

Tetter hullene i vaktlisten

Innleide vikarer. Bemanningsbyråene tjener fett på dårlig planlegging i kommunene. **20**



● **Hva skjer**
Henny Sæbø er snart helsesøster. **16**

● **Sykepleie**
Sår behandles ulikt. **48**

● **Påfyll**
200 år med kroppsslyder. **72**

● **Meninger**
Tett på Inga Marte Thorkildsen. **82**



BOLIGLÅNSRENTE FRA 1,95 %

Som medlem av Norsk Sykepleierforbund får du både Boliglån, Rammelån og Boliglån Ung (BLU) til samme gode rente: 1,95 %. Er du mellom 18–33, tilbyr vi deg BLU Start – boliglån til din første bolig, til enda lavere rente; 1,90 %

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

Priseksempler: Boliglån / Rammelån / Boliglån Ung (BLU): Effektiv rente 2,02 %. Lånebeløp 2 millioner 0/25 år i DNB Boligkreditt. Totalt kr 2.543.546.
BLU – Start (din første bolig): Effektiv rente 1,97 %. Lånebeløp 2 millioner 0/25 år i DNB Boligkreditt. Totalt kr 2.529.017.
Prisene er per 05.04.2016 for nye lån og kan bli endret.





Studiet knytter teori og utøvelse sammen på en måte som gjør det enkelt å ta i bruk kunnskapen. Det bidrar til en trygghet som er relevant i de utfordringer man møter som leder i helsetjenesten

KRISTINE AALBU LJOSLAND

Sykepleier, Oslo universitetssykehus
Student på bachelor i Helseledelse



Lederkompetanse for helsesektoren

Oppstart
Høsten 2016
bi.no/helse

Bachelor i Helseledelse

Denne bachelorgraden er utviklet spesielt for deg som jobber i helsesektoren og ønsker kompetanse innen ledelse. Ved hjelp av teorier og praktiske verktøy vil du bli mer bevisst på å være en god leder.

Løpende opptak til studiestart.

Helseledelse – Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten

Dette masterprogrammet bidrar til å utdanne handlekraftige og kompetente ledere for helse- og omsorgstjenestene, som kan håndtere sektorens behov for endring, utvikling og innovasjon.

Dekkes av Helsedirektoratet – Søknadsfrist 15. april.



Relvar® Ellipta® er indisert for regelmessig behandling av astma hos voksne og unge over 12 år, hvor bruk av et kombinasjonspreparat (langtidsvirkende beta₂-agonist og kortikosteroid til inhalasjon) er egnet: Pasienter som ikke er tilstrekkelig kontrollert ved bruk av kortikosteroider til inhalasjon og bruk av korttidsvirkende beta₂-agonister til inhalasjon ved behov.¹

Relvar® Ellipta®

- ... gir vedvarende 24-timers effekt^{1,2}
- ... med dosering én gang daglig^{1,2}
- ... i en enkel og klar-til-bruk inhalator^{1,3,4}



Relvar Ellipta bør ikke brukes i behandling av akutte astmasymptomer. I disse tilfellene er en korttidsvirkende bronkodilatator nødvendig. Bør brukes med forsiktighet ved alvorlig kardiovaskulær sykdom.¹

RELVAR®[▼]ELLIPTA®
(flutikasonfuroat/vilanterol)



▼ Relvar Ellipta «GlaxoSmithKline»

C Adrenergikum + kortikosteroid.

