboeren er en enorm støtte.

I juni 2014 ble han innlagt igjen. Han var der ut tiden, og ble avruset. Så skulle han være et år i rehabilitering på landet. Der skulle han være ute i skog og mark, jobbe på verksted, han gledet seg til det.

– Far kjørte ham dit, og han fulgte broren min inn.

Dagen etter fikk mor telefon om at sønnen var blitt borte.

Han var observert på vei til sentrum. Hadde reist fra tingene sine, han som alltid passet på å ha sekken med seg. Sendte sms til mor: «Glad i dere. Livet ble som det ble.»

– Vi tolket det som at han hadde valgt å forlate oss for godt. Han hadde jo prøvd en gang før. Natta gikk, vi var mer bekymra enn noen gang. Alle ringte og meldte ham: «Gi et livstegn. Si at du har det bra.»

ET VANSKELIG VALG. Etter halvannet døgn var det en annen som svarte. De skjønnte at broren var på kjøret. En venn sa han virket så lykkelig. Til politiet sa han at han ikke ville ha kontakt med familien.

– Da ble jeg provosert, vi hadde jo vært så redde for selvmord. Jeg var så sinna. Nå må han klare seg selv, tenkte jeg.

Hun tok et vanskelig valg. Hun ville ikke lenger ha kontakt med ham når han er ruset.

– Jeg orket ikke ubehaget ved å se en du er glad i være så rusa. Jeg kan ikke fordra misbrukerpersonligheten hans.

Men så kom han hjem til mor.

– Han angra bittert på sprekken. Nå hadde han en clean periode. Han var lei seg for alt han hadde utsatt oss for.

De møttes.

– Vi hadde de fineste timer på lenge. Han var ikke rusa, bare litt skjelven, eller kanskje nervøs. Han var så positiv, ville ut av det. Det var en enorm glede, det var gamle, gode bror. Kanskje det går nå?

Men tre uker etter: Ny sprekk. Det var blitt juli.

Han gjorde uansvarlige ting. Lappen hadde han tidligere mistet, nå kjørte han ulovlig, i rus.

– Jeg ser rusavhengighet som en folkesykdom, men tenker samtidig at narkomane ikke kan unnskyldes for alt de gjør. Når han inntar en annen personlighet, sier han ting for å manipulere, mens min normale, gode bror egentlig er snill.

Nye tanker sniker seg inn: Nå kan jeg kanskje ikke hjelpe broren min lenger. Hvem skal gjøre det da?

FELLES MUSIKKSMÅK. På veggen i leiligheten henger et maleri av rockestjernen Patti Smith. Det har bror malt. Gamle covere av lp-plater er også dandert på veggene: Led Zeppelin, Pink Floyd, David Bowie, Doors. Musikksmaken har hun arvet av storebroren.

Sist hun så ham var i går morges. Hun våknet i sekstiden av jamring og lav banning. Hun håpet hun tok feil, men det ante henne. Jo, det var han som sto utenfor vinduet, i dårlig forfatning.

– Jeg ble livredd.

Slapp hun ham inn i ruset tilstand, visste hun at han ville komme igjen og igjen hver gang han

Fakta

Overdose

Dødsfall som skyldes bruk av narkotika

2001:	405
2002:	307
2003:	255
2004:	303
2005:	234
2006:	251
2007:	275
2008:	263
2009:	285
2010:	248
2011:	262
2012:	246
2013:	234

De fleste er menn.

De fleste er i alderen 25–34 og 35–45 år.

Kilde: Statens institutt for rusforskning

var på en tripp i Oslo. Hun ville ikke bli som mor, som alltid lot ham komme inn og derfor har opplevd mange kritiske episoder.

Hun holdt fast i sitt tøffe valg. Trakk gardinene fort igjen.

Lysten til å hjelpe gnog. Å avvise ham ga henne skyldfølelse. Men hun vet også at mange ikke har kontakt med rusmisbrukerne i familien. Å si nei utløser en absurd sorg over å miste ham, for han er jo der.

SISTE GANG? Hun strevde, vinglet: «Hvorfor er han her? Han vet at det ikke er greit.» Hun ringte faren og legevakten for å få råd.

– De sa at han ikke skulle få komme inn. Jeg var i tvil. Som sykepleier vet jeg at hvis den som ringer helsevesenet og er redd, er det å bli møtt med forståelse viktig. Men på legevakten sa de: «Ring politiet, da, hvis han plager deg sånn.» Men man kan ikke bare ringe og melde sin egen bror. Han sto jo bare utenfor vinduet.

Han så herjet ut, kroppen skalv.

«Hva om han segner om? Fordi han ikke får komme inn?» tenkte hun. Han sa han hadde mistet lommebok og mobil. At hun var den eneste han kunne komme til.

«Kan jeg komme inn og varme meg?» ba han.

«Det kan du ikke», sa Mari.

«Får jeg ikke komme inn til min egen søster?»

Hun kjente det stakk i hjertet. Kjæresten, som også var våken, mente han manipulerte henne.

«Kan jeg komme inn og gå på do?»

Fakta

Hva er LAR?

- LAR er legemiddelasistert rehabilitering
- Dop blir erstattet med medisinerne metadon og buprenorfin (som Subutex eller Subuxone) og deles ut under kontroll.
- Målet er å redusere risiko for sykdom, kriminalitet og dødelighet hos heroinavhengige.
- Ordningen, som er omstridt, ble innført i 1998.
- Over 7 000 er under behandling.

Kilde: Institutt for klinisk medisin, UIO og Statusundersøkelsen for LAR 2013



→ «Du er alltid velkommen når du er rusfri», sa hun.

Han fikk ikke komme inn. Hun ga ham lue, votter og en jakke. Og penger til en togbillett. Han gikk. Hun kjente seg nummen. Tenk om dette var deres siste samtale?

ENDELIG LAR. Desember 2014: – Han har fått et nytt liv, forteller Mari.

I tre måneder har broren nå gått på LAR-behandling. Han har fortsatt angst, og har store deler av livet som må bygges opp igjen. Men han er rusfri.

– Nå håper vi det skal gå. Han prøver å finne et eget sted å bo. Det er ikke sunt for en voksen mann å bo hjemme hos mor.

Selv om Mari har vært skeptisk til LAR-behandling, det beste hadde jo vært om han ble rusfri uten medikamenter, så tror hun et rusfritt liv med LAR er bedre enn at han sprekker gang på gang, med stadig fare for overdose.

– Det er så mange rusmisbrukere som fortsetter. De klarer ikke slutte. Og altfor mange dør av overdoser.

– **SE DEM.** Mari vil gjerne at hennes historie kan bidra til endring og økt bevissthet.

– Det jeg virkelig har skjønt er hvorfor det ikke går å slutte med heroin når du er sprøytenarkoman. Det stadig tilbakevendende spørsmålet fra meg og folk flest er: Når du klager sånn over det fæle livet som misbruker, hvorfor slutter du ikke bare? Jo, de klarer det ikke. Det går ikke.

Broren har beskrevet abstinensene som å være i et helvete.

– Selvfølgelig tar man mer narkotika da. Jeg skjønner at man sprekker. Samtidig vil det alltid være så vanskelig for pårørende å godta det.

Mari vil ha mer forskning. Om tvang eller ikke tvang. Bedre hjelp til rådville pårørende som møter systemer som ikke fungerer.

– Hvorfor våger vi ikke ta nye sjanser i ruspolitikken nå vi er et av landene i verden med flest overdoser?

Til sykepleiere som treffer rusbrukere overalt i helsevesenet sier hun:

– Forsøk å se hele mennesket, ikke bare den narkomane. ●

marit.fonn@sykepleien.no

Fakta

Trapper opp

- Regjeringen jobber med en opptrappingsplan og vil prioritere tilbudet innen rus og psykisk helse. Planen skal være klar i løpet av 2015.

Kilde: Helseminister Bent Høie

– Meld tidlig fra om barn som ruser seg

GJØR RUS SYNLIG: Rusmiddelbruk i Norge kartlegges nå i BrukerPlan, et nytt nasjonalt verktøy.

Det er kommunene selv som rapporterer inn tallene (se side 20).

– Den største overraskelsen er at kjent misbruk varierer lite med kommunesørrelsen. Rusproblemer er altså ikke et storbyfenomen, sier Marit Emmerhoff Håland, prosjektleder for BrukerPlan, som driftes av KORFOR i Helse Stavanger.

Men det er flere som injiserer illegale stoffer i storbyene, mens alkohol er mer utbredt i de små byene. Det er også flere bostedsløse i de store byene.

De yngste i kartleggingen er 18 år.

– Fra 2015 skal vi registrere ungdom ned til 16 år. Da får vi større innblikk. Da vil vi trekke inn helsestasjonene, uteseksjonen og barnevernet, som ikke har registrert særlig mye til nå.

FORELDRE KAMUFLERER. Håland påpeker at foreldre ofte gjør

mye for å kamuflere problemene.

– De ser misbruket hos barna, men håper det skal gå bra. Da får ikke barna profesjonell hjelp. Ikke tro det er normalen. Foreldre trener hjelpetiltak, de finansierer og neglisjerer rusbruk.

«Ungdom får hjelp for sent.» Marit Håland, prosjektleder

– De harde brukerne begynner ofte allerede i 11-12-årsalderen. Hva med dem?

– Det er utfordrende. I skolen kan man ofte se hvem som er tidlig ute med rus. Da må voksne, enten det er lærere eller helsesøstre, ta ansvar og ikke være med på neglisjeringen.

FOR SENT. – Når hjelpeapparatet først får tak i ungdom som ruser

Melde: Nå må også helsesøstre melde fra om barn og unge som ruser seg, oppfordrer Marit Håland.



seg, er mye ødelagt. De kommer for sent inn.

– Hva er ødelagt?

– De har mistet sosialt nettverk, droppet ut av skolen. Familietilknytningen er tynnslitt. Økonomien rakner. Den fysiske helsen holder lengst, kroppen kan være i god stand. Derfor er de sjelden i kontakt med fastlegen.

Antallet kommuner som registrerer i BrukerPlan, er økende. Nå er det 200 kommuner. Også Oslo har kommet med.

– Vi kartlegger det alle vet. Men nå blir det synlig, ikke minst alle barna som lever sammen med rusmisbrukerne, sier Håland. ●

marit.fonn@sykepleien.no

– Altfor mange dør av overdose

TOPPER: Norge topper statistikken for overdosedødsfall per innbygger i Europa, har mediene fortalt oss år etter år.

– Det er en sannhet med modifikasjoner, sier forsker Linn Gjersing ved Statens institutt for rusforskning (SIRUS).

Hun er også sykepleier og har doktorgrad om legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

– Det er mange faktorer som kan være årsaken til at andre land har færre rapporterte overdosedødsfall. Så vi vet ikke helt om Norge har de høyeste tallene. Men det vi vet er at det er altfor mange overdosedødsfall i Norge hvert år.

MANGE INJISERER. Forskere tror at en av årsakene til dette er at Norge har en høy andel sprøytebrukere som injiserer opioider, i hovedsak heroin.

– I tillegg blander de ofte med benzodiazepiner, altså piller. Det øker overdosefaren, sier Gjersing.

– *Hvordan kan sykepleiere som ikke er i rusomsorgen møte slike pasienter?*

– Det er en utfordring å få dem inn på infeksjonsavdelingen, for eksempel. De skal primært behandle infeksjonen, men så blir det mye mer.

Gjersing mener det rett og slett trengs mer kunnskap, blant annet om LAR:

«De blander ofte med benzodiazepiner.» Linn Gjersing, forsker

– LAR-behandling er en av de sikreste metodene for å få ned dødeligheten blant opioidavhengige. Jeg vet at fagpersoner som øker sin kunnskap om LAR, blir mer positive til den behandlingen. Mange mener noe om LAR, men ofte er ikke meningen kunnskapsbasert.

VANSKELIG Å BEHANDLE. Hun legger til: – Det er ikke å benekte at det er en vanskelig gruppe å behandle. Men nettopp derfor må de få mer ressurser.

Hun minner om at det var derfor feltpleie og gatehospital startet opp i sin tid.

– Man må ha alternativer til disse pasientene, sier Gjersing. ●

marit.fonn@sykepleien.no

Hvordan kan du hjelpe heroinmisbrukeren?



Stine Steen Hanssen

Sykepleier på seksjon for avgiftning og kartlegging, Sykehuset Østfold

Det beste er at pasientene ønsker hjelp sjøl. Vi jobber en del med å kartlegge: Hvorfor ruser du deg? Hvilke følelser og ubehag er det som gjør at du bruker rusmidler? Går det å håndtere på en annen måte enn ved å bruke rusmidler? Motivasjonsarbeid er en stor del av jobben vår. Vi prøver å holde motivasjonen deres oppe, for den svinger veldig hos mange. Skal pasienten i LAR eller ikke, er et annet tema. Vi kan anbefale og si vår vurdering om LAR er det rette for pasienten, men poliklinikken avgjør.



Bent Høie

Helseminister (H)

I 1998 møtte jeg søsteren til en rusavhengig. Da forsto jeg at systemet som skulle hjelpe familien, opplevdes som en hard vegg de måtte bryte gjennom. Mye er bedre, men mye gjenstår. Ventetiden må ned, oppfølgingen må bli bedre. Heroinavhengige har behov for oppfølging over tid. Behandlingen må tilpasses den enkelte. Brukere og pårørende må delta i utforming av tilbudet. I fjor traff jeg igjen søsteren fra 1998. Broren var rusfri og i arbeid. Han fikk riktig hjelp til slutt. Jeg vil gjøre det jeg kan for at flere skal oppleve dette!



Torstein Bjordal

Nestleder i Foreningen for Human Ruspolitikk

Jeg jobber for et bedre medisinsregime. Narkotikane blir fryktelig stemoderlig behandlet. De har ikke samme rettigheter som andre. I LAR blir du fratatt retten til beroligende og er under en kontroll ingen andre ville akseptert. LAR er midt i blinken for mange. Men det er forferdelig urettferdig for dem som trenger noe annet. Flere heroinavhengige kunne levd normalt. I Sveits er heroinbruk regulert, og 40 prosent av brukerne jobber. Blir det lov å kombinere metadon med beroligende, vil vi berge 90 prosent. Selv har jeg griseflaks fordi jeg bruker Subutex og ikke trenger beroligende.



Ola Svantorp Tveiten

Oppsøkende sykepleier, Uteseksjonen, Oslo kommune

Jeg informerer om risikoen ved å ruse seg på heroin. De som injiserer, har stor risiko for overdose og flere alvorlige komplikasjoner. Jeg prøver å få dem til å ta valg som reduserer risikoen. Avhengighet av heroin er synonymt med svikt i egenomsorg. Jeg lærer dem å injisere riktig, og ber dem tenke over størrelsen på dosen og rusnivået de har før de injiserer. Blandingsinntak er en særlig stor risiko. Vi korter ned avstanden mellom brukerne på gaten og hjelpeapparatet ved å sette dem i kontakt med hverandre. Ved å oppsøke brukerne ute, når vi de som trenger hjelpen mest.



Streik. LO, Unio og YS oppfordrer til to timers politisk streik 28. januar mot de foreslåtte endringene i arbeidsmiljøloven.

Politisk streik 28. januar

• Tekst **Bjørn Arild Østby**

De tre hovedorganisasjonene, som til sammen representerer om lag 1,5 millioner medlemmer, vil på denne måten markere sin motstand mot regjeringens forslag til endringer av arbeidsmiljøloven. Organisasjonene mener forslaget flytter makt fra arbeidstakerne over til arbeidsgiverne og svekker fagforeningenes muligheter for å ivareta arbeidstakernes interesser.

Bakgrunnen for markeringen er følgende fire hovedgrunner:

GRUNN 1. Midlertidige stillinger blir vanligere.

I dag er det bare tillatt å ansette midlertidig ved sesongarbeid i prosjekter som er ment å være midlertidige eller når noen er syke eller i permisjon. Regjeringen har nå foreslått at alle stillinger skal kunne lyses ut midlertidig i inntil ett år, selv om arbeidsoppgavene ikke er midlertidige. Ifølge forslaget skal maksimalt 15 prosent av de ansatte i virksomheten kunne være midlertidig ansatt etter disse reglene. Det kommer på toppen av de omtrent 10 prosentene som er midlertidige i dag.

GRUNN 2. Mer pålagt overtid – uten overtidsbetaling.

Regjeringen har foreslått at grensene for pålagt overtid skal øke fra 10 til 12 timer per uke og fra 25 til 30 timer per måned, selv når det ikke

foreligger en lokal avtale. De totale rammene for overtid per år endres ikke. Det betyr at du kan pålegges mer overtid i én periode, men mindre i en annen. Du kan ikke selv bestemme når du skal jobbe mye overtid og når du skal jobbe lite. Samtidig utvides adgangen til å avtale gjennomsnittsberegning av arbeidstid. Dermed må du jobbe flere timer til vanlig lønn før du har krav på overtidsbetaling.

GRUNN 3. Større press for søndagsarbeid.

I dag er det forbudt med søndagsarbeid med mindre arbeidets art gjør det nødvendig. Regjeringen har foreslått å snu på formuleringen, slik at det skal være tillatt med søndagsarbeid når arbeidets art gjør det nødvendig. Det kan høres ut som en bitte liten endring, men det betyr at enhver tvil om lovligheten av søndagsarbeid vil gå i arbeidsgiverens favør. Regjeringen har også foreslått at man skal kunne jobbe fem søn- og helligdager på rad. I dag er regelen to søndager, og at man må ha fri den tredje. Samlet betyr dette et økt press for å jobbe søndager. Også i yrker der søndagsarbeid ikke har vært vanlig, kan de ansatte bli presset til å jobbe søndagene. I yrker der man allerede jobber søndager kan de ansatte bli presset til å jobbe flere søndager på rad.



Jorunn Berland (YS), Gerd Kristiansen (LO) og Anders Folkestad (Unio) representerer 1,5 millioner medlemmer. Nå oppfordrer de til politisk streik 28. januar. (Foto: Trond Isaksen)

GRUNN 4. Kollektiv søksmålsrett forsvinner.

Innleie av arbeidstakere til bedriftene er tillatt i Norge, men på bestemte vilkår. Dessverre foregår det også mye ulovlig innleie, noe som skaper ustabilitet og utrygghet på den enkelte arbeidsplass. Verktøyet tillitsvalgte fikk i 2013, var at de kan gå til sak mot arbeidsgiver hvis de mener at det foregår ulovlig innleie i bedriften. Regjeringen har nå foreslått å fjerne den kollektive søksmålsretten. Det betyr at det i praksis er fritt fram for arbeidsgiver å drive ulovlig innleie, så lenge de innleide ikke selv reiser sak. Det

Fakta

Forsvar arbeidsmiljøloven!
Det vil 28. januar bli politiske markeringer rundt om i hele landet. Nærmere informasjon finnes på kampanjens nettside www.mittarbeidsliv.no.

vil de som regel ikke gjøre, fordi de frykter muligheten for videre arbeid, eller fordi de allerede har gått videre til et annet utleieforhold før det blir en sak. ● bjorn.arild.ostby@sykepleien.no



05:45

Tidlig start

Vekkerklokka ringer. Bare noen minutter ekstra i sengen. Sjekke Facebook, mail og nyheter på telefonen. Nytt innlegg fra Sykepleien på Facebook. Leser mer på vei til jobb.



Sykepleien



Minnenes landsby

Nederland. Utenfor Amsterdam ligger et sykehjem som gir demente mulighet til å leve slik de gjorde før sykdommen.

Tekst **Christina Andersen** • Foto **Anita Edridge**

Hogeweyk er et litt annerledes sykehjem. Et inngangsparti, ikke ulik en hotellresepsjon, leder inn til «landsbyen». På innsiden ser det ut som et alminnelig sentrumstorg. Ved torget ligger et teater. Store røde blokkbokstaver viser vei inn i teaterlobbyen, hvor to av hovedpersonene bak ideologien til de Hogeweyk venter. Kvalitets- og innovasjonssjef, Yvonne van Amerongen, og fasilitetssjef, Eloy van Hal.

De Hogeweyk har vært et sykehjem i 45 år, og en såkalt demenslandsby i fem av dem. Ideen kom fra to ansatte, Yvonne van Amerongen og Jannette Spiering, i 1992. Uventet opplevde de at mødrene deres døde. Begge var enige om at de i det minste var glad det skjedde fort, og at mødrene ikke endte opp på sykehjemmet der de jobbet. Et sted de aldri ønsket å ende opp selv. De

begynte dermed å tenke på hvordan sykehjemmet burde være.

De ønsket å gi beboere med demens et så normalt liv som mulig. Et liv tilsvarende det livet de en gang hadde. De ønsket at demente fortsatt

«De som kommer inn her, kommer ut igjen med verdighet.»

Yvonne van Amerongen



skulle kunne ta egne valg, ha daglige rutiner og omgås mennesker med liknende interesser, på tross av sykdommen. Sykehjemmet la ikke til rette for dette.

LIVSSTIL. I nedre hjørne av landsbyen, som heter Groenhof, ligger et par overklassehjem avsides for seg selv. Beboerne her er av det mer introverte slaget. I den ene av stuen står flere små sittegrupper av herskapelige stoler i jordfarger. Veggene har en enkel stripet tapet. Et stort spisebord i mørkt tre er plassert i sentrum av rommet, med en stor lysekroneransende over. Kjøkkenkroken er liten og enkel, og brukes kun av de ansatte, som i dette hjemmet fungerer mer som tjenere. Beboerne er i dag ute og spiser lunsj i restauranten.

Et steinkast fra overklassehjemmet ligger to



Sosialt: De Hogeweyk er et sted for nye vennskap og relasjoner.

Fakta



Demenslandsbyen

de Hogeweyk er et sykehjem i den nederlandske byen Weesp, som har spesialisert seg på helsetjenester for alvorlig demente kombinert med at de kan fortsette å leve livet slik de gjorde før sykdommen.

de Hogeweyks visjon bygger på seks søyler: Gjenkjennelige omgivelser. Gleder og mening. Helse. Livsstil. Ansatte og frivillige. Organisasjonen.

Alle er like viktige for at konseptet skal fungere.

de Hogeweyk har syv ulike typer hushold/livsstiler: urban, overklasse, arbeiderklasse, indonesisk, tradisjonell, kulturell og kristen.

urbane hushold. Uteplassen, Het Grote Plein, er stor og åpen, med et gigantisk sjakkbrett plassert i sentrum av plassen. Stuen i et av disse hjemmene har hvit veggteppe med store rosa blomster. I turkismalte vitrineskap står et matchende hvitt servise. Stuen har en større sofa og tvseksjon, som nå viser en film. Fordelt over tre sofaer sitter tre eldre damer og en sykepleier i sivilt antrekk. Rommet har en varm og lun stemning, en kontrast til været ute. Rundt uteplassen er det også plassert to tradisjonelle hushold.

Et ektepar som bodde her før, var plassert i to ulike hushold. Mannen bodde i et tradisjonelt hushold, mens kona på sin side bodde i et urbant. Hver morgen dro kona på besøk til mannen, ga ham et kyss, før hun dro hjem til sitt igjen. Der ble hun resten av dagen, frem til neste morgen.

NORMALT. Det er 152 beboere ved de Hogeweyk, alle med alvorlig demens. For denne gruppen mennesker er det vanskelig å tilby et normalt liv. Likevel er det nettopp et normalt liv som er viktig for mennesker med demens. Det er viktig for dem å forstå hvor de er, og hva som skjer. De trenger trygge og velkjente omgivelser.

Van Amerongen er opptatt av å bevare verdigheten og livskvaliteten til de med demens. Hun understreker derfor hvor viktig det er å leve i et normalt hjem.

– Det kan være vanskelig for profesjonelle å vite hva som er vanlig for de demente. I samarbeid med forskere har vi kommet frem til typiske nederlandske livsstiler. Disse ligger til grunn for ulike hushold beboerne her er delt inn i.





→ For van Amerongen og resten av teamet er det viktig at de demente opplever at det er deres hjem. At de har et kjøkken hvor mat lages, og at de tar del i daglige rutiner.

GJENKJENNELIG. En viktig del av konseptet er at beboerne er plassert i små grupper, eller hushold. Det er til sammen 23 hushold i landsbyen, med seks-syv beboere i hver. Det gjenspeiler kulturen i Nederland, hvor det ikke er vanlig med store hushold. I tillegg er det lettere å holde oversikt i en liten gruppe.

Hvem som blir plassert sammen er avgjørende. Alle har ulike liv og tanker om livsstil. Alle har ulike ideologier. Beboerne deles derfor ikke inn i grupper etter stadiet av demens, slik det ofte gjøres ved sykehjem. For å øke mulighetene til å skape vennskap og et godt liv sammen, er det viktig at de som bor sammen deler samme tanker om livet. Van Hal forteller at de har eliminert bråk ved å dele beboerne inn i livsstil fremfor sykdom. Det blir mindre irritasjon når gruppene er små, og likesinnede deler hjem. De har også redusert medisinbehovet.

Hvert hushold reflekterer livsstilen til menneskene som bor der. Derfor må ansatte ved de Hogeweyk hele tiden bevisst tenke på valg av møbler, mat og musikk. Det bidrar til følelsen av

«Backstage er det et sykehjem.»

Eloy van Hal

et hjem. Det gjelder ikke bare i de enkelte husholdene, men også alle uteområder. Beboerne har en felles livsstil i hjemmet, men tar egne valg ute i landsbyen.

MINISAMFUNN. Nedover en av de mange gatene kommer en eldre mann, geleidet av en frivillig eller assistent, med en handlevogn matvarer han nettopp har anskaffet i butikken.

– Hei, hei, hilser han og smiler.

En hovedgate, Boulevard, og små gatekanaler med gateskilt geleider oss gjennom landsbyen. I hovedgaten finner vi et eventbyrå, frisørsalong, fysioterapeut og sykehjemmets legekantor. Det er også flere parker på området. Alle med ulik atmosfære, slik at beboerne får oppleve forskjellige ting når de er ute og går.

Landsbyen er over to plan. Over gatene krysser nye gangstier i form av broer. Etersom beboerne både bor, og kan bevege seg fritt over to plan, er det en heis mellom etasjene. Også den er med på å skape følelsen av et alminnelig hverdagsliv. En sensor registrerer når noen går inn, og starter heisen. Det er knapper i heisen som kan trykkes på,



Aktiv: Det er over 30 aktivitetsklubber å velge mellom. En av dem er maleklubben.



Supermarked: Her kan man kjøpe det man måtte ønske. Det som ikke finnes fra før, bestilles.

men disse fungerer likevel ikke i praksis.

Ved heisen står en pent kledd mann. Han har en autoritær holdning, og mye på hjertet. Han tar heisen opp og ned, bare for å følge mennesker han kan slå av en prat med. På vei ned begynner han å synge for selskapet i heisen. Han er

i godt humør. Vel nede i første etasje igjen, spaserer han hjem for å spise lunsj.

INDIVIDUALITET. Et eget eventbyrå tilbyr medlemskap til ulike klubber beboerne i de Hogeweyk kan være medlem av. Det er i alt 35 klubber å velge

mellom, alt fra bingo og musikkubber til blomsterstell og dans. De har også et lite bibliotek, hvor beboerne kan låne bøker, filmer og musikk.

– Alle beboere får et gratis medlemskap. Dette er en forlengelse av det nederlandske systemet som sier at sykehjemmene skal tilby 30 minutter med aktivitet i uka til sine beboere, forteller van Hal.

Ledelsen i de Hogeweyk synes dette er for lite, og har derfor valgt å tilby sine beboere muligheten til å både velge en tilpasset aktivitet ut ifra egne interesser, og muligheten til flere medlemskap. Utover det første medlemskapet må beboeren selv betale.

– Det er viktig at det ikke er sykepleieren som velger aktivitet for beboeren. Det er grunnleggende for ideologien å la beboeren i størst mulig grad ta individuelle valg. Eventbyrået veileder beboeren i samarbeid med pårørende til en klubb som møter deres ønsker.

SOSIALT. Tre innganger med skyvedører leder inn til en passasje som rommer en restaurant, en kafé, dagligvarebutikken, samt et aktivitetsrom. Det store åpne rommet har tre små sittegrupper, og dufter av nybakke smørkaker. Dette er hjertet av det sosiale miljøet i de Hogeweyk.

Aktivitetsrommet ligger i et åpent avlukke med turkismalte møbler. I hyllene står kopper, tallerkener og små mintgrønne tekanner på utstilling. Klassiske trefigurer av nederlandske ender er plassert rundt om i rommet. Et stort spisebord tar opp det meste av plassen. Her kan beboerne bake kaker sammen med sykepleieassistentene som jobber her. Midt på bordet ligger en åpen ringperm. Beboerne som fremdeles har godt nok syn, kan lese opp ingredienser for de ansatte. På den måten opplever de ikke bare gleden av å produsere, men også gleden av å delta.

Rett ovenfor aktivitetsrommet ligger dagligvarebutikken. Her kan man kjøpe alt fra pålegg og hermetik til grønnsaker og juice. Man kan også kjøpe stekepanner, skrivesaker og plaster. Butikken gir beboerne muligheten til å spørre seg selv hva de skal ha til middag, lage handleliste og skaffe varene som mangler. De får seg en luftetur, og ikke minst får de sosialisert. Det er en hverdagslig aktivitet de er vant til fra tidligere.

PERSONLIG. Hvert hushold har felles stue, kjøkken og vaskerom. Van Hal og teamet synes det var viktig å prioritere en stor fellesstue. Vanlige oppholdsrom i nederlandske sykehjem er på rundt 45 kvadratmeter, mens disse er nesten dobbelt så store. Beboerne deler også to bad i hvert hushold. Soverommene er rundt 17 kvadratmeter. På soveromsdøren henger bilde og navn på beboeren som bor der.

Langs de små gatene får man små glimt av

beboernes personlighet og tidligere liv. I soveromsvindue har noen stilt opp flere personlige eiendeler de hadde med seg da de flyttet inn. Et av vinduene i det urbane husholdet er fylt til randen av dukker, bilderammer, og andre pyntesaker. Et herresoverom, i det tradisjonelle husholdet ved siden av, inneholder kun de møbler som stod der da han flyttet inn. En seng, en vask og et klesskap.

ÅPENT. Hovedinngangen er åpen for alle, bortsett fra beboerne selv. Sykepleiere i resepsjonen passer på at de ikke forviller seg ut på gaten utenfor. Beboerne kan likevel gå fritt som de vil inne på området. 15 mål stor er minilandsbyen. Van Hal liker imidlertid ikke at ytterdøren er stengt for beboerne.

– Det strider mot ideologien til de Hogeweyk, men av sikkerhetsmessige grunner får ikke beboerne forlate området på egen hånd. Beboerne ser uansett stort sett ut til å være uanfektet av dette. De tar seg en rusletur nedover gatene. Når været er pent, kan de sitte og ta en prat med andre ved en av de mange sittegruppene. De kan ta seg en tur til kafeen, eller handle i butikken, forteller han.

«Beboeren skal ta individuelle valg».

Eloy van Hal

Bortsett fra en stengt ytterdør håper van Hal at det ikke finnes andre tegn som viser at de Hogeweyk er et sykehjem. Han bruker begrepene backstage og frontstage.

– Backstage er området et sykehjem. Frontstage er det en normal hverdag for beboerne.

Også butikken, kafeen og restauranten er åpen for alle ansatte, gjester og utenforstående. På den måten får beboerne møte nye mennesker, og de får nye impulser.

HUSHOLDSTEAM. Hvert hushold har et fast team av helsepersonell på fem personer. Det er viktig at beboerne ser kjente fjes hver dag. De fem jobber stort sett alene på skiftet. Van Hal forteller at dette kan være en utfordring. Det er lite samarbeid med andre sykepleiere. Men det er alltid en sykepleier på området som kan assistere når det trengs.

En del av jobben for sykepleierne er å lære om den livsstilen husholdet lever i. For eksempel må sykepleierne som holder til i det indonesiske husholdet lære seg indonesiske tradisjoner og matlaging. Det er viktig at beboerne føler de styrer sitt eget liv, til en viss grad. Derfor bruker ikke sykepleiere uniform i de Hogeweyk. Beboeren

opplever dem mer som naboer og hjelpere, eller tjenere i overklassehusholdet.

Van Hal påpeker at jobben ikke er for alle. Men de som jobber som sykepleiere ved de Hogeweyk opplever ofte større nærhet til sine pasienter. De opplever mindre stress enn sykepleiere ved mange andre sykehjem, og kan lettere følge opp hver beboer. Van Hal understreker at det er avgjørende at de ansatte er engasjert når de jobber med en alternativ visjon.

FRIVILLIGE. Mye av arbeidskraften i de Hogeweyk kommer fra frivillige. Per dags dato er det 120 frivillige som jobber her. De Hogeweyk søker hele tiden frivillige, men det er ikke alltid like lett å finne rett person. Først og fremst må de ha grunnleggende kunnskap om eldre og demente.

Alle som starter ved de Hogeweyk gjennomgår et introduksjonskurs. Her blir visjonen og de seks søyler presentert, de får opplæring i demens og ikke minst de ulike livsstilene.

Mange frivillige er selv oppe i årene, og det er ikke alltid like lett å se ved første øyekast hvem som er hvem når man besøker gatene i de Hogeweyk.

LIVET UT. De som bor ved de Hogeweyk de siste årene av livet, dør her også. De ansatte skal og kan håndtere de fleste situasjoner, og de demente trenger sjelden å forlate landsbyen.

– Blir de i verste fall sendt på sykehus, prøver vi å få dem så raskt som mulig tilbake til de Hogeweyk, forteller van Amerongen.

Det er ansatt én lege ved de Hogeweyk. Han er spesialist på demente og sykehjem. Det er også ansatt fem «nurse practioners». Disse har den høyeste utdanningen innen sykepleie, samt ekstra kurs, og kan mye av det leger kan. De er trent til å ta vare på demente.

Van Amerongen har bare opplevd et par tilfeller der beboere har måttet dra til sykehus for å dø der.

– Vi ønsker helst at beboerne dør i de Hogeweyk. Det er en del av filosofien at de kan få dø i sitt eget hjem.

Inspirerer. Ledelsen i de Hogeweyk har samarbeidet mye med forskere. De har funnet ut at mye av arbeidet de Hogeweyk gjør for demente har gitt positive resultater. Særlig gjelder dette hvordan de tilbyr et sosialt liv.

Det er dette som er unikt for de Hogeweyk, og som har vært til inspirasjon for helsevesenet utover i Europa. Gjennom hele året får van Amerongen og van Hal besøk av grupper fra sykehjem og organisasjoner. Bare i år har de hatt 118 ulike grupper innom. De håper både besøkende og de Hogeweyk kan lære av hverandre for å fortsette å bedre livskvaliteten til demente. ●

redaksjonen@sykepleien.no



Oslos de Hogeweyks. Personalet på Økernhjemmet reiste til Nederland for å bli inspirert.

Livshjemmet

Tekst **Christina Andersen** • Foto **Stig M. Weston**

På Økernhjemmet er personalet opptatt av å skape en sosial hverdag for sine beboere. Målet er å tilrettelegge for et mest mulig normalt liv, og skape et hjem beboerne kan føle seg trygge og stimulert i. Inspirasjonen fant de i Nederland (se forrige sak).

Etter en runde på Økernhjemmet ser man tydelige spor av ideologien bak demenslandsbyen de Hogeweyk. Selv om beboerne ikke bor i separate leiligheter på samme måte som i Nederland, lever de også her i mindre enheter som i stor grad fungerer som egne husholdninger.

BEDRE HVERDAGSLIV. Det anslås at over 70 000 mennesker i Norge har en demenssykdom. Hvert år blir 10 000 nye tilfeller diagnostisert. I Oslo har rundt 7 500 personer demens. Med en stadig eldre befolkning vokser tallene raskt. Kommune og myndigheter jobber hele tiden for å opprette nye tiltak som kan bedre livet til mennesker med demens.

Tidligere i år ble prosjektet «Et bedre hverdagsliv i sykehjem» lansert i Oslo byråd. Målet er å overføre elementer fra demenslandsbyens ideologi og driftsmodell til norske forhold. Ti sykehjem søkte, og Økernhjemmet ble tatt ut som ett av fire sykehjem til å være en del av prosjektet. Institusjonssjef Katrine Selnes har jobbet for å skape et verdig liv

for demente i flere år, og har stor tro på de Hogeweyks ideologi.