T INHALASJONSPULVER 92 µg/22 µg i Ellipta og 184 µg/22 µg i Ellipta: Hver dose inneholder: Flutikasonfuroat 100 µg (tilsv. avgitt dose 92 µg), resp. 200 µg (tilsv. avgitt dose 184 µg), vilanterol (som trifrenatol) 25 µg (tilsv. avgitt dose 22 µg), laktosemonohydrat ca. 25 mg, magnesiumstearat. **Indikasjoner:** Astma: 92 µg/22 µg og 184 µg/22 µg: Regelmessig behandling av voksne og unge >12 år, hvor bruk av et kombinasjonspreparat (langtidsvirkende beta₂-agonist og kortikosteroid til inhalasjon) er egnet; pasienter som ikke er tilstrekkelig kontrollert ved bruk av kortikosteroider til inhalasjon og bruk av korttidsvirkende beta₂-agonister til inhalasjon ved behov. **Kols:** 92 µg/22 µg: Symptomatisk behandling av voksne med kols med en FEV₁ <70% av forventet normalverdi (post-bronkodilatator) som tidligere har hatt eksaserbasjoner til tross for regelmessig bronkodilatorbehandling. **Dosering:** Tas 1 gang daglig til samme tid hver dag. Legen bør avgjøre om dosen skal tas morgen eller kveld. Dersom en dose blir glemt, bør neste dose tas til vanlig tid neste dag. Må brukes regelmessig, også i symptomfrie perioder, for optimal behandlingseffekt. Bedret lungefunksjon oppnås normalt innen 15 minutter etter inhalasjon ved astma, og 16-17 minutter etter inhalasjon ved kols. Dersom symptomer oppstår i perioden mellom dosene, bør en dose korttidsvirkende beta₂-agonist inhaleres for øyeblikkelig effekt. **Astma: Voksne og unge >12 år:** 1 inhalasjon 92 µg/22 µg 1 gang daglig. Dersom pasienten ikke oppnår tilstrekkelig kontroll med 92 µg/22 µg, kan dosen økes til 184 µg/22 µg. Pasienten bør gis den styrken som inneholder egnet dose flutikasonfuroat (FF), tilpasset sykdommens alvorlighetsgrad. FF 92 µg 1 gang daglig gir tilnærmet lik effekt som flutikasonpropionat (FP) 250 µg 2 ganger daglig, mens FF 184 µg 1 gang daglig gir tilnærmet lik effekt som FP 500 µg 2 ganger daglig. Dosen bør titreres til laveste dose som opprettholder symptomkontroll. **Kols:** 1 inhalasjon 92 µg/22 µg 1 gang daglig. 184 µg/22 µg er ikke indisert ved kols. **Spesielle pasientgrupper:** **Nedsatt leverfunksjon:** Forsiktighet bør utvises pga. økt risiko for systemiske bivirkninger assosiert med kortikosteroider. Ved moderat eller alvorlig nedsatt leverfunksjon er maks. dose 92 µg/22 µg. **Nedsatt nyrefunksjon:** Ingen dosejustering. **Barn <12 år:** Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. **Eldre:** Ingen dosejustering. **Administrering:** Til inhalasjon vha. inhalatoren Ellipta. Ellipta har en doseteller som angir hvor mange doser som er igjen. Ved oppbevaring i kjøleskap, bør inhalatoren ligge i romtemperatur i minst 1 time før bruk. Når lokket åpnes, klargjøres dosen automatisk. For instruksjon, se pakningsvedlegg. Etter inhalasjon anbefales munnskylking med vann uten å svelge. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Bør ikke brukes i behandling av akutte astmasymptomer eller ved akutt eksaserbasjon ved kols. I disse tilfellene er en korttidsvirkende bronkodilatator nødvendig. Økende bruk av korttidsvirkende bronkodilatatorer for å lindre symptomer indikerer redusert sykdomskontroll, og pasienten bør undersøkes av lege. Pasienten bør ikke avslutte behandlingen uten tilsyn av lege, da symptomer kan komme tilbake etter seponering. Astmarelaterte bivirkninger og eksaserbasjoner kan oppstå under behandling. Pasienten bør informeres om å fortsette behandlingen, men oppsøke lege dersom astmasymptomene forblir ukontrollerte eller forverres etter behandlingsoppstart. Paradoksal bronkospasme kan oppstå med umiddelbar økende tungpust etter inhalasjon. Dette bør behandles umiddelbart med en korttidsvirkende bronkodilatator til inhalasjon. Relvar Ellipta må seponeres umiddelbart, pasienten må vurderes, og alternativ behandling må påbegynnes om nødvendig. Bør brukes med forsiktighet ved alvorlig kardiovaskulær sykdom, hjerterytmeforstyrrelser, tyreotoksikose, ukorrigert hypokalemi og predisponering for lave serumkaliumnivåer. Pasienter med moderat til alvorlig nedsatt leverfunksjon bør doseres med 92 µg/22 µg, og følges opp i forhold til systemiske kortikosteroidrelaterte bivirkninger. Systemiske effekter kan forekomme, spesielt ved høye doser brukt over lang tid. Faren for slike effekter er langt mindre ved inhalasjon enn ved oral kortikosteroidbehandling. Mulige systemiske effekter inkluderer Cushings syndrom, eller karakteristiske kjennetegn på Cushings syndrom, binyrebarksuppresjon, redusert ben tetthet, hemmet vekst hos barn og ungdom, katarakt og glaukom, og mer sjeldent, ulike psykiatriske og atferdsrelaterte bivirkninger, inkl. psykomotorisk hyperaktivitet, søvnforstyrrelser, angst, depresjon eller aggresjon (særlig hos barn). Forsiktighet bør utvises ved lungetuberkulose eller ved kroniske eller ubehandlede infeksjoner. Det er rapportert økning i blodsukkerverdier hos pasienter med diabetes. Dette bør vurderes ved forskrivning til pasienter som har/har hatt diabetes mellitus. Legen bør være oppmerksom på ev. utvikling av pneumoni hos pasienter med kols, siden de kliniske symptomene på en slik infeksjon kan ligne symptomer på eksaserbasjoner ved kols. Risikofaktorer for å utvikle pneumoni hos pasienter med kols inkluderer nåværende røyking, tidligere pneumoni, kroppsmasseindeks <25 kg/m² og FEV₁ (forisert ekspirasjonsvolum) <50% av forventet verdi. Inneholder laktose og bør ikke brukes ved galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Klinisk signifikante legemiddelinteraksjoner er lite sannsynlig pga. den lave plasmakonsentrasjonen som oppnås etter inhalerte doser. Samtidig bruk av både ikke-selektive og selektive betablokkere bør unngås, med mindre tungtveiende grunner foreligger. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere, grunnet mulig økt systemisk eksponering for både flutikasonfuroat og vilanterol. Samtidig bruk bør unngås. Samtidig bruk av andre sympatomimetiske legemidler (alene eller som del av en kombinasjonsbehandling) kan potensere bivirkninger av Relvar Ellipta. Bør ikke brukes i kombinasjon med andre langtidsvirkende beta₂-adrenerge agonister. **Graviditet, amming og fertilitet:** **Graviditet:** Dyrestudier har vist reproduksjonstoksitet som ikke er klinisk relevant ved eksponering. Det er ingen eller begrensede data fra bruk hos gravide. Behandling av gravide bør kun vurderes dersom forventet nytte for moren oppveier potensiell risiko for fosteret. **Amming:** Tilstrekkelig informasjon om utskillelse i morsmelk foreligger ikke, men andre kortikosteroider og beta₂-agonister er påvist i morsmelk. Risiko for nyfødte/spedbarn kan ikke utelukkes. Det må tas en beslutning om amming skal opphøre eller behandling avstås fra, basert på nytte-/risikovurdering. **Fertilitet:** Data mangler. Dyrestudier har ikke vist effekter på fertilitet. **Bivirkninger:** Svært vanlige (≥1/10): Luftveier: Nasofaryngitt. Nevrologiske: Hodepine. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Abdominal smerte. Infeksiøse: Pneumoni, øvre luftveisinfeksjon, bronkitt, influensa, candidainfeksjoner i munn og svelg. Luftveier: Orofaryngeal smerte, bihulebetennelse, faryngitt, rhinitt, hoste, heshet. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, muskelspasmer, ryggsmerte, frakturer. Øvrige: Feber. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Hjerter/kar: Ekstrasystoler. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Hjerter/kar: Hjertebank, takykardi. Immunsystemet: Hypersensitivitetsreaksjoner inkl. anafylakse, angioødem, utslett og urticaria. Nevrologiske: Tremor. Psykiske: Angst. **Overdosering/ Forgiftning:** **Symptomer:** En overdose kan gi tegn og symptomer på hvert av virkestoffenes effekter, inkl. de sett ved overdosering av andre beta₂-agonister, og i samsvar med kjente klasseeffekter av kortikosteroider til inhalasjon. **Behandling:** Ingen spesifikk behandling. Generell støttende behandling og tilstrekkelig monitorering. Kardioselektiv betablokkering bør kun vurderes ved omfattende effekter av vilanteroloverdose, hvor symptomene er av klinisk betydning og ikke responderer på støttende tiltak. Kardioselektive betablokkerende legemidler bør brukes med forsiktighet hos pasienter som har hatt bronkospasme. Ytterligere håndtering bør skje som klinisk indisert, eller som anbefalt av Giftinformasjonen. Se Giftinformasjonens anbefalinger for glukokortikoider H02A B side c og selektive beta₂-agonister R03C C side c. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Kombinasjonspreparat av kortikosteroid (flutikasonfuroat) og selektiv langtidsvirkende beta₂-agonist (vilanterol). **Virkningsmekanisme:** Flutikasonfuroat er et syntetisk trifluorinert kortikosteroid med en potent antiinflammatorisk effekt pga. effekter på flere celletyper involvert i inflammasjon. Vilanterol stimulerer det intracellulære enzymet adenylylase som katalyserer omdannelsen av ATP til syklisk AMP. Økt syklisk AMP-nivå forårsaker relaksasjon av glatt muskulatur i bronkiene, og hemmer frigjøring av mediatorer forbundet med øyeblikkelig hypersensitivitet fra cellene, spesielt fra mastcellene. **Absorpsjon:** Absolutt biotilgjengelighet for flutikasonfuroat og vilanterol til inhalasjon er i gjennomsnitt hhv. 15,2% og 27,3%. Oral biotilgjengelighet for flutikasonfuroat og vilanterol er i gjennomsnitt hhv. 1,26% og <2%. Gitt den lave orale biotilgjengeligheten, skyldes systemisk eksponering etter inhalasjon primært absorpsjon av dosen som avgis til lungene. **Proteinbinding:** Flutikasonfuroat i plasma: >99,6% i gjennomsnitt. Vilanterol i plasma: 93,9% i gjennomsnitt. Det er ingen reduksjon i plasmaproteinbinding hos forsøkspersoner med nedsatt nyre- eller leverfunksjon. **Fordeling:** Gjennomsnittlig Vdss: Flutikasonfuroat: 661 liter. Vilanterol: 165 liter. **Halveringstid:** Plasmahalveringstid av vilanterol etter 1 enkelt inhalasjon av flutikasonfuroat/vilanterol er i gjennomsnitt 2,5 timer. Etter gjentatte doser med inhalasjon av vilanterol 25 µg er effektiv t_{1/2} 16 timer hos personer med astma, og 21,3 timer hos personer med kols. **Metabolisme:** Flutikasonfuroat: Hovedsakelig i lever via CYP 3A4 gjennom hydrolyse av S-fluormetylkarbotoiat-gruppen til metabolitter med betydelig redusert kortikosteroidaktivitet. Vilanterol: Primært O-dealkylering til en rekke metabolitter med betydelig redusert β₁- og β₂-agonistaktivitet. **Utskillelse:** Flutikasonfuroat: Hovedsakelig i feces, <1% i urin. Vilanterol: Urin (70%) og feces (30%). **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved høyst 25°C. Oppbevares i originalemballasjen for å beskytte mot fuktighet. Holdbarhet etter åpning av beholder er 6 uker. **Pakninger og priser:** 92 µg/22 µg i Ellipta: 30 doser kr 390,00. 3 × 30 doser kr 1084,90. 184 µg/22 µg i Ellipta: 30 doser kr 442,90. 3 × 30 doser kr 1243,60. **Refusjon:** Refusjonsberettiget bruk astma: 92 µg/22 µg og 184 µg/22 µg: Vedlikeholdsbehandling av bronkialastma, der en kombinasjon av langtidsvirkende beta₂-agonist og inhalasjonssteroid er indisert. Refusjonskoder: ICD J45, ICPC R96. Vilkår: 92. Diagnosen astma må være verifisert ved hjelp av spirometri hos barn over 8 år og voksne. Hvis spirometri ikke kan gjennomføres, må årsaken journalføres. Refusjonsberettiget bruk kols: 92 µg/22 µg: Refusjon ytes kun til pasienter med moderat og alvorlig kols (FEV₁ <65% av forventet verdi – post bronkodilatator). Refusjonskoder: ICD J44, ICPC R95. Vilkår: 90. Refusjon ytes kun til pasienter med etablert kols. Diagnosen må være verifisert ved spirometri. Hvis spirometri ikke kan gjennomføres, må årsaken journalføres. **Sist endret:** 22.01.2016.