I sommer endret prosjektet navn til «Livshjem – et hjem med muligheter». Selv om navneendringen kom etter prosjektet hadde startet,

«Vi ønsker å fjerne institusjonsfølelsen»

Katrine Selnes

var det likevel stor enighet om at endringen var viktig. Det nye navnet er mer passende for hva sykehjemmene forsøker å oppnå.

EGNE PREMISSE. Det er 56 beboere på Økernhjemmet. Alle er

demente, men med ulikt funksjonsnivå. Selnes forteller at Økernhjemmet var det første sykehjemmet som startet med en forsterket skjermet enhet. Beboerne bor fordelt på to avdelinger, øst- og vestavdelingen. Hver avdeling har fire små enheter med fem til åtte beboere i hver enhet. To av dem er forsterket skjermete enheter.

– Alle beboere har eget rom med personlig bad. Det er utgang fra alle boenhetene til atriumshagene, og vi søker å ha så mange dører som mulig ulåste. Det er essensielt for å fjerne institusjonsfølelsen, forteller Selnes.

I 2010 ble Økernhjemmet utnevnt til et Lotte-sykehjem. Ved å ta del i det nye prosjektet kunne de

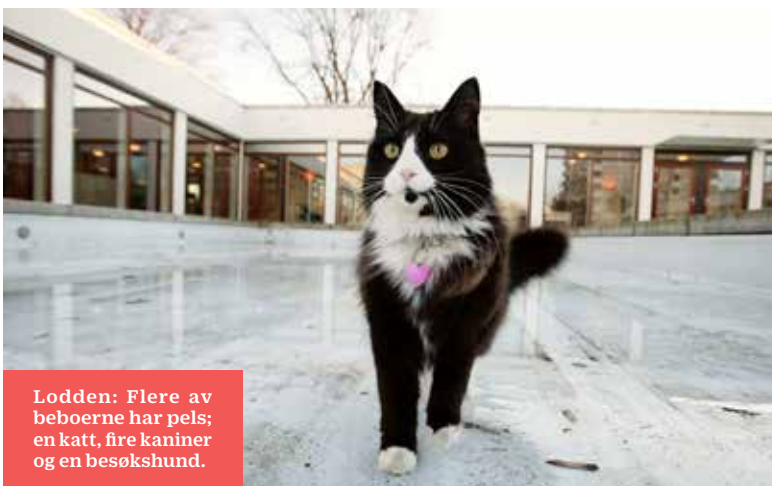
Fakta ●●●●

Lotte

Modellen har fått navn etter Lotte plejehjem i København. Sykehjemmets styrer frem til 2012, Thyra Frank, fremhevet omsorg, respekt og livsglede. Modellen opererer etter filosofien om rett til en verdig alderdom og tro på et liv før døden.

Prosjektet

Rundt 80 % av beboerne på norske sykehjem har en form for demens. Oslo byråd ønsker å gi dem en hverdag de kjenner seg igjen i. Fire sykehjem i Oslo er med i prosjektet «Et bedre hverdagsliv i sykehjem». I en prøveperiode skal de bruke elementer fra demenslandsbyen i Nederland. Sykehjemmene som er med er Fagerborghjemmet, Manglerudhjemmet, Sofienbergsenteret og Økern. Prøvetiden startet første juni 2014, og varer ut 2015.



Lodden: Flere av beboerne har pels; en katt, fire kaniner og en besøkshund.



Inspirert: Leder Katri-
ne Selnes og en gruppe
ansatte var på studie-
tur til Nederland.

videreføre Lotte-arbeidet. Hverdagen blir i enda større grad basert på beboernes premisser. Selnes ønsker at Økernhjemmet hele tiden skal utvikles.

– Målet med prosjektet er å legge til rette for at hvert individ får utfoldet seg i et trygt miljø. Vi ønsker å skape et hjem der vi selv kunne tenke oss å bo, eller la foreldrene våre bo.

BORT FRA DET SYKE. I de to atriumshagene løper fire kaniner fritt omkring i gresset. Disse fikk nylig eget hus, til stor begeistring for både beboere og ansatte. Økernhjemmet har også flere lodne kjæledyr. En svart katt, og hunden Lillian, som kommer på besøk med jevne mellomrom. I den ene atriumshagen er det en fiskedam som for årstiden er satt ned i en tank i kjelleren.

Med de nye rutineene har Økernhjemmet redusert medisineringen blant beboerne. De har kartlagt behovene og interessene til beboerne, slik at de kan skape best mulig tilrettelagte aktiviteter for dem. På lik linje med de Hogeweyk, samarbeider

også Økernhjemmet med forskere for å kartlegge norske livsstiler.

For å fjerne institusjonsfølelsen har de startet med å bytte ut alle sengesett og håndklær i enhetene med fargerike varianter, og sykepleierne har fått uniformer med et mer privat preg. Økern sykehjem endret også tidligere i år navnet til Økernhjemmet.

– Vi synes det var en viktig symbolsk handling. Vi ønsket å ta det syke ut av sykehjem. Vi gikk fra å være en institusjon til å bli et hjem hvor du kan leve som før. Et hjem fullt av liv, og et hjem du kan leve hele livet, sier Selnes.

STUDIETUR. I mars reiste Selnes og 25 ansatte til Nederland for å besøke de Hogeweyk. Turen skulle inspirere dem til å bruke elementer fra Nederland hjemme på Økern. De ansatte beskrev oppholdet som en drømmedag, som tatt ut av en film.

Nylig tok Selnes med seg 25 nye ansatte og representanter fra sykehjemsetaten.

– Det er viktig at så mange

ansatte som mulig får sjansen til å se og føle på hva de Hogeweyk faktisk dreier seg om. Ved å oppleve stedet selv, kan man best mulig videreføre ånden fra Nederland, forteller hun.

«Ved å oppleve
stedet selv,
kan man
best mulig
videreføre
ånden fra
Nederland.»

Katrine Selnes

Så langt har det blitt opprettet en leseklubb, velværeklubb og flere musikkubber på Økernhjemmet. Særlig svenske og norske viser er populært blant beboerne. Utearealene er tatt mer i bruk, og i sommer ble det åpnet en kafé på terrassen. Med mange sitteplasser, og

høyttalere med musikk kan Selnes fortelle at det var god stemning, og at utekaféen ble en stor suksess blant beboerne.

VEIEN VIDERE. Selnes og teamet har også flere tiltak de planlegger å innføre.

– Vi ønsker også å lage flere av måltidene i de enkelte enhetene. Både middag og klesvask skal gjøres internt i hver enhet. Slik tas institusjonen i enda større grad ut av Økernhjemmet, og hver enhet blir mer selvstendige husholdninger.

I januar åpnes en liten butikk i kjelleren på Økernhjemmet. Her kan beboerne handle til middagen, slik som i de Hogeweyk. De er også i ferd med å opprette Økern glad-senter, som skal fungere som et aktivitetssenter for beboerne. Videre planlegges det en restaurant i lokalene til dagsenteret.

– Arbeidet videre blir å fortsette å tilby beboerne ved Økernhjemmet valgfrihet og individualitet, forteller Katrine Selnes. ●
redaksjonen@sykepleien.no



Fremmed. Når norsken forsvinner og personalet er ukjent med pasientens kultur, kan det være vanskelig å gi et godt tjenestetilbud.

Dement i ukjent landskap

• Tekst og foto **Trine-Lise Gjesdal**

Abdul Suleman (64) er tredjegerasjons inder, født og oppvokst i Uganda i Afrika. Han har hatt et tøft liv. Etter en traumatisk oppvekst rømte han hjemmefra som 19-åring. Ferden endte i Norge. Han er nå 64 år gammel, dement og uten familie.

Suleman har bodd på Grünerløkka sykehjem i fem år, og representerer en gruppe mennesker vi hittil ikke har hatt nok kunnskap om – eldre innvandrere med demens.

Eldrebeholdningen vil også gjøre seg gjeldene i innvandrerbefolkningen, og fremtidens brukere av omsorgstjenester vil representere et større kulturelt mangfold. Forskere ved NAKMI (Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse) har stilt spørsmål om hvordan vi kan tilby likeverdige helse- og omsorgstjenester for våre nye landsmenn.

SÅRBAR GRUPPE. Dagens eldre – over 67 år – med innvandrerbakgrunn utgjør om lag 28 000 personer. Men det anslås at antall eldre med innvandrerbakgrunn vil tildobles til nesten 300 000 fram til 2050. Veksten skyldes ikke nye innvandrergrupper som kommer til, men aldring av innvandrere som allerede har kommet til Norge.

Demens er en utbredt sykdom som kan ramme alle etniske grupper. Forekomsten blant innvandrere i Norge er ikke kjent, men

internasjonale studier har vist høyere forekomst hos noen etniske grupper. Undersøkelser viser også at forekomsten av diabetes type 2 er mer enn tre ganger så stor blant innvandrere i alderen 55-70 år sammenliknet med befolkningen generelt.

– Vi vet at eldre med diabetes type 2 har større sannsynlighet for å utvikle vaskulær demens enn de som ikke har diabetes, forteller direktør Bernadette Nirmal Kumar i NAKMI.

«Foruten medisiner, er språk den viktigste delen av behandlingen.»

Meenakshi Johar, avdelingssykepleier

Kumar er prosjektleder for forskningsprosjektet «Demens og eldre innvandrere».

KREVER ANNEN UTREDNING. Prosjektet er organisert i fem delprosjekter. Ett av delprosjektene – utredning av demens hos innvandrere – involverer overlege Peter Bekkhus-Wetterberg ved Hukommelsesklinikken ved Oslo universitetssykehus på Ullevål.

Bekkhus-Wetterberg forteller at det å oppdage demens på et tidlig

tidspunkt får behandlingssmessige konsekvenser. De hjelpemidlene som anbefales for diagnostisering, anvendes også for personer med annen kulturbakgrunn. Han mener at diagnosen i dag settes for lett vint basert på tester som ikke egner seg for alle pasientgrupper. Testene som benyttes undervurderer det kognitive funksjonsnivået hos eldre innvandrere. MMSE er en vanlig brukt test for å gjøre en enkel undersøkelse av kognitiv funksjon. Dersom man ikke har gått på skole, vil man normalt ha et resultat på rundt 20 poeng med denne testen, noe som de fleste vil tolke som for enelig med demens. Men om man har lite eller ingen skolegang, er dette et helt normalt resultat.

– Det betyr at tester som er beregnet for skoleflinke nordmenn ikke kan leses på samme måte når de benyttes på, for eksempel, alfabeter fra India. Derfor er det nødvendig å ta i bruk andre typer av tester, påpeker overlegen.

TOLK – EN SELVFØLGE. Bekkhus-Wetterberg er med i en større europeisk studie om tverrkulturell nevropsykologisk testing. CNTB-studien (Cross-cultural Neuropsychological Test Battery) er et samarbeid med kolleger fra Danmark, Sverige, Nederland, Belgia, Serbia, Hellas, Tyrkia, Tyskland, Brasil, Filipinene og Libanon. Så langt viser

Fakta ●●●●

Demens og eldre innvandrere

Et treårig forsknings- og fagutviklingsprogram igangsatt av Helsedirektoratet, som koordineres og utføres av Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse (NAKMI), avsluttes i 2015.

Mål: Å utarbeide en strategi for implementering og prioritering av tiltak for eldre innvandrere, som en del av Demensplan 2015 «Den gode dagen».

Målgruppe: Eldre innvandrere over 50 år og deres pårørende, helsepersonell og ansatte i helse- og omsorgstjenesten samt beslutningstakere i kommuner og forvaltning.



Alene: Abdul Suleman bor på Grünerløkka sykehjem og har ingen slektninger i Norge.

internasjonale undersøkelser at det ikke blir tatt nok hensyn til hvor mye utdanningsnivå påvirker testresultatene.

– At pasienten blir testet på morsmålet, er en meget viktig faktor. Derfor anbefaler jeg CNTB-batteriet eller liknende tester, fordi de er utformet spesielt for å unngå påvirkning av skolegang, språk eller kultur. I tillegg er testen beregnet å gjennomføres med tolk. Det er også en rekke kulturelle faktorer som bør tas hensyn til ved utredning, fortsetter Bekkhus-Wetterberg.

– Nordmenn flest er vant til skolesystemet fordi de har vokst opp med ulike former for tester. Men mange innvandrere er ikke vant til dette. De kan derfor bli forvirret

eller rett og slett føle seg krenket når spørsmålene er pågående og personlige, sier han.

FLERSPRÅKLIG SYKEHJEM. Hos eldre innvandrere er det stor fare for at andrespråket forsvinner om man får demens. Det å plutselig ikke kunne snakke norsk blir et stort problem for helsepersonell som ikke kan kommunisere med pasientene.

Ved Grünerløkka sykehjem har de kartlagt alle ansatte og hvilke språkferdigheter de sitter på. Sykehjemmet bruker de interne ressursene, uavhengig av om vedkommende jobber på kjøkkenet eller i en annen avdeling, for å kunne kommunisere bedre med

pasientene i den daglige pleien og omsorgen.

Sykehjemmet har en større andel beboere med minoritetsbakgrunn enn resten av Oslo, og landet for øvrig. Derfor er de også en viktig samarbeidspartner for NAM-KI i prosjektet.

– Foruten medisiner, er språken den viktigste delen av behandlingen. Samhandling er avgjørende for å bygge opp trygghet og tillit hos både pasient og pårørende. Å bli møtt med eget morsmål er et godt utgangspunkt, sier avdelings- sykepleier Meenakshi Johar ved Grünerløkka sykehjem.

Sykehjemmet deltar i prosjektets arbeidsgruppe samtidig som det er med i et annet

NAMKI-prosjekt, «Standarder for likeverdige helsetjenester».

KULTURELLE HENSYN. Pårørende har gitt uttrykk for at de ønsker bedre forståelse av sin kultur blant helsepersonell og ønsker også et tettere samarbeid. På Grünerløkka har avdelingen laget permer med pasientenes historier. Her finner man blant annet bilder fra barndomshjemmet, foreldrene og landsbyen de kom fra. I permen har de også samlet informasjon om pasientens religion, matvaner, beklledning, musikkinteresser og mye mer. Kontakt med templer og moskeer har gjort det enklere å avdekke religiøse behov.





→ Det er viktig at helsearbeidere har nok informasjon om beboerne til å kunne ha meningsfulle samtaler, og ikke minst gi dem en innholdsrik hverdag. I avdelingen bruker de også google translate på nettbrett for å kommunisere. Piktogram og memotavle brukes aktivt for å nå fram til de med muntlig språkvansker. Musikk har vist seg å være et kraftfullt verktøy.

– Vi har kartlagt hva beboerne liker å høre på og gitt dem egne MP3-spillere med musikken sin. Beboere som er stive og urolige i en stellesituasjon, kan bli fornøyde og myke i kroppen når de lytter til kjent musikk, forteller Johar.

STIGMA OG TABU. Det har vært stort fokus på demens i Norge gjennom mediene, men er det en underbruk av helsetjenesten hos innvandrere? Funn så langt viser at det er en del stigma og tabu forbundet med demens hos enkelte grupper. Mange eldre innvandrere og pårørende mangler kunnskap om sykdommen. Noen har heller ikke tillit til norsk helsetjeneste. Terskelen for å be om hjelp kan derfor være høy.

Det er også et dårlig utgangspunkt om norskkunnskapene ikke er på plass. En del innvandrere ser ikke på norsk tv eller leser norske aviser og har dermed ikke fått med seg alt som har vært om demens i norsk offentlighet de senere årene.



Minner: En gang var Abdul Suleman en annen utgave av seg selv.

«Det er en rekke kulturelle faktorer som bør tas hensyn til ved utredning.»

Peter Bekkhus-Wetterberg, overlege

Johar sier at det er til stor hjelp å ha en tolk til stede i møte mellom tjenesten og pasient med pårørende, men hun erfarer at det er mye informasjon å ta inn på en gang. Nettsider, brosjyrer og annet

informasjonsmaterieill bør derfor være på flere språk. Hun mener det også vil lønne seg å unngå for mange faglige ord. Hukommelsessvikt er for eksempel et ord som kan brukes i tillegg til ord som demens.

– Det er gjort litteratursøk i nasjonale så vel som internasjonale tidsskrifter og databaser på jakt etter erfaringer fra andre flerkulturelle samfunn. Prosjektgruppen er i ferd med å samle de siste trådene i arbeidet, men hovedkonklusjonen er klar: Det vil være behov for en tjeneste som tar utgangspunkt i den enkeltes bakgrunn og behov, avslutter Ragnhild Storstein Spilker som koordinerer prosjektet hos NAKMI. ● tlg@sykepleien.no

PAKKEFORLØP FOR KREFT

Gir deg, dine pasienter og deres pårørende forutsigbarhet og trygghet gjennom utredning til eventuell behandling. Først ut er pakkeforløp for bryst-, lunge-, prostata- og tykk- og endetarmskreft.

Mer om Pakkeforløp for kreft:
helsedirektoratet.no



Seksualitet. Fylkeslegen i Troms vil finne ut om det er greit å bruke profesjonstitler på nettsted som råder homofil ungdom til å leve alene.

Åpnet tilsyn mot helsesøster

• Tekst **Nina Hernæs**

Guttogjente.no svarer på spørsmål om blant annet seksualitet ut fra et kristent livssyn. Flere unge homofile og bifile er blitt frarådet å leve ut sin legning. I nettstedets fagråd sitter det fem personer, tre med titler som helsepersonell.

Nå har fylkeslegen i Troms opprettet tilsynssak mot to av dem, en helsesøster og en lege bosatt i Tromsø.

– De bruker sine yrkestitler, og derfor ønsker vi en avklaring om deres rolle som helsepersonell i fagrådet, sier fylkeslege Svein Steinert.

PRINSIPP. «Vi tror det er bedre å leve alene, enn å gå inn et homoseksuelt forhold», er hva guttogjente.no har skrevet til en 17 år gammel bifil gutt. Han forteller at han er i et homofilt forhold og er lykkeligere enn han noen gang har vært.

Dette er ett eksempel på svar til unge som har forelsket seg i en av samme kjønn. Det er ikke de som sitter i fagrådet som svarer på spørsmål, men de kvalitetssikrer dem. Vanligvis går en i fagrådet gjennom et svar før det publiseres. Å ha helsepersonell i fagrådet har vært viktig for eksempel ved spørsmål om hormonell prevensjon.

Men styreleder i Human-Etisk Forbund, Tom Hedalen, mener alle

svarene på nettsiden får en helsefaglig innpakning fordi det sitter helsepersonell i rådet. Han forstår det som at rådene gis med utgangspunkt i profesjon.

– Vi ser dette som en prinsipiell sak og vil vite hvor grensene går mellom ytringsfrihet, religionsfrihet og rollen som helsepersonell, sier han.

Derfor har Human-Etisk Forbund bedt Helsetilsynet og Fylkeslegen i Troms gå gjennom nettstedet.

NAIVE. Fylkeslegen i Oslo og Akershus, Petter Schou, sa til VG tidligere i høst at han tror neppe ungdom er så naive at de tror de får objektive og faglig nøytrale råd

«For oss handler dette om prinsipper, ikke personer.»

Tom Hedalen, styreleder i Human-Etisk forbund

når de spør en kristen nettside om homofil sex. Han mente medlemmene i fagrådet med fordel kunne droppet yrkestitlene, men hadde ingen planer om å gå inn i «dette grenselandet mellom tro og fag».

Fylkesmannen i Troms Svein

Steinert sier han valgte å opprette tilsyn fordi to av dem tre som er helsepersonell jobber i fylket.

Sykepleieren i fagrådet bor i et annet fylke. Human-Etisk Forbund har ikke bedt Fylkeslegen her se på hennes rolle.

– For oss handler dette om prinsipper, ikke personer, derfor har vi heller ikke tenkt å gjøre det, sier styreleder Tom Hedalen.

ENDRET. Etter at Fylkeslegen i Troms åpnet tilsynssak, er teksten om fagrådet på guttogjente.no endret. Det står fremdeles at fagrådet kvalitetssikrer innholdet, men ikke at det også godkjenner det, slik det sto før.

For Tom Hedalen i Human-Etisk Forbund endrer ikke det saken.

– Det er positivt at de tar kritikken inn over seg, men de går ikke langt nok så lenge de bruker medisinske profesjonstitler, sier han.

Fylkeslege Svein Steinert har registrert at teksten er endret og vil ta det med i behandlingen av saken.

Han har bedt helsesøsteren og legen om svar på hvilken rolle de har med frist 18. desember. Konklusjon vil komme i slutten av januar.

Helsesøsteren ønsker ikke å kommentere saken før tilsynssaken er ferdig vurdert. ●

nina.hernes@sykepleien.no

Fakta ●●●●

Guttogjente.no

Nettsted som tilbyr unge veiledning om kropp, helse, sex og samliv ut fra et kristent ståsted. Bak står Familie og medier, Ungdom i oppdrag og en rekke kristne organisasjoner.

Innholdet kvalitetssikres av et fagråd, der to er teologer og tre er helsepersonell.



Konflikt. Helsepersonell opplever at forskriften om helsehjelp til asylsøkere strider mot egen yrkesetikk.

– Sykepleiere må tenke selv

Tekst **Kristin Talgø** • Foto **Erik M. Sundt**

Forskriften om helsehjelp til personer uten lovlig opphold er helt klart i strid med de yrkesetiske prinsippene til leger og sykepleiere, sier Frode Eick, sykepleier og daglig leder ved Helsecenteret for papirløse migranter i Oslo.

I det ordinære helsevesenet blir spørsmålet om hvordan man kan gi pasienten best mulig hjelp overskygget av spørsmål om rettigheter og økonomi, med bakgrunn i innvandringspolitiske hensyn, opplever Eick. Han mener at en del som jobber i helsevesenet har lite kunnskap på området.

– Det er tross alt en liten pasientgruppe det dreier seg om. Men på alle ulike avdelinger vil det fra tid til annen komme en pasient uten lovlig opphold.

TØYER GRENSENE. Marry-Anne Karlsen er sosialantropolog og stipendiat ved Uni Research Rokkansenteret. I sin doktorgrad har hun tatt for seg på hvilken måte migrasjonskontrollen er blitt en del av helsepersonells hverdag.

Karlsen har undersøkt hvilke etiske utfordringer denne kontrollen fører med seg og i hvilken grad helsepersonell er villig til å ta del i kontrollen. Og i hvor stor grad de yrkesetiske prinsippene brukes til å tøyne forskriften.

– Veldig mange fant det vanskelig å forholde seg til både regelverket og

de yrkesetiske prinsippene. Enkelte tøyde grensene og ga helsehjelp i tvilstilfeller, sier Karlsen, som nå er i ferd med å avslutte doktorgraden.

UKLAR FORSKRIFT. Personer uten lovlig opphold i Norge blir ofte omtalt som papirløse flyktninger. Deres rett til helsehjelp er i utgangspunktet begrenset til «helsehjelp som er helt nødvendig og ikke kan vente». Dette kommer fram i Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket.

Retningslinjene presiserer at helsepersonell ikke har plikt til å un-



«Enkelte tøyde grensene og ga helsehjelp i tvilstilfeller.» Marry-Anne Karlsen, forsker

dersøke når utreise skal skje. Målet med forskriften er å sikre lik behandling for personer uten lovlig opphold og minske uklarheter for helsepersonell.

Men i praksis viser forskningen til Karlsen at mange helsearbeidere opplever at forskriften er uklar og pålegger dem å ta

innvandringsregulerende hensyn når de skal vurdere behandling.

TENKE SELV. Karlsen sier at forskriften ikke gir noe forbud om å gi hjelp, men i stor grad overlater til helseforetakene å ta valget. De kan gi behandling, men vil ikke få økonomisk kompensasjon.

– Det er nok en tendens til å tolke regelverket strengt fordi mange er usikre på hvilken hjelp de kan gi og ikke gi. Dermed venter flere med å sette i gang behandling, sier stipendiaten.

Frode Eicks inntrykk er at behandlingen ofte blir vurdert på en mangelfull måte. Han sier at forskriften gjelder øyeblikkelig hjelp, men ikke all lidelsen som fører fram til punktet hvor øyeblikkelig hjelp blir nødvendig.

– Vi kommer borti pasienter som har sterke smerter og ikke får operasjon, og pasienter med invaliderende lidelser som ikke får den hjelpen de trenger, forteller sykepleieren.

Eick tror at prosedyrene og strukturene i helsevesenet fører til at mange leger og sykepleiere har liten trening i å tenke selv når de møter pasienter som ikke passer inn i systemet. Han tror en del kjenner seg tryggest ved å si at slik er systemet, selv om det fører til at pasienten ikke får hjelp.

– Det pasientene trenger er

Fakta ●●●●

Yrkesetiske retningslinjer

- Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet
- Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert
- Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og setter seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten
- Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket

helsepersonell som tenker selvstendig og bruker tid på pasientene. Og som ser pasienter som pasienter og ikke som immigranter, fastslår Eick.

FORSKJELLSBEHANDLING. I doktorgraden har Karlsen intervjuet omkring 50 helsearbeidere. Hun mener at forskningen viser at migrasjonskontrollen i praksis blir trukket inn i helsetjenestene. Mange av de intervjuete legene og sykepleierne opplever at innvandringspolitiske hensyn kommer i konflikt med de medisinske faglige vurderingene.

– Klinikerne som er intervjuet sier selv at det er nesten umulig å avgrense hva som er nødvendig helsehjelp eller ikke, og hva som kan vente. Likedan er forskjellsbehandlingen og tilfeldighet i tilbudene betydelige, sier Per Nortvedt, professor ved Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo.

Statssekretær Cecilie Brein-Karlsen (Frp) i Helse- og omsorgsdepartementet sier hun forstår at dette kan være vanskelige avveininger for helsearbeidere. Hun viser til forskriften, og at departementet utover det ikke har mer å tilføye.

Professor Nortvedt sier at pliktetikken og nærhetsetikk, som ofte styrer helsepersonells prioriteringer, vil si at man skal gi omsorgsfull og forsvarlig helsehjelp til pasienter uavhengig av innvandringspolitiske hensyn. Han mener det vil være vanskelig ikke å starte en nødvendig behandling selv om vedkommende skal reise ut og ikke kan sluttføres i hjemlandet.

– Det strider mot grunnleggende velgjørenhetsprinsipper i helsetjenesten og plikten til å yte helsehjelp ut fra individuelle behov. Innvandringspolitiske hensyn er ikke uttrykk for universelle, uforgjengelige rettigheter, men skapt av en bestående politisk orden, påpeker Nortvedt.

STERKERE PÅ BANEN. Barn og gravide har noe utvidete rettigheter. Samtidig sier forskriften at det ikke skal settes i gang behandling dersom det foreligger sikker kunnskap om en snarlig utreisedato for barnet, og at det vil være uforsvarlig å starte



Systemet: Frode Eick mener at sykepleiere skylder på systemet i stedet for å tenke selvstendig.

en behandling som ikke kan sluttføres.

Eick forteller at han gjennom Marry-Anne Karlsen fikk høre om et barn i Bergen som ikke fikk operasjon. Det var ingen sikker utreisedato, men legene måtte forsikre seg om forsvarlig oppfølging av operasjonen. Når det ikke lot seg gjøre, fikk ikke barnet den hjelpen det trengte før utreise og har så vidt Eick vet ikke fått muligheten til operasjon i landet de kom tilbake til.

– Helsepersonell bør komme sterkere på banen, tenke selv og behandle pasienter som pasienter, gjentar han.

TYDELIGERE PROBLEMER. Da Karlsen intervjuet helsepersonell, spurte hun om hva formuleringen «helsehjelp (...) som ikke kan vente» betød for dem som fagpersoner. Formuleringen ble avvist som «et meningsløst begrep oppfunnet av byråkrater og jurister uten noen forankring i det medisinske».

Karlsen forteller at bakgrunnen

for forskriften slik den er i dag, er at blant annet Legeforeningen og Røde Kors ønsket et tydeligere regelverk som gjorde det klarere hvilke rettigheter papirløse flyktninger har i forbindelse med helsehjelp.

– Men dagens forskrift gjorde det ikke enklere. Motsetningene mellom regelverket og de yrkesetiske

«Pasientene trenger helsepersonell som tenker selvstendig.»

Frode Eick, sykepleier

prinsippene kom bare enda tydeligere fram, sier hun.

USANNSYNLIG. Alle voksne asylsøkere uten lovlig opphold skal kunne

forlate landet i løpet av to til tre uker. All helsehjelp som ikke må gjøres innen den tid skal utsettes, og utføres i landet de tilbakeføres til. Karlsen påpeker at forskriften sier ingenting om utreise innen tre uker er realistisk.

I praksis blir mange asylsøkere uten lovlig opphold værende i landet mye lengre.

– Av dem jeg har snakket med som jobber med asylsaker, så er treukersfristen helt usannsynlig. Jeg vet ikke grunnlaget for forskriften, men jeg treffer mennesker som har vært i landet uten opphold i opp til 15 år, forteller Eick.

Karlsen sier at noen ønsker seg tydeligere retningslinjer, men at det ikke har vært noe stort press for å endre regelverket.

– Det kan være fordi mange ikke møter på disse problemstillingene i arbeidet. Men det kan også skyldes mangel på kunnskap om regelverket og mangel på kunnskap om innvandringspolitikk generelt, tror hun. ●

redaksjonen@sykepleien.no



Små. – Akuttkirurgi krever et pasientgrunnlag på minst 60–80 000 innbyggere. Halvparten av dagens norske sykehus er for små, sa helseministeren i sin sykehustale.

Små sykehus truet

• Tekst **Kari Anne Dolonen**

Bent Høie holdt sin sykehustale 7. januar. I talen varslet han endringer i dagens sykehusstruktur.

– Å fortsette som nå, vil bety en seigpining der kvaliteten vil lide, sa Høie.

HALVPARTEN ER FOR SMÅ. – Å drive akuttkirurgi krever et pasientgrunnlag på minst 60–80 000 innbyggere. Det betyr at minst halvparten av dagens norske sykehus er for små, sa helseministeren.

Regjeringens anbefaling kommer i Nasjonal helse- og sykehusplan til høsten. Valget som Stortinget tar, vil ha stor betydning for hvordan vi rustet sykehus-Norge for framtiden.

KROKEN PÅ DØRA. Bjørnar Grav er NSF's hovedtillitsvalgt på Nordlands-sykehusets avdeling i Lofoten.

– Høies tale er ikke godt nytt for oss, sier han.

Lofoten har i dag akuttfunksjon og rundt 24 000 innbyggere som sokner til sykehuset.

– Jeg frykter at det blir kroken på døra dersom akuttkirurgien skal bort. Da forsvinner også fødetilbudet. Spørsmålet blir da hva vi sitter igjen med, spør han.

– Er du enig i de faglige argumentene for eventuelt å legge ned akuttkirurgi?

– Det er klart at kirurgene ikke

får den mengdetreningen på et lite sykehus som på et stort. Det er en kjennsgjerning. Det er også blitt slik de siste årene at vi i stor grad baserer kirurgien på innleide vikarer. Vi har ikke mange nok fastboende kirurger. Over tid er ikke det en god løsning kvalitetsmessig.

– Du er ikke overrasket?

– Nei, jeg er ikke det. Vi har hørt mye av dette før.

HELIKOPTER. Dersom sykehuset i Lofoten forsvinner, må pasientene til Bodø.

– Sykehuset i Vesterålen ligger også i faresonen for å bli lagt ned. Skal det bli et helikopter på hvert nes? spør Grav.

– Er det mulig å fortsette som i dag?

– Det tror jeg ikke og det er mye usikkerhet blant ansatte og befolkningen om hva konsekvensen vil bli. Sykehusplanen blir lagt frem til høsten, så får vi se hvilke planer ministeren har for de mindre sykehusene, sier han.

«Jeg frykter at det blir kroken på døra dersom akuttkirurgien skal bort.»

Htv Bjørnar Grav

Fremtid: Helseminister Bent Høie (H) har skissert fremtidens sykehus. Arkivfoto: Stig M. Weston



Kjersti Toppe (Sp), nestleder i Stortingets helskomité, sier til NRK at hun er skremt.

– At han vil gjøre endringer er greit nok, men å legge ned kirurgisk akuttberedskap på halvparten av norske sykehus er den største sentraliseringsreformen vi har sett i nyere tid, sier Kjersti Toppe.

MULIG LØSNING. I sin tale sa Høie at de minste sykehusene kan lage løsninger hvor de har spesialister innen indremedisin og anestesi hele døgnet, og kirurger tilgjengelig på dagtid når det jobbes med planlagt kirurgi.

– De minste sykehusene kan da

Fakta

Fremtidsplan

Regjeringens anbefaling om hvordan morgendagens sykehus skal organiseres, kommer i Nasjonal helse- og sykehusplan til høsten.

klare seg med et pasientgrunnlag på rundt 20–30 000 innbyggere. Men en slik løsning vil være krevende, sa han. ●

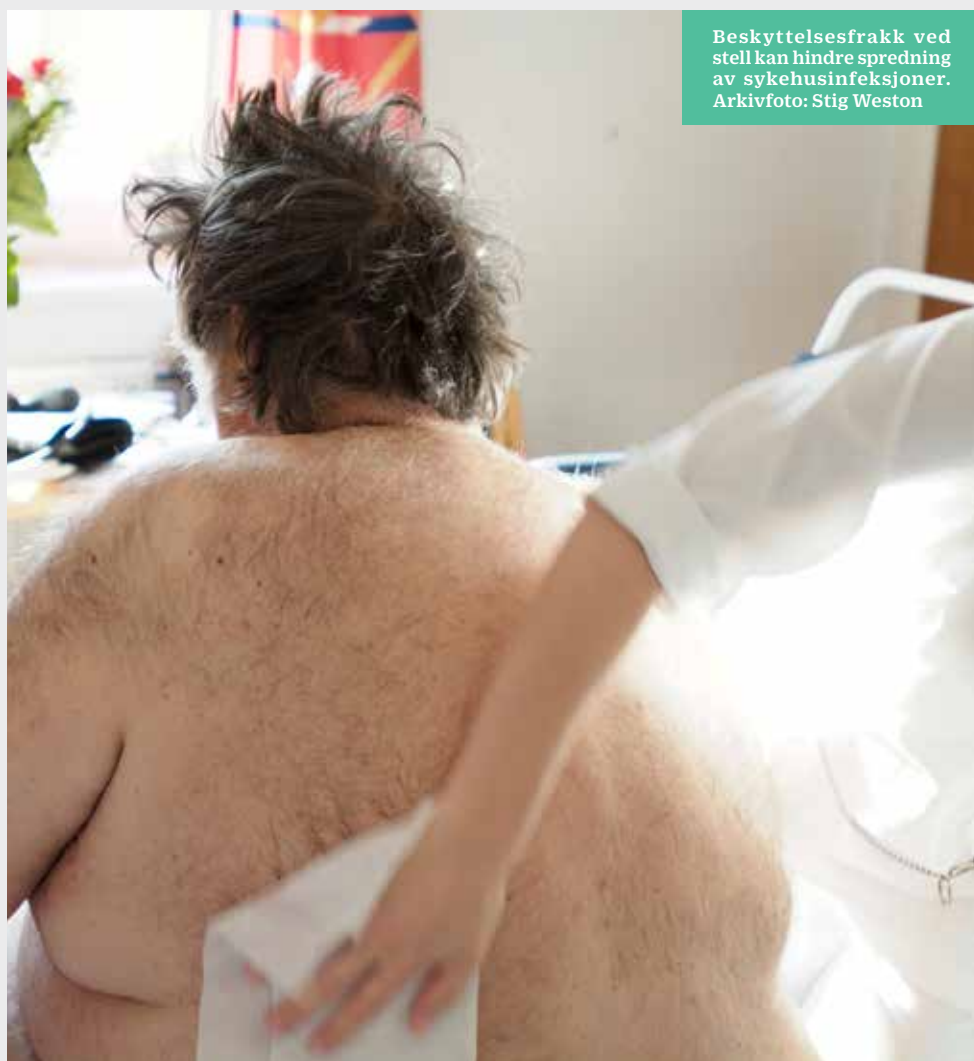
kari.anne.dolonen@sykepleien.no



Sykepleie

Del 2 Sykepleien 01 | 2015

Fagartikler – Etikk – Intervju



Beskyttelsesfrakk ved stell kan hindre spredning av sykehusinfeksjoner. Arkivfoto: Stig Weston

Bruker ikke stellefrakk

Studentobservasjon. Kun et fåtall av ansatte i sykehjem benyttet beskyttelsesfrakk ved stell. **40**



«Psykiatriske medikamenter skader hjernen.»

Robert Whitaker.

46



Lavterskel.