Referanser:

1. Relvar preparatomtale (17.12.2015). 2. Bleeker ER, Lötvall J, O'Byrne PM et al. Fluticasone furoate-vilanterol 100-25 mcg compared with fluticasone furoate 100 mcg in asthma: a randomized trial. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2014 2(5): 553-61. 3. Svedsater H, Dale P, Garrill K et al. Qualitative assessment of attributes and ease of use of the ELLIPTA™ dry powder inhaler for delivery of maintenance therapy for asthma and COPD. *BMC Pulm Med* 2013; 13: 72. doi: 10.1186/1471-2466-13-72. 4. Svedsater H, Jacques L, Goldfrad C et al. Ease of use of the ELLIPTA dry powder inhaler: data from three randomised controlled trials in patients with asthma. *NPJ Prim Care Respir Med* 2014 26; 24: 14019. doi: 10.1186/1471-2466-13-72.

Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GSK på tlf. 22 70 20 00.

NOR/FFT/0045/15a(3) Januar 2016



GSK, Postboks 180 Vinderen,
0319 Oslo. Telefon: 22 70 20 00.
Telefaks: 22 70 20 04 www.gsk.no

Relvar® Ellipta® er utviklet i samarbeid med **Theravance**



©2016 GlaxoSmithKline group of companies. All rights reserved

RISSKOV BILFERIE

- alltid et godt reisetilbud!

MER
ENN 700
HOTELLER PÅ

WWW.RISSKOV.NO



3 netter
fra kun **879,-**



Nært
Skagen

🇩🇰 Nordjylland | Brønderslev

Tilbud til Nordjylland

Phønix Hotel Brønderslev ★★★

Besøk Aalborg eller ta barna med til Fårup Sommerland

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 2 x 3-retters meny/buffé
- 2 x apertif
- 2 x kveldskaffe/te

SPAR OPP
TIL **690,-**

Fra kun

589,-

Miljøtillegg 59 DKK pr døgn

Ank. 22/05 - 17/12-16 | Sesongtillegg fra 40 NOK | Andre pakker + ankomster se hjemmeside



Wellness hotell
ved stranden

2 x 2 - retters
meny inkludert

🇩🇰 Midt og Østjylland | Grenå
Miniferie i Grenå
Hotel Marina ★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 2 x 2-retters meny / buffé
- 1 x kaffe med søtt
- Gratis parkering

SPAR OPP
TIL **868,-**

Fra kun

899,-

Miljøtillegg 59 DKK pr døgn

Ank. 22/05 - 30/12-16 | Sesongtillegg fra 90 NOK



2 x 3-retters
meny inkludert

Kroferie 1 time
fra København

🇩🇰 Sjælland | Næstved

Tilbud til Næstved

Hotel Vinhuset ★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 2 x 3-retters meny
- 1 x velkomstdrink
- Sentralt i Næstved

SPAR OPP
TIL **1.156,-**

Fra bare

749,-

Miljøtillegg 59 DKK pr døgn

Ank. 22/05 - 14/08-16 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside



Book
3-7 netter!

Nyt vakre Toscana



🇮🇹 Toscana | Montecatini Terme

Bestill innen 31.05

Hotel Puccini ★★★★★

Opplev det beste av delig Toscana

- 4 x overnattinger
- 4 x frokostbuffé
- 4 x 3-retters meny
- 1 x velkomstdrink
- 1 eske småkaker på rommet

SPAR OPP
TIL **2.500,-**

Fra bare

1.549,-

Miljøtillegg 1,40 EUR pr døgn

Ank. 01/07 - 27/08-16 | Bestill innen 31/05-16 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside

RISSKOV
BILFERIE

Gode rabatter for barn i foreldrenes rom - for eksempel 0-5 år gratis - 6-14 år halv pris

➔ **Rimelig pris i hele Europa** ➔

Gjelder for alle Risskov Bilferies opphold: • Prisen er pr. person i dbl. vær. • Gode barnrabatter • Mulighet for flere dager • Ekspedisjonsgebyr fra kr. 79,-

EUROPA TIL LAV PRIS

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



Opplev Preikestolen



Vestlandet | Stavanger

Bryggen i Stavanger

Victoria Hotel ★★★★★

Flott hotell ved kaien i Stavanger. Nært museer, havnen, kultur og natur.

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 1 x velkomstdrink
- 20 % i restauranten
- Gratis internett

Ank. 20/05 - 25/06-16 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside

Bestill til
minipris

SPAR ^{OPP}_{TIL} 236,-

Fra bare

859,-



Opplev Sveriges vestkyst



Inngang til
Spa



Supertilbud!

Bohuslän | Uddevalla

SPA-luksus

Bohusgården ★★★★★

Opplev vestkysten av Sverige, skalldyrsmat, skjærgård, natur og rolige utfuktsmål.

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 2 x SPA-entré
- Gratis internett
- Gratis parkering

Ank. 20/05 - 30/08-16 | Bestill innen 31/05-16 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside

SPAR ^{OPP}_{TIL} 370,-

Fra bare

1.029,-



Fantastisk beliggenhet



Vestnorge | Norheimsund

Superpris

Thon hotel Sandven ★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 1 x 3-retters meny
- Robåt gratis utlån (begrenset antall)
- Gratis internett

Ank. 19/05 - 30/08-16 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside

SPAR ^{OPP}_{TIL} 651,-

Fra bare

1.199,-

1 x 3-retters
meny inkludert



Besøk
Liseberg



Göteborg | Göteborg

Barnevennlig hotell

Quality Hotel Winn ★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 1 x kveldens varmrett m. kaffé
- Relaxavdelning
- Gratis internett og parkering

Ank. 19/05 - 14/06-17 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside

Sommer i
Göteborg



SPAR ^{OPP}_{TIL} 100,-

Fra bare

1.319,-

Ring & hør nærmere • Åpent hverdager 9-17.