Edinburgh-metoden kan forebygge barsel-depresjon. **44**



Vold. Hvordan kan sykepleiere møte vold mot eldre? **50**



BRUKER IKKE STELLEFRAKK

Smittefare. Studenter i praksis på sykehjem observerte at helsepersonell stort sett unnlot å beskytte arbeidstøy i stellsituasjoner.

PILOTPROSJEKT:

Artikkelen bygger på
50 % praksis
50 % teori



DOI NUMMER:

10.4220/sykepleiens.2014.0178



Carmen G. D. Louwerens
Høyskolelektor, anestesisykepleier.
Fakultet for helsefag/institutt for sykepleie Høgskolen i Oslo og Akershus

Sykepleierstudenter ved bachelorutdanningen på Høyskolen i Oslo og Akershus (HIOA) har, i forbindelse med en praksisoppgave i første praksisperiode på sykehjem, observert praktisering av beskyttelse av arbeidstøy på sykehjem. Studentene observerte vanlige pleiesituasjoner på sykehjem i og rundt Oslo hvor beskyttelse av arbeidstøy egentlig er påkrevet. Bare i cirka 24 prosent av disse ble arbeidstøyet benyttet. I alle tilfeller ble plastforklær brukt som beskyttelse. Beskyttelsesfrakker av annen type material ble ikke observert brukt.

SMITTEILTAK. Bruk av beskyttelsesfrakk i forbindelse med stell er ett av flere viktige hygienetiltak i helsesektoren, fordi den beskytter både helsepersonell og pasienter mot overføring av smitte. Beskyttelsesfrakken skal hindre forurensning av kroppsvæsker som blod, urin, avføring og sekret på arbeidsdrakten. Beskyttelsesfrakken skal fungere som en barriere mot spredning av bakterier når helsepersonell beveger seg mellom praktiske gjøremål som kroppspoleie, sengereing og matserving.

Det å gjennomføre grunnleggende smitteverntiltak overfor

pasienter er en forutsetning for et effektivt vern mot infeksjoner i hele helsetjenesten. Av smitteverntiltak er det håndhygiene man har fokusert mest på. Fokusering på beskyttelsesfrakk som forebyggende, smitteverntiltak på sykehjem synes å være fraværende.

Allerede ganske tidlig i det første året av sykepleierutdanningen på HiOA blir stellefrakken, en flergangs beskyttelsesfrakk laget av stoff, introdusert for studentene. På simulerings- og ferdighetsenheten lærer studenter hvordan stellefrakken brukes. Ut ifra et hygienisk standpunkt med hjelp av

«Studentene lærer hvor viktig det er å beskytte arbeidstøyet sitt.»

blant annet «Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten» (1) begrunner vi bruken. Studentene lærer hvor viktig det er å beskytte arbeidstøyet. I flere år har sykepleiestudenter som kommer tilbake fra praksis fortalt oss at beskyttelsesfrakkene som er i

omløp i dag i liten grad brukes i situasjonene det er påkrevet å bruke dem. Dette har vært hovedgrunnen til at sykepleieutdanningen på HiOA i august 2013 startet et prosjekt med vekt på beskyttelse av arbeidstøy på sykehjem.

INFEKSJONER. I Norge finnes det ikke et nøyaktig tallmateriale på hvor mange infeksjoner som oppstår på sykehjem rundt omkring i landet. Men siden 2002 har det blitt utført prevalensundersøkelser i sykehjem to ganger årlig. Dette viser at fra 6,1 til 7,8 prosent av sykehjemsbeboerne har en infeksjon (2). I en annen studie, gjort i 2009 ved seks sykehjem i Norge, ble alle nye infeksjoner som oppsto i løpet av et halvt år registrert. Resultatene antyder at i hver gruppe på 100 sykehjemsbeboere oppsto det en ny infeksjon annenhver dag (3). En tidlig undersøkelse fra 1973 har vist at tilsatte som bruker steller eller smittefrakk i pleie av infiserede pasienter, kan overføre 20–100 ganger færre bakterier fra en pasient til en annen, sammenliknet med dem som ikke bruker slikt beskyttelsesutstyr (4). Gule stafylokokker er en bakterie som lett overføres via tekstiler. Disse bakteriene blir liggende, festet til døde hudceller, i klær og sengetøy. Ved pasientstell og sengeredning

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Sykepleierstudenter i praksis på sykehjem har i mange år observert mangelfull beskyttelse av helsearbeidernes arbeidstøy. Om det er nødvendig å beskytte arbeidstøyet kan diskuteres på mange plan. På dette område viser det seg at vi mangler en god del nyere faktakunnskap. Her er det et stort forbedringspotensial for å forebygge nosokomiale infeksjoner.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Hygiene
- Infeksjon
- Sykehjem
- Smitte

virvles bakterier lett opp i luften og overføres fra pasient til helsepersonell og omvendt (2). Arbeidstøyet blir således forurenset når brukte tekstiler håndteres.

59 av 81 utbrudd av meticillin resistente gule stafylokokker (MRSA) som oppsto i Norge i perioden 2006–2010 oppsto i sykehjem (2). Nasjonalt folkehelseinstitutt registrerte i 2012 80 utbrudd av norovirus. 66 av disse oppsto i sykehjem (5). Noroviruset overføres trolig gjennom dråpesmitte fra person til person og holde seg i live lenge i inntørket tilstand (2).

SMITTEOVERFØRING. Det er vanskelig å finne tallmateriale på hvor mange helsearbeidere som blir infisert eller er smittebærere på jobben. I en rapport fra Folkehelseinstituttet fra 2009 kommer det frem at 20–30 prosent av befolkningen er permanente bære-

«Stellefrakker i stoff har ikke blitt observert i bruk.»

re av stafylokokkus aureus i nesen eller på hud, og det antas å være en høyere bærefrekvens av stafylokokkus aureus hos ansatte og pasienter i helseinstitusjoner (6). I en engelsk studie fra 2007 (7) kom det frem at arbeidstøy til helsepersonell, ved bruk over tid, i økende grad blir forurenset. Både ufarlige bakterier fra helsepersonell selv og forskjellige patogene bakterier fra kliniske omgivelser og pasienter har blitt påvist. Det finnes imidlertid ingen direkte holdepunkter eller bevis for at arbeidstøy til helsepersonell kan være en direkte smittekilde. At problemet hos helsepersonell er lite synlig kan trolig også skyldes at det er relativt sjelden at personer som er friske og har et normalt fungerende immunforsvar blir



Beskytter: Bruk av beskyttelsesfrakk i stellesituasjoner er et viktig hygienetiltak i helsesektoren, fordi den beskytter både helsepersonell og pasienter mot overføring av smitte. Arkivfoto: Marit Fonn



smittet. Bakterier som overføres lett fra person til person forårsaker sjelden alvorlige sykdom eller infeksjoner hos friske personer (2). Helsearbeidere kan dog ikke undervurdere risikoen for selv å være smitekilden i nærkontakt med den syke, eldre pasient med generelt nedsatt immunforsvar. Holdninger og kunnskap om fagfeltet blant helsepersonell varierer trolig betraktelig. Et utsagn fra en ansatt på et sykehjem illustrerer dette. Fra en av studentenes observasjonsnotater siteres følgende setning: «Grunnen de oppga til ikke å bruke stellefrakk, var at de mente de kjente pasientene og visste hvem som var syke og ikke».

LOVER OG REGLER. I Smittevernloven kan vi lese i § 4–9 (8) at helsepersonell har plikt til å gjennomgå opplæring, følge faglige retningslinjer og gjennomføre tiltak slik at allmennfarlig smittsom sykdom kan forebygges. Skriftlige retningslinjer for generelle smitteverntiltak, herunder bruk av beskyttelsesfrakk, skal foreligge ved den enkelte institusjon. Bruk av beskyttelsesfrakk er nevnt i Forskrift om smittevern i helse-tjenesten, § 2–2 (9) som omtaler infeksjonskontrollprogrammet. Programmet omfatter tiltak for å verne både helsearbeidere og pasienter mot smitte.

Arbeidsmiljøloven krever at arbeidsgivere skal sørge for utlevering og hensiktsmessig bruk av arbeidstøy og personlig verneutstyr «dersom de helsefarlige biologiske faktorene ikke kan fjernes eller unngås» (10). Arbeidstilsynet mener at arbeidstakere på et sykehjem, som har kontakt med den eldre, alvorlig syke pasienten, er en risikogruppe når det gjelder generell smittefare (11).

Av senere dato finner vi annen type dokumentasjon som beskriver viktigheten av å beskytte arbeidsdrakten (12, 13). I flere dokumenter fra Folkehelseinstituttet kan vi lese om smittevernrutiner i helsetjenester og bruk av beskyttelsesfrakk (14, 15).

ØKONOMI. Helsepersonell har blitt vant til å tenke kostnader og økonomi ved all behandling og pleie. Det illustreres også ved følgende utsagn fra sykepleiere på sykehjem når de blir konfrontert med spørsmålet om hvorfor de ikke beskytter sitt arbeidstøy: «Skjønner intensjonene med stellefrakk, men kan ikke bruke den fordi økonomien styrer». Og: «Jeg kan ikke bytte stellefrakk mellom hver pasient, da koster det for mye».

Her kan man spørre seg om hva som koster for mye. Et plastforkle koster to kroner, vask av en vanlig stellefrakk cirka 17 kroner. Men vi vet for lite om hvorvidt et engangs plastforkle beskytter like mye som en stellefrakk; kan vi likestille disse to når det gjelder hygiene?

Per dags dato mangler det en nasjonal oversikt over det totale antall sykehusinfeksjoner i Norge (16). Hvert år registreres det bortimot 45 000 infeksjoner som har oppstått i en helseinstitusjon; såkalte nosokomiale infeksjoner. Infeksjoner som koster samfunnet, grovt antatt, 1 milliard kroner (2). Vi kan fort regne oss frem til en kostnad på cirka 22.000 kroner per infeksjon. Hvor mange infeksjoner som kan forebygges ved konsekvent å beskytte arbeidstøyet er det heller ikke noe konkret svar på.

PROSJEKT. I første pilotprosjekt har vi prøvd å kartlegge dagens situasjon når det gjelder bruken av de eksisterende typer beskyttelsesfrakker: plastforkle eller en stellefrakk. Observasjonsstudiet var viktig å gjennomføre fordi det vil kunne gi oss et innblikk i hvorvidt arbeidstøyet på sykehjem blir beskyttet i dag. Observasjon kan fortelle oss hva helsearbeidere faktisk gjør, i handling og samhandling, og kan være noe annet enn hva de sier og tror at de gjør (17).

Det var to fordeler med å sette studenter til å observere. For det første at helsepersonell er vant til å bli observert av studenter. En student i praksis observerer sin

kontaktsykepleier, så å si, fortløpende. Særlig i den aller første praksisperioden på sykehjem er den uerfarne student på en måte i en konstant observatørrolle for å lære seg grunnleggende ferdigheter. Observatøren vil derfor trolig bare i liten grad påvirke

eller framkalle en endring i atferd hos dem han eller hun observerer. Den såkalte forskningseffekten (18) vil dermed antakelig bli mindre. At vi likevel ikke helt kan utelukke forskningseffekten kommer tydelig frem blant

annet i en kommentar fra en observert sykepleier til en deltakende student: «I dag må jeg vel ha på meg stellefrakken, siden du skal observere».

For det andre ville det vært ressurskrevende å observere beskyttelse av arbeidstøy på alle de forskjellige sykehjem i og rundt Oslo. Ved å bruke studentene, var det mulig å effektivt kartlegge situasjonen på 16 forskjellige sykehjemsavdelinger i løpet av relativt kort tid, uten for mye logistikk.

OBSERVASJON. Observasjonen kan sies å være kvantitativt strukturert fordi studentene fokuserer på utvalgte typer hendelser og/eller handlinger for hvorledes man vil beskytte arbeidstøyet sitt. Det konkrete som ble observert skulle registreres på et strukturert skjema. To kolleger så gjennom observasjonsskjemaet før det ble tatt i bruk. Dette ble gjort for å se om vi fikk med oss alle ønskelige aspekter som skulle observeres og om skjemaet ble forstått. Arbeidssituasjonene som ble valgt ut til observasjon ble oppfattet som de mest relevante for bruk av beskyttelsesfrakk på sykehjem (se tabell 1).

Observasjonsskjemaet skulle hjelpe studentene til å være selektive til det de skulle observere. Valg av metode kan underbygges med at det faktisk krever trening i

«Jeg kan ikke bytte stellefrakk mellom hver pasient, da koster det for mye.»

Tabell 1: Resultater. Observasjon av beskyttelse av arbeidstøy på sykehjem, mai 2014.

Situasjon:	Antall observasjoner	Bruk av plastforkle	Relativ frekvens (% fordeling)
Stell	33	18	54 %
Toalettbesøk	25	6	24 %
Sengeredning	22	4	18 %
Arbeid på desinfeksjonsrommet	13	–	–
Matsituasjon	30	1	3 %
Annen*	3	1	33 %
Sum	126	30	24 %

(*Annen: tømming urinpose, engangs kateterisering, sette miniklyster)

å observere; trening som våre førsteårsstudenter ikke har. Det er fort gjort å komme med for mange personlige tolkninger. Observatøren kan som individ forandre den settingen han eller hun undersøker uten å være klar over det selv (19). Gjennom enkel registrering og opptelling vil resultatet trolig lede til en objektiv og konkret data-mengde som kan anvendes i senere prosjektarbeid.

Underliggende spørsmålene til observasjonsskjema som studentene fikk utdelt var:

- Beskyttes arbeidstøyet?

- I hvilke situasjoner blir arbeidstøyet beskyttet?
- Hva brukes til å beskytte arbeidstøyet?

RESULTATER: Til sammen 16 førsteårsstudenter ved bachelorutdanningen i sykepleie har i løpet av en praksisdag, gjennom kvantitativ strukturert observasjon, hentet inn data om dagens situasjon når det gjelder beskyttelse av arbeidstøy på forskjellige sykehjem i og rundt Oslo. Observasjonsskjemaene var korrekt utfyllt. Ingen har stilt spørsmål om

Tabell 2: Resultater. Observasjon av beskyttelse av arbeidstøy på sykehjem, unntatt matsituasjoner, mai 2014.

Situasjon:	Antall observasjoner	Bruk av plastforkle	Relativ frekvens (% fordeling)
Sum	96	29	30 %

selve skjemaet underveis.

Av de 126 observerte situasjonene har arbeidstøyet blitt beskyttet 30 ganger, utelukkende med plastforkle. Stellefrakker i stoff har ikke blitt observert i bruk.

Av de utvalgte arbeidssituasjonene har matsituasjonen vært mest omdiskutert. Den ansees som en situasjon hvor arbeidstøyet bør beskyttes, men med et plagg som i utseende og egenskaper tydelig skiller seg fra det som brukes i for eksempel stellesituasjoner og toalettbesøk.

Hvis vi ikke regner med antall matsituasjoner, blir det oppsumerte resultatet som i tabell 2.

Det studentene observerte i prosjektet støtter opp under påstander og mistanker om mangelfull beskyttelse av helsearbeiderens arbeidstøy på sykehjem. Beskyttelsesfrakkene som er i omløp, brukes i liten grad i de forskjellige situasjonene hvor det er påkrevet å bruke dem.

KONKLUSJON. I en verden der risikoen for infeksjoner generelt er økende, må smittevernet styrkes. Ved å forebygge infeksjoner kan samfunnet spares for store utgifter og pasienter spares for sykdom og lidelse. I tillegg kan helsepersonell spare seg selv for betydelig merarbeid. Å forhindre at helsepersonell blir smitekilder er både et individuelt ansvar, men også et viktig ansvar for arbeidsgiver. Etter lovverket skal forholdene på arbeidsplassen tilrettelegges slik at helsepersonell kan utføre sitt arbeid forsvarlig. På samme måte skal helsepersonell følge retningslinjer som foreligger. Når det gjelder bruk av beskyttelse av eget arbeidstøy viser prosjektet at eksisterende retningslinjer tolkes og praktiseres forskjellig. Det er et betydelig forbedringspotensial på flere områder for beskyttelse av arbeidstøy. I nyere forskning har få hatt beskyttelse av arbeidstøy og infeksjonsforebygging som fokusområde. Pilotprosjektets konklusjoner viser at det trolig er et godt grunnlag for videre studier i dette fagfeltet. ●

KILDER:

1. PPS-Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten; prosedyrer-hygiene-infeksjonsforebygging-personligbeskyttelsesutstyr-bruk av beskyttelsesfrakk og plastforkle. <https://ppsnnett.no/pps/prosedyrer/prosedyrer/innhold?emne=69752> (11.11.2013)
2. Steen M, Degrè M. Mikrober, helse og sykdom. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2014. 2. utgave
3. Nilsen L. Infeksjoner tar mange liv på sykehjem. Dagens Medisin, 06/09 <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/infeksjoner-tar-mange-liv-pa-sykehjem/> (28.03.2009)
4. Hambreus A. Transfer of *Staphylococcus aureus* via nurses' uniforms. London: Journal of Hygiene 1973; 71:799–814.
5. Nasjonal folkehelseinstitutt. Årsrapport Utbrudd av smittsomme sykdommer i Norge i 2012. <http://www.fhi.no/dokumenter/c7ebf54680.pdf> (11.04.2014)
6. Blystad H, red. Smittevern boka 18. Folkehelseinstituttet 2009. www.fhi.no/publikasjoner-og-haandboker/smittevern-boka (12.04.2014)
7. Wilson JA, Loveday HP, Hoffman PN, Pratt RJ. Uniform: an evidence of the microbiological significance of uniforms and uniform policy in the prevention and control of healthcare-associated infections. Report to the Department of Health (England) Journal of Hospital Infection 2007; 66: 301–307.
8. Smittevernloven http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55#KAPITTEL_4 (13.12.2013)
9. Smittevernloven: Forskrift om utøvelse i helsetjenesten http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/rus/2005/0019/ddd/pdfv/252750-forskrift_til_j-10.pdf (20.11.2013)
10. Arbeidsmiljøloven: Forskrift om utførelse av arbeid § 6, 7. http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-06-1357/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2 (21.11.2013)
11. Østby BA. Forlanger arbeidstøy. Tidsskriftet Sykepleien 2014;2:15.
12. National Institute for health and clinical excellence. NICE Clinical Guideline. Infection: prevention and control of healthcare-associated infections in primary and community care. 2012. www.nice.org.uk/infection-cgl39/guidance#terms-used-in-this-guidance (14.02.14).
13. Rafoss LHS. Hygienetiltak har effekt. Tidsskriftet Sykepleien. 2012;1:56–9.
14. Folkehelseinstituttet. Basale smittevernrutiner i helse-tjenesten (basale rutiner). Folkehelseinstituttet 2009. [www.folkehelseinstituttet.no. http://www.fhi.no/dav/fcd9d04208.pdf](http://www.fhi.no/dav/fcd9d04208.pdf). (14.02.14).
15. Smittevern boka, Stafylokokkinfeksjoner (inkl. MRSA-infeksjoner) <http://www.fhi.no/artikler/?id=82871>
16. Andersen BM. Manglende kontroll av sykehusinfeksjoner. Tidsskriftet Sykepleien 2013; 7: 49–50.
17. Halvorsen K. Forskningsmetode for helse- og sosialfag – en innføring i samfunnsvitenskapelig metode. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag, 2004.
18. Dalland O. Metode og oppgaveskriving. Oslo: Gyldendal akademisk, 2012.
19. Fangen K. Deltaagende observasjon. Bergen: Bokforlaget, 2004.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no



GIR BEDRE FØDSELSOMSORG

Effektiv. Edinburgh-metoden identifiserer depresjon og reduserer depresjonssymptomer før og etter fødsel.

EVALUERING:

Artikkelen bygger på
50 % praksis
 50 % teori



DOI NUMMER:

10.4220/sykepleiens.2014.0181



Hanne Holme, Helseøster og seksjonsleder, Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse, RBUP Øst og Sør

Flere norske kommuner har fokusert på psykisk helsehjelp til gravide og barselkvinner som trenger ekstra støtte og oppfølging. For alle som arbeider med implementering av nye arbeidsmetoder, er de ansattes tilbakemeldinger helt sentrale. I denne artikkelen blir erfaringene fra en stor kommune presentert.



Rakel Aasheim Greve, Undervisnings- og fagkoordinator, RKBU Vest

HELSEFREMMENDE. Helsestasjonene i Norge har et godt utgangspunkt for å kunne jobbe direkte helsefremmende og sykdomsforebyggende rettet mot dem som ikke er i noen umiddelbar risiko for depresjoner. Mer spesifikk innsats på ulike nivåer kan rettes mot de foreldre som trenger det. Til tross for at helsestasjonene møter tilnærmet alle nybakte foreldre, har tradisjonelt svært få kvinner med fødselsdepresjoner blitt identifisert og fått hjelp. Studier har vist at færre enn hver tredje barseldepresjon oppdages (1–3).



Marit Bergum Hansen, Avdelingssjef, Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse, RBUP Øst og Sør

DEPRESJONER. Norske undersøkelser har vist at 10–15 prosent av kvinner har symptomer på nedstemthet og depresjon de første månedene etter en fødsel, omtrent 5 prosent av disse utvikler alvorlige depresjoner. Man anslår at en tredjedel av depresjonene oppstår i svangerskapet (2–5). I tillegg til de

moderate og alvorlige symptomene har også en del kvinner mildere symptomer, noe forskningsprosjektene tradisjonelt har fokusert mindre på. Depresjoner i denne fasen av livet utgjør uansett et alvorlig helseproblem, både for den det gjelder og for parforholdet. Ikke minst er det veldokumentert at depresjon hos mor kan ha innvirkning på barnets trivsel og utvikling. (6,7). Hovedutfordringen ligger i at sped- og småbarn trenger omsorgspersoner som er psykisk tilgjengelige og sensitive overfor barnets signaler og behov.

EDINBURGH-METODEN. Flere norske helsestasjoner, deriblant Sandnes kommune, har innført Edinburgh-metoden i perioden 2011/2012. Implementering og evaluering er gjennomført i samarbeid med Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse (RBUP Øst og Sør). Edinburgh-metoden er en strukturert tilnæringsmetode der kvinner først fyller ut kartleggingsverktøyet The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), og deretter har en umiddelbar samtale med jordmor eller helseøster om egen psykisk helse. Den umiddelbare samtalen om psykisk helse tar utgangspunkt i kvinnens besvarelse i EPDS-skjemaet (8). Edinburgh-metoden ble tatt i bruk i Sandnes for å

styrke det forebyggende arbeidet i primærhelsetjenesten. Metoden vil kunne hindre at mange utvikler langvarige og alvorlige depresjoner, gjennom at kvinner identifiseres tidlig (9). Ved å bruke metoden ønsket kommunen å tilby tilpasset hjelp så tidlig som mulig. Evalueringen består av innsamlet datamateriale forut for implementering av Edinburgh-metoden, en elektronisk og anonym evaluering besvart av helseøstre og jordmødre i kommunen og konkrete oppfølgingstall i rapport via helsestasjonsledelsen ett år etterpå.

SANDNES. Sandnes kommune tok i bruk Edinburgh-metoden i 2010. Kommunen hadde 66 245 innbyggere per 1. januar 2011, derav 6 075 barn under fem år. Helsestasjonstjenesten når ut til nær sagt alle disse barna i Sandnes. Kommunen har gjennomført en enkel, prospektiv kartlegging av hvilken oppfølging helseøstre og jordmødre har gitt kvinner og familier i ett år før Edinburgh-metoden ble tatt i bruk. Jordmødre, helseøstre og en psykolog har fulgt en firedagers opplæring i oppstarten, samt at de har hatt veiledning hver fjerde til sjette uke i ett år. Opplæringen ble avsluttet med en felles oppfølgings- og erfaringsdag ett år etterpå. Kursevaluering er gjennomført etter den første firedagers-opplæringen.

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Symptomer på nedstemthet og depresjon er viktig å identifisere hos gravide og nybakte foreldre, både av hensyn til barnets utvikling, av hensyn til den voksne og av hensyn til parforholdet. Edinburgh-metoden bidrar til å sikre helsefremmende og forebyggende innsats på et veldig lavt behandlingsnivå når det benyttes i helsestasjonene. Denne artikkelen viser hvordan systematisk innsats ved bruk av metoden innvirker på oppfølgingen som gis av jordmødre og helseøstre i Sandnes kommune.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Svangerskap
- Nyfødt
- Depresjon
- Helseøster
- Jordmor

Edinburgh-metoden benyttes i møte med alle kvinner i Sandnes, ofte både i svangerskapsuke 26–30 og på seksuærkonsultasjonen i helsestasjonen. Helsesøstre og jordmødrene i Sandnes har ført statistikk knyttet til Edinburgh-metoden og oppfølging av kvinner fra implementeringstidspunktet og ett år frem i tid. I tillegg ble det gjennomført en anonym evaluering ett år etter implementeringen. Spørsmålene omhandlet i hovedsak hvilke erfaringer helsesøstre og jordmødrene har med metoden. Herunder inngår både egen opplevelse, opplevde brukererfaringer og spørsmål knyttet til rammene for bruk av metoden.

EVALUERING. Evalueringen etter ett år ble sendt ut per e-post til alle helsesøstre og jordmødre i kommunen, totalt 34 stykker. Svarprosenten er på 86 prosent. Evalueringen er formet som utsagn hvor respondentene tar stilling til om det stemmer veldig godt, stemmer godt, verken eller, stemmer ikke noe særlig og stemmer ikke i det hele tatt. 75 prosent av respondentene har deltatt på fire dagers opplæring forut for implementeringen, 21 prosent har ikke deltatt. Evalueringen viser at alle helsesøstre og jordmødre, med unntak av to, bruker metoden som planlagt i svangerskapsuke 26–30 og ved seksuærkonsultasjonen. Helsesøstre og jordmødrene oppgir svært ulik konsultasjonstid, fra 10–20 minutter og opptil 60 minutter. I helsestasjonen har helsesøstre og jordmødre tradisjonelt avsatt ulik tid til rutinemessige konsultasjoner. Jordmødre benytter rutinemessig fra 30–60 minutter, mens de fleste helsesøstre har 20–30 minutter til sine konsultasjoner i helsestasjonene.

FORNØYDE. Samtlige helsesøstre og jordmødre svarer at de opplever Edinburgh-metoden som meningsfull i helsestasjonsarbeidet. Alle respondentene opplever at EPDS-skjemaet fungerer som en døråpner til en samtale om psykisk helse, og 67 prosent mener at støttesamtaler er en metode som har

beriket yrkesutøvelsen. De aller fleste er fornøyd med egen arbeidssituasjon når det gjelder tidsbruk og arbeidskrav. Kun to personer svarer at de er lite tilfreds med tiden de har til rådighet og at arbeidskravene er for store. Nitti prosent av jordmødre og helsesøstre rapporterer at kvinnene synes det er greit å fylle ut skjemaet, mens 10 prosent svarer verken eller. Det er ingen ansatte som har fått negative tilbakemeldinger fra kvinnene.

STYRKET DIALOG. Et sentralt element ved å bruke Edinburgh-metoden er å styrke kvinnens deltakelse i dialogen. Bruk av selvutfyllings-skjema som EPDS antas å gi en mental forberedelse til hva som skal skje i konsultasjonen. Nesten nitti prosent av helsesøstre og jordmødre erfarer at bruken av EPDS styrker kvinnens aktive deltakelse. Ingen av respondentene er uenige i dette uttagnet. Det viser seg at Edinburgh-metoden, etter de ansattes vurdering, styrker barselkvinner brukermidvirkning på egen helse, beste, noe som tidligere har vært lite påaktet.

I Sandnes oppgir alle, bortsett fra to, at de mottar regelmessig veiledning. Alle som har deltatt i veiledning opplyser å ha blitt hørt, forstått og respektert av veileder. Kursevalueringen fra opplæringen viser at også veileder deltok i de felles opplæringsdagene. Veiledningen oppleves i sin helhet som nyttig for omtrent seksti prosent.

EFFEKT. Kartleggingen som ble foretatt før implementering av Edinburgh-metoden (N=16) viste at de aktuelle helsesøstre og jordmødrene til sammen hadde møtt 725 kvinner (prospektiv kartlegging, sett ett år tilbake i tid). Av disse 725 hadde 11 prosent av kvinnene hatt symptomer på nedstemthet og depresjon i forbindelse med svangerskap og barseltid, og 9 prosent av disse fikk

ekstra oppfølging i helsestasjonen før innføring av Edinburgh-metoden. Kartleggingen har ikke skilt mellom svangerskaps- eller barseltid.

Oppfølgingstall fra helsestasjonsledelsen i Sandnes viser at 143 kvinner har fått oppfølging fra jordmor

«En tredjedel av depresjonene oppstår i svangerskapet.»

i svangerskapet, hvorav 17 prosent får tilbud om ekstra oppfølging. Etter fødsel fulgte helsestasjonen 457 kvinner, 16 prosent fikk tilbud om ekstra oppfølging. Imidlertid takker en del kvinner nei til ekstra oppfølging. Jordmødrene følger opp 12 prosent av det totale antallet kvinner, mens helsesøstre følger opp 7 prosent kvinner. Av dem som ble tilbudt ekstra oppfølging etter fødsel (N=74) har totalt 65 prosent takket nei. I svangerskapet takker 24 prosent nei. Gjennomsnittlig får disse kvinnene 1,4 ekstra samtaler i svangerskapet, 2,2 samtaler etter fødsel. Henvisninger videre i tiltaksnettverket utgjør 2 prosent i svangerskapet og 4 prosent etter fødsel. Samtlige helsesøstre og jordmødre i Sandnes kommune ønsker å fortsette å bruke Edinburgh-metoden i sin oppfølging av foreldre, til tross for at enkelte synes metoden krever mye ressurser i det daglige.

DISKUSJON. Screening for barseldepresjon kan være et hensiktsmessig tiltak, men Eberhard-Gran og kollegaer (4) skriver i sin kunn-

skapsoppsummering at flere studier trengs for å måle effekten av slike tiltak. I faglige retningslinjer for både svangerskapsoppfølging og oppfølging i helsestasjonene framkommer at kommunene har et ansvar for å sørge for å identifisere og tilby effektiv og tilpasset hjelp til barselkvinner som strever, og at kvinnens psykiske helse skal være et tema i de ulike konsultasjoner i helsestasjonens oppfølging av små barn (10–12). Edinburgh-metoden er en metode som identifiserer depresjon og reduserer depresjonsymptomer blant barselkvinner, og er også en viktig del av opplæringen «Tidlig Inn» som tilbys kommuner i et nasjonalt program initiert av Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (13). Edinburgh-metoden er også implementert i mange av landets kommuner etter bestemte kriterier i samarbeid med Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse, RBUP Øst og Sør (14).

BETYDNING. Som nevnt innledningsvis identifiseres for få kvinner med fødselsdepresjoner opp i hjelpeapparatet (1–3). Tidligere undersøkelser (15) og også vår evaluering, viser at flere kvinner med depresjon blir identifisert ved bruk av Edinburgh-metoden. I Sandnes økte dette fra 11 til 16–17 prosent etter innføringen. Imidlertid takker relativt mange kvinner nei til videre oppfølging med støttesamtaler, spesielt etter fødselen. Årsaken til det kommer ikke frem i evalueringen, men muntlige tilbakemeldinger fra helsesøstre tilsier at kvinnerne takker nei ettersom de uansett skal tilbake til helsestasjonen etter kort tid innenfor det «faste» programmet, og derav ikke føler behov for noen ekstra timeavtale i





mellomtiden. I praksis løses dette ved at kvinnen får tilbud om å kontakte helsesøster utenom avtalene dersom hun ombestemmer seg, og videre oppfølging avtales og eventuelt planlegges ved neste møte noen uker senere. En hypotese er også at den umiddelbare samtalen etter utfylling av EPDS-skjemaet avdekker falske positive funn, og at noen av de kvinner som takker nei til ekstra oppfølging egentlig ikke har symptomer på nedstemthet eller depresjon. Uansett årsak styrker funnet i evalueringen vår antakelsen om at den umiddelbare samtalen som inngår i Edinburgh-metoden har enormt stor betydning. Både for å sortere ut eventuelle falske positive funn og også for å tydeliggjøre for kvinnen at helsestasjonen er et egnet sted å få videre hjelp dersom hun senere måtte ønske det.

POSITIVT. Et svært positivt funn er at metoden fører til mer aktiv deltakelse fra kvinnen, og således økes barselkvinneres brukermedvirkning i helsestasjonene. Brukermedvirkning er et uttalt politisk mål som formuleres i mange førende dokumenter fra aktuelle departement og direktorat. Funnet styrkes av at ingen rapporterer at kvinner har hatt negative opplevelser knyttet til Edinburgh-metoden. Andre studier korresponderer med dette, hvor det ikke er funnet fysiske og sosiale utfall hos mor, eller negative eller uønskete effekter av screening og oppfølging av mor, barn eller familie (16).

STØTTESAMTALER. Innføring av Edinburgh-metoden i Sandnes har også ført til at mange av helsesøstrene og jordmødrene tilbyr støttesamtaler som ekstra oppfølging til kvinner som ønsker og trenger det. Støttesamtaler er en metode som vektlegger en empatisk lyttende og støttende holdning i samtalen, framfor å gi råd. Når så mange som 92 prosent fra Sandnes-undersøkelsen rapporterer at støttesamtaler er en berikelse i yrkesutøvelsen, og at den oppleves nyttig og meningsfull, tenker vi oss at dette

oppleves som en viktig oppgave i det daglige. I tillegg til å berike den ansatte viser også undersøkelser at denne typen oppfølgingsprogram har god effekt for den kvinnen det gjelder (17, 18). Dette gir en forebyggende effekt på ulike former for utvikling- og atferdsmessige vansker hos små barn, selv om det fortsatt er begrenset kunnskap om varigheten av de positive effektene ved ulike intervensjonstiltak. Et viktig moment er også at symptomer på nedstemthet hos kvinner, uten at det nødvendigvis oppfyller formel-

«Samtlige helsesøstre og jordmødre svarer at de opplever Edinburgh-metoden som meningsfull.»

le kriterier for en diagnose, kan ha store innvirkninger på funksjonsnivået i den daglige omsorgsutøvelsen for barnet. Skotheim og kollegaer (19) viser at også subkliniske depresjoner kan påvirke samspillet mellom mor og barn.

Det er derfor grunn til å anta at oppfølging gjennom støttesamtaler både er berikende for helsearbeideren og at samtidig sikrer kostnadseffektiv både helsefremmende og forebyggende innsats på et veldig lavt behandlingsnivå.

KONKLUSJON. Edinburgh-metoden bidrar til å sikre helsefremmende og forebyggende innsats på et veldig lavt behandlingsnivå, og anses kostnadseffektivt på alle mulige måter. Samfunnmessig vil det på sikt også ha stor betydning at disse kvinnene som gruppe fanges opp og får behandling, både for den voksne det gjelder, parforholdet, og ikke minst for det lille barnet som trenger sensitive og tilgjengelige voksne i denne første og viktige fasen av livet. Det er også viktig å

holde fast ved en universell forebyggende tilnærming der den som møter kvinnen tilbyr støttesamtaler ved lette og moderate plager. Helsestasjonene anses å være en riktig arena for denne typen arbeid. ●

REFERANSER:

1. Eberhard-Gran M, Slinning K. Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2007.
2. Glavin K, Smith L, Sorum R. Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2009; 23: 705–10.
3. Coates AO, Schaefer CA, Alexander JL. Detection of postpartum depression and anxiety in a large health plan. *J Behav Health Serv Res* 2004; 31: 117–33.
4. Eberhard-Gran M, Slinning K, Rognerud M. Screening for barseldepresjon – en kunnskapsoppsummering. *Tidsskr Nor Legeforen* 2014; 134: 297–301.
5. Berle JØ, Aarre TF, Mykletun A, et al. Screening for postnatal depression. Validation of the Norwegian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale, and assessment of risk factors for postnatal depression. *J Affect Disord* 2003; 76: 151–6.
6. Cooper PJ, Murray L, Wilson A, Romaniuk H. Controlled trial of the short and long term effect of psychological treatment of post-partum depression. I: Impact of maternal mood. *British Journal of Psychiatry* 2003; 182: 412–9.
7. Hammen C. Risk and protective factors for children of depressed parents. I: Luthar SS, red. *Resilience and vulnerability: Adaption in the Context of Childhood Adversities*. New York: Cambridge University Press, 2003: 50–75.
8. Cox J, Holden JM. *Perinatal Mental Health: A guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. London: Gaskell, 2003.
9. Slinning K, Holme H, Valla L. (2012). Svangerskapsomsorg og forebygging av depresjon. *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 2012; 49: 69–73.
10. Nasjonal retningslinje for svangerskapsomsorgen. IS-1179. Oslo: Helsedirektoratet, 2005.
11. Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450. IS 1154. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2004.
12. Nasjonale faglige retningslinjer. Nytt liv og trygg tid for familien. Retningslinje for barselomsorgen. IS-2057. Oslo: Helsedirektoratet, 2014.
13. Tidlig intervensjon. <http://tidligintervensjon.no/Tema/Gravide/Helse/Hva-gjor-jeg/Opplæringsprogrammet> (Hentet 18.07.14.)
14. Holme H, Slinning K, Hansen M, Haug A. Implementeringsarbeid på tvers av kommunegrensar, forvaltningsnivå og faggrupper. I: Moe, Slinning, Hansen, red. *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* Oslo: Gyldendal akademisk, 2010: 545–59.
15. Glavin K, Ellefsen B, Erdal B. Norwegian public health nurses' experience using a screening protocol for postpartum depression. *Public Health Nursing* 2010; 27: 255–262.
16. Depresjonsscreening av gravide og barselkvinner. Rapport fra Kunnskapscenteret nr. 1–2013. Systematisk oversikt. Oslo: Kunnskapscenteret, 2013.
17. Glavin K, Smith L, Sorum R, Ellefsen B. (2010). Supportive counselling by public health nurses for women with postpartum depression. *Journal of Advanced Nursing* 2010; 66: 1317–27.
18. Morrell, J.C., Slade, P., Warner, R., Paley, G., Dixon, S., Walters, S.J., Brugh, T., Barkham, M., Parry, G.J., Nicholl, J. (2009). Clinical effectiveness of health visitor training in psychologically informed approaches for depression in postnatal women: pragmatic cluster randomised trial in primary care. *BMJ*, 2009, 338:a3045.
19. Skotheim S, Braarud HC, Høie K et al. Subclinical levels of maternal depression and infant sensitivity to social contingency. *Infant Behav Dev* 2013; 36: 419–26.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no



Helen Kvalheim

Åpner flaskeposter

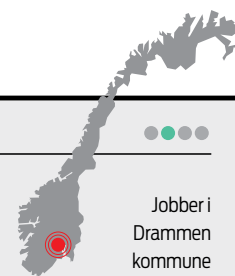
Fortalt til **Kristin Horn Talgø** • Foto **Erik M. Sundt**

Fakta

Nyutdannet sykepleier i 2001

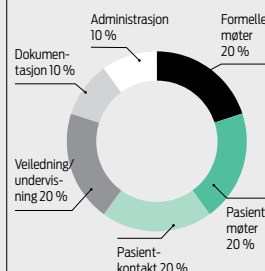
CV

2001: Sykepleier fra Høgskolen i Gjøvik
 2006-2012: Diverse videreutdanning innen psykoterapi, miljøterapi, familie og nettverk og kognitiv terapi.
 2012: Teamleder, Thorsberg Døgnseksjon, Drammen DPS



Jobber i Drammen kommune
 59°N

Når jeg jobber driver jeg med ...



Pasientene på Thorsberg Døgnseksjon Drammen DPS er hjertebarne mine. For å få til en god relasjon, kan det ikke bare være de som skal åpne seg. Jeg kan bruke egne bearbejdede erfaringer i terapeutisk hensikt for å vise at det pasientene med psykoser kjenner er helt vanlige følelser å ha i forbindelse med for eksempel sorg og tap.

Jeg liker å være nysgjerrig for å finne ut av hva som ligger i tolkningene til pasientene.

Da jeg jobbet som teamleder og kognitiv terapeut på psykosepost, drev jeg mye med kognitiv miljøterapi. Vi bruker situasjoner som pasientene synes er vanskelige, og forsøker å bevisstgjøre at hva du tenker henger sammen med hva du føler.

Jeg har de siste to årene vært teamleder for et samhandlingsteam på DPS med samarbeidspartner fra NAV i Drammen og Lier. Her jobber vi for å få til et fleksibelt lavterskeltilbud for mennesker med alvorlig psykiske lidelser og rusproblemer. Jeg tar med meg mine erfaringer fra døgnpost, og vi har en kognitiv tilnærming her også. Vi prøver å tilrettelegge individuelle opplegg for å fange opp de som faller utenfor radaren i systemet, og hjelpe dem tilbake til det ordinære hjelpeapparatet.

Jeg driver også med undervisning knyttet til erfaringer med kognitiv miljøterapi og psykose. I tillegg tar jeg videreutdanning for å bli veileder innenfor kognitiv terapi for å kunne veilede kandidater og terapeuter.

Noe av det beste med jobben er å bli kjent med mennesker. Ei jente jeg har jobbet mye med skreiv en gang til meg at hun hadde følt seg som en flaskepost, med et ønske om at noen skulle åpne henne opp og lese budskapet hennes. Det handler om forsiktig å lirke av korken så den ikke blir ødelagt på veien. Men hvis vi er varsomme, får vi en liten åpning.

Jeg er opptatt av balanse både for pasientene og for meg personlig i mitt liv. Jeg er så glad i jobben min, men prioriterer å finne tid til meg selv og familien. Når jeg kommer borti så mye vondt i jobben, blir det viktig for meg å fylle opp med gode opplevelser. ●

redaksjonen@sykepleien.no



Kjent: Det beste med jobben er å bli kjent med mennesker, synes Helen Kvalheim.



Robert Whitaker

– Psykiatriske medikamenter skader hjernen

● Tekst og foto **Kristin Horn Talgø**

Kritisk. – Dagens medisiner av psykiske lidelser er med på å gjøre folk enda sikkere.

USA bruker en av fem farmasøytiske legemidler. 1,9 millioner mennesker mellom 18 og 65 år er i dag registrert som mottakere av uføretrygd fordi de er invalidisert av en psykisk lidelse. Forholdene i USA er utgangspunkt for boka «En psykiatrisk epidemi. Illusjoner om psykiatriske legemidler», som den amerikanske vitenskapsjournalisten Robert Whitaker har skrevet. Han har tatt for seg resultatene av langtidsstudiene av effekten av psykiatriske legemidler i forskningslitteraturen.

ÅRSÅK: PSYKISK SYKDOM. Det samme preger utviklingen i Norge. Her var i underkant av 67 000 uføretrygdet i 1990 på grunn av psykiske lidelser. I 2009 var tallet steget til vel 97 000, viser tall fra NAV som Whitaker har med i det norske forordet. Søren Brage, overlege ved Arbeids- og velferdsdirektoratet, har bidratt med to artikler hvor han tar for seg medisinske årsaker til uføreytelser blant unge i alderen 16–24 år, fra 1977 til 2006. Brage skriver at det har vært en tredobling av unge uføre de siste 30 årene. I artiklene kommer det fram at psykisk sykdom er den viktigste årsaken til ung uførhet. Rundt halvparten av dem har en alvorlig psykisk lidelse. Det er særlig depresjon og angstlidelser som er gitt som uføreårsak de siste årene.

LITEN KUNNSKAP. Hvis framskrittene innenfor psykiatri og psykiatriske legemidler har vært så store, og brukes i så stor grad og av så mange mennesker, burde det ikke vært en nedgang i antall psykiske lidelser istedenfor en økning? Kan det hende at disse legemidlene er med på å bidra til denne økningen, spør Whitaker.

For å kunne svare på disse spørsmålene går han tilbake til de psykiatriske legemidlenes begynnelse. Whitaker skriver at da førstegenerasjons psykiatriske medikamenter ble oppdaget på 1950-tallet, hadde forskerne liten kunnskap om hvordan nevronene kommuniserte med hverandre.

KJEMISK UBALANSE. Den gang antok forskerne at hvis man laget et legemiddel som kunne øke serotoninivåene i hjernen, så ville det lette depresjon. Dette førte til medikamentene «selektiv serotoninreopptakshemmere» (SSRI).

De psykiatriske legemidlene ble sammenliknet med insulin for diabetespasienter. Tanken bak SSRI-preparater var altså at de kunne fikse den kjemiske ubalansen i hjernen. På samme måte gikk forskerne ut fra at psykoser var forårsaket av for mye dopamin. Ved å skape medikamenter som blokkerer for dopaminopptaket, ville anti-psykotika kunne normalisere balansen i hjernen.

«Litteraturen omkring mulige negative langtidseffekter er sprikende.»

Erik Johnsen

FORSTYRENDE. Men dette synet har flere forskere forkastet. Når en person blir gitt psykiatriske medikamenter, vil hjernen prøve å kompensere for virkningen av medikamentene, men etter en viss tid vil hjernen «gi opp» dette. Funnene er beskrevet i en vitenskapelig artikkel skrevet i 1996 av nevroforsker Steve Hyman, som Whitaker viser til.

Hyman konkluderte med at vitenskapen gjennom de siste førti årene viste at før medikamentell behandling lider ikke pasienter med schizofreni, depresjon eller andre psykiske diagnoser av en kjemisk ubalanse i hjernen. Men idet pasientene blir gitt psykiatriske medikamenter, forstyrres de vanlige funksjonene i nevrobanene og hjernen til personen begynner å fungere unormalt.

MÅ SE HELE BILDET. Gitte Huus, avdelingsdirektør for psykisk helsevern og rus i Helsedirektoratet, sier at det ikke er mulig å basere nasjonal faglig retningslinjer på forskning som understøtter ett syn, men at man må se på det store bildet som forskningen viser.

– Når det gjelder retningslinjene for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykose, baserer vi det både på kunnskap fra forskning og kunnskap fra brukerne. Medikamentene er en del av anbefalingene, i tillegg til anbefalinger av en del andre behandlingsmetoder. For eksempel er det de første retningslinjene som anbefaler musikkterapi.

MEDISINSK SØPPELHAUG. Whitaker siterer den irske psykiatriprofessoren David Healy som i 2005 skrev at serotonin-teorien hører hjemme på den medisinske søppelhaugen sammen med «onaniteorien om sinnssykdom».



Omstridt bok: Robert Whitaker spør om medisinerer er problemet heller enn løsningen for mange psykiske lidelser.

Likevel, medikamenter som antidepressiva, har hatt stor kommersiell suksess på markedet. Whitaker skriver at legemiddelfirmaenes feilaktige, men effektive markedsføring er en av årsakene til det høye medikamentforbruket.

UAVHENGIG FORSKNING. Erik Johnsen ved avdeling for spesialisert psykosebehandling på Haukeland sykehus medgir at det er en del kommersielle krefter som hele tiden ønsker nye markeder for legemidlene sine.

– Men litteraturen omkring mulige negative langtidseffekter er metodologisk vanskelig og sprikende.

Johnsen sier at det ved Divisjon psykisk helsevern pågår forskningsprosjekter om effekter og bivirkninger av medikamentell

«Serotoninteorien hører hjemme på den medisinske søppelhaugen.»

David Healy

behandling, prosjekter som er uavhengige av legemiddelindustrien.

POLARISERT. Men Whitaker mener det oppstod et stort gap mellom den historien offentligheten ble fortalt, at medikamentene fikser en kjemisk ubalanse i hjernen, og den forskningen som tilsier at psykiatriske medikamenter ikke

har en langvarig positiv effekt. Snarere tvert imot.

– Det er en stor grad av kognitiv dissonans i mange psykiatriske miljøer. De ser bevisene, men vil ikke se dem, sier journalisten og forfatteren.

Psykiater Johnsen understreker at han kun kan snakke ut ifra seg selv og slik han oppfatter sine kolleger. Men han kjenner seg ikke igjen i dette utsagnet.

– Tvert imot opplever jeg at vi er opptatt av langtidseffekten av medikamentene. I forbindelse med antipsykotika vil god klinisk praksis tilsi bruk av laveste effektive doser, og at kombinasjonsbehandling med flere antipsykotika samtidig, bør unngås. ●

redaksjonen@sykepleien.no



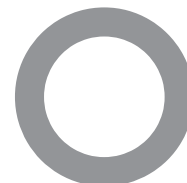
VOLD MOT ELDRE

Ansvar. Sykepleier må bidra aktivt til å avdekke og forhindre vold mot eldre.

FAGARTIKKEL:

Artikkelen bygger på

100 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/SYKEPLEIENS.2014.0180



Line Syvertsen Festvåg,
Høyskolelektor ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold

I denne artikkelen setter jeg søkelyset på utsatte eldre hjemmeboende pasienter og de utfordringer som sykepleiere og studenter møter ved hjemmebesøk hos voldsutsatte pasienter. Begrepene vold og overgrep benyttes om hverandre. Med overgrep og voldsutøver sikter jeg til den som angivelig har begått selve overgrepene. Voldsutsatt er den eldre mann eller kvinne over 65 år som i kortere eller lengre tid har vært offer for vold. I teksten omtales den voldsutsatte som «hun» og voldsutøveren som «han» – vel vitende om at også kvinner utøver vold.

OVERGREP. Forståelsen av hva som er et overgrep er kulturelt betinget. Den definisjonen vi ofte viser til, er utarbeidet av WHO – i den såkalte Torontoerklæringen: «Overgrep mot eldre er enkeltstående eller gjentatte handlinger, eller mangel på riktige handlinger, som forårsaker skade, nød eller lidelse for en eldre person. Overgrepene skjer i forhold hvor det i utgangspunktet er en forventning om tillit» (1, s. 3). Her inkluderes både fysisk, psykisk, seksuell, økonomisk og materiell vold i tillegg til omsorgssvikt. O'Keeffe og medforfattere (2) har definert begrepet overgrep, og beskriver fysisk vold som det å dytte, gripe, puffe,

sparke, bite, slå med knyttneve eller andre gjenstander, brenne eller skålde, gi for mye beroligende- eller sovemedisiner, stenge inne, binde fast, true eller påføre skade av kniv eller våpen. Psykiske vold omfatter det å fornærme, banne og bruke skjellsord, verbalt true, undergrave, bagatellisere, ekskludere og gjentatt ignorere, true med å skade personer den eldre bryr seg om, hindre den eldre i å oppsøke andre eller fjerne nødvendige hjelpemidler. Seksuelle overgrep er verbal seksuell tilnærming, berøring eller forsøk på seksuell berøring, tvunget eller forsøkt tvunget seksuell omgang mot den Eldres vilje. Finansielle overgrep forstås som å stjele penger, eiendom eller dokumenter, hindre tilgang til egne verdier, tvinge til å gi bort verdier, tvinge eller villedle til å overdra verdier eller til å endre testamente eller andre dokumenter, misbruke økonomiske fullmakter, utøve utilbørlig press på den eldre til noen av de ovennevnte handlinger, men uten å lykkes, samt det å unnlate å betale for utgifter de har blitt enige om.

KARTLEGGING. Sosionom Grete Stang og lege Åsa Rytter Evensen (3) var de første i Norge til å kartlegge omfanget av overgrep mot eldre hjemmeboende. De fant at blant 4200 pasienter meldte 42 pasienter om at de var utsatt for vold, det

vil si 1 prosent av deltakerne. Senere prevalensundersøkelser viser ulik forekomst av vold mot eldre i nære relasjoner, og tallene varierer fra 1,7 prosent (4) til mellom 4–6 prosent i et mer globalt perspektiv der fem studier gjennomført i Canada, Nederland, USA, Finland og Storbritannia ble lagt til grunn for beregningene (5). Det er da snakk om både fysiske og psykiske overgrep, økonomiske og seksuelle overgrep og omsorgssvikt. Resultatene fra en svensk undersøkelse viser at forekomsten av fysisk vold mot eldre hjemmeboende er på 4 prosent, psykisk vold er på 29,7 prosent, seksuell vold 0,5 prosent og økonomisk vold 1,8 prosent (6).

INTERVJUER. En viktig instans for kompetanseutvikling om vold og traumer er Nasjonalt kunnskaps-senter om vold og traumatisk stress (NKVTS). Helsedirektoratet ga for kort tid tilbake NKVTS i oppdrag å gjennomføre en studie av overgrepsutsatte eldre (5). På bakgrunn av intervju med eldre som hadde vært utsatt for overgrep så avdekket forskerne hvordan eldre som utsettes for overgrep, opplever sin livssituasjon, hvordan de håndterer situasjonen og hva de gjør for å hindre nye overgrep. 25 kvinner og 5 menn deltok i studien der halvparten hadde vært utsatt for overgrep fra voksne barn, åtte

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Sykepleier skal bidra til at vold mot eldre blir avdekket, og bidra til at de av våre pasienter som har vært utsatt for overgrep får den hjelpen de trenger. Dette krever grundige vurderinger i forhold til menneskerettigheter, til norsk lov, etiske prinsipper og kunnskap om vold og dens konsekvenser.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Vold
- Eldre
- Jus
- Menneskerettighet



Tier: De fleste overgrep mot eldre blir begått av personer som står dem nær, derfor synes offeret ofte det er vanskelig å fortelle om det til andre. Illustrasjonsfoto: Colourbox

av ektefeller, fire hadde opplevd overgrep fra naboer eller bekjente, og i tre tilfeller ble de eldre utsatt for overgrep av det de opplevde som et mangelfullt og til dels krenkende hjelpeapparat (strukturell vold).

FAMILIEMEDLEMMER. De fleste overgrep mot eldre skjer fra personer som står dem nær. Derfor synes offeret ofte det er vanskelig å fortelle om det til andre. Ifølge Jonassen og Sandmoe (5) er voldsutøver partner, barn, barnebarn, andre familiemedlemmer eller bekjente. Voldens type og konsekvenser har mange likhetstrekk enten offeret er barn eller voksen, yngre eller eldre. Likevel er det nødvendig å se det særegne ved de voldsutsatte for bedre å forstå det komplekse bildet. Den eldre voldsutsatte skiller seg på noen områder ut fra yngre ved at de har levd et langt liv, og kreftene til å stå imot overgrepene er mindre enn før. Det samme gjelder evnen til å kompensere for helsesvikten som inntreffer før eller senere. Samtidig er det viktig ikke å generalisere da de gamle er forskjellige. Hver overgrepshistorie er unik, og ingen opplever akkurat det samme som sårende i disse overgrepene.

SKRØPELIGE. Den eldre sviktende helse og fysiske styrke til å stå imot påkjenninger, bidrar som nevnt til at det er vanskelig å melde fra om overgrepene. To longitudinelle studier gjennomført i USA viser at både sykkelighet og dødelighet økte dramatisk for overgrep utsatte med høy alder (5). Det ble da justert for andre faktorer som kunne ha innvirkning på sykkelighet og dødelighet. Sandmoe (7) fant i sin doktorgradsstudie at ofrene for overgrep som hjemmesykepleien var kjent med, hadde stor grad av skrøpelig og et omfattende hjelpebehov.

Det å bli eldre innebærer for mange tap av sosiale kontakter. Familie og venner blir borte enten ved død eller fordi de selv ikke er i stand til å opprettholde kontakten som





før. Studier viser at eldre med lite sosialt nettverk er mer utsatt for vold (5). I tillegg vet vi at vold ofte innebærer en avskjæring fra det sosiale liv. Kanskje består volden av ikke å få lov til og ha kontakt med familie og venner.

SKYLD. Hjelmdal (8) er forsker ved NKVTS og hevder at eldre som utsettes for vold av barna sine ofte også føler skyld og lurer på hva de har gjort galt. Også Jonassen og Sandmo (5) finner at noen eldre føler skyld for at overgrepene skjer. En av flere utfordringer er i det hele tatt å oppdage volden og å få den eldre til å snakke om at dette skjer. Årsaker til at et menneske øver vold mot et annet menneske kan være knyttet til familiekonflikter og stor omsorgsbyrde hos pårørende. De kan oppleve av maktesløshet og ha problemer med alkohol og narkotika. Det kan også være en videreføring av overgrep; for eksempel der sønn øver vold mot mor og selv har vært utsatt for farens overgrep som barn (9). Jonassen og Sandmo (5) fant at de voksne barna ofte hadde rus- eller psykiske problemer. I de relasjonene der overgreper var ektefelle hadde parforholdet vært konfliktfylt fra begynnelsen av, og således noe voldsutøver og voldsutsatt hadde levd med i en årrekke (5). Også i en tidligere europeisk studie finner forskerne at en overvekt av overgrepsutsatte eldre kvinner har vært utsatt for tilsvarende handlinger også tidligere i livet (6). Dette er verdt å merke seg da den voldsutsatte kan ha eller har hatt ulike grunner til ønsket om å bli værende i forholdet, noe som påvirker sykepleiers muligheter for endring. Det betyr ikke at man ikke skal gjøre noe, men arbeidet mot endring tar kanskje lengre tid eller endringene er mindre enn man optimalt sett skulle ønske på vegne av den utsatte.

UTFORDRINGER. I Stortingsmelding nr. 21 om menneskerettigheter i Norge har regjeringen laget en handlingsplan for menneskerettigheter som berører viktige områder

i sykepleiers fagutøvelse (10). Som offentlig ansatte fagpersoner kan sykepleier komme i situasjoner der vi får et medansvar for brudd på menneskerettighetene. Eldre hjemmeboende utsettes for vold uten at helsepersonell griper inn. Drøftingen tar utgangspunkt i mulige konflikter mellom menneskerettighetene, norsk lov og pasientens rett til medbestemmelse knyttet til vold i nære relasjoner. Hva når mistanken vekkes?

Ansvar for å melde ifra er et ansvar mange finner vanskelig å ta – av flere grunner. Blant annet kan det skyldes uvisshet om hvordan vi kan og bør forholde oss i møte med voldsutsatte pasienter? For få måneder siden veiledet jeg to sykepleiestudenter som fortalte at de samme dag hadde vært vitne til en kvinne som slo sin syke ektemann. Studentene var i villrede om hvordan de skulle håndtere situasjonen. Det krever mot å skulle handle aktivt i en konkret situasjon der utfallet er usikkert, og ikke minst veien videre er ukjent.

MEDANSVAR. Som offentlig ansatte fagpersoner kan altså sykepleiere komme i situasjoner der vi får et medansvar for brudd på menneskerettighetene. Hvilke etiske forpliktelser er sykepleieren bundet til utover dette? Yrkesetiske retningslinjer formulerer det slik: «Sykepleieren melder fra eller varsler når pasienter utsettes for kritikkverdige eller uforsvarlige forhold» (12, s. 10). Sykepleierens etiske grunnlag bygger på de fire prinsippene velgjørighet, ikke skade, respekt for autonomi og rettferdighet. Velgjørhetsprinsippet stiller store krav til vår evne og vilje til å reagere på pasientens lidelse, og er uttrykt i helsepersonelloven § 4 og i prinsippet om faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (11). Ikke-skadeprinsippet vektlegger hvordan sykepleier skal oppføre seg (være varsom og empatisk), og er et pliktetisk prinsipp som sier noe om hva du ikke skal utsette pasientene for. Respekt for pasientens autonomi bygger på en anerkjennelse av mennesket som et rasjonelt vesen

«Det å bli eldre innebærer for mange tap av sosiale kontakter.»

med evne til kritisk selvrefleksjon og til å fatte beslutninger i og om eget liv. Rettferdighetsprinsippet er knyttet til likebehandling og prioritering av de mest trengende (13). Prinsippet om barmhjertighet er også videreført i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: «Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter» (12, s. 7). Prinsippene bidrar til større bevissthet i alle de situasjonene hvor det ikke er opplagt hva som er en riktig handling. Daglig opplever sykepleier dilemmaer der de etiske prinsippene settes opp mot hverandre og stiller krav til kompetente vurderinger.

KJENNSKAP. For å være i stand til å oppdage vold og handle ut ifra dette er det viktig å kjenne den enkelte pasient og å ha kunnskap om pasienten. Ved å gjenkjenne de faktiske endringer og de sykdommer som gjør seg gjeldende hos den eldre, vil det være noe enklere å oppdage vold. Blåmerker kan for eksempel forklares med hardhendt behandling, men kan også skyldes blodverdier som forhøyet INR og økt fare for hudblødninger. Kjennskap til hvilke observasjoner sykepleier bør reagere på, vil bidra til å avdekke volden.

Sykepleier står ikke alene om å løse den voldsutsatte pasientens situasjon. Følgende instanser er aktuelle samarbeidspartnere for den eldre: fastlege eller annen lege, psykisk helsevern, advokat, politi, boligkontor, rusinstitusjon og familievern, for å nevne noen av de informantene i Jonassen og Sandmoes studie (5) henvendte seg til. I tillegg forteller de eldre at det også kan avhjelpe situasjonen dersom øvrig familie involveres. Flere ga faktisk uttrykk for at familien var de eneste som visste noe om overgrepene, og de eneste de ønsket å involvere.

Sentralt i vurderingen av hva som bør gjøres ved mistanke om

eller bekreftet vold, er å sjekke ut hva pasienten selv mener om å gå videre med saken. På hvilken måte kan sykepleier bidra til eller sikre at pasienten har innflytelse på tiltakene slik at også den lovfestede retten til brukermedvirkning blir ivaretatt? Dersom pasienten ikke er samtykkekompetent etter Lov om pasientrettigheter § 4.3, så stiller saken seg annerledes med tanke på samtykke til helsehjelp (14).

KONSEKVENSER. Vold mot et menneske defineres som brudd på menneskerettighetene og har store helsemessige, sosiale og juridiske konsekvenser. Sykelighet og dødelighet øker dramatisk for eldre overgrepssatte, og livskvaliteten reduseres hos den eldre som allerede er utsatt for helsesvikt grunnet høy alder. Sykepleier med arbeid i hjemmesykepleien møter pasienter som er eller har vært utsatt for vold, og har plikt til å melde fra ved mistanke om vold eller bekreftet vold i hjemmet.

Sykepleiers praksis er basert på menneskerettighetene og innebærer at vi aktivt forholder oss til innholdet i både internasjonale menneskerettighetskonvensjoner og relevant nasjonal lovgivning. Det betyr å arbeide for at rettighetene blir respektert, men også å reagere når de brytes. Sykepleier skal bidra til at overgrep blir avdekket, og bidra til at mennesker som har vært utsatt for overgrep får den hjelpen de trenger. I en del tilfeller gjør den eldre det de kan for å dekke over volden, og i andre tilfeller er hel-sepersonell kjent med overgrepe- ne uten at de kan eller vil gripe inn. Særlig utfordrende blir dette når den voldsutsatte pasienten ikke ønsker inngripen fra det offentlige. I slike situasjoner kreves grundige vurderinger i forhold til menneskerettigheter, til norsk lov og til etiske prinsipper. Staten er forpliktet til å hindre vold i nære relasjoner og har således rett til å gripe inn i den hensikt å beskytte individets helse og rettigheter.

KONKLUSJON. Våkne og modige sykepleiere kan forebygge brudd

på menneskerettighetene, og undervisning om menneskerettigheter i sykepleieutdanningen er viktig. Dette er et tema som har hatt en beskjeden plass til nå, og i rammeplanen for sykepleieutdanningen er det per i dag ikke spesifikke krav til undervisning eller veiledning knyttet til vold i nære relasjoner. Temaet er høyst aktuelt som en del av arbeidet sykepleier gjør for å fremme helse og forebygge sykdom hos friske og utsatte grupper i befolkningen. ●

REFERANSER:

1. The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse, Geneva, September 21, 2010 http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_en.pdf (03.11.2012).
2. O'Keefe, M., Hills A., Doyle M., McCreadie C., Sholes S., Constantine R., Erens B. UK study of abuse and neglect of older people. Prevalence survey report. London: National Centre for Social Research, Kings College, University of London, 2007.
3. Stang G, Evensen ÅR. Eldremishandling frem i lyset. Tidsskr nor lægeforen 1985; 105: 2475–78.
4. Juklestad ON. Forskning og forskningsbehov på temaet vold og overgrep mot eldre. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2007.
5. Jonassen W, Sandmoe A. Overgrep mot eldre i Norge – erfaringer og løsningsstrategier. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, Rapport 3/2012.
6. Soares JF, Barros H, Torres-Gonzales F, Ioannidi-Kapoulou E, Lamura G, Lindert J, Stankunas M. Abuse and health among elderly in Europe. Kaunas: EAHC, 2010.
7. Sandmoe A. Older people at risk for being abused by someone close to them: A quality study of community care services in Norway and Australia. Doktoravhandling. Oslo: University of Oslo, 2011.
8. Hjelmdal OK, Juklestad O. En privatsak? Eldres oppfatning av vold og overgrep og om å melde fra om vold. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2006.
9. Croos, C. O. (årstall ukjent) Forholdet mellom eldreomsorg og menneskerettigheter – en litteraturgjennomgang. <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/29493/croosoppagave.pdf?sequence=1> (03.11.13)
10. Meld. St. 21 (1999). Menneskeverd i sentrum. Handlingsplan for menneskerettigheter.
11. Lov om helsepersonell (1999). <http://www.lovdatab.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (05.11.2013).
12. Etiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo: Norsk sykepleierforbund, 2011.
13. Nortvedt P. Omtanke. En innføring i sykepleiers etikk. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2012.
14. Lov om pasientrettigheter (1999) <http://www.lovdatab.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (05.11.2013).

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no



Alle kan bruke aminoJern!

aminoJern Ferrochel er et lavdose jerntilskudd som kjennetegnes ved sin unike opptaksmekanisme. **aminoJern Ferrochel** inneholder den patenterte jernforbindelsen Ferrochel som er basert på omfattende forskning både når det gjelder effekt, bivirkninger og toksisitet.

Ferrochel er utviklet av det amerikanske selskapet Albion Advanced Nutrition. Gjennom de siste 50 årene har Albion spesialisert seg på forskning, utvikling og framstilling av ulike chelater som bidrar til et optimalt mineralopptak.

aminoJern Ferrochel absorberes opptil fire ganger bedre enn tradisjonelle jerntilskudd. **aminoJern Ferrochel** er meget stabil og man unngår at jern felles ut og danner fritt jern i tarmen med dertil tilhørende kjente bivirkninger.

En rekke kliniske studier dokumenterer at **aminoJern Ferrochel** absorberes og utnyttes svært godt. Jernlageret bygges effektivt opp selv ved lave doser. Det er også lett å administrere **aminoJern Ferrochel** da det kan inntas sammen med mat uten at effekten reduseres. **aminoJern Ferrochel** inneholder verken gluten, sukker, melk eller noen animalske ingredienser, og kan derfor brukes av alle.

aminoJern Ferrochel markedsføres som et kosttilskudd av **Vitalkost AS** og selges i utvalgte apotek foruten helsekostbutikker.

For prøver, brosjyre og oversikt over studier, send mail til ralph@vitalkost.no eller ring 33 00 38 70.

www.aminojern.no





Tvangstrøye. Å ikle eldre pasienter med demens en dress mot deres vilje, er et alvorlig inngrep i deres selvbestemmelsesrett.

Ugreit med lukket nattdress



Fakta

**Berit Daae
Hustad**

Leder av Rådet
for sykepleieetikk

Flere av henvendelsene som Rådet for sykepleieetikk har mottatt er fra sykepleiere som opprøres over at det på sykehjem benyttes hele dresser som lukkes bak for beboere med demens. Det beskrives at dette er et tiltak for å lette arbeidet for nattevakten. Dressen gjør at beboeren ikke har tilgang til å ta av bleien, kanskje bli tilsølt av urin og avføring, og med lav bemanning og mangel på tid til et eventuelt stell er dressen tiltaket.

RYSTENDE. Som leder i Rådet for sykepleieetikk er det rystende å høre at det fremdeles brukes hel dress som lukkes bak til eldre pasienter med demens. Ansatte forteller at dressen som regel blir påkledd sent på kveld når pårørende har forlatt avdelingen. Flere mener at bruk av dress er et ledd i nedskjæring fra to til bare en nattevakt på hver avdeling.

GAMMEL OPPFINNELSE. Da dressen kom på markedet for tyve år siden var det en del diskusjoner rundt bruk av denne. Noen sykepleiere forsvarte bruken med at dressen gav trygghet fordi «alt var på plass» (bleier etc.). Det at dressen var trang ble begrunnet med at da lå bleier tett inntil kroppen hele natten. Det ble dermed ikke kaldt, noe som kunne skje hvis dyne og bleie ble revet av. Det var også en fordel at en bleie da kunne vare hele natten, uten behov for skifte.

«All helsehjelp fordrer et samtykke. Det gjelder også for pasienter med demens.»

Mange er imot bruk av dress og forteller om pasienter som «strever hele natten» for å komme seg ut av dressen. Noen greier det etter timers kamp, og man finner dem med bleier revet i biter. Andre er for svake og utmattet til å protestere.

Allerede i 2008 henvendte en sykepleier seg til Rådet. Hun var imot bruk av hel dress og hun uttalte: «Eg syns det er ein vemmelig dress, der pasientane kan liggja våt av urin

og avføring i timevis, eller ei heil natt utan at det vert gjort noko».

ETIKK. Sykepleie utøves på sårbare arenaer i møte med menneskers avmakt, fortrolighets- og intimitetszone. Det er derfor avgjørende at sykepleiere har høy etisk bevissthet når de har omsorgen for de mest sårbare pasienter, slik som mennesker med demens, eller andre pasienter som ikke kan forsvare seg selv og sine rettigheter.

I vårt samfunn, der helsetjenester har markedsideologisk tenkning, er omsorg og etiske hensyn ofte nedprioritert. Sykepleieres faglige ansvar forutsetter etisk bevissthet og solid dømmekraft. Reflektert praksis fremmer moralsk praksis, og det bør derfor jevnlig skapes arenaer for etiske refleksjoner alle steder der sykepleie utøves. Formuleringene i sykepleiens grunnlag beskriver det etiske fundamentet for all sykepleie:

- Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet.
- Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert.

Empati, evnen til å bli følelsesmessig berørt av en annens pleiebehov og avhengighet, forutsetter at en er i stand til å sette seg inn i den annens situasjon, for å forstå den andres lidelse og verdighet. Viljen til å forstå hva som er best for den andre og handle ut fra denne forståelsen, må være koplet til å la den andre være herre i sin egen verden. Eller som Løgstrup sier: «Fordringen om å ta vare på den annens liv er en fordring om å være uendelig tålmodig med den andre og gjøre sitt til at hennes verden blir så rommelig som mulig».

LOVEN ER KLAR. Bruk av hel dress med lukking bak kan ikke ansees som annet enn tvangstiltak. Det å ikke ha tilgang til sin egen kropp er en alvorlig inngripen i et menneskets liv. Det må oppfattes som et tvangstiltak og ikke kunne berøre egen kropp, utenom ansikt og hender, og en krenkelse av selvbestemmelsesretten. Respekt for pasientens integritet og verdighet er med dette ikke ivaretatt.

Loven er klar: All helsehjelp fordrer et samtykke. Det gjelder også for pasienter med demens. Pasientens verge, som oftest er en av pårørende, skal samtykke til all helsehjelp.

Når pasienten mangler samtykkekompetanse, og gir uttrykk for motstand mot tiltaket, skal helsetjenesten fatte tvangsvedtak. Å gi helsehjelp til pasienter som motsetter seg hjelpen er et alvorlig inngrep i deres selvbestemmelsesrett. For å ivareta pasientens rettssikkerhet er det derfor viktig at det faktisk fattes vedtak om tvungen helsehjelp, at vedtakene er så grundige som mulig og at innholdet gjøres kjent for alle involverte, slik som pårørende/verge.

Hvis pasienten motsetter seg å få på dressen, eller at man kan observere at pasienten ønsker å få den av, så betyr det at pasienten ikke samtykker. Det krever god kjennskap til pasienten for å vurdere om pasienten uttrykker motstand. Det kan komme til uttrykk fysisk eller verbalt. Sykepleieren har et særlig ansvar for å vurdere om pasienten faktisk har evne til å vise motstand. Det er en tydelig hovedregel at frivillige tiltak skal forsøkes før det gis helsehjelp med tvang. Et slikt tvangstiltak skal det søkes om for å ha et gyldig vedtak. Det er også presisert at bestemmelsene ikke kan benyttes til å løse ressurs- og bemanningsbehov i helsetjenesten.