Oppgi kode: REISE

www.risskov.no



32 82 90 00



Spør ift. hotellets egen pris • Forbehold om utsolgte datoer • Evt. miljøtillegg betales på hotellet • Reisearrangør: Risskov Autoferien AG

RISSKOV
BILFERIE





HAR DU ROM FOR NOEN DU KJENNER FRA FØR?

– Jeg er veldig takknemlig for at jeg fikk en ny start. Å vokse opp hos deg var den beste løsningen for meg, og du har vært et godt forbilde, sier Bjørn på Inderøy som fikk fosterhjem hos onkelen sin.

Barn og ungdom som trenger et nytt sted å bo, foretrekker ofte å flytte til noen de kjenner fra før. Stadig flere fosterbarn får bo hos besteforeldre, onkler og tanter, eldre søsken eller andre som barnet kjenner. At barnet får bli i familien eller nettverket sitt kan være betryggende for alle parter.

På fosterhjem.no kan du lese hvordan du blir fosterhjem for barn i din slekt eller nettverk.

fosterhjem.no

Innhold



05 | 2016 Sykepleien

Utgivelsesdato: 19. mai

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



Hva skjer

- 10** Aksjonisten
- 14** Smånytt
- 16** I nyhetene: Henny Sæbø
- 17** Høyesterett tolker bort fortrinnsretten
- 18** Pensjonister på billigsalg
- 20** Tema: Bemanningsbyråer
- 42** Sykepleiere på Instagram



Fortalte om sjokket fra barndommen. **16**



Sykepleie

- 44** Lærer å jobbe kunnskapsbasert
- 48** Behandler sår forskjellig
- 51** Min jobb: Astrid Ingeborg Austrheim
- 52** Inger Pauline Landsem forsker på premature
- 54** Ønsker palliasjon til barn hjemme
- 58** Etik: Lillian Lillemoen og Per Nortvedt
- 60** Opplæring ga bedre bruk av pleieplan



Jobber med stomi til barn. **51**



Påfyll

- 66** Smått om bøker
- 67** Liv laga
- 68** Forfatterintervju: Tone Fredsvik Gregers
- 70** Bokanmeldelser
- 71** Hva leser du nå, Bjørn Rogne Christensen?
- 72** Fakta: Stetoskopets historie
- 74** Kryssord og quiz



Har lyttet på kropper i 200 år. **72**



Meninger

- 76** Eli Gunhild By om medvirkning
- 78** Frå sidelina med Anders Folkestad
- 79** Innspill: Lena Jentoft Ladstein om demens
- 80** Kronikk: Ann-Chatrin Leonardsen om yrkesvalg
- 82** Tett på Inga Marte Thorkildsen
- 87** Stillingsannonser og kunngjøringer



Liker sin nye rolle som byråd. **82**

Illustrasjon: Colourbox/Nina E. H. Hauge

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, Ingvald Bergsagel. **Fagartikler:** Torhild Apall Dybvik. **Sykepleien Forskning:** Marit Leegaard. **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, markedssjef (91 60 38 12), Silje Torper. **Salg:** Maud P. Kaino (97 74 21 20). **Tlf. og e-postadresser på www.sykepleien.no/kontakt.** Her finner du også Sykepleiens formålsparagraf. ISSN 0806 – 7511
Repro og trykk: Sørmlands Grafiska

Fagpressen F
OPPLAGSKONTROLLERT



Prioritering. Kampen om retten til full stilling må ikke bli en mobbekampanje mot dem som prioriterer annerledes.

På sporet av den tapte (del)tid



Fakta

**Barth
Tholens**

Ansvarlig redaktør
i Sykepleien

Arbeidsgiverne i helsetjenesten vil det. Helseøkonomer etterlyser det. Fagbevegelsen krever det: Høyst etterlenget personell på sykehjem eller sykehus skal ikke avspises med små brøkdelsstillinger som de ikke kan leve av. Jordmødre skal ikke tilbys stillingsprosenter som du trenger et forstørrelsesglass for å oppdage. Helsesøstre vil gjerne snakke med ungene på skolen i stedet for å sette «stengt» på døra to dager i uka.

Ropet om at folk skal ha rett til hele stillinger har lenge vært unisont og kraftfullt. Hele stillinger bidrar vitterlig til at flere oppgaver i helsetjenesten kan bli løst, samtidig som den enkelte gis mulighet til å betjene banklånet og opparbeide seg en god pensjon. I kravet ligger også et rettferdighetsprinsipp: Arbeidsgiverne skal ikke kunne utnytte deltidsansatte som – for å spe på inntektene – jobber så mange timer ekstravakt at de like godt kunne vært ansatt i større stillingsbrøker. Og om ikke det var nok, har noen et ytterligere argument: Når flere i samfunnet jobber heltid, vil det fremme større likhet mellom kjønnene.

IKKE NOK MED LOV. Det vil seg likevel ikke med alle tiltak som sikter mot å minske andelen av deltidsansatte. Fire av ti i helsetjenesten jobber fortsatt mindre enn 30 timer i uken, viser tall fra SSB. Slik har det vært i mange år, selv om partene i arbeidslivet for lengst har enes om at andelen er altfor høy. I 2014 vedtok Stortinget en lov som gir deltidsansatte som jobber mye ekstravakter, fortrinnsrett til utvidet stilling. Intensjonen var å styrke de deltidsansattes muligheter til å skaffe seg høyere stillingsbrøk. Men da sykepleier Solveig Brattgjerd forsøkte å bruke loven etter å ha blitt nektet utvidet stilling, sa Høyesterett nei. Det førte til mange skuffede kommentarer, blant annet fra likestillings- og diskrimineringsombud Hanne Bjurstrøm. Hun kalte den ferske dommen «uheldig», særlig fordi det er et uttalt tverrpolitisk mål å få bukt med ufrivillig deltid. Stortinget må tydeligvis hoste opp en bedre lov hvis en skal nå det målet man har satt seg.

Det er lett å støtte ethvert initiativ som gir folk som ønsker det, mulighet til å jobbe mer. Personlig er jeg likevel en smule redd for at forestillingen om at full jobb sikrer alle et fullverdig

liv blir en absolutt sannhet. For det er høyst individuelt – og dessuten i stor grad kulturelt betinget. Heltidsjobb er slett ikke standard i alle land vi ellers liker å sammenlikne oss med. Da Aftenposten tidligere i år skulle sette «tidsklemmen» til norske småbarnsforeldre i et mer internasjonalt perspektiv, viste det seg at fedre og mødre i flere land ser på redusert arbeidstid og hjemmeliv sammen med barna som en luksus de gjerne unner seg for å skaffe seg et bedre liv.

I Tyskland er barnehager og SFO dårlig utbygd, mens de er svindyre i Italia og Storbritannia. Det gjør det mer fristende for foreldre å bli hjemme, uten dårlig samvittighet, framfor å jobbe beinhardt for å få finansiert barnepass – med dårlig samvittighet. I Nederland er deltid blant både kvinner og menn så vanlig at selv arbeidstakere i 80-prosent jobb lett blir sett på som uspiselige strebere. Landet ligger ikke overraskende helt på toppen av listen over land hvor det er godt for barn å vokse opp.

MISUNNER NORSK TIDSKLEMME. Generøse foreldrepermisjoner og den fenomenale barnehagedekningen her til lands gjør det mulig for alle arbeidstakere å gjøre gode karrierer, samt til å skifte kjøkken hvert femte år, og likevel kunne dra på jobben klokka ni og hente barna fra barnehagen klokka fire på ettermiddagen. Den norske tidsklemme er, fortsatt ifølge Aftenposten, noe man i andre land kan se på med stor misunnelse. Prisen vi i Norge må betale for «vår» måte å leve livene våre på (=heltid) er at våre barn tidlig blir institusjonalisert. De fleste vil synes det er greit. Å være i barnehagen kan gi barnet sosiale ferdigheter og gir en utjevnerende og integrerende effekt.