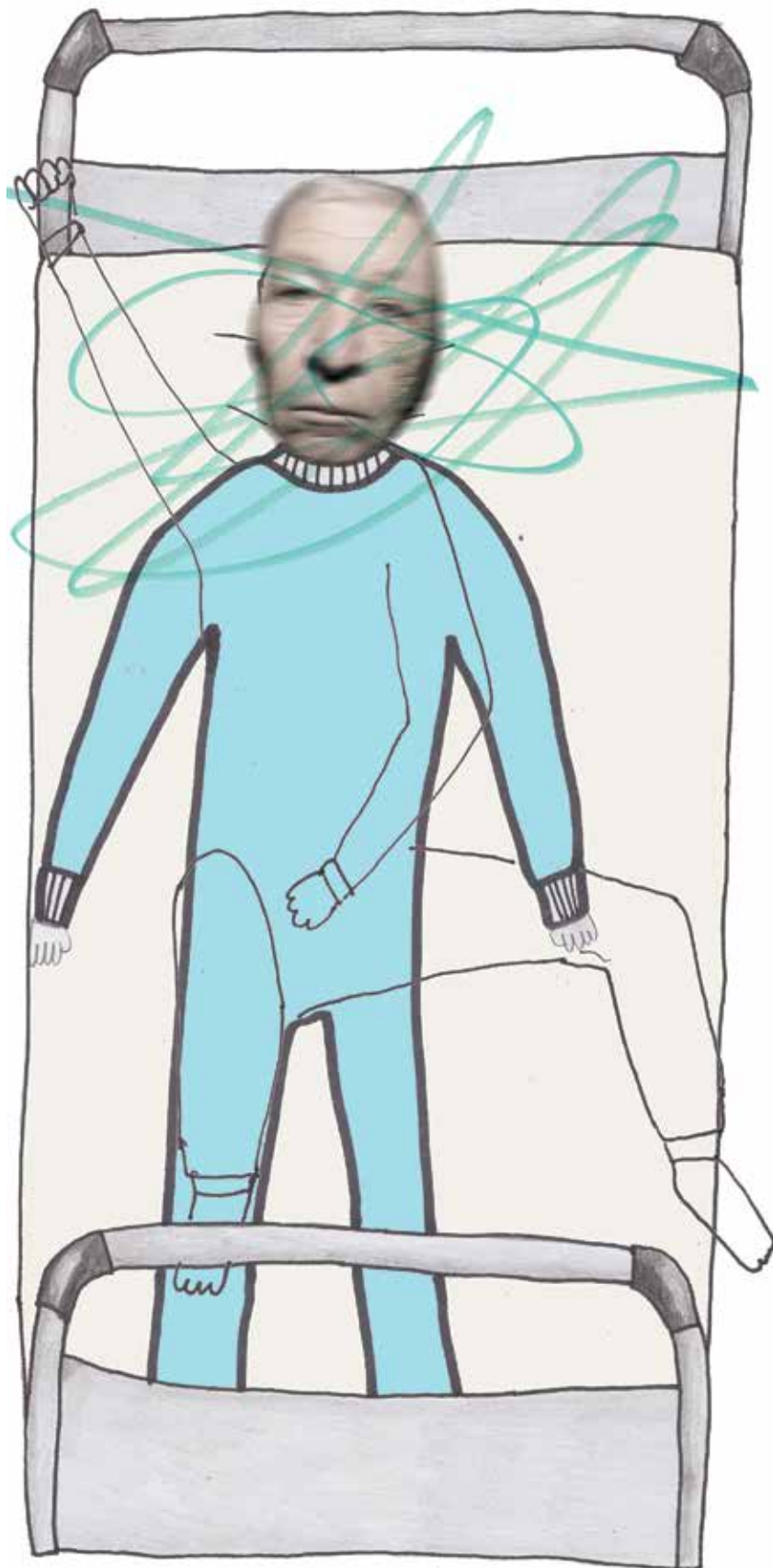
Paragraf 1.3 i Yrkesetiske retningslinjer er slik: «Sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig».

I tillegg har ledere et ansvar, jf. § 1.5: «Ledere av sykepleietjenester har et særskilt ansvar for å skape rom for fagutvikling og etisk refleksjon, og bruker yrkesetiske retningslinjer som et styringsverktøy».

BØR FORBYS. Bevegelseshindrende tiltak er svært belastende og et alvorlig inngrep i pasientens liv, derfor burde en slik dress på generelt grunnlag forbys.

Man kan spørre seg om dette er nok en praksis som ikke tåler dagens lys!

Er det på din arbeidsplass gyldig vedtak om å kunne bruke en slik dress? ●



Illustrasjon: Kathrine Kristiansen



BEDRE MAT GIR BEDRE HELSE OG LÆRING

Vitaminkjeks. Sykepleiere kan hjelpe til å endre matvaner og dermed forebygge feilernæring blant barn på barne- skoler i Tanzania.

BACHELOROPPGAVE:

Artikkelen bygger på
50 % praksis
50 % teori



DOI NUMMER:

10.4220/sykepleiens.2014.0179



Mariell Strande, sykepleier, gastrokirurgisk avdeling, Ahus

Som sykepleiestuden- ter på Høgskolen i Os- lo og Akershus, studi- ested Kjeller, var vi så heldige å få være i Tanzania på ut- vekslings i tre måneder, fra januar til mars 2012. Under oppholdet bodde vi på Tanga International Compe- tence Center (TICC). Senteret job- ber med å utvikle lokalsamfunnet, og har samfunnsprosjekter innen helse og sosial omsorg.

Vi hadde praksis i skolehelse på en barneskole. Her gjennomfør- te vi blant annet helsesjekker på 89 barn i første klasse. Helsesjek- ken omfattet blant annet barnets ernærings situasjon, tannhelse og bosituasjon.

Det som fanget vår oppmerk- somhet var at 80 prosent av bar- na ikke spiste frokost før skolen. Frokost før skolen består ofte bare av te. Skolen er ferdig kl. 11.00, og noen har med seg penger til å kjø- pe saftis, tyggegummi eller søtpo- teter, som er den mest tilgjengeli- ge maten for salg i området rundt skolen. Vi observerte at barna vir- ket ukonsentrerte i klasserommet. Vi målte barnas høyde og vekt. 29 barn var 5 centimeter og 5 kilo un- der det normale, og ingen av disse spiste frokost. Dataene er målt opp mot WHO's vekstkurve (1). Informa- sjonen er basert på våre observa- sjoner og samtaler med ansatte ved TICC-senteret.

FORSKNING. Det finnes ulik fors- kning om feilernæring gjort over hele verden. Det mest interessante og relevante for oss er det som er gjort i utviklingsland.

Tanzania har hatt stor framgang med å redusere feilernæring hos barn. Mellom 1999 og 2010 var det en prosentvis reduksjon av feil- ernærte barn fra 29 til 21 prosent, men forekomsten er fortsatt høy i forhold til WHO's ernæringskriteri- er. Fortsatt lider millioner av barn og mødre i Tanzania av en form for feilernæring som vitamin A-mangel, jodmangel og anemi (2). I Afrika er det 42,3 prosent skolebarn med jod- mangel (3). Jernmangel er den stør- ste årsaken til anemi, og 60 prosent av befolkningen i Afrika lider av det- te. I utviklingsland er det 163 millio- ner barn med vitamin A-mangel (4).

Det er forsket på flere tiltak som kan redusere A-vitaminmangel, jodmangel og jernmangel. Det er også forsket på hvordan disse man- glene påvirker barnas skolepresta- sjoner. I Tanzania er det derimot gjort lite forskning, og vi har derfor valgt forskning utført i Afrika gene- relt, og i andre land med lik sosio- økonomisk status.

FNs andre tusenårsmål går ut på å sikre utdanning for alle innen 2015. Det gjelder alle barn; både jenter og gutter skal fullføre grunn- skoleutdanningen (5). Hvis barna ikke oppnår gode nok resultater

på barneskolen, får de ikke fort- sette på ungdomsskolen.

KOST OG KULTUR. Det er normalt med tre måltider. Om morgenen er det chai-te, og på ettermiddagen mellom 12.00 og 15.00 spiser man det første av to varme måltider. Det an- dre og siste måltidet inntas etter at solen har gått ned. De fattigste spiser ofte bare ett varmt måltid om dagen som inntas mellom 16.00 og 18.00, i tillegg til chai. Dette måltidet består som regel av ugali som er maismel blandet med vann. Som tilbehør spi- ses lapskaus av grønnsaker, belg- frukter, eller bare grønne blader, kanskje med litt krydder, og en sjel- den gang kjøtt eller fisk. Frukt brukes sjelden. Grønnsaker er ofte bønner, søtpoteter, tomater eller paprika (6).

I de siste årene har ris blitt ak- septert som en erstatning for uga- li i varme retter som pilau. I pilau bruker man grønnsaker og tomat- saus som tilbehør til risen og mye krydder. Pilau blir spist til fest, of- te med kjøtt i tillegg. Det er et tegn på velstand. På bakgrunn av gene- relt økning av import og velferd de siste årene, har landsbyboere til- gang på mer variert mat (7).

LEVER I NUET. I Tanzania obser- verte vi at menneskene lever fra dag til dag. Afrikanere generelt er mest opptatt av hva som skjer her og nå. De er nåtidsmennesker,

Fakta ●●●

Hoved- budskap

Feilernæring blant skole- barn i Tanzania er et stort problem som på sikt kan føre til varige fysiske og psykiske skader. Feil- ernæring kan forebygges med enkle tiltak, utfor- dringen er kunnskap og ressurser. Dette er et sammendrag av en bacheloroppgave i sykepleie som belyser dette temaet.

Nøkkelord

Les mer og finn littera- turhenvisninger på våre nettsider

- Sykepleierutdanning
- Ernæring
- Underernæring
- Utviklingsland



Uten frokost: Mange av skolebarna som var undersøkt, viste tegn på underernæring. Foto: Kirsten Vistnes

mens i Skandinavia er vi mest opp-tatt av hva som skjer i fremtiden (Hanssen, 2009). I Tanzania har mange dermed vanskeligheter med å tenke på helsen fremover i tid. Helsestasjonen tilbyr gratis test og oppfølging for gravide og barn under fem. Problemet er at de fleste ikke dukker opp etter første konsultasjon. Ut fra erfaringer tror vi grunnen kan være mangel på kunnskap, og fordi folk er vant til at ting koster penger. De fattigste familiene bor i landsbyer litt utenfor byene i Tanzania. Mange har ikke råd til å bli innlagt på sykehus når de har behov for det, fordi de må kjøpe medisiner og utstyr selv.

HEMMER UTVIKLING. Feilernæring fører til slapphet, immunforsvaret svekkes og det er fare for at

kroppen ikke utvikler seg normalt. Læreevnen reduseres og fysisk arbeid kan være problematisk. Hos små barn kan feilernæring føre til underutvikling som kan få store konsekvenser senere i livet. Vitaminer og mineraler har betydning for barns skoleprestasjoner når det gjelder økt intelligens, konsentrasjon, stabilt humør, læringsevne og psykomotorisk koordinering (8).

Jod inngår som en nødvendig del av skjoldbruskkjertelens hormoner tyroksin (T4) og trijodtyronin (T3), og her finnes store deler av kroppens jodkonsentrasjon. Jod er derfor helt essensielt i forbindelse med energiomsetningen. Jod finnes i matvarer som rogn, skalldyr, saltvannsfisk, grønnsaker, frukt, egg, melk og ost (9). Struma kan være et tegn på jodmangel over lang tid.

«Frokost før skolen består ofte bare av te.»

Vår praksis var i en kystby. Her så vi flere tilfeller av struma, til tross for at det var god tilgjengelighet på fisk. Mangel på penger og kunnskap om essensielle næringsstoffer fører til at de fleste ikke tar seg råd til å kjøpe fisk. Deler av befolkningen kjøper derimot egg som inneholder mye næringsstoffer. Kokte egg blir solgt i kiosker og på bussholdeplasser.

Ved for liten produksjon av tyroksin og trijodtyronin vil energiomsetningen i kroppen synke og føre til generell slapphet. Andre symptomer er mental reduksjon,

langsom bevegelse og redusert hukkommelse (9). Jodmangel er den vanligste årsaken til hjerneskade og mental underutvikling globalt sett, noe som er mulig å forebygge ved bruk av tilskudd under graviditeten og hos barn.

JERNMANGEL. Jern er nødvendig for dannelsen av hemoglobin (Hb) som frakter oksygen til kroppens celler og vev. Opptaket av jern foregår i øvre del av tynntarmen. Fra tarmen blir jern fraktet ved at det binder seg til transportproteinet transferrin. Jernet som ikke blir bundet til transferrin, bindes til ferritin som er den intracellulære lagringsformen for jern (9).

Jernmangel har en sammenheng med at den kognitive utviklingen





holdes tilbake. I Øst-Afrika har to tredeler av befolkningen jernmangelanemi. Den største årsaken til jernmangel er for lite animalske produkter i kosten (4).

Da vi utførte helsesjekkene i Tanzania observerte vi at barna var urolige, trøtte, tungpustet og hadde hodepine. Dette er blant de vanligste symptomene på anemi i tillegg til svimmelhet, nedsatt fysisk utholdenhet, hjertebank og øresus.

MANGLER VITAMIN A. Vitamin A er en samlebetegnelse for retinol og betakaroten. Retinol er et rent animalsk produkt og finnes i matvarer som lever, smør, melk og egg. Vitamin A lagres i leveren, og hvis lageret er stort nok, kan det dekke behovet for vitamin A i flere måneder fremover (9). Betakaroten finnes i fargerike grønnsaker som for eksempel paprika.

I vår praksis i Tanzania opplevde vi at befolkningen spiste lite matvarer som inneholder vitamin A. Mange har høner som legger egg, men dette er en dyr investering. Derfor kjøper de fleste kyllinger i stedet, men da tar det lang tid før de kan legge egg. Melk får de fra kuene og geiter. Andre animalske produkter var det lite av. Hvis de har råd, spiser de kjøtt én gang i uka. Mange spiser litt grønnsaker ved siden av ugali, men det er mest bønner og ikke grønnsaker som inneholder mye betakaroten.

Vitamin A-mangelen er halvert i store deler av verden, men Afrika ligger langt etter, bortsett fra Nord-Afrika. Mangelsykdom går utover immunforsvaret fordi slimhinnene i luftveiene ikke holdes hele. Slimhinnene er viktige for å motstå infeksjonssmitte. Vitamin A er dessuten nødvendig for normal beindannelse og vekst, og redusert vekst er sammen med dårlig nattnattsyn et tidlig tegn på vitamin A-mangel. Under helsesjekkene i Tanzania observerte vi at de fleste barna var under gjennomsnittet i henhold til WHO's vekstkurve.

FORSKNINGSARTIKLER. For å belyse problemstillingen har vi gjennomgått syv forskningsartikler.

Forskningen vi har funnet viser at feilernæring gir dårligere mentale og motoriske funksjoner hos skolebarn. Artiklene sier noe om at det er lite oppmerksomhet rundt feilernæring hos barn i skolen, og at lærerne vet lite om hvordan dette påvirker skoleprestasjonen. I alle artiklene viser det til dårlige helse-tilstander, med særlig vekt på feilernæring blant skolebarn (11–17).

SKOLEPRESTASJONER. Lav høyde i forhold til barnets alder har betydning for hvordan barnet presterer i matte. Lav høyde og lav vekt har betydning for prestasjoner både i matte og engelsk. Vitamin A-mangel i fasen der barnet har rask celledeling, gir konsekvenser for beindannelse og vekst, mens jodmangel kan føre til mental underutvikling. Barnet kan få irreversible skader hvis moren går med jodmangel over lang tid under graviditeten. Symptomene på vitamin A-, jod- og jernmangel kan virke inn på barnas skoledag når konsentrasjonsevnen og hukommelsen reduseres. I verste fall møter de ikke opp på skolen fordi de ikke orker (11).

SAMARBEID. Sykepleiere fra helsestasjonen kan undervise lærere på barneskolen om ernæring. Det er viktig at lærerne ser symptomer og er klar over konsekvenser. Lærerne var klar over at vektreduksjon, konsentrasjonsvansker, slapphet, inaktivitet og hodepine kunne være tegn på underernæring eller feilernæring, men de ønsket mer kunnskap (12).

Det kan være vanskelig å se hvert enkelt barn i et klasserom med 90 elever, som er realiteten i Tanzania. Et godt samarbeid mellom lærer og sykepleier vil føre til at læreren i større grad oppsøker sykepleier på helsestasjonen når han eller hun observerer symptomer på feilernæring hos elever. Ved at sykepleieren er mer tilgjengelig på skolen, og har møter med lærerne for å undervise i ernæring, blir dette samarbeidet tettere.

For å fremme læring bør de grunnleggende behovene være dekket. Barn som ikke spiser

frokost har dårligere forutsetninger for læring. Med økonomisk støtte kunne kjeks før skolestart være et tiltak å iverksette i Tanzania, men det er mangel på penger. Kjeks kan bli tilsatt et krydder som inneholder jern, jod og vita-

min A som en del av en skolematordning. Dermed får barna i seg næringsstoffer som bedrer mentale prestasjoner for barn med mangelsykdommer (17). Jern og vitamin A-status kunne også blitt bedret hvis man tilsatte vitaminkrydderet i maten etter at det

var behandlet. Dette bør foreldrene få informasjon om. Krydderet er ikke tilgjengelig i Tanzania, men kunne vært noe å satse på fordi det gir store helsegevinster. Spørsmålet er hvordan befolkningen vil ta det imot da det er et nytt tilskudd i deres kulturelle matvaner. Hvis tilbudet er gratis og barna får det på skolen, kan foreldrene akseptere tiltaket (17).

I Tanzania observerte vi at det ble solgt varer som inneholdt mye sukker i området rundt skolen. Et tiltak kan være å tilby sunne varer som inneholder mer næringsstoffer. Egg inneholder jern, vitamin A og jod og er i tillegg en naturlig del av deres matvaner. Kokte egg kunne være en erstatning for søtsakene som allerede blir solgt i skoleområdet. I tillegg ville det vært nyttig å tilby jodisert salt som tilbehør til eggene.

UNDERVISNING. For å forebygge jodmangel trenger foreldrene mer informasjon. «Under the tree-meeting» er en god metode for å formidle kunnskap til befolkningen i landsbyene.

De må forstå verdien av å bruke jodisert salt i matlagingen. Foreldrene ønsker at barna presterer best mulig på skolen, noe som kan motivere dem til å bruke jodisert salt (14). I tillegg kan folk bruke tilgjengelige matvarer som inneholder mye jod, for eksempel skaldyr,

«Godt samarbeid vil føre til at læreren lettere oppsøker sykepleier på helsestasjonen.»

saltvannsfisk, egg, melk og ost (13).

For å bedre jernstatus må man oppfordre foreldrene til å lage mat med mer kjøtt. Hvis de ikke bruker mer kjøtt, kan jerntilskudd være et tiltak. Egg og grove kornprodukter inneholder jern og kan brukes for å opprettholde kroppens jernlager. Dessverre kjøper de som har råd fint brød i stedet for grovt.

Vitamin A-tilskudd kan forebygge struma hos barn med samtidig mild jodmangel og vitamin A-mangel. Imidlertid er vitamin A-tilskudd lite tilgjengelig i Tanzania. Lever, melk, smør og egg er gode kilder til vitamin A, i tillegg til paprika. Befolkningen bør utnytte dyrene sine mer for å få tilgang på animalske produkter. Rød palmeolje inneholder vitamin A og kan være med på å bedre vitamin A-statusen. I Tanzania brukes mye olje i matlagingen, den kunne byttes ut med rød palmeolje som utvinnes i Vest Afrika, og bør være mulig å importere til Tanzania (15,16).

KONKLUSJON. Gjennom forskning har vi sett at jernmangel, vitamin A-mangel og jodmangel har innvirkning på barns skoleprestasjoner. Mer utdanning gir høyere kunnskapsnivå og kan ha betydning for ernæringsvaner ved at ressursene øker. Vi har sett at WHO jobber med tiltak for å øke inntak av mikronæringsstoffer da dette har vist seg å være et globalt problem, særlig i utviklingsland. Forskning på forebygging av feilernæring har gitt både positive og negative resultater. Det bør forskes mer på effekten av ulike tiltak, og man bør utarbeide nye forslag. Mulighetene for tiltak i utviklingsland som har lite ressurser bør også undersøkes ytterligere.

TICC jobber med kommunehelsetjenesten, og sykepleierstuderenter får være med på ulike prosjekter. Et nytt prosjekt kunne vært å fokusere på å forebygge feilernæring hos barn på skolen. Man kunne innført skolematerdning hvor barna får en kjeks om morgenen som inneholder viktige mikronæringsstoffer.

I denne oppgaven har vi belyst

områder som trenger økt oppmerksomhet, men som tar lang tid å endre. Mat er en del av kulturen i Tanzania, og det handler om lange tradisjoner. Det bør være mulig å ta vare på gamle tradisjoner kombinert med å innføre nye helsefremmende tiltak. ●

REFERANSER:

1. World Health Organization. Grow reference 5-19 years. <http://www.who.int/growthref/en/> (12.04.2013).
2. National Bureau of Statistics. Tanzania Demographic and Health Survey Tanzania: Dar es Salaam, 2010.
3. World Health Organization. Iodine status worldwide: WHO Global Database on Iodine Deficiency. Geneva: Department of Nutrition for Health and Development, 2004.
4. United Nations System. Progress in nutrition. (The world nutrition situation report nr. 6, 2010). Hentet fra http://www.unscn.org/files/Publications/RWNS6/report/SCN_report.pdf (12.04.13).
5. FN-sambandet. Status: Tusenårsmaal 2. <http://www.fn.no/Tema/FNs-tusenarsmaal/Sikre-utdanning-for-alle/Status-Tusenarsmaal-2> (12.05.2013).
6. Ohna I, Kaarhus R, Kinabo J. No Meal without Ugali? Social Significance of Food and Consumption in a Tanzanian Village. Culture, agriculture, food and consumption 2012;34(1): 3-14.
7. Hanssen I. Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn. Oslo: Gyldendal, 2009.
8. Lindberg FA, Hansen-Møllerud M. Barn i balanse. Oslo: Gyldendal, 2008.
9. Sortland K. Ernæring – mer enn mat og drikke. (4. Utg.). Bergen: Fagbokforlaget, 2011.
10. Verdens matvareprogram. (2013). Feilernæring og underernæring. fra <http://no.wfp.org/sult/feilern%C3%A6ring> (04.04.2013).
11. Themane MJ, Monyeki K D, Nthangeni ME, Kemper HCG, Twisk JWR. The relationship between health (malnutrition) and educational achievements (maths and english) in the rural children of South Africa. International Journal of Educational Development 2003;23(6): 637-43.
12. Galal OM, Ismail I, Gohar AS, Foster Z. Schoolteachers' awareness about scholastic and nutritional status of Egyptian schoolchildren. Food and Nutrition Bulletin, 2005.
13. Briel VDT, West CE, Bleichrodt N, van de Vijver FJR, Ategbo EA, Hautvast, JG. Improved iodine status is associated with improved mental performance of schoolchildren in Benin. The American Journal of Clinical Nutrition 2000;72: 1179-1185.
14. Zimmermann MB, Hess SY, Adou P, Toresanni T, Wegmüller R, Hurrel R. Thyroid size and goiter prevalence after introduction of iodized salt: a 5-y prospective study in schoolchildren in Côte d'Ivoire. The American Journal of Clinical Nutrition 2003;77(3): 663-7.
15. Zimmermann MB, Jooste P L, Mabapa NS, Schoeman S, Biebinger R, Mushaphi LF, Mbhenyane, X. Vitamin A supplementation in iodine-deficient African children decreases thyrotropin stimulation of the thyroid and reduces the goiter rate. The American Journal of Clinical Nutrition 2007; 86: 1040-44.
16. Zeba AN, Prével YM, Somé IT, Delisle HF. The positive impact of red palm oil in school meals on vitamin A status: study in Burkina Faso. Nutrition Journal 2006; 5:17.
17. Winichagoon P, McKenzie JE, Chavasit V, Pongcharoen T, Gwachirapant S, Boonpradern A, Gibson RS. A micronutrient-fortified seasoning powder enhances the hemoglobin, zinc, and iodine status of primary school children in north east Thailand: a randomized controlled trial of efficacy. The Journal of Nutrition 2006 Jun; 136(6): 1617-23.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

Nasjonalt diabetesforum

Oslo Kongressenter, Folkets Hus
22.-23. april 2015

Helse- og omsorgsminister Bent Høie og helsedirektør Bjørn Guldvog åpner konferansen.

To dager med faglig påfyll:

- Nye behandlingsretningslinjer
- Moderne behandling av diabetes type 2
- Diabetes og svangerskap
- Nyheter fra forskningen

Spennende forelesning ved professor Ole Madsen fra Det Danske Stamcellecenter i København om stamcelleforskning kan helbrede diabetes.

Årets tema: "Diabetes gjennom livet – alles ansvar"

Medarrangør: Helsedirektoratet

Nasjonalt Diabetesforum 2015 er godkjent av Den norske legeförening for allmennmedisin, pediatri og indremedisin med 17 timer, samt 10 timer for geriatri.

Nasjonalt Diabetesforum er også godkjent med 17 timer for følgende helsepersonellgrupper:

Sykepleiere, psykologer, bioingeniører, legemedarbeidere, helsesekretærer, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, helsefagarbeidere, foterapeuter og apotekteknikere, samt 12 FEVU-poeng for farmasøyter.

Program og påmelding:

diabetes.no/diabetesforum2015

Kontakt organisasjonsrådgiver Heidi Henriksen for spørsmål om konferansen:

- 908 87 189
- heidi.henriksen@diabetes.no

diabetesforbundet
diabetes.no



Tilstedeværelse ved fødsel viktig

● Tekst **Susanne Dietrichson**

FØDSELSOMSORG: I Norge har en- hetlig og helhetlig fødselsomsorg blitt erstattet av differensiert og oppstykket omsorg.

Det har skjedd med utviklingen fra distriktsjordmødrene på begynnelsen av 1900-tallet, som fulgte opp barselkvinnene i hjemmet, til dagens sentraliserte fødselsomsorg hvor kvinner stort sett føder i sykehus. Dette kan bidra til at færre kvinner føder spontant, skriver jordmødrene Lene Christina Skaget Aas, Hanne Hvaal Amundsen og Ingvild Aune i fagartikkelen «Å være til stede under fødselen» i siste utgave av tidsskriftet *Jordmora*. De henviser til nyere forskning som viser at kvinner som mottar kontinuerlig tilstedeværelse og støtte under fødselen, vil ha økt sannsynlighet for å føde spontant. Risikoen

for instrumentell forløsning og keisersnitt minker samt at kontinuerlig tilstedeværelse under fødselen påvirker valg av smertelindring. Jordmors tilstedeværelse fremmer også mors tilknytning til barnet og den fysiske og mentale helsen til den nye familien framover. Fagartikkelen er basert på en studie av jordmødres tanker om tilstedeværelse under fødselen, der ti jordmødre i alderen 37–56 år fra en stor kvinneklinikk i Norge deltok. Undersøkelsen viste at samtlige av jordmødrene syntes tilstedeværelse på fødestuene er av stor betydning.



Ny doktorgrad

6. januar disputerte sykepleier May Aasebø Hauken med en avhandling om kreftoverlevende mellom 18–35 år, en gruppe som er lite utforsket, spesielt i Norge. Hauken fant blant annet at unge voksne har høyere risiko for fysiske og psykososiale seimeffekter enn andre kreftoverlevende.

Kilde: UiB

Ny studie

Rundt 400 000 pakninger med antibiotika skrives ut til kvinner med blærekatarr. Nå vil norske forskere se om Ibux kan brukes i stedet. Fem hundre pasienter voksne, ikke gravide, kvinner med såkalt ukomplisert blærekatarr skal inkluderes i studien. Deltakere til studien som ledes av Lege Ingvild Vik, rekrutteres ved legevakten i Oslo og Bergen.

Kilde: Dagens Medisin

Hva vil du vite mer om?

Har du ideer til tema eller problemstillinger du gjerne skulle lest mer om i Sykepleien?

Send oss dine tips:
redaksjonen@sykepleien.no

Her er noen av temaene vi tok opp i 2014:

Nr 8 – Dagkirurgi



Nr 12 – Tidstyver



Nr 14 – Fødsler verden rundt





Påfyll

Del 3 Sykepleien 01 | 2015

Bøker – Kultur – Fakta



Skrev bok: Eldrid Otterstad hørte om diakonissenes historie og Cathinka Guldberg av sin far.

Om selve pionéren

Historie. Eldrid Oftestad ser på Cathinka Guldberg som sin tids Malala. Jenta som gikk sine egne veier. **64**



Quiz. Hvor mange gram avføring per døgn? **68**



«Å skifte til arbeidstøy, det er noe sykepleiere synes er en fritidsaktivitet.»

Liv Bjørnhaug Johansen i den nye spalten Liv Laga. **63**



Bok. Kan gi mer trygghet i akutt-situasjoner. **66**



Svar til alle: Både sykepleiere, leger og andre kan få svar på spørsmål hos Giftinformasjonen. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Skifter madrasser i Vestre Viken

I løpet av de neste årene skal alle madrasser i sykehussenger i Vestre Viken skiftes ut. Målet er færre trykksår. De nye madrassene er trykkfordelende og skal være mer komfortable å ligge på.

Kilde: Vestre Viken

Mulighet for stipend

De som har avlagt eksamen i samisk som første eller andre språk fra videregående opplæring, kan søke stipend fra Sametinget til blant annet bachelor i sykepleie. Søknadsfrist er 1. februar.

116 forslag

Gjennom *Visjon 30* inviterte regjeringen til en innovasjonsdugnad for å komme med innspill før FNs nye bærekraftsmål blir vedtatt. 116 forslag kom, blant andre solcellelamper til bruk på skoler og sykehus.

Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet

Giftinformasjon til Folkehelse

TELEFONRÅD: Fra 1. januar er Giftinformasjonen en del av Folkehelseinstituttet. For brukerne betyr det ingen endring. De ansatte i Giftinformasjonen vil som før svare på spørsmål hele døgnet, året rundt.

Farmasøyter, veterinærer, leger og toksikologer jobber på Giftinforma-

sjonen. 40 000 spørsmål får de på telefon hvert år, fra både publikum og ansatte i helsevesenet. Hvert råd får individuelt svar.

I tillegg utarbeider de nasjonale anbefalinger om behandling av forgiftninger og bruk av motgift, og de lager forebyggende informasjonsmateriell.

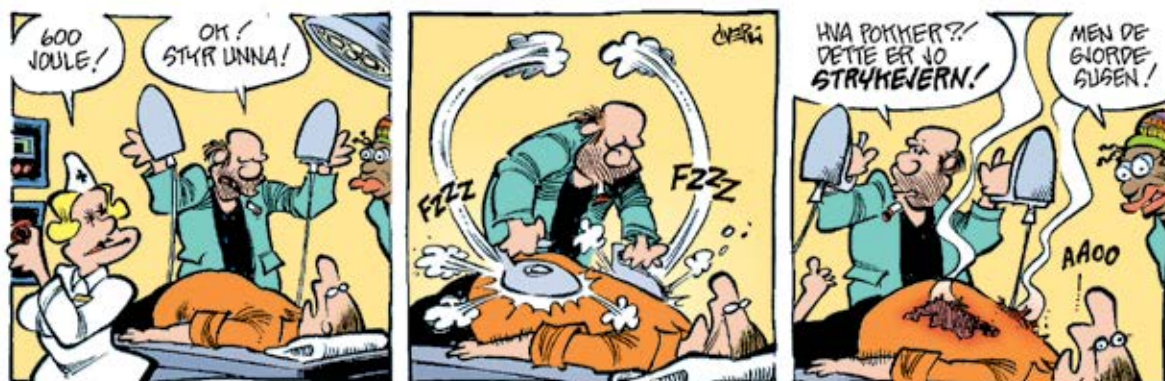
På helsenorge.no/giftinforma-

sjon ligger det også informasjon om blant annet førstehjelp ved forgiftninger, giftige bitt og stikk, rusmidler og sopp.

På helsebiblioteket.no har Giftinformasjonen et eget emnebibliotek for helsepersonell om forgiftninger.

Telefon til Giftinformasjonen er 22 59 13 00.

Riskhospitalet



Snakk forståelig om døden

Sykepleiere bør snakke vanlig og unngå bruk av ukjente ord som «terminal» og «palliativ» når de snakker til pasienter som er døende og deres pårørende. Rådene kommer fra en ny film fra The Social Care Institute for Excellence. Filmen heter *End of Life and Palliative Care: Thinking About the Words*, og kan ses på nettet på tinyurl.com/ThinkingAboutTheWords.

Kilde: Nursing Standard

Bøker

Behandling

Traumepoliklinikken på Modum Bad har med boka *Tilbake til nåtid* laget en manual for håndtering av traumereaksjoner basert på deres mangeårige erfaring med behandlingsmodellen. Boka er ment som et hjelpemiddel for den traumeutsatte, men kan også brukes av behandlere. Praktiske øvelser og bevisstgjørende oppgaver hjelper pasienten til å fremme mestring og utvikle ferdigheter til å håndtere hverdagen.



Holocaust

Art Spiegelmann har med den klassiske tegneserieromanen *Maus* tegnet et portrett av sin krigstraumatiserte jødiske far basert på intervjuer om 2. verdenskrig. Historien veksler mellom nåtid og fortid og farens fortelling og ghettolivet, flukt, konsentrasjonsleire, død og forfølgelse gir leseren og den skrivende/tegnende sønnen nøkler til å forstå den aldrende faren og med ham en hel generasjon jødiske Holocaust-overlevende.



Overgrep

Med *Seksuelle overgrep mot barn. En traumebevisst tilnærming* ønsker Siri Søftestad og Inger Lise Andersen å løfte fram hvordan gjentatte overgrep i barndommen påvirker barns kognitive og emosjonelle utvikling. Ved å behandle disse barna med fokus på traumebehandling vil man bedre kunne forstå og møte deres behov. Boken passer for helse- og sosialarbeidere, lærere og psykologer.



Påfyll. Petit



Liv laga



Liv Bjørnhaug Johansen

Sykepleier ved nevromuskulær sengepost ved Drammen sykehus og bokansvarlig i Sykepleien.

Vi, kineserne

Et fenomen som ble tydelig for meg etter at jeg ble sykepleier er at goder andre tar for gitt forventer sykepleiere på ingen måte at skal tilfalle dem.

«Husk å betale julebordet!», sto det med store bokstaver på vaktrommet min første november som sykepleier. Betale julebord? For alle andre er julebordet arbeidsgivers måte å berømme de ansatte for ett års hardt arbeid. Ikke sykepleiere, de arrangerer faktisk det hele selv og delfinansierer det med flaskepant samlet fra pasientsøp-pel et helt år.

Å skifte til arbeidstøy, det er noe sykepleier synes er en fritidsaktivitet. På andre uniformerte arbeidsplasser stempler man inn, drikker en kopp kaffe, klør seg litt i skrittet og så skifter man og begynner å jobbe. Vi derimot har lært oss å skifte fortere enn supermann for å sitte hvitkledte på plass til rapport ved arbeidstidens begynnelse.

Min mann som er sykehusklovn får jevnlig tilbud om samtale med psykolog for å bearbeide tøffe møter med syke barn. Tror du sykepleierne som følger disse barna gjennom det hele fra dag til dag får det samme tilbudet? Visste du at politimenn får tillegg for tapt hviletid hvis det er mindre enn 10 timer mellom vaktene?

Hvorfor er det sånn, tenkte jeg; når alle elsker oss, synes vi er fantastiske og sier at vi gjør verdens viktigste jobb?

Spørsmålet kvernet rundt i hjernen min et stykke tid, før svaret plutselig hvirvlet opp via et minne: Jeg sitter på kanten av sandkassa

med en kinesisk nabo. Våre to sønner leker sammen og jeg er gravid og spør om de også, nå som de bor i Norge og er fri fra ettbarnspolitikken ikke vil få et barn til. Og hun svarer rolig: «Nei, vi er for mange han-kinesere.» Jeg protesterer og sier at i Norge er det slett ikke for mange han-kinesere. «Jo», sier hun «Det er for mange han-kinesere i verden. Det er bestemt.»

Og plutselig så jeg dem for meg; alle kineserne som avsto fra alt det vi andre tar for gitt fordi det er for mange av dem. De sykler, føder bare ett barn, spiser ører, nesser, haler og magesekker fordi de er så mange. Vi hører stadig sånne dommedagstrusler; hvis alle kineserne hopper samtidig går jorda ut av bane, eller hvis alle kinesere begynner å kjøre bil blir det hull i ozonlaget på et blunk. Men de skremmer oss egentlig ikke, for vi vet at kineserne; de er høflige og snille og tar inn over seg at de er så mange at det bare blir krøll om de skal begynne å oppfører seg som oss andre.

Akkurat som oss sykepleiere. Vi er mange, men heldigvis veldig snille. Dersom alle sykepleier skulle drikke seg fulle på arbeidsgivers regning hver november ville det kostet et kulturbudsjett. Om alle skulle få fem minutter ekstra betalt hver dag for å skifte eller kompensasjon for at vi sover seks timer mellom vaktene måtte vi lagt ned Kongehuset. Så vi lar det være. Men kanskje er det på sin plass innimellom å minne dem på at om alle sykepleier i Norge setter seg ned og drikker kaffe samtidig kneiler faktisk hele helsevesenet. ●



Eldrid Oftestad

Skriver om girl power

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

Valg. Norges første sykepleier gikk sin egen vei.

Den unge Cathinka Guldberg reiser ut i verden for å lære sykepleie. I en tid da kvinner skulle gifte seg og bli forsørget, valgte hun å stå på egne bein. Det har det blitt ungdomsbok av. *Historien om Cathinka Guldberg* er annen bok i IKO-forlagets serie med biografier for ungdom.

VIKTIG. – Jeg tenkte det var på tide å få fram Cathinka Guldberg, sier forfatter og journalist Eldrid Oftestad.

– Jeg hadde lyst til å løfte frem en kvinne. I historien faller de ofte litt i bakgrunnen. Når jeg forteller om henne, har folk ofte et vagt inntrykk av hvem hun var. Men hun regnes som den norske sykepleiers mor og kom på 71. plass da VG kåret de 100 viktigste personene siden 1814.

UNG. Med en far som var opptatt av diakonihistorie, var Guldberg en som Oftestad stadig hadde hørt om.

– Jeg syntes hennes verden var fascinerende, siden de levde så annerledes enn de fleste. Diakonissene var nesten nonner.

I boken har hun konsentrert seg om den unge Guldberg. Hun som vokser opp i Christiania med sosialt engasjerte foreldre. De sa til henne at å være jente er mer enn å skulle være søt og snill. Moren tok henne med østover i byen med suppe og brød til de fattige, som ikke var så heldig stilt som dem selv.

Det sosiale engasjementet viser seg også da faren ble prest i Nannestad og lot taterne overnatte på jordene sine, selv om det var forbudt.

ANSVAR. – *Hvorfor skriver du om den unge Cathinka Guldberg?*

– Den perioden utmeislet seg. Jeg ville forklare hvorfor det gikk som det gikk. Det mest spennende synes jeg er valget hun tok. Hun gjorde ikke det samfunnet forventet av henne, og det er et tidløst tema.

Da Guldberg var fjorten år, døde moren. Hun fikk ansvar for husholdet og søsknene. Oftestad skriver at hun gjorde som hun ble bedt om, men at hun opplevde det som urettferdig at hun som jente ikke fikk mulighet til å lære ting, slik brødrene gjorde. Hun var 26 før hun fikk muligheten til å gjøre som hun ville. Da giftet faren seg for tredje gang og sa at hun ikke trengte å jobbe hjemme lenger. Han ga henne også lov til å reise.

KJÆRLIGHET. Før den tid hadde hun bodd en periode hos en tante i Fredrikstad. Der skildrer Oftestad hvordan hun møtte Rikard og kjente bobler i magen. De avtalte å skrive til hverandre, men brevene fra Rikard kom aldri frem. Oftestad lar farens andre kone undersøke dem i sjalusi. Om det var akkurat det som hendte i virkeligheten, vet hun ikke.

– Det er få kilder om Cathinka Guldbergs barne- og ungdomsår. Derfor har jeg diktet litt. Men jeg vet at hun møtte en mann i Fredrikstad, og det er tidligere blitt tolket som at farens andre kone

«Det mest spennende synes jeg er valget hun tok.»

gjemte unna brevene hans. Guldberg omtalte dette senere i et brev som «den store misforståelsen».

– Jeg tolket det som en skjellsettende opplevelse siden hun skrev om det så mange år etterpå, sier Oftestad.

Som journalist var det uvant å dikte.

– Biografi er jo en omdiskutert genre. Det jeg har gjort er å bygge videre på opplysninger om henne. For eksempel at hun var glad i trær. Da har jeg skrevet om hvordan hun finner et morelltre på prestegården i Nannestad. Det jeg skriver, kunne skjedd.

KRITIKK. Det var faren som fortalte Cathinka Guldberg om Kaiserswerth, der man kunne utdanne seg til sykepleier og diakonisse. Florence Nightingale hadde gått der.

Sammen med venninnen Aagot bestemte hun seg for å dra til Tyskland. Det høstet ikke bifall hos alle. «Det passer seg ikke for en dame med din bakgrunn å dra til utlandet», skrev en tante.

Men faren sa han var stolt.

REISE. I Kaiserswerth ventet strenge rutiner. Etter tre uker med undervisning begynte elevene å jobbe på sykehuset. De sto på fra klokken fem om morgenen til langt ut på kvelden. Så ble det krig mellom Preussen, som Tyskland var del av, og Østerrike. Guldberg ble sendt til et sykehus i Dresden, der hun og en annen sykepleier fikk ansvar for en hel sal av sårete soldater.

Her fikk hun en infeksjon i hånden og måtte reise tilbake til Kaiserswerth, hvor hun fikk tilbud om å reise til Alexandria i Egypt. Der var det en del norske sjømenn, og det trengtes en sykepleier. Guldberg jublet inne i seg.

HJEM. I Egypt fikk hun brev hjemmefra. Det skulle



Fakta

Eldrid Oftestad

Aktuell med: Historien om
Cathinka Guldborg

startes et diakonissehus, som Guldborg ble bedt om å lede. Hun tvilte seg frem til et ja.

I Christiania fikk hun Diakonisseanstalten på Grønland i drift. Her begynte de andre diakonissene å kalle henne mor Guldborg.

I etterordet skriver Oftestad at der historien om Cathinka Guldborg slutter på Grønland i Christiania, begynner en annen. Hun beskriver en streng dame som hver morgen vasket seg med kaldt vann, gikk tur i all slags vær og ble kalt «vaskebjørnen». Men hun brydde seg veldig om dem som jobbet på diakonissehuset og glemte aldri de fattige.

ROLLEMODELL. – *Hva slags forhold har du fått til Cathinka Guldborg?*

– Hun er en fin rollemodell. Egentlig handler historien om girl power. Hun var en tøff dame som gikk sine egne veier. Selv om det ikke er så vanskelig å være jente i Norge nå som på hennes tid, er det mulig å trekke paralleller. Se på Malala!

Hun viser også til Norge.

– Det er et veldig press på å være flink i alt. Man skal gjøre det bra på skolen, være søt og pen, ha fine klær og realisere seg selv. Det er viktig å huske på at ikke alle må gjøre det samme, og det gjelder gutter også.

Oftestad synes det Guldborg gjorde var beundringsverdig.

– Hun ga livet sitt til en oppgave som var større enn henne selv. Det står det respekt av, synes jeg.

FAG. Før Cathinka Guldborg var det ingen utdannede sykepleiere i Norge.

– At de tok inn folk fra gaten for å jobbe med syke er ganske hårreisende, sier hun.

– Jeg har fått et klart bilde av hvor utrolig smart det er med sykepleiere. ●

nina.hernes@sykepleien.no



Fakta

Akuttmedisinsk Sykepleie – utenfor sykehus

Av Jan Erik Haugen (red)
309 sider
Gyldendal Norsk Forlag
3 utgave | opplag 2014
ISBN 978-82-46437-7

Anmelder: Laila Solli
Reitan, intensivsykepleier

Økt trygghet i prehospital sykepleie

ANMELDELSE: Se for deg at du er på et ulykkessted der den forulykkete, en motorsyklist, puster dårlig. Du må ta av hjelmen for å kunne sikre frie luftveier. Du mistenker en nakkeskade. Hva gjør du i en slik situasjon? Denne boka gir en god beskrivelse av hvordan du som helsepersonell skal håndtere akuttsituasjoner du møter utenfor sykehuset.

Jan Erik Haugen er redaktør av boka som er skrevet sammen med åtte andre fagpersoner. Haugen er anestesisykepleier og har erfaring fra anesthesi, intensiv, ambulanse, nødmeldetjenesten og fra utdanning av helsepersonell. Dette er en bok om generelle

akuttmedisinske temaer. Denne nye utgaven er oppdatert på fersk evidensbasert kunnskap. Den inneholder helt nye kapitler om det akutt syke barn, akutt sykdom hos eldre/kronikere og akutt psykiatri. Målet med boka er å bedre den akuttmedisinske tjenesten utenfor sykehus.

I fremtiden står kommunene overfor nye utfordringer med mer kompliserte oppgaver og flere akutt syke pasienter. Boka tar hensyn til dette og er derfor viktig i et samfunnsperspektiv da den vil øke kompetansen utenfor sykehuset i tråd med samhandlingsreformen.

I boka er det faktabokser som hjelper oss lesere til å finne essensen. Hva

må vi kunne? Hva må vi gjøre? Det blir ikke bare beskrevet hva vi skal gjøre i en gitt situasjon, men også hvorfor. Dette hjelper oss å se sammenhengen mellom teori og praksis. Boka blir krydret med eksempler fra virkeligheten. Den gir gode problemstillinger som gir rom for refleksjon.

I akuttsituasjoner utenfor sykehus er man mer sårbar. En har lite å hjelpe seg med og gjerne få personer rundt seg som kan hjelpe. Jeg mener denne boka ikke vil fungere som et oppslagsverk når en står i en akuttsituasjon, men jeg tror den vil øke helsearbeiderne sin kliniske kompetanse slik at de blir tryggere i de akutte situasjoner som oppstår prehospitalt. ●



Fakta

Folkehelse i et norsk perspektiv

Av Ursula Goth (red.)
275 sider
Gyldendal forlag 2014
ISBN 978-82-05-46395-0

Anmelder: Karl-Henrik
Nygaard, rådgiver

Bredt og solid om folkehelse

ANMELDELSE: Vi dyrker helse og fysisk aktivitet mer enn noen gang. Vi blir stadig fortalt hvordan vi skal komme i bedre form og dermed holde oss friske og leve lenger. Folkehelsemeldingen har dette som mål. Det samme har denne boken.

De tretten forfatterne har et helhetlig syn på mennesket og folkehelsen. De bygger på en teoretisk tilnærming basert på Dahlgren og Whiteheads modell for sosial ulikhet i helse. I boken kommer mange stemmer til orde. Her presenteres forskning og synspunkt knyttet til både historie, metodiske utfordringer, sosial ulikhet, migrasjon, fysisk aktivitet, kosthold, psykososiale

faktorer, frivillighet og kommunikasjon.

Helsesøster Nina Misvær har lang erfaring. Hun overbeviser meg om at helsesøsterens rolle på ny må styrkes de fleste områder der folkehelsen er under press. Nevnes må også det viktige kapittelet om arbeidshelse der legen Ørn Tage Foss peker på Arbeidsmiljøloven som den viktigste folkehelseloven. Det er et viktig budskap nå som loven på nytt er under press. Han trekker også frem tendensen til økende sosiale og økonomiske forskjeller i befolkningen. To-tredjedelssamfunnet vil kunne få store helsemessige og sosiale konsekvenser.

Bokens kapitler gir alle et godt bilde

av folkehelsesituasjonen i Norge. Det er lite å kritisere ved boken. Jeg kunne imidlertid ønske meg en mer kritisk diskusjon om den paternalismen som gjerne er knyttet til statlig folkehelsearbeid. Har vi rett til å pådytte andre mennesker andre verdier enn de helsefremmende dersom de vil leve livet annerledes enn det som forkynnes fra de profesjonelle?

Kapitlene har mange og gode referanser, men jeg savner et register. Det ville ha gitt boken en større verdi som oppslagsverk. Boken anbefales på det sterkeste for alle som er interessert i at det fortsatt skal være godt å leve med god helse her i landet. ●

Hva
leser du
nå?

Line Bolgvåg **Krefthistorie på senga**

LITTERATUR: Jeg har kommet omtrent halvveis på *Keiseren over alle sykdommer. Kreftens biografi* av Siddhartha Mukherjee. Den har ligget på nattbordet mitt i over en måned nå, for jeg slukner kort tid etter at hodet har truffet puten. Boken er spennende som en krimroman, med sykdommen som antagonist. Den er engasjerende på et menneskelig plan, og setter behandlingsprinsipper vi i dag ser på som selvfølgelige i en – iblant sjokkerende – historisk kontekst.

Til vanlig ender jeg fort opp med dokumentarbøker, som for eksempel Kjetil S. Østlis *Politi og røver*, som er en morsom og tankevekkende fortelling om et miljø som oppstod på Tveita på syttitallet og som senere dannet bakgrunnen for ranet av Nokas i 2004.

Nylig plukket jeg opp Ernest Hemingways *The old man and the sea* for tredje gang siden jeg var seksten. Det er et hundresiders verk, som vant Nobelprisen i litteratur i 1954. En bok trenger altså ikke å være lang for å være god. liv.b.johansen@gmail.com



Alder: 33

Yrke: Anestesi-sykepleier på Rikshospitalet og bokanmelder i Sykepleien

Livet, kreften – og kjærligheten

ANMELDELSE: *I kreft og kjærleik* handler om to godt voksne mennesker, historikeren Jostein Nerbøvik og forfatter Ellen Kristvik, som akkurat rekker å forelske seg og legge planer for fremtiden før Jostein får tilbakefall av ondartet føflekkreft.

For skribenten blir det en tre år lang balanseøvelse mellom å akseptere døden og å fornekte den, samtidig som Jostein gjør alt for å bevare håpet og selvbildet. Kristvik har jobbet med alvorlig syke kreftpasienter, både som sykepleier og som antropolog, og er i en spesiell posisjon til å skrive en bok om kreftsykdom som skiller seg ut fra annen litteratur på området. Det har hun lykkes med.

Ryggraden i boken er en kronologisk fortelling som rommer kjærlighet, skrivetrang, vennskap, historie, Volda og møtet med helsevesenet – på godt og vondt. Forfatteren viser at hun behersker prinsippet «show, don't tell» fordi hun formidler hendelser og kroppsspråk med et nøkternt språk som inviterer til innlevelse. Hun har ikke dårlig tid, og fordi jeg føler at jeg blir kjent med Jostein, så bryr jeg meg om hva som skjer. Dette gjør fortellingen spennende. Kristvik klarer gjennom det spesifikke narrative å formidle et universelt tema: Hvilken holdning et menneske inn tar og hvordan det møtes av andre når livet er tøft, har stor betydning for

situasjonen der og da, og også senere.

Fortellingen settes på pause fem ganger i kapitler som kalles «ettertanke». Her kommer forfatterens analytiske og faglige kompetanse godt frem, og hun bruker eksempler fra skjønnlitteratur, historie og forskning for å belyse stoffet på en lettfattelig måte. Ettertankene er frie for moralisme og skråsikkerhet.

Dette er en bok som er utarbeidet over lang tid. Den bærer preg av et godt håndverk, som viser seg i en kvalitet all litteratur må ha: Undertekst. Metaforbruken er konsekvent. Det er gode overganger mellom avsnittene. Fortellingen er skrevet på et mykt nynorsk som vil være lett tilgjengelig for en som vanligvis leser bokmål.

Forfatteren påpeker at hun selv savnet informasjon om hvordan det var å leve med sykdommen «nært og praktisk, frå dag til dag», og at en slik kunnskap er erfaringsbasert og vanskelig for helsepersonell å gi. Denne boken kan være nyttig for pasienter som lider av en alvorlig sykdom, og for pårørende. Det er dessuten flere referanser til annen litteratur. Kristvik diskuterer elementer ved behandlingen, som for eksempel mangelfull involvering av pårørende og hvordan en behandler kan skape trygghet og tillit – eller det motsatte. Boken er derfor viktig, og jeg håper at mange som jobber i helsevesenet vil lese den. ●



Fakta

I kreft og kjærleik – ettertankar

Av Ellen Kristvik
333 sider
Samlaget, 2014
ISBN: 97-82-521-
8496-9

Anmelder: Line Bolgvåg,
anestesi-sykepleier

**«Verdigheit, forsøkte eg å spørje, kva er det?
Er det det motsette av å vere sårbar, meiner du?»**

Ellen Kristvik, *I kreft og kjærleik*



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

- 1 Hva forårsaker den kløende hudlidelsen doggerbankeksem?**
- A Busken toxicodendron (gifteik)
 - B Hund- og reveskabben sarcoptes scabiei
 - C Sjøgresset Alcyonidium hirsutum (sjøkjørvel)

- 2 Hva betyr egentlig det greske ordet parasitt?**
- A Ved siden av paradiset
 - B Måltidsgjest
 - C En art av papegøyeslekten parakitter
- 3 Snus har flere helsefarer. Hvilke av de under er blant dem?**
- A Krefte i bukspyttkjertelen og for tidlig fødsel
 - B Brystkreft og impotens
 - C Prostatakreft og ryggmargbrokk
- 4 Hvor mye reduseres dødeligheten hvis man slutter med snus etter hjerteinfarkt/hjerneslag?**
- A Ingenting
 - B En tredel
 - C Halvparten
- 5 I november ble det slått alarm om utbrudd av hvilken sykdom på Madagaskar?**
- A Ebola
 - B Pest
 - C Kolera
- 6 Hva bremser utvikling av**

- prostatakreft, foreløpig hos mus?**
- A Mørk sjokolade
 - B Blåbær
 - C Valnøtter
- 7 Hva regnes som normal dose avføring per døgn?**
- A 50-100 gram
 - B 150-200 gram
 - C 350-400 gram
- 8 Hva er et viktig tegn på at tarmene er i gang igjen etter operasjon?**
- A Trang til å bæsje
 - B Ulvehunger
 - C Promping
- 9 Latinske «os» kan bety to ting. Hva?**
- A Munn/åpning eller bein
 - B Ørevoks eller hår
 - C Damp/røyk eller cellekjerne
- 10 Hva er skrapesyke?**
- A Et folkelig navn på Creutzfeldt-Jakobs sykdom
 - B En form for spillgalskap som involverer skrapelodd
 - C Trangen til å drive selvskading



To blodsugende igler: Men hva kommer egentlig ordet parasitter av? Foto: Colourbox

- ☺ 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: 1C, 2B, 3A, 4C, 5B, 6C, 7B, 8C, 9A, 10A

Randis hypokonderkryssord

😊	GRUPE SYKD.	INVI- TERER MØBEL	3 VOK.	IDR. MOTOR KJ.T.	RETT	SÅR INN- GREP	SUGGE	STAR- TER MINK!	DRIKK	BAK- VERK	PARTI	SÆD- OVER- FØRT VOK.	SOBER ELV
JANUAR PSYKO- LOG													
RI GID- DER		FUGLEN FORF. (OMV.)		TRO		P.S.	MARK				TITTE	FUGL	
			FELLE				SMELL	RAR					DOVEN ORKER
3 LIKE			RETT	SLUB- BERT GUD					FØRE ESKE			LØPE	
REK- LAME		OPP- GITT	DYR		KOLLE		PEDA- GOG					ETAT RØRE	
INNE- SITTER	LAND HYL				D.Y. (OMV.) PARTI		SEL.SK.	LIKE	TALL MÅL		TA AV! NABO- ER		
BEKKEN- LØSNING													

Se løsning på kryssord side 72.



Meninger

Del 4 Sykepleien 01 | 2015

Kronikk – Leserinnlegg – Portrett



Yngst i regjeringen:
Kunnskapsminister
Torbjørn Røe Isaksen.

Vil ikke kvotere

Skole. Kunnskapsministeren er imot kvotering, også på sykepleierstudiet. **78**



Flinke piker.

Jeg ble fortalt at sykepleie er et serviceyrke. **75**



«Dette har vi kalt «skalt og valt med damer»»

Nina Amble og Kari Ingstad. **76**



Bemanning.

Når vaktene står tomme. **70**



Bedre vilkår. Bemanningsplaner stemmer ikke overens med virkeligheten. Det er for få sykepleiere på jobb.

De tomme vaktene



Fakta

Eli Gunhild By

Forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund

Norske kommuner har en utfordring med å få tak i nok sykepleiere, viser en rapport fra forskningsinstituttet NOVA. Ved fravær er det enten ikke sykepleiere å få tak i, eller det er en underdekning av faglærte helsearbeidere. Tomme vakter erstattes ofte av ufaglærte vikarer, eller for å spare enda mer brukes ikke vikarer i det hele tatt.

Studien omhandler bemanningsplanlegging og kompetansesammensetning i kommunale pleie- og omsorgstjenester, og er gjennomført på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund (NSF). Studien viser at det ikke tas høyde for sykefravær når turnuser settes opp. Da snakker vi om en sektor som har et sykefravær på om lag 10 prosent. Tillitsvalgte forteller om et press fra ledelsen om å spare penger. Hvis denne praksisen får fortsette risikerer vi at pasienter på sykehjem og i hjemmesykepleien får et dårligere tilbud i årene som kommer.

SYKERE. Etter samhandlingsreformen gis kommunale helse- og omsorgstjenester til langt sykere pasienter enn tidligere. Det er derfor behov for flere sykepleiere og spesialsykepleiere. Sykehusene skriver ut pasientene raskere til kommunene, og behovet for god planlegging og riktig kompetanse vil derfor øke. Regjeringen setter av 12,5 millioner kroner i lønnstilskudd i 2015, til avansert videreutdanning på masternivå for sykepleiere som jobber i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette er positivt og en god start, men det er likevel lite når vi ser på de reelle behovene.

«Flere kommuner i Rogaland har tatt grep.»

Nylig har det blitt rapportert om tilfeller av uverdigg omsorg for eldre, ute i kommunene. Dette er svært bekymringsfullt. Pasienter i en sårbar livssituasjon møtes ikke av den kompetansen de trenger. Kommunene har sagt at de ønsker flere faglærte inn i sine tjenestetilbud. Da må de ta signalene om omsorgssvikt og brudd på menneskerettigheter på alvor.

FLERE. Skal bemanningskabalene løses, må det utdannes og ansettes flere sykepleiere, og de må gis lønns- og arbeidsvilkår og faglige rammevilkår, som gjør det attraktivt for sykepleiere å jobbe i kommunene.

Flere kommuner i Rogaland har tatt grep. Norsk Sykepleierforbund Rogaland sin lønnsversikt viser at sykepleiere i en kommune kan tjene over 50 000 mer enn sykepleiere i nabo-kommunen. Norske kommuner må også ta ansvar for å sette opp tilstrekkelig bemanning, og ved sykefravær må sykepleiervakter dekkes opp av sykepleiere.

Ansvarlige myndigheter, på både lokalt og nasjonalt nivå må sørge for at vi får best mulig kunnskap om kvaliteten på ulike tjenestene og følge opp i løpende dialog mellom pasienter og pårørende, helsepersonell og ledelsen i den enkelte virksomhet. Det må være åpenhet om antall pasienter per sykepleier på ulike tider av døgnet, tilgang på spesialsykepleiere innen demens og andre områder, og gode planer og gode rutiner for alt fra renhold til matserving.

Det er et felles ansvar å sørge for et godt sammensatt og utviklende fagmiljø og gode arbeidsbetingelser. Ved å tilby gode praksisplasser for sykepleierstudenter, kan vi vise fram hvilke spennende utfordringer arbeid i kommunene byr på. Gode, faglig utfordrende fagmiljøer og konkurransedyktige betingelser vil sikre både at nyutdannede sykepleiere ønsker å jobbe i kommunene, og at de som allerede arbeider der, ønsker å bli.

Kampen for bedre vilkår og bedre lønn for sykepleierne er viktig – den handler om hvilket tilbud du og dine skal møte på sykehjemmet og i hjemmesykepleien i årene som kommer. ●



Sykepleien.no

Hva mener du?

Si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no



Vil bygge ned fremtiden

HELSEHUS: Ved Skinnarberga helsehus i Kongsberg kommune jobber det mange sykepleiere. Ingen andre institusjoner i kommunen har like mange stillinger for sykepleiere, og ingen kan skryte av et bedre fagmiljø.

Jeg tør å påstå at dette i all hovedsak skyldes at Skinnarberga i dag fungerer som helsehus, og tar i mot pasienter direkte fra sykehuset – mens de fremdeles har behov for avansert helsehjelp. Skinnarberga fungerer som et «mini-sykehus», og sparer pasienter for innleggelse, fordi man her har kompetanse til å behandle de. Her er det faglige utfordringer på rekke og rad, og de ansatte trives i jobben sin.

Skinnarberga helsehus har i disse dager fått oppmerksomhet i vår lokalavis. Vi kan lese om frustrerte ansatte som er bekymret for kutt, og bekymret for hvilke tilbud de kan tilby pasientene fremover. De er bekymret for arbeidshverdagen sin, som allerede i dag er preget av et høyt arbeidspress. Skagerak Consulting har kommet med en rapport hvor de skisserer flere ulike forslag til hvordan man kan spare penger. Tiltakene påvirker i stor grad Skinnarberga helsehus, men forslagene vil også kunne få store konsekvenser for hjemmetjenesten.

Rapporten er utarbeidet av en konsulent fra selskapet, samt seksjonsledere og ansatte fra økonomiavdelingen. Hverken tillitsvalgte eller fagpersoner har vært involvert i analysen, slik at ingen har kunnet komme med innspill om hvordan arbeidshverdagen faktisk er, eller hvilke utfordringer man står overfor – helhetsbildet mangler. Hovedtillitsvalgte ble informert om konsulentfirmaet 2 dager før arbeidsgiver hadde første møte. Rapporten baseres på tall fra det siste året, et år som for øvrig har vært preget av at kommunen har lagt ned 10 sykehjemsplasser (det vises til et høyt antall overliggere i rapporten).

Skinnarberga har i 2013/2014 vært utsatt for mange kutt i årsverk, og ytterligere 3 årsverk skal kuttes. Dette har arbeidsgiver vært klar over helt siden årets budsjett ble vedtatt, likevel står det september på kalenderen før noe skjer. Norsk Sykepleierforbund (NSF) har stilt spørsmålstegn ved hvorfor man velger å utsette dette så lenge, når man har hatt så mange måneder på seg til å gjennomføre en god prosess. Når ting skal skje fort som nå, så blir dessverre involveringen av tillitsvalgte og ansatte ikke så god som intensjonen i Hovedavtalen er; på tidligst mulig tidspunkt. Tillitsvalgte får liten tid til å snakke med medlemmene sine, og

ansatte føler de ikke får god nok informasjon. Dette påvirker arbeidsmiljøet, og NSF sine medlemmer beskriver allerede nå stor uro i arbeidsgruppa. Kongsberg kommune har hatt mye negativ medieomtale det siste året, og vi ser også at kommunen over tid har slitt med å rekruttere sykepleiere.

Rådmannen har skissert seks ulike tiltak det ønskes å jobbe videre med, med utgangspunkt i rapporten. Å dreie ressurser betyr å flytte ressurser fra Skinnarberga til andre steder i seksjonen. Det vil i praksis bety at man ikke kan tilby samme tjenester man gjør i dag ved Skinnarberga. Hva da med alle kreftpasientene for eksempel, som tilhører lindrende enhet? Dersom man reduserer antall lindrende plasser, så betyr ikke det at færre har behovet, det betyr at behovet vil flyttes andre steder. Flere vil kunne få avslag på søknad om opphold, og hjemmetjenesten må gi pasientene tilbudet i hjemmet. Lindrende pasienter kan ha behov for store ressurser i perioder, de kan være plaget med mye angst og sterke smerter. For hjemmetjenesten vil dette være svært ressurskrevende. Et opphold på lindrende enhet kan gi pasientene den nødvendige tryggheten de har behov for, nettopp for å kunne være hjemme i perioder. Det forventes også et økende antall eldre i årene som kommer, hvilket også betyr flere pasienter med behov for denne unike kompetansen de i dag innehar på lindrende enhet.

Rådmannen ønsker også å gjøre om en avdeling

til dag- og aktivitetstilbud. Dette vil bety at færre pasienter kan være inne for rullerende opphold. Et rullerende opphold er i tråd med ett av samhandlingsreformens mål; at pasienten skal bo hjemme så lenge det er mulig. Fjerner man korttids plasser vil pasientene i stedet stå i fare for å få behov for langtids plass ved sykehjem tidligere. Vi må heller ikke glemme pasientenes pårørende, som i dag får et nødvendig pusterom mens pasientene er inne til rullerende opphold. Utslitte pårørende kan bety flere pasienter, ønsker vi det? Dette er bare noen få av konsekvensene tiltakene vil kunne føre med seg...

I rådmannens forslag til vedtak står det at «konsekvensen for innbyggerne er at de vil møte et tilbud som er mer mangfoldig og tilpasset innbyggernes behov enn tidligere». NSF er usikre på om de foreslåtte tiltak/kutt vil føre til dette. NSF er bekymret for de ansatte, og ikke minst for tjenestene vi kan tilby dersom tiltakene vedtas.

NSF ber om at politikerne sørger for å få konsekvensutredet tiltakene som foreslås. Konsekvensene kan være så store, og bety så mye for pasientene at det er viktig å belyse hva hvert enkelt forslag vil bety både for pasienter, men også for de ansatte som skal yte tjenesten på en god og forsvarlig måte.

Heidi Smestad Hvaal,

Hovedtillitsvalgt NSF

Kongsberg kommune

Nydelig indisk mat

Velkommen til et hyggelig måltid på Jaipur indisk restaurant midt i Oslo

Ta med annonsen og få en GRATIS smaksrik overraskelse! Drevet av sykepleier Sarabjit Kaur Brar

Karl Johans gt 18 c
Telefon 22 42 53 11
www.jaipur.no





Har du hatt en god morgen?

VERDIG ELDTREOMSORG: Når hjertet gråter og munnen likevel må smile, da koster det å være sykepleier i dagens helsevesen. Med utgangspunkt i Forskrift om en verdig eldreomsorg og Helsepersonelloven paragraf 4 er det vanskelig å beholde smilet. Det kan være en utfordring av og til overfor pasientene, deres pårørende og kollegaer, men overfor ledelse og helsepolitikken generelt begynner det å bli umulig. Denne frustrasjonen vet jeg at jeg deler med uendelig mange.

Man liker å tro at vi har det så bra i Norge. At det innad på institusjoner er fornøyde eldre som får all den omsorg, stell, pleie og behandling de trenger av et kompetent, faglig dyktig og engasjert personale. Sånn er det ikke.

Det krever kompetanse å jobbe med denne store og stadig økende pasientgruppen. Alderdom og aldersforandringene i seg selv gir store og ofte diffuse utfordringer. I tillegg har eldre gjerne annen kompleks sykdom eller lidelse som skal observeres, behandles, dokumenteres og så videre. Den som skal ha oppgaven må derfor ha bred kunnskap. Men den som får minst av kunnskapen er den gamle pasienten.

Dagene burde handle om så mye mer enn å få stå opp, stelle seg, spise og legge seg igjen. Det skulle man i alle fall ønske. Realiteten derimot, er kanskje at du ikke kan få stå opp hver dag, da det er for få på jobb som kan se etter deg om du er litt urolig. Da er det tryggere for deg å bli i sengen, slik at du for eksempel ikke faller ned en trapp eller går deg bort, når personalet ikke kan komme for å se etter deg. Dette er en vurdering som må gjøres hver morgen; er vi så mange på jobb at alle kan stå opp i dag? Det skulle

da bare mangle, tenker du nok, alle må da få stå opp! Sånn er det ikke, det finnes ofte ikke personale nok til å ta seg godt nok av deg.

Så blir du i sengen denne dagen og får servert frokost etter at jeg har vasket deg i sengen din. Har jeg tid så henter jeg det jeg vet du liker å spise, men som så ofte før må jeg få en annen til å ordne frokosten din. Etter noen minutter er jeg der igjen med medisinen dine og ser at du har fått noe du slett ikke er så glad i på brødsnivene dine, da vedkommende som har servert deg ikke har kunnskap om dette. Du spiser likevel, du er av den gamle skolen og oppdratt til å spise det man får servert. Skivene dine er ikke delt opp og gjør det vanskelig for deg å spise selv. I glasset ditt har du fått surmelk i stedet for søtmelk. Du sitter ikke godt oppreist i sengen og kan knapt løfte de vonde hendene dine opp til bordet som er skjøvet bort til deg. Bordet er satt på den siden av deg med den vondeste armen. Dette handler om tilrettelegging rundt måltidet, kunnskapen og evnen til å se hva du trenger. Svært mange har den dessverre ikke.

Innen jeg er tilbake igjen har du duppet litt, sliten etter stell i seng. Kaffekoppen din som du er så glad i har du sovnet fra. Den er båret ut igjen på raske føtter like full som da den ble båret inn, uten at du har fått smake på den. Du har heller ikke spist opp brødsnivene dine, kanskje fordi du ikke fikk det til selv på grunn av for dårlig tilrettelegging. Nei, ingen har tid til å sette seg sammen med deg, prate med deg og la deg kose deg med kaffen mens den er varm. Du får en ny sjanse til formiddagskaffen.

Vi som kjenner historien din og har faglig bakgrunn vet hva som gleder deg, hva som gjør at du sover godt, spiser godt, har mindre vondt, og at du

kommer til toalettet når det trengs. Vi vet det uten at du forteller det. På ansiktet ditt kan vi lese ubehag, smerter, nedstemthet, slitenhet og om du har behov for toalettbesøk. Skulle du ikke ønske at alle som er sammen med deg har kunnskap om dette - at de ser når alt ikke er som det skal, observerer at det kan være bivirkninger, forverring eller endring av plager og sykdom, behov for medikamentendringer eller andre ting som gjør at du ikke har det så godt? Jeg vet nok at du svarer ja til dette, men sikker kan du ikke være da den som har kunnskapen kanskje ikke har tid til deg i det hele tatt denne dagen. Den som til enhver tid kjemper for å ha en viss oversikt må kanskje etterspørre hvordan du har det i dag hos resten av personalet. Et personale som ikke har forstått nødvendigheten av kommunikasjon og tilbakemelding - like før rapport og vaktskifte. Kan hende er klokken passert to på ettermiddagen før jeg vet om dagen din har vært god eller ikke.

Etter Samhandlingsreformen er det er alltid noen som er dårligere enn deg i avdelingen, som har mer kompliserte og tidkrevende pleie- og behandlingsbehov og en mer tidkrevende og kompetansekrevene medisinaladministrering. Det faglig kompetente personalet er der. Til enhver tid. De administrerer medisiner, observerer, steller, behandler, vurderer, er i kontakt med lege og sykehus, har samtaler med pasient og pårørende og dokumenterer de aller sykeste. De uten kompetanse er veldig ofte hos deg. Kanskje har noen av dem aldri vært hos deg før og derfor ikke har noen anelse om at du liker at gardinene kan åpnes litt først slik at du naturlig kan starte dagen. De river døra opp og slår på lyset slik at du myser i sengen, slenger dyna til side og vasker deg uten å se hvor blyg og ukomfortabel du er. De skal jo også løpe videre og hjelpe flere. Dette gjør de uten å vite hvor lett du fryser om ikke vannet er godt og varmt når du skal stelles. De kjenner ikke til historien din som du liker å fortelle godlynt om, og som du blir så glad for at vi kjenner. De aner ikke hva barna dine heter og hva som har engasjert deg. De mangler basiskunnskap om stell, pleie, relasjoner og kommunikasjon og de vet rett og slett altfor lite om hva som kan gjøre dette til en fin situasjon for deg.

Slik kan din hverdag bli om dette skal fortsette. Dagene dine får ingen ende og heller ingen begynnelse.

Ikke rart du under hvilken tid på døgnet det er. Du har jo faktisk ikke fått stått opp og hatt en morgen.

Hilsen en fortvilet sykepleier i kommunal tjeneste

Løsning på kryssord side 68.



Sykepleien.no

Hva mener du?

Si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no

Hvor lang høyskoleutdanning trenger sykepleiere?

ERNÆRING: På forsiden av Sykepleien nr. 12/2014 står følgende: Trenger du tre års høyskoleutdanning for å lage denne? Under teksten er det bilde av en brødiskive med kjøttlignende pålegg og ost oppå. Etter å ha tatt inn over meg tekst og illustrasjoner fra side 22 til og med side 31 i samme tidsskrift, har jeg kommet frem til følgende svar: I denne sammenheng er tre års høyskoleutdanning åpenbart ikke nok.