Det vi tenker mindre på, er at Norge faktisk også kan være et paradys for folk som nettopp tenker motsatt: Som vil ha barna litt lenger hos seg før de starter sine barnehagekarrierer. Eller som bare vil ha litt mindre stress i livet. De fleste her til lands har så de klarer seg, selv når en av samboerne jobber litt mindre. I hvert fall må vi anta det når vi ser at tre av ti i dag jobber deltid helt frivillig. Bare en firedel av de deltidsansatte som ser seg selv som yrkesaktive, ønsker lengre arbeidstid (FAFO). Spesielt deltidsarbeidende sykepleiere



Illustrasjon: Marie Rundereim

og helsefagarbeidere som har mange sene ekstravakter, ønsker seg større stillinger. Man må anta at den øvrige trefiredelen jobber redusert arbeidstid fordi de trives med det. Det er ikke noe vågal påstand å hevde at muligheten til å jobbe redusert nettopp kan være en av årsakene til at noen velger yrket.

MULIGHET. I iveren etter å gi alle mulighet til å skaffe seg høyere stillingsbrøker, gjerne med loven i hånden, må vi derfor ikke glemme at det motsatte – redusert arbeidstid – for noen kan framstå som et bedre, mer attraktivt alternativ. Mer tid til barna, ja, mer tid til seg selv, bør aldri bli sett på som et suspekt valg, samme hvor mye helsetjenesten skriker etter mer arbeidskraft. Heltid bør være en rett, men deltid en fullverdig mulighet. På samme måte som vi ønsker at arbeidslivet skal legge til rette for foreldre som ønsker å gi full gass så snart barnet har fylt ett år, bør vi respektere de som ser på hjemmearenaen som utfordrende nok. De bør ikke staffes unødvendig

økonomisk og kanskje gis rett til opptjening av pensjonspoeng for ulønnet omsorg av barn eller gamle foreldre.

I boken «På sporet av den tapte tid» av Marcel Proust ville forfatteren formidle opplevelsen av tiden som flyter av sted, opplevd innefra et menneskes psyke. Proust var opptatt av

«Mer tid til seg selv bør aldri bli sett på som et suspekt valg.»

«privilegerte øyeblikk» som tunneler til innsikt: «Da livet er som en eneste krise, kommer øyeblikk som gjør at du føler at alt er verdt det, at livet er godt å leve», skrev han.

Proust tenkte neppe at slike øyeblikk alltid bør finne sted innenfor rammen av en betalt jobb. ●

barth.tholens@sykepleien.no

Velkommen til NSF's nasjonale lederkonferanse 26. september 2016

«FRAMOVERLENT LEDELSE»

Årets lederkonferanse vil ha fokus på innovativ og nyskapende ledelse.

- Hvilke krav vil stadige endringer i helsetjenesten stille til sykepleierlederne i fremtiden?
- Er vi sykepleierledere nok framoverlent og åpne for fornyelse?
- Vil vi løfte oss fra å drive forvaltning til å drive aktivt lederskap?

ER DU LEDER OG SYKEPLEIER?

– Lederkonferansen er
dagen før og samme sted
som Sykepleierkongressen

Bli framoverlent av:

Årets helseleder Eva Håheim Pedersen

- Tidligere helseminister Werner Christie
- Frelsesarmemajor Marit Myklebust
- Cesar Sanhueza • Nina Olsvold • Lisbeth Øyum • Anne Marie Gran Brun • Per Christian Andersen • May Janne Botha Pedersen • og mange flere.

Tid og sted: Clarion Hotel & Kongress Oslo Airport, 26. september 2016

Vi antar å bli fulltegnet. Meld deg på nå!

Se konferanseprogrammet og meld deg på: www.nsf.no/kurs-og-konferanser

Arrangør: NSF i samarbeid med NSF's landsgruppe av sykepleierledere og Sentralt fagforum i NSF.





Hva skjer

Del 1 Sykepleien 05 | 2016

Nyhet – Reportasje – Tema



Fornøyd: Kasper Vesterholm er fornøyd med vikartilværelsen i Asker kommune.

Vikarar er ulike

Eventyr. Danske Kasper Vesterholm tar en periode som vikar i Norge for å samle penger til reise. **20**



Nye regler.

Pensjonister på billigsalg. **18**



«Når du er 13, er det vanskelig med følelser.»

Henny Sæbø. **16**



Høyesterett.

Krav om fortrinnsrett fikk ikke medhold. **17**



Terningen: Høgskolen i Hedmark satser på anatomi. Foto: Kari Anne Dolonen



– Look to Hedmark

NASJONAL DELEKSAMEN: Anatomi, fysiologi og biokjemi er fag som mange sykepleierstudenter synes er vanskelig.

Det ønsket Høgskolen i Hedmark å gjøre noe med. Og resultatet ble lagt merke til.

– Look to Hedmark, oppfordret NOKUT-direktør Terje Moland, da han la frem resultatene fra nasjonal deleksamen 17. mars.

– Årsaken er ikke at skolen utmerker seg karaktømmessig, men at de jobber målrettet for å fange opp studenter som sliter og setter inn tiltak, sa direktøren.

Da det skulle gjennomføres en pilot med nasjonal deleksamen i anatomi, fysiologi og biokjemi, ønsket Høgskolen i Hedmark å være med.

Gjennomsnittskaraktøren for sykepleierstudentene ved Hedmark

var 2,2, som gir karakteren D. De havner likevel på delt tredje plass med Høgskolen i Nord-Trøndelag over utdanningene som fikk høyest gjennomsnittskarakter.

Best ut kom Høgskolen i Bergen med en gjennomsnittskarakter på 3 som gir karakteren C, og Haraldsplass med gjennomsnittskarakter på 2,5 og karakteren C.

sykepleien.no

Melder om flere bivirkninger

I fjor ble det registrert totalt 3608 bivirkningsmeldinger. Det er en økning på i underkant 20 prosent fra året før. Økningen skyldes i hovedsak utvidet overvåkning etter innføring av vaksine mot rotavirus. Leger og farmasøyter melder stabilt, mens meldinger fra helse-søstre øker betraktelig.

Dagens.medisin



Rene hender

Folkehelseinstituttet har laget en ny nasjonal veileder for håndhygiene. Det er gjort sammen med landets fire kompetansesentre for smittevern og Nasjonal arbeidsgruppe for markering av håndhygienens dag 5. mai. Veilederen kan lastes ned fra nettsiden:

fhi.no.

[Fhi.no](http://fhi.no)



Alvorlige hendelser

I 2015 kom det inn 501 varsler fra spesialisthelsetjenesten om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn. Det er en økning på 21 prosent fra 2014. Økningen har vært jevn siden ordningen startet opp i juni 2010.

Fra oppstarten og fram til og med 2015 har Undersøkelsesenheten fått inn og håndtert 1772 varsler og gjennomført 80 stedlige tilsyn.

Helsetilsynet



Cash is king

Rik. En ny studie fra Kreftregisteret viser at lungekreftpasienter i Norge med høy inntekt har 66 prosent større sannsynlighet for å bli operert enn dem med lav inntekt. Forskning.no

Fakta og tall. Pasienter på sykehus

1 893 507

I 2015 fikk 1 893 507 personer minst en behandling ved somatiske sykehus.

4 %

Det er en økning fra året før på 4 prosent.

1 715 234

Av de 1 893 507 personene som fikk behandling, ble 1 715 234 av dem behandlet poliklinisk

540 761

Bare 540 761 personer som fikk behandling hadde døgnopphold på sykehus.