Artikkelen tar opp tidstyver som gjør sykepleiere syke. Det handler om ymse oppgaver sykepleiere tar hånd om i tillegg til det de er utdannet for: tilberedning av mat, rengjøring av lokaler og navigering i et akselererende elektronisk skjemavelde med dårlig tilpasset brukergrensesnitt. – Men servering av mat, det er sykepleierens oppgave. I siste ledd er det altså sykepleieren som avgjør hva pasientene får å spise. Ifølge Kosthåndboken er god kvalitet i ernæringsarbeidet at ernæringstil-tak er tilpasset den enkeltes behov (1).

Forskning både av eldre og nyere dato viser ut-bredt underernæring hos en urovekkende høy andel pasienter på helseinstitusjoner. Pleiepersonalet kan oppleve at dette ikke blir tatt tilstrekkelig på alvor (2, 3). Underernæring medfører langsommere tilfriskning og høyere risiko for komplikasjoner, komorbiditet, tilbakefall og død (4). Mange flere pasienter kunne sannsynligvis blitt helt friske eller i det minste friskere, hvis overvåkning og opprettholdelse av deres ernæringstilstand hadde vært høyere prioritert. Det ville frigjøre store ressurser i helsevesenet som kunne brukes til å minske belastningen på sykepleierne for eksempel. Et pasientdøgn koster i størrelsesorden 40.000 kroner. Matbudsjett inkludert kjøkkendrift utgjør omtrent 2 prosent av dette (5).

Sommeren 1973 jobbet jeg som ekstra pleiemedhjelper i Elvegaten i Kristiansand. Tre handlingskraftige kvinner inkludert en sykepleier passet 90 sykehjemspasienter over tre etasjer natten igjennom – pluss meg. Å rydde vekk urørt kveldsmat, som pasientene hadde sovnet fra, inngikk i rutinene. St. Hans-natten 1976 velter en tilårs-kommen advokat seg rundt i sengen i Silurveien i Ullernåsen – og det som tidligere på kvelden var spiselige innhold i en eske Kong Haakon. Det slo meg at det ville vært mer overkommelig å holde orden på rommet og pasientene hvis de ikke spiste. Så gikk jeg ned lønnstrappen til sykehjemskjøkkenet for heller å spe på studielånet der.

Vellykket matlaging er en form for magi som ap-

pellerer til mestringsopplevelse og naturlig glede. Jeg la ned timers omtanke i spesialkostene. Men mitt hjerte sank merkbart da konteinerne ikke sjelden kom urørt ned igjen på ettermiddagen. Jobb på storkjøkken er nok noe av det tyngste jeg har prøvd, derfor tok jeg likegodt lønnsstigen tilbake til pasientene. Den gang lagde vi ikke mat ute på avdelingene annet enn til oss selv. Men det hendte vi tok for oss når maten til pasientene kom opp fra kjøkkenet, særlig hvis det var noe ekstra godt. Dette tilhører historien, men nesten 40 år senere befinner stadig 40 prosent av pasientene på helseinstitusjoner seg i faresonen for under- og feilernæring (6, 7). Kantineservering, brettservering, nedleggelse av lokale sykehuskjøkken, opprettelse av sentralkjøkken, sous vide, langreist mat og så videre. Hva disse eksperimentene har medført av ekstra kostnader er underordnet det faktum at ernæringstilstanden blant pasientene neppe er betydelig forbedret de siste 40 år. I samme tidsrom er for alt jeg vet tilsvarende prosesser implementert på pasientavdelingene. Vedvarende omstillingsprosesser har det til felles med byggingen av den kinesiske mur, at opprør blant de som utfører arbeidet holdes nede av permanent utmattelse.

Kjøkkenpersonalet opplever ikke å ha adgang til pasientene i jobbsammenheng. Denne kontakten ønsker de for å sikre at rett mat kommer frem til rett person. Kan dette være uttrykk for manglende forståelse for det kjøkkenet kan bidra med? Det er en gåte at sykehuskjøkken utvikles, og oppgavene overlates til sykepleiere, når de som regel har høyere lønn og lavere matkompetanse enn kjøkkenpersonalet, samtidig som de allerede hadde mer enn nok å gjøre fra før. Anonym sykepleier: *Leinga (på sjukehuset) burde hatt X antall dager i året der dei hadde vore plikta til å «jobba på golvet» for å sjå korleis ein egentleg arbeider der (8).* – Jeg til-later meg å foreslå at den samme ledelse sikres noen dagers kjøkkentjeneste i samme slengen.

Overvåkning av ernæringsstatus regnes som verdifullt fordi det kan gi et forvarsel om det hel-semessige utfallet av ulike behandlingstiltak. Epidemiologiske studier har vist at det er en sterk kopling mellom kosthold og helse (9, 10). Stoffomsetningen er helt ulik i en kropp som befinner seg i en tilstand av underernæring sammenlignet med energibalansert. Blant injiserende rusbrukere for eksempel, hadde de som var mest underernært betydelig oftere abscesser (betennelser) i huden enn de som ikke var så underernært uav-

hengig av andre faktorer (11). En helt nødvendig forutsetning for vellykket pasientbehandling i helseinstitusjoner er altså opprettholdelse av god ernæringsstatus. Metoder for overvåkning av ernæringsstatus og hvordan den opprettholdes, er en sentral del i studiet i klinisk ernæring. Et studium som tar minst fem år, men denne yrkesgruppen alene får heller ikke bukt med sykehussulten.

Tre års høyskoleutdanning blir nok for lite, hvis sykepleiestudiet også skal omfatte kunnskaper om og ferdigheter i å hamle opp med en esende helseadministrasjon og deres forståelse av den enkelte pasients behov. Videre bør studiet fokuse-re strategier for hvordan sykehuspersonell av ulike kategorier får arbeide med det de er best kvalifisert for. Samtidig bør de skånes for oppgaver de enten er overkvalifisert for – eller underkvalifisert for – begge deler like dårlig for de sykehusansattes og pasientenes helse.

Mone Sæland, førsteamanuensis/klinisk ernæringsfysiolog og husstellærer, institutt for helsefag – studiested Kjeller, Høgskolen i Oslo og Akershus

KILDER:

- Helsedirektoratet. Kosthåndboken: Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helsedirektoratet, 2012:IS-1972.
- Chase HP, Martin HP. Undernutrition and Child Development. *New England Journal of Medicine*. 1970;282:933-9.
- Eide HD, Halvorsen K, Almendingen K. Barriers to nutritional care for the undernourished hospitalised elderly: perspectives of nurses. *J Clin Nurs*. 2014.
- Agarwal E, Ferguson M, Banks M, Batterham M, Bauer J, Capra S, et al. Malnutrition and poor food intake are associated with prolonged hospital stay, frequent readmissions, and greater in-hospital mortality: results from the Nutrition Care Day Survey 2010. *Clin Nutr*. 2013;32:737-45.
- Helse- og omsorgsdepartementet. Ofte stilte spørsmål: Departementet; 2013 [cited 2014 5. november]. Available from: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/nokkeltall-og-fakta---ny/ofte-stilte-sporsmal.html?id=534086>.
- Imoberdorf R, Meier R, Krebs P, Hangartner PJ, Hess B, Staubli M, et al. Prevalence of undernutrition on admission to Swiss hospitals. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2010;29:38-41.
- McWhirter JP, Pennington CR. Incidence and recognition of malnutrition in hospital. 1994;308:945-8.
- Anonym. 4 i undersøkelsen: Hva vil du legge til om tidstyver? *Sykepleien*. 2014;102:31.
- World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, nutrition and the prevention of cancer: a global perspective. Washington DC: American Institute for Cancer Research; 1997. 670 s.: ill. p.
- Nutrition & diet for healthy lifestyles in Europe: science & policy implications. *Public Health Nutrition*. 2001;4:265-73.
- Saeland M, Wandel M, Böhmer T, Haugen M. Abscess infections and malnutrition—a cross-sectional study of polydrug addicts in Oslo, Norway. *Scand J Clin Lab Invest*. 2014;74:322.



Er det bare én sannhet og én vitenskap?

HOMØOPATI: TV-serien «Folkeopplysningen» med Andreas Wahl har skapt debatt. I intervjuet «Tett på» i Sykepleien nummer 14/2014 bekrefter Wahl at for ham er vitenskap det samme som naturvitenskap. Det er etter vårt syn problematisk å fremstille forskning som bare det som kan måles, veies og kvantifiseres. Han gjentar påstanden om at «Folkeopplysningen» var et forskningsprogram. Det forutsetter at virkeligheten er endimensjonal og at det finnes bare én sannhet. Ut fra den vitenskapsforståelse som Wahl representerer, vil neppe etikk, filosofi, rettsvitenskap, historie og religion regnes som vitenskapsfag. For dette er jo fag som baserer seg på tolkning og menneskers opplevelse av ulike fenomen. I intervjuet står det at Wahl ikke gikk til topps i morellsteinspytting. Etter vår syn gjorde han midlertidig det i kirsebærplukking.

En av hjørnesteinene i det opprinnelige sykepleiefaget var omsorg. Men etter hvert har faget nærmet seg behandlingsteknikk. Professor i medisin, Edvin Schei, hevder at sykepleiefaget er tett knyttet til legevirksomhet og har fulgt medisinens tekniske utvikling. Han sier videre at grunnlaget for det som blir oppfattet som dagens medisin, biomedisinen, bygger på en naturvitenskapelig og teknologisk tilnærming, som innebærer svake tradisjoner for kritisk refleksjon, ivaretagelse av relasjoner og følelser, håndtering av usikkerhet, uenighet og feil og vurdering av ulike kunnskapers relevans.

En kan bare spekulere på hvorfor sykepleiefaget er blitt mer «skolemedisinsk» med årene. Kan det være at sykepleierne gjør den sam-

me tabben som flere naturmedisinere gjør? Nemlig at de, i sin higen etter å bli anerkjent og sidestilt med dem som har status, har kastet ut barnet med badevannet? Det er for øvrig et interessant fenomen at sykepleiere er overrepresentert blant dem som oppsøker homøopater.

Wahl påstår at de ikke har oversett noen viktige studier. Når det gjelder homøopati fikk flere tyske og sveitsiske professorer i skolemedisin i oppgave fra den sveitsiske stat å gå gjennom de samlestudiene som er gjort på homøopati. Forskingen til den engelske forskeren Ernst som deltok i «Folkeopplysningen», holdt ikke mål til å inngå i samlestudien. Konklusjonen fra forskerne var at det finnes god nok dokumentasjon, selv etter den såkalte gullstandarden, doble blindtester, på at homøopati virker. Homøopati er sammen med blant annet akupunktur, ayurvedisk medisin og antroposofisk medisin sidestilt med skolemedisin i Sveits.

Om man ikke kjenner virkningsmekanismen til en behandlingsform betyr det ikke at den er virkningsløs. Det har skolemedisinen flere eksempler på. Uenighet mellom skolemedisin og alternativ medisin dreier seg ikke bare om vitenskapsforståelse, men må ses i et samfunnsvitenskapelig perspektiv hvor kampen om ressurser står sentralt.

Vi ser frem til en ny sesong med «Folkeopplysningen» hvor fokuset er hvordan personlige erfaringer, oppvekst, virkelighetsforståelse, menneskesyn, livssyn, ideologi og forskningssyn preger forskerens valg av problemstilling, forskningsdesign og forskningsresultater. Det kan sikkert gjøres med forsøk gjennom illustrasjoner, en tv-måte å fortelle på.

Thore K. Aalberg, Norsk Homøopatisk Pasientforening

Fremtidens operasjonssykepleiere

UTDANNING: Vi berømmer vår student, Ida Bergum, for hennes engasjement og kritisk refleksjon over studiet i kronikken «For lite tid til det praktiske» i Sykepleien nummer 14/2014. Vi ønsker oss studenter som reflekterer kritisk.

Studenten har snart fullført 2 av 3 semestre og ser kanskje ikke nå den kompetansen hun vil ha etter endt videreutdanning. Studentens innlegg preges derfor av noen misforståelser og mangler. Det må presiseres at studenten går i en videreutdanning i operasjonssykepleie, og ikke i et masterstudium.

Høgskolen i Oslo og Akershus (HIOA) har som et overordnet mål å utdanne fremtidens funksjonsdyktige operasjonssykepleiere. I utarbeidelsen av ny programplan for kull 2014, lå rammeplan til grunn.

Et av målene i videreutdanningen, er at studentene skal kunne utøve kunnskapsbasert praksis etter endt utdanning noe som er et krav. Helsearbeidere skal jobbe kunnskapsbasert jamfør Sosial- og helsedepartementet, 2007, St.meld. nr. 42 (1997-1998). Å utøve kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningskunnskap, erfaringskunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjon og i den konkrete konteksten operasjonssykepleie utøves. Studentene skal derfor lære å finne frem til forskning som er relevant for yrkesutøvelsen, og kritisk vurdere og anvende forskningen i egen praksis i den hensikt å forbedre praksis gjennom kvalitetssikringsarbeid eller kvalitetskontroll arbeid.

Ida Bergum skriver at det er viktig å jobbe kunnskapsbasert, men at tiden til studier i vitenskapsteori og metode er for mye vektlagt og til dels unødig. 10 av 90 studiepoeng i videreutdanningen er knyttet til vitenskapsteori, kunnskaps-syn, etikk og forskningsmetode. Vurderingsformen for emnet er skriftlig hjemmeeksamen.

Operasjonspasientens sårbarhet og sammensatte behov for medisinske og sykepleiefaglige tjenester krever høy etisk standard og omsorgsfull, systematisk og velbegrunnet praksis. I tillegg er det på sin plass å poengtere at operasjonssykepleiere har et eget fagutviklings- og forskningsansvar, som skal bidra til at praksis baseres på best tilgjengelig kunnskap, og kunne endre fagutøvelsen slik at den samsvarer med dagens komplekse pasient og utvikling (NSFLOS, 2014).

Med dette begrunnes at operasjonssykepleie ikke bare er et praktisk yrke, slik som Bergum beskriver. Sykepleie består av tre ulike dimensjoner som til sammen konstituerer profesjonen: det etiske grunnlaget, vitenreservoaret og handlingsrepertoaret. I denne sammenheng er det derfor viktig å trekke frem, at vitenreservoaret omhandler nødvendig kunnskap, innsikt og forståelse som er avgjørende for å forstå og forholde seg til pasientens problemer på.

I dag stilles operasjonssykepleiere overfor stadig ny problematikk, hvorpå operasjonssykepleieres sammensatthet og ansvar øker i forhold til de vurderinger som må tas (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Derfor betinger operasjonssykepleie en kritisk-analytisk tankegang, hvor det kreves en faglig og kvalitetsmessig utvikling til enhver tid, og som skal inkluderes som en del av yrkesutøvelsen i det daglige arbeidet (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

Vi håper med dette, at vi har fått oppklart de momentene som Ida Bergum presenterte i kronikken «For lite tid til det praktiske». Vi vil til slutt påpeke, at det på nåværende tidspunkt ikke er mastergrad i operasjonssykepleie ved HIOA.

Wenke Hjelen og Ingeborg Hansen, høyskolelærere ved Høgskolen i Oslo og Akershus



Flinke piker. Fokus må flyttes fra arbeidet man ikke har gjort, til det arbeidet man har gjort.

Unge sykepleiere, sykt flinke piker

En tid tilbake leste jeg en anonym kvinnes kronikk «Ikke så flink pike» om «flink pike»-syndromet. Og det er ikke første gang jeg har lest om fenomenet i avisene i det siste. Det uroer meg.

Det er en hel generasjon av flinke piker. Vi har skyhøye forventninger til oss selv, og det mangler ikke på ambisjoner. Som kvinnen i kronikken skriver, tror også jeg at dette er noe som starter allerede på barneskolen. Man har forventninger til seg selv ovenfor sine venner, ovenfor foreldre og lærere. De hjemme forventer at man gjør sitt beste på skolen, og lærere forventer det samme. Av vennegjengen forventes det at man passer inn. Man skal helst ikke være annerledes, man skal for guds skyld ikke ha egne meninger, og gjør du noe «feil» så kommer du til å få høre om det, lenge.

Når jeg startet på sykepleiestudiet var det også et forventningspress fra lærere og ikke minst meg selv. Jeg skulle få det til, og gode karakterer skulle jeg få. Jeg gjorde det bra.

Det var ikke før jeg startet å arbeide som sykepleier at jeg kjente ordentlig på forventningspresset. Jeg følte et enormt press til å prestere, daglig. Jeg måtte være fram-på, og det var ingen som skulle ha noe å utsette på mitt arbeid. Om jeg

så måtte arbeide overtid. Og jeg ser rundt meg at det er flere enn meg som har det slik. Noen til og med verre. Min arbeidsgiver har ved flere tilfeller fundert på hvorfor vi aldri synes at vi er gode nok. Svaret er nok at det er alltid noe som kunne blitt gjort bedre, ifølge oss. I en travel arbeidshverdag ser jeg at det ikke er mulig å få til absolutt alt jeg skulle gjort på jobb hver eneste dag. Da hadde jeg arbeidet meg i hjel. Tenk heller over de tingene du har gjort, for jeg er ganske sikker på at det er mer enn godt nok.

Jeg mener at det er utdanningsinstitusjonene som skaper dette forventningspresset i utgangspunktet. I studietiden ble jeg opplært til at for eksempel sengen skal være pent oppredd, lakenet skal ikke ha noen skrukker – stramt og fint. Putene skal ligge slik, og dynen skal brettes slik. Jeg ble fortalt at sykepleie var et serviceyrke. Du skal alltid være blid og serviceinnstilt ovenfor din pasient.

«Klart jeg er hyggelig og imøtekommende, men ikke for enhver pris.»

Ann Iren Torgersen

Høres ikke det veldig gammeldags ut?! Det gjorde meg opprørt. Sykepleie i dag handler om å ivareta pasientens behov, sørge for at behandling blir utført og tilrettelegge for at pasienten skal kunne ha det best mulig. Klart jeg er hyggelig og imøtekommende, men ikke for enhver pris.

Jeg tror det er her mange «ender opp som flink pike». Pasienten har en forventning til at sykepleieren skal serve en, og sykepleier føler at hun må prestere for å bli glad for pasienten. På min arbeidsplass er det veldig travelt. Hvis jeg skulle «dulle» med alle pasientene i løpet av en arbeidsdag, hadde jeg ikke blitt ferdig.

Det må prioriteres. Og flinke piker må fortelles at selv om den ene pasienten ikke fikk vasket seg på ryggen den dagen, så har hun gjort en god jobb. Fokus må flyttes fra arbeidet man ikke har gjort, til det arbeidet man har gjort. Skjer ikke det, kommer alle disse flinke pikene til å bli utbrent og lei i rimelig ung alder. Det er trist. For de er alle veldig flinke.

Selv anser jeg meg som en flink pike, men forhåpentligvis i ordets rette forstand. Jeg har lært av tidligere erfaringer. Veggen har jeg møtt før. Det anbefales ikke.

(Innlegget er tidligere publisert på hennes blogg – Sykepleier Ann)



Fakta

Ann Iren Torgersen

Sykepleier og blogger



Turnusfloka. De stadig kortere vaktene går under radaren til storsamfunnet. Dette er et langt større problem enn langvakter.

Helgearbeid og heltidskultur



Fakta

Nina Amble

Dr. philos i arbeidspsykologi, Institutt for yrkesfaglærerutdanning, HIOA

Hele 70 000 personer i Norge oppgir at de er direkte undersysselsatt. De fleste er kvinner, og mange jobber i helsesektoren. Fra 2011 til 2013 bevilget Stortinget, med arbeidsminister Hanne Bjurstrøm i spissen, 75 millioner kroner til forsøk som kan bidra til å redusere omfanget av ufrivillig deltid, og styrke muligheten for dem som ønsker større stilling.

I 2014 har disse forsøkene blitt evaluert. I denne forbindelsen har vi reist land og strand rundt på flere titalls møter, konferanser og seminarer. Vi har evaluert, presentert resultater, diskutert og snakket med sykepleiere, helsefagarbeidere, ledere, politikere og andre om turnus. Nå ved årets slutt sitter vi igjen med to typer data og erfaringer; de som er vitenskapelig produsert gjennom evaluering av forsøk og tiltak, og de som vi har samlet gjennom diskusjon og samtale med folk; damene og noen få herrer i helse og omsorgsarbeid. Vi som skriver denne kronikken har forsket på dette i mange år, sågar doktorert på temaet. I lys av et nytt arbeidstidsutvalg ønsker vi å presentere kunnskap om det vi mener er viktig for å gå i en konstruktiv retning når det gjelder turnus og heltid i helsesektoren.



Fakta

Kari Ingstad

Dr. polit. i sosiologi, Avdeling for helsefag HiNT

FRA UØNSKET DELTID. Siden 2010 har vi som opererer i forskningsfeltet «arbeidstidsordninger» begynt å bruke et nytt begrep, nemlig heltidskultur. I stedet for å prøve ut tiltak som reduserer uønsket deltid har vi i mange prosjekter rettet søkelyset mot hva som skal til for å bygge heltidskultur. Inntrykket er at dette grepet faller i smak. Det betyr at man i stedet for å være opptatt av å bygge ned barrierer, leter etter nye muligheter for å organisere arbeidstiden – og man prioriterer dem som vil arbeide heltid! Det liker folk flest og det åpner nye dører. Å skape en heltidskultur innebærer mye mer enn å lage turnus basert på fulltid, oftest 34–35,5 timers uke i den sektoren vi snakker om. Heltidskultur handler også i stor grad om samfunnet rundt arbeidsplassen. Tilgang på barnehageplass hele uka – hele døgnet, likestillingen hjemme; det vil si en far som mestrer og er positiv til hele dager med ansvaret for barna sine, alene.

Heltidskultur handler også om hvor mange dager av uken som skal berøres av arbeid. Mange steder er arbeidsveien lang

og kronglete. Da blir det desto viktigere, ja helt nødvendig, å berøre færrest mulig dager med arbeid. Vårt inntrykk er at det i dag er vanlig med 5- og 6-timers vakter, helt ned til 3,5 timer har vi hørt om. Det er tydelig at det er gjort ostehøvelkutt i vaktlengder, for å balansere budsjettene. Vaktlengder på 6 timer eller mindre gir aldri heltidskultur, uka har ikke nok dager! De korte vaktene er uheldig på mange måter; de stykker opp arbeidstiden, ødelegger arbeidsmiljøet, krever unødige mye administrasjon og er krevende å takle for dem som bare er til stede i ar-

«Vaktlengder på 6 timer eller mindre gir aldri heltidskultur, uka har ikke nok dager!»

beidstoppene på de mest intense tidene på dagen. De stadig kortere vaktene går under radaren til storsamfunnet. Dette har vi kalt; «skalt og valt med damer» og er i dag et langt større problem enn langvakter.

Skal vi få nyutdannete til å jobbe heltid, må de sosialiseres inn i en heltidskultur. De må tilbys hele stillinger helt fra starten av i sin yrkeskarriere. Heltid er nødvendig for at de skal få en lønn å leve av. Mer heltid tjener også pasientene. Flere ansatte på heltid gir kontinuitet i arbeidet, pasientene får færre ansatte å forholde seg til og det er lettere å rekruttere kompetente ansatte.

INFRASTRUKTUREN. Når barnehagene i kommunene har stengt i helgen, hver onsdag eller stengetiden er kl. 17.00 så er en grunnleggende forutsetning for heltidskultur ikke til stede for dem som arbeider turnus. Like fullt sitter damene med dårlig samvittighet for å jobbe såkalt frivillig deltid. Uten å mukke påføres de skyld og skam for sin arbeidsmoral. Det er vårt

inntrykk. Ved å sammenlikne med Finland, hvor 93 prosent av samlevende par arbeider heltid, så blir det overtydelig hvilke elementene som må på plass for å skape heltidskultur: 24/7 (24 timer i døgnet – 7 dager i uken) barnehage, varmt gratis skolemåltid, en skiftkultur hvor storfamilien hjelpes ad og et sivilisert samfunn giret på skift og turnus eksempelvis med bevissthet om at foreldre ikke alltid kan stille opp på kveldstid. Og streng håndhevelse av mulighetene til å jobbe ekstra. Ekstra vakt skal som regel, slik det praktiseres i Finland, tas ut som ekstra fri. Summen er at heltid gir status og holdninger hvor den gode arbeider er ansett som den beste mor! Lavt sykefravær og egenrapportert opplevelse av å være likestilt i arbeidet, tyder på at ordentlig organisert omsorgsarbeid er mulig, samtidig som det gir mindre strev for de ansatte: Innenfor rammen av en heltidskultur! En tillitsvalgt vi møtte sukket da hun hørte om Finland: hun fornemmet det og sa «de er virkelig med og drifter landet!»

ONDETS ROT. Vårt inntrykk er at det siger inn at ny organisering av helgearbeidet er nøkkelen til bedre turnus for alle. Helgene har de små stillingene, helgene har de ledige vaktene, helgene er lavt bemannet. Helgearbeidet er ekstra stridt. På den ene siden har vi møtt ansatte som arbeider 26 av 52 helger og mer enn det (selv om det er ulovlig). Hvorfor gjør de det når de er småbarnsmødre, kan vi spørre? Jo, de ledige vaktene ligger på helg: «Jeg er skilt med tre barn, jeg har uønsket deltid og er helt avhengig av å jobbe ekstra for å få en inntekt å leve av. Når de ledige vaktene er i helgen så må jeg jobbe helg.» På den andre siden; for de som arbeider heltid med hver tredje helg som arbeidshelg er det stort press på å arbeide mer helg. Enkelte steder har man inngått avtaler om at ansatte skal arbeide en helg ekstra i halvåret, eller i kvartalet. Noen steder har man også avtale om at ansatte arbeider annenhver helg mot at de får ekstra lønnstillegg. Vårt inntrykk er at mange helsearbeidere synes det er «å gå tilbake i tid» å arbeide annenhver helg – det er helt uaktuelt for de fleste. Helgene er «hellige», også helsearbeidere vil ha fri når andre har fri og de vil være sammen med familien i helgene.

Derimot har vi erfart at det å arbeide flere timer på helg, men færre helger, er en mer attraktiv mulighet. Når helgen først er berørt med arbeid – hvis det løser turnusfloka – kan en heller tenke seg å jobbe mer: Langvakt hver 4. helg er en mulighet når det gir god nok helgedekning. Da forsvinner de små helgestillingene og det blir ikke så belastende å arbeide helg.

Utfordringen med å få nok ansatte til å arbeide helg kan også understøttes ved at man får bedre betalt ved å arbeide helg. Per i dag tjener helsearbeidere mer på å arbeide en mandag kveld, enn på å arbeide søndag formiddag. Det er ikke lukrativt å arbeide helg. I Finland har man 100 prosent tillegg i lønn på alle søndager. En slik løsning ville trolig gjort det langt mer attraktivt å arbeide helger i Norge også.

EVALUERING. Vi har evaluert forskjellige turnuser hvor man organiserer arbeidet med langvakt. En type er turnus med langvakt bare i helgene, hvor ansatte arbeider vakter på 12–14 timer hver 4. helg. En annen type langvaktturnus innebærer lange vakter 3–4 dager i strekk, for så å ha en uke fri. Vi har også sett at enkeltmedarbeidere har fått økt sin stilling ved å jobbe planlagte lange vakter, men hvor resten av kollegiet jobber i en

tradisjonell turnus. Lange vakter viser seg – når de er godt organisert og tilpasset pleietyngden – å ha noen gode effekter. For den ansatte berøres færre dager med arbeid, og bemanning blir jevnet ut mellom vaktene når hele vaktlaget har samme arbeidstid. Dette vesentlige grepet faller bort hvis bare en av personalet jobber for eksempel dobbelt. Lange vakter, når hele skiftet jobber langvakt, åpner for større fleksibilitet om når ting behøver å bli gjort. Det er de samme pleierne som er der når pasientene våkner, som er der når pasientene legger seg. Dette gir rom

«I dag tjener helsearbeidere mer på å arbeide en mandag kveld enn på å arbeide søndag formiddag.»

for en mindre rutinepreget hverdag, hvor man i større grad kan ivareta pasientenes individuelle behov. Når de ansatte arbeider flere timer på helg, reduseres behovet for vikarer i helgene. Dette medfører tettere oppfølging av pasientene, og bedre kontinuitet i pleien.

GIR BEDRE TID. I de gode tilfellene kan langvakter bidra til å redusere tid brukt på vaktskiftet. Fordi de ansatte arbeider fra morgen til kveld, slipper man et vaktskifte midt på dagen. Det blir bedre tid til pasienten, uro som gjerne starter når personalet er samlet i vaktskifte, dempes. Medisinbruken går ned og matbudsjettet opp, har vi erfart. Selv om arbeidstiden er lengre, kan opplevelsen være en ny ro, både for ansatt, pårørende og pasient.

Lange vakter er ingen sesamløsning. Men vakter lengre enn dagens 5–6 timersvakter er det vi må vi bygge heltidskultur på! Vi vet fra idrettsmedisin at tre dagers hvile gir kroppen god restitusjon. Ved å kutte ut de korte vaktene og basere turnusene på 9–12 timers vakter vil vi kunne oppnå firedagers uke og arbeid hver fjerde helg. Det gir tre dager til restitusjon, hver uke. Men det fordrer arbeidsgivere som holder fingrene av fatet; ikke presser eller frister de ansatte til å jobbe ekstra i friperioden. Dette tilsvarer det en har fått til i Finland, hvor en i liten grad arbeider uplanlagt og utover ukearbeidstid.

Å DRIFTE LANDET. Helsearbeidere er en viktig og nødvendig ressurs for å drifte landet vårt. Det gir en god følelse å være helt nødvendig for å få hjulene i samfunnet til å gå rundt. Denne «godfølelsen» forutsetter at det er samsvar mellom det som ses i offentligheten og verdsetting som skjer gjennom lønn og status i dagliglivet. Det er her det skurrer i dag. Helsearbeidere følger en form for spinking og sparing i det man i et av verdens rikeste land hevder er et viktig arbeidsområde.

BÆREKRAFT I TURNUS. I dag arbeider 220 000 ansatte i den kommunale helsetjenesten. De utfører 140 000 årsverk. Statistisk sentralbyrå har laget et foretrukket referanseforløp for estimert arbeidskraftbehov i denne tjenesten. I 2040 er det behov for 220 000 årsverk. Da har vi de neste 25 årene på å bygge om den båten vi sitter i, fra deltid til en virkelig heltidskultur! Etter hvert har vi også mange gode eksempler på bærekraftig turnus som grunnlag for bra arbeid! ●



Skoleflink

Karakter. Kunnskapsminister Torbjørn Røe Isaksen vil ha færre og bedre sykepleierutdanninger.

Tekst **Susanne Dietrichson** • Foto **Erik M. Sundt**





Torbjørn Røe Isaksen

Hvorfor: Fordi han som kunnskapsminister har ansvar for regjeringens utdanningspolitikk.

Yrke: Kunnskapsminister og høyrepolitiker

Alder: 36 år

Utdanning: Master i statsvitenskap fra UiO

Avslappet stil: Kunnskapsministeren stresser ikke, og drar hjem til datteren et par timer om ettermiddagen hvis dagene blir for lange.



Det er førjulsstemning i Oslo. Kunnskapsdepartementet, Norges eldste departement, feirer 200 år. Sjefen sjøl, kunnskapsminister Torbjørn Røe Isaksen, er Solberg-regjeringens yngste statsråd. Han haster gjennom departementets ærverdige ventehall, for tiden under oppussing, med rådgiver Magnus Thue hakk i hæl. Isaksen er 36 år, men ser yngre ut med gutteaktig sveis over fregnene. Korrekt antrukket: Hvit skjorte, brunt slips, mørk dress, men likevel uformell.

Sosial, nysgjerrig og kunnskapsrik, sier de som kjenner ham. Og morsom. Senest i talen til sine medarbeidere under jubileumsmarkeringen, fikk han salen til å brøle av latter med kommentaren: «Det er ikke departementsråd Trond Fevolden som er departementets eldste, men 'Office-pakka vår'».

LÆRERSØNN. På kontoret ser Isaksen ut som han har et hav av tid, der han nærmest ligger bakover i de moderne blå lenestolene i hjørnet av rommet. Selv om han satte seg ned for ett

«Jeg var ikke noe vidunderbarn, men jeg var vel blant de flinke i klassen.»

minutt siden og skal haste videre til neste post på sitt tette program om en snau halvtime. Et supporter-skjert for fotballklubben Odd minner om hans tilknytning til Grenland.

– Jeg har en teori om at det finnes tre slags oppvekster i Norge: Enten kommer du fra en storby, eller du vokser opp på landet – som min kone som har vokst opp på gård – eller i en mellomstor by, som for eksempel Porsgrunn. De som vokser opp i en mellomstor by har en oppvekst med mange fellestrekk, på samme måte som de som vokser opp på landet eller i en storby.

Selv har han foreldre som begge er lærere, og han er storebror til en fire år yngre søster. Etter å ha tilbrakt de to første årene av sitt liv i Harstad der foreldrene møttes, flyttet familien inn i et rekkehus utenfor Porsgrunn, farens fødeby. Isaksen beskriver oppveksten sin som høyst vanlig.

– Jeg gikk i speideren, spilte litt ball. En periode var turn populært blant gutta.

– *Har det å gå i speideren preget deg som person?*

– Det gjorde at jeg lenge hadde en feilaktig oppfatning av meg selv som praktisk fordi jeg kunne bygge en gapahuk og spejle et bein, sier han og ler.

– *Hvordan var det å vokse opp med to foreldre som var lærere?*

– Foreldrene mine jobbet i grunnskolen, så de hadde ikke spesielt høy inntekt. I sommerferien dro vi gjerne på biltur, for eksempel til Tyskland og så på gamle slott.

– *Var du skoleflink?*

– Jaa.

Isaksen vrir seg i stolen.

– Jeg var ikke noe vidunderbarn, men jeg var vel blant de flinke i klassen. Foreldrene mine var nok typiske lærere. De var opptatt av at vi skulle lese bøker, men de hjalp ikke til med lekse hvis vi ikke spurte. Da jeg vokste opp var det ikke like vanlig at foreldrene hjalp barna sine med lekser som det er i dag.

JOURNALISTRØM. Isaksen holder en blå penn i den ene hånden. Med den andre gestikulerer han ivrig.

– Som liten ville jeg bli barnelege eller prest. Men da jeg begynte å studere ved Universitetet i Oslo var planen å bli journalist. I så fall hadde jeg vel jobbet her i informasjonsavdelingen for en eller annen tulling av en statsråd, spøker han.

Isaksen jobbet som frilansjournalist i Varden og Porsgrunns Dagblad på slutten av 1990-tallet. Han hadde stor glede av å skrive og likte godt å jobbe i lokalavisa.

– Jeg fikk to råd: Enten bare fortsette å jobbe som journalist eller å ta et fag på universitetet og skrive mens jeg studerte.

Valget falt på det siste. Isaksen flyttet til Oslo og tilbrakte ni år som student ved universitetet, hvor han tok mellomfag i idéhistorie og medievitenskap, og master i statsvitenskap. Masteroppgaven «Endring og tradisjon hos F.A. Hayek» skrev han på 20 dager.

Han takker studietiden for at han ble en god debattant:

– Jeg ble tvunget til å resonnerer på en helt annen måte. Når du er ung og opptatt av samfunnet rundt deg, blir ting veldig ofte svart-hvitt. Som student må du lære deg å nyansere, sier han.

Ingen kan beskyldes Isaksen for å være unyansert. Det er ikke mange av statsrådene som topper ham på utdanning. Kanskje det er derfor han ikke er redd for å bevege seg utenfor partiboksen både når det gjelder musikksmak; sint gangster-rap fra 90-tallet, og feminisme.

– *I Morgenbladet har du omtalt deg selv som feminist, hva legger du i det?*

– Selv om jeg ikke deler alle feministenes synspunkter, for eksempel kjønnskotering som jeg er skikkelig imot, er jeg naturligvis for likestilling mellom menn og kvinner og mot strukturell forskjellsbehandling av kvinner, sier han.

– Jeg mener et problematisk aspekt ved kvinnesak er at det tradisjonelle mannsidealet har blitt et samfunnsideal. Kvinners kamp for å komme ut i jobb på de samme premisser som menn, har gått på bekostning av det å få menn til å ta mer ansvar hjemme.

POLITIKK. – *NSF jobber for at flere menn skal bli sykepleiere, og for studentrepresentantene er moderat kvotering et viktig virkemiddel. Hva er ditt forslag?*

– Jeg mener moderat kvotering er vanskelig å praktisere, hvordan skulle det foregå? Et alternativ er å senke poengsummen for å komme inn på studiet, men det er vel ingen tjent med, svarer han retorisk.