Kilde: SSB



Opplæring: God opplæring er viktig, påpeker Therese Jenssen Finjam i Drammen. Foto: Privat.

Når sykepleiere overtar legeoppgaver

ANESTESI: – Fint at sykepleiere setter lokal anestesi for å lindre smerter. Bare de vet hva de skal gjøre hvis noe går galt, sier Therese Jenssen Finjam, leder i Anestesisykepleiernes Landsgruppe av NSF (ALNSF).

På akuttmottaket i Drammen setter sykepleiere blokade – altså lokal anestesi (se Sykepleien nr. 4 eller sykepleien.no). Dermed får pasientene med hoftebrudd raskere smertelind-

ring. Før måtte pasientene vente på travle anestesileger før smertene ble lindret. Sykepleierne som setter blokade på Drammen-sykehuset er ikke spesialisert i anestesi. Noen av dem setter også blokade i skulder når den har gått ut av ledd.

– Jeg regner med de har fått god opplæring i Drammen. Hvis blokaden settes inn intravasalt, altså i blodårene, kan det skje alvorlige

komplikasjoner.

Hun forklarer at nerver, der bedøvelsen skal injiseres, og blodårer ofte ligger tett.

– Å sette en hofteblokade er i utgangspunktet ikke en avansert prosedyre. Men det handler like mye om å ha beredskap og kompetanse dersom det oppstår komplikasjoner. Det hører med i pakken. Man kan ikke bare dra i gang.

Sykehjem fikk designpris

Rokilde sykehjem i Kristiansund har fått «Merket for god design 2016» for sitt arbeid med å rekruttere frivillige besøksvenner og kople dem mot pasienter etter felles interesser.

sykepleien.no

Sleivdal sykehus

Av Sveen og Emberland





Henny Sæbø

Skulle ha snakket mer om fars død

Tekst **Marit Fonn** • Foto **Karina Lein/Byavisa**

Fakta

Aktuell som

Sykepleier, snart helsesøster og intervjuobjekt i Trondheim.

Alder: 28 år

Bakgrunn: «Mistet pappa i sykkelulykke da hun var 13 år» var overskriften i Byavisa i april. Der forteller sykepleier Henny Sæbø om sjokket fra barndommen. Faren syklet på to betongsteiner som var plassert i sykkelveien. Han så dem for sent, og syklet rett på dem. Livet sto ikke til å redde. Sæbø forteller også om lykken med en lillesøster, om en mor som var sterk for dem, og at hun selv snart er helsesøster.

Hvordan var det å være i avisen?

– En positiv opplevelse. Har fått mer respons enn forventet.

Du er snart ferdig helsesøster?

– Ja, i juni. Nå har jeg hatt praksis i Stjørdal, både på skole og helsestasjon. Veldig artig og lærerikt.

Noe du likte spesielt godt?

– Å jobbe med ungdom. Jeg har jo vært sykepleier på nyfødtintensiv og tenkte det var spedbarn jeg skulle jobbe med. Nå har det endret seg litt.

– Da far døde var du i sjokk og bearbeidet ikke sorgen på flere år. Hvordan har det preget deg?

– Det var veldig tøft. Der og da tror du at det ikke kan bli bra. Jeg vil tro det har gjort meg sterkere etter hvert.

Kan du gi råd til unge om hvordan bearbeide sorg?

– Tror jeg kan bruke erfaringen overfor barn og unge som har opplevd tilsvarende. Men sorg er individuelt. Jeg vet hvordan jeg opplevde det, men det betyr ikke at jeg vet hvordan andre opplever noe tilsvarende.

Du snakket ikke med noen?

– Jo, med familien, men ingen utenforstående. Å snakke med noen utenom familien ville vært bra, for eksempel en helsesøster. Verken jeg eller søstrene mine gjorde det.

Hvorfor ble du sykepleier?

– Fordi barndomsdrømmen var å bli jordmor. Det var ikke fordi mamma er sykepleier. Hun er lærer

på sykepleierutdanningen på NTNU.

Hvorfor ville du bli helsesøster?

– Jeg liker det helsefremmende og forebyggende perspektivet, og at det er et lavterskeltilbud som når ut til alle barn og deres familier. Som enkelt-individ kan man få utrettet mye.

Frykter du at det blir altfor mange oppgaver?

– Man rekker nok ikke alt, det er jeg kjent med som sykepleier.



Var du tidlig ute med å gi omsorg?

– Kanskje. Jeg og søstrene ble tettere da vi mistet far. Men jeg gikk ikke inn i foreldrerollen, altså.

Er det vanskelig å tilnærme seg barn i sorg?

– Jeg vil sannsynligvis møte det i jobben. Jeg vil prøve å være åpen. Å snakke om det er viktig. Jeg skulle gjerne ha snakket mer om følelsene mine den gangen. Det var ikke lett å sette ord på hvordan det føltes når sjokket og krisen var så langvarig. Det har jeg tenkt mye på i ettertid. Når du er 13, er det vanskelig med følelser. Ulykken skjedde en uke etter at jeg begynte på ungdomsskolen.

Var du borte fra skolen?

– Nei, jeg gikk på skolen fra første dag. Det var ubehagelig da læreren fortalte det i klassen.

Snakket du med venninnene dine?

– Nei. Ikke i den alderen.

Hva skal du gjøre nå?

– Søke på helsesøsterstillinger. Men i sommer skal jeg jobbe på nyfødtintensiven.

Vanskelig å få jobb som helsesøster?

– Her i Trondheim er det det. Det sies jo at finansieringen har økt, men har ikke sett noe til det. Men jeg ser stillinger i Stavanger og Oslo.

Flytte, kanskje?

– Det har jeg ikke lyst til. Jeg er veldig, veldig glad i Trondheim. Jeg kan jo være heldig å få ekstravakter på en helsestasjon og slik få en fot innafor. ●

marit.fonn@sykepleien.no



Høyesterett tolker bort fortrinnsretten

JUS: Sykepleiere kan ikke kreve fortrinnsrett til utlyst utvidet stilling for kun en del av en stilling, ifølge Høyesterett.

Sykepleier Solveig Brattgjerd påberopte seg retten til utvidet stilling. Hun var ansatt som spesialsykepleier i en 75 prosent fast stilling ved Sosial og Ambulant Akuttjeneste (SAA) ved Legevakta i Oslo. Da det på nyåret i 2012 ble utlyst en ny ledig 75 prosent stilling ved SAA, kontaktet Brattgjerd arbeidsgiver på e-post. Hun ønsket å benytte seg av fortrinnsretten som deltidsansatte har etter arbeidsmiljøloven § 14-3 for å få full stilling. Bestemmelsen gir arbeidstakere fortrinnsrett til utvidelse av eksisterende stilling framfor nyansettelser.

TRODDE PÅ MEDHOLD. Spesialsykepleieren har hele tiden vært klar overfor arbeidsgiver på at hun ønsket 100 prosent stilling. Men Oslo kommune mente Brattgjerd ikke hadde krav på fortrinnsrett fordi det ville medføre «vesentlige ulemper» å dele opp stillingen slik at Brattgjerd kunne få full stilling. Begrunnelsen var at det ville være vanskelig å få fylt «reststillingen».

Da stillingen ble gitt til en annen, ble saken brakt inn for Tvisteløsningsnemnda. Nemnda støttet sykepleieren og mente hun hadde fortrinnsrett til utvidet stilling. Brattgjerd trodde saken dermed var avsluttet og at hun ville bli tilbudt hel stilling.