– Når det er sagt er jeg opptatt av lagtenkning, både når det gjelder sammensetning av styrer og på arbeidsplassen. I min



Ung: Isaksen er regjeringens yngste statsråd, men leder Norges eldste departement.



Nybakt far: Torbjørn Røe Isaksen mener det bør være valgfritt å ta pappa-perm. Selv skal han ha det. Foto: Alf Øystein Støtvig/VG/NTBscanpix

1. skoledag: Klar for nye utfordringer, sju år gammel.

stab ønsker jeg en representativ sammensetning av mennesker med forskjellig typer erfaringer som man ikke kan lese seg til, for eksempel den typen erfaringer det gir å være mann og kvinne.

Isaksen tror problemet med å rekruttere menn til omsorgsyrker handler mye om fordommer.

– Jeg tror samfunnet oppfatter disse jobbene som viktige, men ikke faglig utfordrende, sier han.

Men tilføyer raskt:

– Jeg sier absolutt ikke at det er slik.

– Derfor er det viktig å fremme høye faglige standarder, kompetanse og de spennende utfordringene disse yrkene innebærer.

Han mener også den fleksibiliteten disse yrkene har og muligheten de gir for å jobbe i deltid særlig appellerer til kvinner med barn.

Mens Isaksen drømte om å bli journalist tok politikken opp

stadig mer av hans tid. Han ble aktiv i Telemark Unge Høyre på 1990-tallet, satt i Porsgrunn bystyre i to perioder og som leder i Unge Høyre fra 2004 til 2008. Han satt på Stortinget som

«Som student må du lære deg å nyansere.»

representant for Telemark fra 2005 til 2009 og har vært med i Høyres sentralstyre siden 2007. I 2007 ble han kåret til Norges største politiske talent av VG.

LITTERATUR. Skrivegleden har han fått bruk for som forfatter og redaktør for politiske bøker, skrifter og essay og som debattant, blant annet i Morgenbladet, Klassekampen og Dagbladet. Blant annet har han vært redaktør for tidsskriftet Minerva. Han er også glad i å lese skjønnlitteratur. Høyt på listen over



Ung: Isaksen er regjeringens yngste statsråd, men leder Norges eldste departement.

yndlingsforfattere har han Mario Vargas Llosa, Gabriel García Márquez og Jorge Luis Borges. Som et ledd i et dannelsesprosjekt leser han dessuten et dikt hver dag.

– Det er jo fantastisk med nettet, at man har umiddelbar tilgang på så mange flotte dikt.

Isaksen tar frem mobilen.

– For eksempel Olav H. Hauge-senterets sider, her ligger det flere fine dikt. Og dikt.no.

«For å bli en god sykepleier, må du drive med nettopp sykepleie i praksis.»

– Har du et yndlingsdikt?

– Det må bli ett av Stien Mehren: *Og nettene har ikke navn.*

– Har du noen personlige erfaringer med sykepleiere?

Isaksen tenker seg om et kort sekund før han svarer lattermildt.

– Vi hadde en nabo som var sykepleier. Datteren hennes var

en god venninne av meg. For å være ærlig, det jeg assosierer med henne er at hun av og til jobbet på julaften. Mine foreldre var jo lærere, så før jeg forsto hva fellesferie var trodde jeg alle hadde fri åtte uker hver sommer.

Men det var den gang. I dag vet Isaksen bedre. Hans politiske engasjement for profesjonsfagene har vært tydelig fra første dag på ministerpost. Særlig lærerne er prioritert i statsbudsjettet. Med Lærerloftet skal alle lærere etterutdannes i matematikk, engelsk og norsk, lærerutdanningen skal utvides til fem-årig master og opptakskravet for utdanningen skal heves fra 3 til 4 i matte.

– NSF student ønsker at det også for sykepleierutdanningen skal være et karakterkrav på 3 i matte, engelsk og norsk. Hva tenker du om det?

– Vi har lansert en pilot der vi prøver ut nasjonale deksamener i matte, dette gjelder også sykepleierutdanningen. Et forsøk på å ta et klarere nasjonalt grep om kvaliteten på utdanningen. Men jeg er absolutt åpen for å ta en debatt om øke opptakskravet for sykepleie.

PROFESJONSFAG. Isaksen mener det er viktig at alle landsdeler har en sykepleierutdanning slik at behovet for sykepleie dekkes over hele landet. Så har han også gjort tydelige grep med utredningen om sammenslåinger i universitets- og høyskolesektoren.

– Men mange og små fagmiljøer blir fort sårbare og bidrar til at kvaliteten varierer fra studiested til studiested. Jeg mener det er klokt av Norsk Sykepleierforbund å være opptatt av kvaliteten på utdanningen og profesjonsstatus.

Ministeren er opptatt av et balansert forhold mellom teori og praksis i profesjonsfagene, noe han ga klart uttrykk for da han deltok på lanseringen av boka *Profesjonshistorier* på HiOA:

– For å bli en god sykepleier, må du drive med nettopp sykepleie i praksis. Flere av de klassiske universitetene burde se til dette. Det er mulig å kombinere forskning og nærhet til praksis, det gjøres for eksempel i stor grad ved HiOA, sa han, og mente at det også er en fare for at det teoretiske kan bli livsfjernt og fjernt fra praksisfeltet hvis man «putter flere ned i en teorigrøtte».

Det er snart tid for å haste videre til neste møte. Informasjonsrådgiver Dino Prohic har allerede sett flere ganger på klokken. Diskret hinting er byttet ut med klar beskjed: «Nå MÅ vi gå».

En vanlig dag for den nybakte pappaen begynner klokka åtte og kan vare til ni om kvelden: Møte med skolebyråden i Bergen. Finansdebatt i Stortinget. Møte med lederne i LO og NHO på IKEA Furuset for å snakke om voksenopplæring i arbeidslivet. Slike dager drar han ofte hjem et par timer på ettermiddagen for å være sammen med sin fire måneder gamle datter og kona Henriette Ringnes. Livet handler om mer enn politikk, og Isaksen er kjent for å sette venner og familie høyt. Og det blir pappaperm. Søknaden er levert. Selv om han mener det er en privatsak og at det bør være valgfritt. ●

susanne.dietrichson@sykepleien.no

JOB

Sykepleien 01 | 2015

Stillinger – Kunngjøringer



Se flere stillinger
på nett: sykepleien.no



Leikanger kommune

Leikanger kommune med 2200 innbyggjarar er Sogn og Fjordane sitt administrasjonssenter med høg kompetanse knytt til m.a. fylkeskommunen, Fylkesmannen, Fylkeslegen, Statens vegvesen, NAV og DIFI. Regionsenteret Sogndal med sitt høgskule- og forskningsmiljø og direkte flysamband til m.a. Bergen og Oslo ligg 20 km unna. Leikanger er ellers kjend for frukt, reiseliv og unike friluftstilhøve knytt til isbrear, fjell og fjord.

HELSESØSTER - 100 % FAST STILLING

Leikanger kommune har ledig 100% fast stilling for helsesøster frå 1.3.2015. Tenesta er lokalisert i nye lokale ved Leikanger helsesenter som også omfattar legekontor, fysioterapi og pleie- og omsorgsteneste.

Hovudarbeidsoppgåver :

- Helsestasjon og skulehelseteneste
- Helseopplysning, undervisning og rettleiing
- Vaksinasjon
- Oppfølging av barn og unge med særlege behov
- Tverrfagleg samarbeid med andre kommunale og eksterne tenester

Kvalifikasjonskrav:

Offentleg godkjend helsesøsterutdanning

Personlege eigenskapar:

- utviklings- og løysningsorientert
- initiativrik
- gode kommunikasjons- og samarbeidsevner
- positiv
- evne til å arbeide sjølvstendig og strukturert

Løn etter avtale. Fleksitidsordning. Tilsetjing skjer elles på dei vilkår som til ei kvar tid går fram av lover, reglar og tariffavtale. Det er 6 månaders prøvetid i stillinga og krav om godkjend politiatteest av ny dato. Søkjar bør ha førarkort på bil.

Ta kontakt med helsesjef Leiv Erik Husabø tlf. 57655666 eller kommunalsjef Gunnar Steine tlf. 57655609 for å få meir informasjon om stillinga.

Søknaden sender du elektronisk ved å gå inn under «Ledige stillingar» på heimesida vår – www.leikanger.kommune.no

Søknadsfrist 1.februar 2015.



Gol kommune

SJUKEPLEIAR 90 % FAST STILLING Gol Helsetun

Gol Helsetun er ein sjukeheim med 32 plassar, og består av to avdelingar med seksten plasser pr. avdeling. Vi har 41 dyktige medarbeidarar med høg fagkompetanse.

Søknadsfrist: 25.01.15

Fullstendig utlysning: [www.gol.kommune.no/Ledige stillinger](http://www.gol.kommune.no/Ledige_stillinger)



Oslo kommune
Barne- og familieetaten

Lars 6 år trenger et fosterhjem for oppvekst i østlandsområdet

Lars går i 1. klasse og klarer seg godt faglig, men trenger å få styrket sin sosiale kompetanse. Han er en gutt som er lett å like, som prater og spør om det meste når han er trygg. Han er glad i dataspill og hobbyaktiviteter, men også i fysiske aktiviteter som å stå på skøyter, ski og å være i svømmehallen. De voksne rundt ham har ikke gitt ham den støtten han har hatt behov for, så han trenger trygge rammer, tydelige grenser og mye omsorg/voksenkontakt. Lars skal ha noe kontakt med far, mor og søsken.

Hvem er dere?

Dere bor i det sentrale østlandsområdet, og det er ønskelig at dere har erfaring med egne barn/fosterbarn. Egne barn bør være eldre. Dere er varme og kloke voksne, som forstår at det krever tid og tålmodighet å rette opp en vanskelig barndom. En av dere vil få mulighet til å være hjemmearbeidende på fulltid det første året, evt. lenger.

Vi kan tilby:

- Forhøyet arbeidsgodtgjøring det første året med evaluering
- Utgiftsdekning
- Veiledning, kurs og opplæring
- Mulighet for avlastning

Vil dere vite mer?

Ta kontakt med Fosterhjemstjenesten i Oslo på tlf. 23 42 80 09 eller send en e-post til fosterhjemstjenesten@bfe.oslo.kommune.no

Dere kan også lese mer på våre nettsider:

www.fosterhjem.no/oslo

Illustrasjonsfoto

MODUMBAD
- en kilde til liv



Modum Bad er en diakonal, ideell stiftelse som skal fremme psykisk helse og livskvalitet, familierelasjoner og samliv ved behandling, forskning og forebygging.

Avdelingsleder

Avdeling for spiseforstyrrelser

Ved avdelingen er det ledig 100 % stilling som avdelingsleder.

Stillingen er ledig fra 1.juli 2015.

Tiltredelse etter avtale.

KONTAKTPERSONER: Klinikkdirktør
Tron Svagård eller personalsjef Einfrid
Petersen-Øverleir tlf. 32 74 97 00.

Søk elektronisk via

www.modum-bad.no.

Her finner du også

fullstendig utlysningstekst.



Søknadsfrist: 15. februar 2015

www.modum-bad.no



Fagutviklingssykepleier til demensenhet Østerås bo-og behandlingssenter

Vil du jobbe i en skjermet enhet med 14 beboere?

Søknadsfrist: 07.02.2015

Ref. nr.: 2457222090

Les mer på www.baerum.kommune.no/jobb



BÆRUM
KOMMUNE

Bærum kommune –
kanskje ditt viktigste valg

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. 10 000 ansatte og et brutto budsjett på 9 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

Hovedintensiv

Intensivsykepleier/sykepleier

6 x 100 % fast stilling.

Nærmere opplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til avdelingssjef Trude Småvik, tlf. 72 82 68 50 / 924 92 410, trude.smavik@stolav.no eller seksjonsleder Irene Westerlund, tlf. 72 82 76 54, irene.westerlund@stolav.no

Søknadsfrist: 25. januar 2015

Søknad sendes elektronisk via www.stolav.no, velg Jobbsøk, deretter ledige stillinger.

Vi ønsker ikke kontakt med telefonselgere!

frantz.no

ST. OLAVS HOSPITAL



Nore og Uvdal kommune
Pleie, rehabilitering og omsorg

Nore og Uvdal kommune fagavdeling pleie- rehabilitering og omsorg har for snarlig tiltredelse, ledig 100 % stilling som seksjonsleder for institusjon/korttids/rehabilitering og ambulant team.

Kvalifikasjoner

- Offentlig godkjent sykepleier
- Formell lederutdanning og ledererfaring
- Erfaring fra kvalitetsarbeid og fagutvikling
- Godt utviklede IKT-ferdigheter
- Kjennskap til lovverk som regulerer tjenesten

Arbeidsområder

- Sykepleiefaglig ansvarlig for seksjonens, og hjemmetjenestens tjenestetilbud
- Personalansvarlig for seksjonens ansatte
- Pådriver i den tverrfaglige faglige utvikling i omsorgssektoren
- Delta i fagavdelingens ledergruppe og arbeide tett sammen med andre fagavdelinger
- Budsjettansvar for seksjonen
- Saksbehandling i tråd med gjeldende myndighetskrav

Nærmere opplysninger om stillingen fås ved henvendelse til fagsjef Lis Berit Nerli på tlf. 31 02 43 00/ e-post: lis-berit.nerli@nore-og-uvdal.kommune.no

Fullstendig annonsetekst og elektronisk søknadsskjema finner du på vår hjemmeside: www.nore-og-uvdal.kommune.no – ledige stillinger

Søknadsfrist: 30.01.2015



Nore og Uvdal kommune
Pleie, rehabilitering og omsorg

Nore og Uvdal kommune fagavdeling pleie- rehabilitering og omsorg har fra 01.07.15 , ledig 100 % stilling koordinator innen habilitering knyttet mot alle aldersgrupper i befolkningen.

Kvalifikasjoner

- Idrettspedagog / Fysioterapeut / Ergoterapeut/ Vernepleier / Sykepleier

Arbeidsområder

- Fokus på helsefremmende tiltak
- Skape forutsigbarhet, trygghet og faglig struktur i et helhetlig pasientforløp
- Tverrfaglig samarbeid
- Fagansvar
- Personalansvar
- Budsjettansvar
- Saksbehandling i tråd med gjeldende myndighetskrav

Nærmere opplysninger om stillingen fås ved henvendelse til seksjonsleder Toril Fjøsli på tlf. 31 02 43 00/
e-post: toril.fjoslid@nore-og-uvdal.kommune.no

Fullstendig annonsetekst og elektronisk søknadsskjema finner du på vår hjemmeside: www.nore-og-uvdal.kommune.no – ledige stillinger

Søknadsfrist: 30.01.2015



Nore og Uvdal kommune
Pleie, rehabilitering og omsorg

Nore og Uvdal kommune fagavdeling pleie- rehabilitering og omsorg har for snarlig tiltredelse, ledig 100 % stilling sykepleier på dagtid innen tjenestetilbudet til personer med demens.

Kvalifikasjoner

- Offentlig godkjent sykepleier
- Videreutdanning i geriatri eller psykisk helse

Arbeidsområder

- Fokus på helsefremmende tiltak
- Skape forutsigbarhet, trygghet og faglig struktur i et helhetlig pasientforløp fra hjemmeboende til institusjon
- Oppdatering og vedlikehold av prosedyrer - rutiner - og tiltaksplaner.
- Tverrfaglig samarbeid.

Nærmere opplysninger om stillingen fås ved henvendelse til seksjonsleder Gunnar Tjelden på tlf. 31 02 43 00/ e-post: gtj@noreuvdal.no

Fullstendig annonsetekst og elektronisk søknadsskjema finner du på vår hjemmeside: www.nore-og-uvdal.kommune.no – ledige stillinger

Søknadsfrist: 30.01.2015



Nore og Uvdal kommune
Pleie, rehabilitering og omsorg

Nore og Uvdal kommune fagavdeling pleie- rehabilitering og omsorg har for snarlig tiltredelse, ledig 70 % stilling sykepleier i turnus innen tjenestetilbudet korttids/rehabilitering/ambulant team.

Kvalifikasjoner

- Offentlig godkjent sykepleier
- Videreutdanning i tråd med gjeldende behov

Arbeidsområder

- Fokus på helsefremmende tiltak
- Skape forutsigbarhet, trygghet og faglig struktur i et helhetlig pasientforløp fra hjemmeboende til institusjon
- Tverrfaglig samarbeid.

Nærmere opplysninger om stillingen fås ved henvendelse til seksjonsleder Gunnar Tjelden på tlf. 31 02 43 00/ e-post: gtj@noreuvdal.no

Fullstendig annonsetekst og elektronisk søknadsskjema finner du på vår hjemmeside: www.nore-og-uvdal.kommune.no – ledige stillinger

Søknadsfrist: 30.01.2015



Trondheim kommune

SYKEPLEIERE, LADESLETTA HELSE- OG VELFERDSSENTER

Ladesletta helse- og velferdssenter er et nytt senter som åpnet mai 2014. Senteret består av barnehage, hjemmetjeneste, 5 sykehjemsavdelinger med tilsammen 76 plasser, 38 omsorgsboliger, aktivitetstilbud for mennesker med funksjonsnedsettelse, aktivitetstilbud for seniorer og en bydelsskaffe. Senteret vektlegger kompetanseutvikling, samhandling og kommunikasjon på tvers av enheter. Vi har fokus på brukermedvirkning og mestring i hverdagen til den enkelte og til fellesskapet. Vi har store fellesarealer både ute og inne, hvor brukermedvirkning er sentralt i hvordan de skal brukes. Vi har hageanlegg med nytteveksthage, sansehage og dyr. Inne har vi gymsal/ festsal, keramikk- og snekkerverksted, sanserom, multimediarom, bibliotek, frisør og fotpleie.

Vi søker etter sykepleiere til våre sykehjemsavdelinger.

Arbeidsoppgaver

- Ansvar for å bistå pasienten i det daglige, og aktivt bidra i forhold til pasientens hverdagsmestring
- Jobbe etter helhetlig pasientforløpmetode
- Ivareta pasientens medisinske behov sammen med tilsynslege
- Veilede kolleger
- Ha ansvar for inkomstsamtaler og pårørendesamtaler
- Mulighet for å være gruppesykepleier

Kvalifikasjoner

- Autorisert sykepleier
- Erfaring med demens eller eldre
- Fordel med kompetanse på makt og tvang
- Evne til å se og ivareta eldres behov
- Evne til å arbeide systematisk og strukturert
- Gode muntlige og skriftlige norskkunnskaper

Vi tilbyr

- Et trivelig arbeidsmiljø med masse humor og glede i et stort, flott og nytt senter!
- Utfordrende arbeidsoppgaver innenfor fagfeltet
- Vi blir et Livsglede sykehjem
- Gode utviklingsmuligheter og selvstendige arbeidsoppgaver
- Et tverrfaglig arbeidsmiljø
- Mange gode kolleger
- Fagdager
- Kalenderplan med stort sett 100 % stillinger i rundturnus, med fleksible vaktlengder
- Mulighet for å påvirke sin egen plan
- Lønn etter sentrale og lokale avtaler

Søknadsskjema og fullstendig utlysningsskjema finner du her: www.trondheim.kommune.no/stillingledig/

Søknadsfrist 1. februar 2015



Lurøy kommune

Ledige stillinger:

- Sykepleiere

Fullstendig utlysning på www.luroy.kommune.no



Skjåk kommune

Skjåk kommune ligg i Oppland fylke og er nr. 4 på kommunebarometeret. Vi kan tilby deg ein køfri kvardag full av opplevingar. Sjå www.skjaak.kommune.no

Vi har styrka helsestasjon- og skulehelsetenesta. Helsestasjon, jordmor, miljøterapeut og barnevern er samla i eitt ansvarsområde, i alt 8 årsverk. Skjåk har felles barnevern med Lom kommune, jordmor har vakt i samarbeid med fem kommunar Nord-Gudbrandsdalen.

Tenesteleiar

100 % fast stilling som tenesteleiar ved utvida helsestasjon er ledig frå 01. april 2015. Tenesteleiar rapporterer til kommunalsjef helse og omsorg.

Miljøterapeut

100 % fast stilling som miljøterapeut ved utvida helsestasjon er ledig frå 01. mars 2015.

For fullstendig utlysing sjå kommunen si nettside www.skjaak.kommune.no

Rådmannen



Skjåk kommune, 2690 Skjåk
skjaak.kommune.no



Skjervøy kommune

En trivelig kommune i Nord-Troms

VIKARIAT 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 det ledige 100 % vikariatet som sykepleier med tiltredelse så snart som mulig og frem til 31.08.2016. Stillingen går i to delt turnus med vakter hver 3. helg.

Fullstendig utlysningstekst 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 06. februar 2015.

Vi strekker oss lenger – for at du skal trives!
 Nå har du mulighet til å få jobb i en spennende kommune med fokus på barn og unge!



Leder helsestasjonen



Helsesøster

Søknadsfrist 30.01.2015

Fullstendig annonse på www.gjesdal.kommune.no www.finn.no eller ring 51 61 42 00

Gjesdal
kommune
Vi strekker oss lenger™



HELSE ●●● MIDT-NORGE



Helse Midt-Norge RHF er ett av fire regionale helseforetak i Norge. Disse eies av staten ved Helse- og omsorgsdepartementet og skal sørge for at befolkningen får tilgang på spesialiserte helsetjenester med god kvalitet. Helse Midt-Norge RHF har overordnet ansvar for spesialisthelsetjenesten i Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal. Virksomheten er fra 1. januar 2015 organisert gjennom 4 helseforetak som eies av Helse Midt-Norge RHF. I tillegg er Helse Midt-Norge IT direkte underlagt RHF som egen selvstendige enhet. Den samlede virksomheten omfatter ca. 20 000 medarbeidere og et årlig budsjett på ca. 17 milliarder kroner. Helse Midt-Norge RHF er lokalisert på Stjørdal. **Se ytterligere informasjon på www.helse-midt.no.**

ADMINISTRERENDE DIREKTØR

Dette er en meget spennende og krevende stilling hvor du vil få en unik mulighet til å påvirke utformingen av helsetjenestene i Norge. Som leder av det regionale helseforetaket får du ansvar for å skape tillit og sikre gjennomføringskraft til de strategiske prioriteringer og valg som fremtidens helseutfordringer krever. Det forventes stor evne til helhetstenkning – du må kunne balansere fagkunnskap, organisatorisk-/økonomisk forståelse og samfunnsinnsikt.



For ytterligere informasjon samt for å søke stillingen, se www.headvisor.no. Kontakt gjerne våre rådgivere i Headvisor; Anders Bauge, tlf. 901 56 249, Lars Jakob Arnøy, tlf. 907 69 045 og Per Inge Hjertaker, tlf. 917 29 682. Alle henvendelser før søknadsfristen behandles konfidensielt inntil annet er avtalt.

Søknadsfrist 15.02.15.

 **HEADVISOR®**
...vi beveger og setter spor

STEIGEN KOMMUNE



Steigentunet ligger i kommunesenteret Leinesfjord og ble åpnet i 2001. Her er helse- og omsorgstjenesten samlet i ett bygg med legekontor, kommunal legevakt, familiesenter, sykehjem, hjemmetjeneste og omsorgsboliger.

Sykepleiere

- Det er for tiden ledig 3 hele sykepleierstillinger innenfor pleie- og omsorgssektoren på Steigentunet. 1 stilling er fast og 2 vikariater.

Kontaktperson for stillingen er leder for pleie- og omsorgstjenestene på Steigentunet Anne Lise Dreyer, 404 53 460.

Søknadsfrist: 29.01.2015.

For fullstendige annonsetekster og elektronisk søknadsskjema se www.jobbnorge.no

Vi ønsker ikke å bli kontaktet av annonseselgere.



Jobbnorge.no

STRESSMESTRING

lærer du av Acem på Halvorsbøle

Fagakademiet i samarbeid med Acem og Norsk Yogaskole inviterer til

Stressmestringskurset Arbeid og avspenning

16. - 18 April 2015

Du blir kjent med de siste forskningsresultater på stress og avspenning, instrueres i både yoga og meditasjon og lærer om ulike avspenningsmetoder.

Du lærer teknikker du kan praktisere selv, instruere i eller gi råd til andre om.

Norsk Sykepleierforbund har godkjent kurset som meritterende for godkjenning til klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie med totalt 15 timer.

Pris; **kr 4.950,-** inkl overnatting på enkeltrom, fullpensjon og kursavgift.

For mer info: www.fagakademiet.no eller www.acem.no

Ring: 417 86 400 eller 23 11 87 00 for info/påmelding.

Sykepleien øker

En side gir i snitt 266.000 eksponeringer i Sykepleien.

Mange blader opplever nedgang i lesing. Sykepleien går motsatt vei og har flere lesere enn før!



Sykepleien

«Oppnå mer med mindre stress med Oppmerksomhetstrening (OT) – mindfulness»

Kurs i Oslo, 2015

(Senter for Stressreduksjon, www.scat.no)

INTRODUKSJONSKURS

Våren 2015: fredag – lørdag, 24. – 25. april

OT: En selvutviklingsmetode gjennom bevisstgjøring. Praktisk nyttig for alle yrkesgrupper, spesielt helsepersonell.

Læringsmål: Å lære effektive teknikker for å bruke (stress) energien på en positiv måte.

Kursleder: Andries J. Kroese, dr. med., forfatter av flere bøker om OT, utdannet instruktør ved Univ. of Mass. Hospital, USA.

UTDANNING SOM INSTRUKTØR I OT

(3 x 2 dager + egen daglig trening)

Høsten 2015: fredag og lørdag 21. – 22. aug., 18. – 19. sept., 23. – 24. okt.

Læringsmål: Fordypning i OT for egen skyld og for å kunne formidle OT som et verktøy til selvhjelp for pasienter, klienter og andre mennesker i en vanskelig situasjon.

For mer informasjon kontakt:

ajkroese@online.no, telefon 90 15 17 34 eller www.scat.no

Valg av delegater til fylkesmøtene

Denne kunngjøringen gjelder alle ikke-yrkesaktive medlemmer og alle medlemmer som er i arbeid men ikke tilhører et etablert hovedtillitsvalgdområde ved sin arbeidsplass/virksomhet, i følgende fylker:



Fylke:	Delegater må være foreslått senest:	Valg av delegater til fylkesmøtet:	Fylkesmøte:
Akershus	12. februar	12. mars	26. mars
Aust-Agder	4. februar	5. mars	24. mars
Finnmark	29. januar	26. februar	12. mars
Hedmark	10. februar	10. mars	25. mars
Oslo	30. januar	2. mars	24. – 25. mars
Rogaland	21. januar	18. februar	4. – 5. mars
Sør-Trøndelag	20. januar	17. februar	3. – 4. mars
Telemark	23. januar	23. februar	23. – 24. mars
Troms	5. februar	5. mars	24. – 25. mars
Vest-Agder	Info. på lokal hjemmeside og i medlemsbladet «Reflex»		19. februar
Vestfold	12. februar	12. mars	26. mars
Østfold	11. februar	10. mars	25. – 26. mars

Vi oppfordrer alle medlemmer som vil være med å påvirke NSF i sitt fylke til å stille som delegat til fylkesmøtet!

Kontakt ditt fylkeskontor for informasjon!
Internett: <https://www.nsf.no/> - velg deretter fylke under meny-punktet «Fylkeskontor» øverst på siden.

Telefon: Ring 02409, og spør etter ditt fylkeskontor.

Organisering av valg vil variere fra fylke til fylke, men gjennomføres enten elektronisk via fylkets nettside, på lokalt kunngjort medlemsmøte, ved fremmøte på det enkelte fylkeskontor eller som en kombinasjon av disse fremgangsmåtene. For fylker som ikke er omfattet av denne oversikten, vises til lokalt utsendt informasjon via brev/medlemsblad.

Liste over foreslåtte delegater blir lagt ut på fylkets nettsider straks fristen for å foreslå delegater er utløpt. Listen vil også være tilgjengelig på det enkelte fylkeskontor.

Kurs i Velferdsteknologi

St.meld. 29 "Morgendagens - omsorg" sier at velferdsteknologi skal være implementert i omsorgstjenesten innen 2020 i hele Norge

Fagkurs
våren 2015

Teknologikurs for helsepersonell

Kurset gir kompetanse i å forstå og håndtere teknologi slik at pasientsikkerhet ivaretas og velferdsteknologi kan implementeres i tjenesten.

Kursdatoer:

Oslo - 17.02.15 (frist: 03.02.15)
Stjørdal - 19.02.15 (frist: 05.02.15)
2200 kr

Oppfølging av KOLS ved hjelp av velferdsteknologi

Kurset gir kompetanse i KOLS og aktuell velferdsteknologi, med fokus på hvordan man kan følge symptomutviklingen for å tidlig oppdage forverring av sykdom. Selvstendighet og mestring for den enkelte pasient vektlegges i kurset.

Kursdatoer:

Oslo - 05.03.15 (frist: 10.02.15)
Stjørdal - 04.03.15 (frist: 12.02.15)
2200 kr

Godkjennes til klinisk spesialist/klinisk fagstige.

For påmelding og info. gå til
www.dignio.no/kurs



Norsk institutt for kunstuttrykk & kommunikasjon (NIKUT)

Planlagt oppstart for **ny videreutdanning i «Embodied Leadership, Coaching and Communications»**, januar 2016. Kurset holdes på engelsk.

Det er obligatorisk med et forkurs for å søke videreutdanningen.

Forkurs 23. – 25. Januar 2015 ved Anne Solgaard, MSc og dansepedagog og Gunnar Reinsborg, kunst og uttrykksterapeut, psykodrama regissør og barnevernspedagog.

Tema: **Expressive Arts as a Gateway to Embodied Leadership.**

Gjennom tre dager vil du få erfaring med bruk av kunst- og uttrykksmetoder med utgangspunkt i bevegelse og tilstedeværelse.

Tlf. +47 90070078, nikut@online.no, www.nikut.no

Sted: Høyskolen i Drammen

Vår symposium på Tenerife, 7. – 13. april 2015 - teller også som forkurs!

Se www.nikut.org for mer info.

Søknadsfrist: 15.02.2015



MEDIYOGA - medisinsk yoga

Utdannelse for helsepersonell



OSLO - BERGEN - BODØ - KRISTIANSAND
TROMSØ - TRONDHEIM - STAVANGER

mediyoga.no +46 85 40 882 80



Kathe W. Larsen
Helene K. Slettbakk
Liv Bente Rygh Østreim

Vi gratulerer vinnerne
etter App lanseringskampanjen.

Sykepleien



Forsvarets sanitet

KURS I TRAUMATOLOGI OG KRIGSKIRURGI

Arrangeres ved Forsvarets sanitetsskole på Sessvollmoen 4.-8. mai 2015 (uke 19)

Målgrupper:

1. Kirurger, anestesileger og leger i slike utdanningsstillinger. Anestesisykepleiere og operasjonssykepleiere
2. Paramedics, ambulansarbeidere, medics og annet relevant helse-/ sanitetspersonell (til førstehjelpsteamene)

Godkjenning:

For sykepleiere er kurset godkjent med 20 timer til klinisk spesialitet/stige.

Undervisningsform:

Anesteserte forsøksdyr, klasseromsundervisning og praktisk trening i felt.

Gjesteforelesere og gjesteinstruktører:

Tidligere har gjesteforelesere og gjesteinstruktører som Kenneth Boffard, kirurg (Johannesburg,

Sør-Afrika), C William Schwab, kirurg (Philadelphia, USA), Donald Trunkey kirurg (Portland, USA), Duncan Parkhouse, Anestesiolog (Storbritannia) James Ficke, ortoped (San Antonino, USA) deltatt ved kurset, og vi håper å noen av disse igjen ved årets kurs.

Kursavgift:

- Kursavgift for kirurger og anestesileger er satt til 8000,-
- Kursavgift for Paramedics, ambulansarbeidere, medics og annet relevant helse-/ sanitetspersonell (til førstehjelpsteamene) er satt til 1000,-. (Kursavgift dekker kost og materiell.)
- Anestesisykepleiere og operasjonssykepleiere – Ingen kursavgift

For utfyllende info og søknadsskjema:
www.forsvaret.no/krigskirurgi

Påmeldingsfrist:

1.mars 2015

11:02

Pause fra arbeidet

Maten smaker. Rester fra gårsdagens middag og et eple. Diskuterer Sykepleiens tidstyvundersøkelse og snakker om hva vi skal gjøre i helgen. Kanskje litt frisk luft og et toalettbesøk før arbeidet kaller.



Sykepleien

NORSK SYKEPLEIERFORBUNDS KONTINGENT 2015

Medlemmer som er i arbeid skal betale 1,45% av bruttolønn, men minimums- og maksimumssatsene endres.

NB! Bruttolønn er beløpet som fremkommer under post 111-A i lønns- og trekkoppgaven.

Nedenfor er de nye satsene oppgitt:

Type medlemskap:	Minimum pr. mnd	Maksimum pr. mnd.
Nyutdannede (de to første årene etter endt grunnutdanning)	Kr. 68,-	Kr. 231,-
Ekstraordinære medlemmer *	Kr. 68,-	Kr. 231,-
Andre medlemmer i arbeid	Kr. 68,-	Kr. 462,-
Ute av lønnet arbeid/studenter under grunnutdanning**	Kr 54,-	

*EKSTRAORDINÆRT MEDLEMSKAP – NSF's vedtekter § 3 D

Sykepleiere og jordmødre fra andre land kan få ekstraordinært medlemskap fra det tidspunkt de søker norsk autorisasjon. Ekstraordinært medlemskap gjelder for den perioden medlemmet avventer svar på søknad om autorisasjon og/eller gjennomgår teoretisk/klinisk kvalifisering for å få innvilget autorisasjon, normalt inntil to år.

**UTE AV LØNNET ARBEID/STUDENTER UNDER GRUNNUTDANNING

Medlemmer under videreutdanning uten lønnet arbeid (eller stipend fra arbeidsgiver), medlemmer bosatt i utlandet uten lønnet arbeid fra norsk arbeidsgiver, medlemmer i 100% arbeidsavklaring, pensjon eller uførhet og studentmedlemmer (grunnutdanning).

OFFSHORE

Offshoresykepleiere betaler en kontingent på 130 kroner per måned.

NSF's LIVSFORSIKRINGSPAKKE (FORENINGSGRUPPELIV OBLIGATORISK)

I tillegg til ordinær kontingent betales det kr 128,- per måned i premie for NSF's Livsforsikringspakke. Alle medlemmer blir automatisk med i forsikringsordningen. De medlemmer som ikke ønsker forsikringen, må reservere seg skriftlig på egen reservasjonserklæring.

INFORMASJONSSKRIV OM TREKK AV KONTINGENT VIA LØNNEN

Medlemmer i lønnet arbeid skal betale kontingenten ved månedlige trekk i lønn der slik avtale er inngått mellom Norsk Sykepleierforbund og arbeidsgiver. Finnes det en slik ordning på ditt arbeidssted, kontaktes Medlemstjenester hos NSF, som sender informasjonsskriv om trekk av kontingent og evt. NSF's Livsforsikringspakke. **Informasjonsskrivet skal leveres videre til arbeidsgiver v/lønningskontoret.**

Medlemmer i lønnet arbeid som **ikke** har mulighet til å delta i trekkordningen, må innbetale maksimumssats av kontingenten selv. Ved årsskifte må disse sende kopi av lønns- og trekkoppgave til NSF, slik at kontingenten kan etterberegnes og justeres i forhold til reell inntekt.

SELVANGIVELSEN 2014

Medlemmer som betaler kontingenten **via trekkordning** på arbeidsstedet får fradragsberettiget beløp for 2014 påført lønns- og trekkoppgaven fra arbeidsgiver.

Kontingent innbetalt **direkte** til NSF blir innberettet til skattedirektoratet i januar 2015.

For direkte betalende medlemmer er det mulig å kontrollere innberettet beløp ved å logge seg på NSF's hjemmesider, www.nsf.no. Under fanen "Min side" velges "Mitt medlemskap". Her vil det i løpet av februar måned fremkomme et felt; "Siste innrapporterte fagforeningskontingent" dersom det er innberettet til Skatteetaten.

SENTRALT AJOURHOLD AV MEDLEMSREGISTERET

Alle henvendelser som gjelder ajourhold av medlemsregisteret rettes til Medlemstjenester ved NSF's hovedkontor, enten via internett, telefon, brev eller kontaktskjema på våre nettsider.

Telefon: 02409
Internett: www.nsf.no
Postadresse: Norsk Sykepleierforbund
Medlemstjenester
Postboks 456 Sentrum
0104 OSLO