GJENNOM RETTSSYSTEMET. Etter å ha vunnet fram i tvisteløsningsnemnda, tingretten og lagmannsretten, tapte sykepleieren i Høyesterett.

– Høyesteretts forståelse gjør at sykepleiere ikke lenger kan kreve rett til full stilling med loven i hånd. Det Likestillingsombudet,

Norsk Helse- og Sosialforbund og Norsk Sykepleierforbund ba om i 2002, og som vi har ment Stortinget vedtok, har Høyesteretts flertall nå tolket bort. Høyesteretts forståelse innebærer at sykepleiere har svært begrenset mulighet til å oppnå full stilling, sier Eli Gunhild By i Norsk Sykepleierforbund i en pressemelding.

MÅL Å REDUSERE UØNSKET DELTID. – Formålet med fortrinnsretten var å redusere uønsket deltid og var et viktig likestillingspolitisk virkemiddel. Helse- og

«Norsk Sykepleierforbund forventer at departementet umiddelbart rydder opp.»

Eli Gunhild By

omsorgssektoren er kvinneorientert og har et stort innslag av deltidsstillinger. Uønsket deltid er noe både politikere, arbeidsgivere og arbeidstakere er enige om skal reduseres. Vi vil ta initiativ overfor lovgiver for å få plass igjen en fortrinnsrett som gir deltidsansatte den rettigheten både partene i arbeidslivet og Tvisteløsningsnemnda har lagt til grunn, sier By.

UHELDIG DOM. Vi tar dommen i Høyesterett til etterretning. Den vil føre til at deltidsansattes mulighet til full stilling begrenses. Det er uheldig fordi det er en uttalt, tverrpolitisk målsetning å få bukt med ufrivillig deltid, sier Likestillings- og diskrimineringsombud Hanne Bjurstrøm i en kommentar til Sykepleien. ●

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

Kom nærmere opplevelsen med 60 øre/l i rabatt i mai

HAR DU IKKE KORT?

Søk nå og få rabatten også i juni!

Vi feirer våren og gir alle våre kortholdere 60 øre rabatt per liter drivstoff i hele mai!

Skaft deg Esso MasterCard i mai og få kampanjerabatten* også i juni.

Søk på essomastercard.no/norsk-sykepleierforbund



An ExxonMobil Brand

*Gjelder alle som søker og får innvilget et Esso MasterCard i perioden 1.–31. mai 2016. Ordinær drivstoffrabatt er 50 øre/l for medlemmer i Norsk Sykepleierforbund. Drivstoffrabatt forutsetter bruk av et Esso MasterCard. Effektiv rente ved kreditt på kr 15 000 o/12 mnd. er 31,13 %. Total kredittkostnad kr 1 947.



Billigsalg på pensjonerte sykepleiere

● Tekst **Bjørn Arild Østby**

PENSJONISTLØNN: Fra 1. juli kan pensjonerte sykepleiere arbeide på såkalte pensjonistvilkår uten å få avkortet alderspensjon. Men med en lønn på 186 kroner timen er ikke dette noe å juble for, mener pensjonerte sykepleiere.

Etter gjeldende regelverk kan en pensjonert sykepleier kun jobbe inntil 20 prosent stilling uten at alderspensjonen avkortes. Denne grensen trådte i kraft fra 1. april 2016. Med lovforslaget som regjeringen nå fremmer kan sykepleiere som arbeider på såkalte

pensjonistvilkår unngå avkortning av alderspensjonen.

– I Statens pensjonskasse og i KS-området er det allerede slike ordninger. Nå følger vi opp med et forslag om å innføre tilsvarende unntak også for medlemmer i pensjonsordningen for sykepleiere, heter det i en pressemelding fra Arbeids- og sosialminister Anniken Hauglie.

– Vi er glade for at det nå ser ut til å bli en løsning for de pensjonistene som vil jobbe like mye som de gjorde før 1. april, sier Norsk

Sykepleierforbunds (NSF) forbundsleder Eli Gunhild By.

– **IKKE VERDSATT.** Dette er ikke alle enige om. Flere sykepleiere har henvendt seg til Sykepleiens redaksjon om vilkårene pensjonistene tilbys.

– Jeg synes det er skuffende at NSF er så veldig fornøyd med den nye loven. For spesialsykepleiere og jordmødre, som det er mangel på i Norge, er dette et dårlig tilbud. Det blir ikke betalt og verdsatt for kompetanse og erfaring. Jeg vil ikke

arbeide på en travel fødeavdeling for halvparten av lønnen til en nyutdannet jordmor, sier pensjonert jordmor Eirin Kristin Møllen.

– **NEDVURDERING.** Hun får støtte fra 68 år gamle Torhill Cappelen som gikk av med alderspensjon 62 år gammel etter mer enn 30 års fartstid i offentlig sektor, og fortsatt yrkesaktiv.

– Forslaget innebærer en grov nedvurdering av pensjonerte sykepleiere. ●
bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

C VAQTA Sanofi Pasteur MSD

Vaksine mot hepatitt A (inaktivert).

ATC-kode: J 07 B C 02

INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon 25 E/dose: Hver dose (0,5 ml) inneh.: Hepatitt A-virus (inaktivert) 25 E, natriumborat, natriumklorid, vann til injeksjonsvæsker til 0,5 ml. **INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon 50 E/dose:** Hver dose (1 ml) inneh.: Hepatitt A-virus (inaktivert) 50 E, natriumborat, natriumklorid, vann til injeksjonsvæsker til 1 ml. **Indikasjoner:** Profylakse mot hepatitt A hos spedbarn >12 måneder, barn og ungdom ≤17 år. Profylakse mot hepatitt A hos voksne ≥18 år. Bør brukes på bakgrunn av offisielle anbefalinger. **Dosering:** For optimal antistoffrespons bør primærvaksinasjon foretas minst 2 uker, fortrinnsvis 4 uker, før eksponering for hepatitt A-virus. **Primærvaksinasjon:** Voksne: 1 ml (50 E). Barn: 0,5 ml (25 E). **Booster-dose:** Voksne: 1 ml (50 E) 6-18 måneder etter primærdose. Barn: 0,5 ml (25 E) 6-18 måneder etter primærdose. **Spesielle pasientgrupper:** Voksne med hiv: 1 ml (50 E), etterfulgt av en booster-dose på 1 ml (50 E) 6 måneder senere. **Tilberedning/Håndtering:** Ristes før bruk. Lett hvitaktig og opaliserende suspensjon. Bør undersøkes visuelt for partikler og misfarging før bruk. Bør ikke blandes med andre legemidler. Må ikke blandes med andre vaksiner i samme sprøyte, og separate injeksjonssteder må benyttes. **Administrering:** Injiseres i.m., fortrinnsvis i deltarmuskelen eller i lårets anterolaterale del hos små barn. Må ikke gis s.c. eller intradermalt pga. suboptimal respons. Ved blødningsforstyrrelser (f.eks. blødere) kan s.c. administrering vurderes. Må ikke injiseres i.v. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Vaksinasjon skal utsettes ved alvorlig infeksjon med feber. **Forsiktighetsregler:** Ved symptomer på overfølsomhet, bør ytterligere injeksjoner ikke gis. Forsiktighet bør utvises ved latekssensitivitet da sprøytestempelet og nålkorken inneholder naturlig tørket lateksgummi. Kvalitativ testing for antistoffer mot hepatitt A bør overveies for ev. vaksinasjon av personer født i høyendemiske områder, og/eller med tidligere gulsott. Utstyr og medisinsk behandling skal være tilgjengelig for øyeblikkelig bruk i tilfelle anafylaktisk/anafylaktoid reaksjon. Vaksinen kan inneholde rester av neomycin og formaldehyd fra fremstillingsprosessen. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se J07B C02 Ved bruk ved malign sykdom, hos personer som får immunsuppressiv behandling eller har nedsatt immunforsvar, er det mulig at forventet immunrespons ikke oppnås. Kan gis sammen med immunglobulin ved behov for profylakse etter hepatitt A-eksponering og hos voksne sammen med vaksine mot gulfeber og tyfoidfeber (polysakkarid). Kan gis samtidig med vaksiner mot meslinger, krusa, røde hunder, vannkopper, 7-valent pneumokokkonjugat, inaktiverte poliovaksiner. Kan gis hos barn sammen med vaksiner mot difteritoksoid, tetanustoksoid, kikhoste (acellulær) og Haemophilus influenzae b. Må ikke blandes med andre vaksiner i samme sprøyte, og det må benyttes separate injeksjonssteder. **Graviditet, amming og fertilitet:** **Graviditet:** Potensiell risiko for fosterskader eller innvirkning på reproduksjonsevnen er ukjent. Anbefales ikke til gravide med mindre det foreligger høy risiko for hepatitt A-infeksjon, og mulig fordel ved vaksinasjon oppveier risiko for foster. **Amming:** Overgang i morsmelk er ukjent. Bør gis med forsiktighet til ammende. **Bivirkninger:** Voksne: Svært vanlige (≥ 1/10): Øvre: Ømhet, smerte, varme, hevelse og erytem på injeksjonsstedet. Vanlige (≥ 1/100 til <1/10): Muskel-skjelettsystemet: Smerte i injisert arm. Nevrologiske: Hodepine. Øvrige: Asteni/tretthet, feber (≥38,3°C, oralt), ekkymose på injeksjonsstedet, smerte/sårhet. Mindre vanlige (≥ 1/1000 til <1/100): Blod/lymf: Lymfadenopati. Gastrointestinale: Kvalme, diaré, flatulens, oppkast. Hjerne/kar: Hørsel. Hud: Pruritus, urticaria, erytem. Infeksjoner: Faryngitt, infeksjon i de øvre luftveiene. Luftveier: Tett i luftveiene, tett nese, hoste. Muskel-skjelettsystemet: Myalgi, stivhet, skuldersmerter, muskel-skjelettsmerter, ryggsmerte, artralgi, smerter i bena, nakkesmerter, muskelsvakhet. Nevrologiske: Svimmelhet, parestesi. Øvre: Øresmerter. Øvrige: Pruritus, stivhet/stramhet på injeksjonsstedet, smerter, hematoma på injeksjonsstedet, frysninger, magesmerter, sykdomsfølelse, indurasjon og nummenhet på injeksjonsstedet, kuldefølelse, influensalignende sykdom. **Spjeldne** (≥ 1/10 000 til <1/1000): Gastrointestinale: Munntørrhet, munnsår. Hud: Natlig svette, utslett, hudforstyrrelser. Infeksjoner: Bronkitt, smittsom gastroenteritt. Kjønsorganer/bryst: Menstruasjonsforstyrrelser. Luftveier: Faryngealt ødem, sinusforstyrrelse. Muskel-skjelettsystemet: Muskelkrampe, albuesmerter, hoftesmerter, kjevesmerter, spasmer. Nevrologiske: Søvnighet, migræne, skjelving. Psykiske: Apati, søvnløshet. Stoffskifte/ernæring: Anoreksi. Øvre: Vertigo. Øye: Kløe i øyet, fotofobi, tåredannelse. Øvrige: Svie på injeksjonsstedet, indurasjon (≤2,5 cm), muskelrykninger, utslett, oppblåst mage, brystsmerte, smerter i siden, irritabilitet. **Ukjent frekvens:** Blod/lymf: Trombocytopeni. Nevrologiske: Guillain-Barrés syndrom. **Barn 12-23 måneder:** Svært vanlige (≥ 1/10): Øvrige: Smerte/ømhets/sårhet, erytem på injeksjonsstedet. Vanlige (≥ 1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Diaré. Øvrige: Hevelse, irritasjon, varme og blåmerker på injeksjonsstedet. Feber. Mindre vanlige (≥ 1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Oppkast. Hud: Utslett, bleieutslett. Luftveier: Rhinoré, hoste, tett nese. Nevrologiske: Søvnighet, gråt, letargi, hypersomni, dårlig søvnkvalitet. Psykiske: Søvnløshet, rastløshet. Stoffskifte/ernæring: Nedsatt appetitt, anoreksi. Øvrige: Hematom, nodul og utslett på injeksjonsstedet. Sykdomsfølelse. **Spjeldne** (≥ 1/10 000 til <1/1000): Gastrointestinale: Flatulens, oppblåst buk, smerter i øvre del av buken, misfarget avføring, hyppig avføring, kvalme, magesmerter, forstoppelse, oppstøt, spedbarnsgulping. Hud: Urticaria, kaldsvette, eksem, generalisert erytem, papuløst utslett, blemmer, erytem, generalisert utslett, varmeutslett, hyperhidrose, varm hud. Immunsystemet: Multiple allergier. Luftveier: Tett i luftveiene, nysing, astma, allergisk rhinitt, smerte i svelget. Muskel-skjelettsystemet: Synovitt. Nevrologiske: Svimmelhet, hodepine, ataksi. Psykiske: Agitasjon, nervøsitet, fobi, hyling, søvnforstyrrelser. Stoffskifte/ernæring: Dehydrering. Øye: Skorpedannelse på øyelokkskanten. Øvrige: Smerte, blødning, kløe, misfarging, papel og urticaria på injeksjonsstedet, ubehag, tretthet, unormalt ganglag, varmfølelse. **Barn og ungdom 2-17 år:** Svært vanlige (≥ 1/10): Øvrige: Smerter og ømhets på injeksjonsstedet. Vanlige (≥ 1/100 til <1/10): Nevrologiske: Hodepine. Øvrige: Varme, erytem, hevelse og ekkymose på injeksjonsstedet, feber. Mindre vanlige (≥ 1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Buksmerter, oppkast, diaré, kvalme. Hud: Utslett, kløe. Muskel-skjelettsystemet: Smerte i injisert arm, artralgi, myalgi. Nevrologiske: Svimmelhet. Psykiske: Irritabilitet. Øvrige: Asteni/tretthet, kløe og smerte/sårhet på injeksjonsstedet. **Spjeldne** (≥ 1/10 000 til <1/1000): Hjerne/kar: Rødme. Hud: Urticaria, svette. Luftveier: Tett nese, hoste, rhinoré. Muskel-skjelettsystemet: Stivhet. Nevrologiske: Søvnighet, parestesi. Psykiske: Nervøsitet. Stoffskifte/ernæring: Anoreksi. Øvre: Øresmerter. Øvrige: Indurasjon, influensalignende sykdom, brystsmerte, smerter, varmfølelse, skorpe, stivhet/hardhet og svie på injeksjonsstedet. **Ukjent frekvens:** Blod/lymf: Trombocytopeni. Nevrologiske: Guillain-Barrés syndrom. **Overdosering/Forgiftning:** Ingen data vedrørende overdosering. **Egenskaper:** **Virkningsmekanisme:** Viruset er inaktivert ved formalin og deretter adsorbert til aluminium. Voksne: Responsen for hepatitt A-antistoffet varer i minst 6 år. Minst 99% vil forbli seropositiv (≥10 mIU anti-HAV/ml) i minst 25 år etter vaksinasjon. Barn: Responsen for hepatitt A-antistoffet varer i minst 10 år. Minst 99% vil forbli seropositiv (≥10 mIU anti HAV/ml) i minst 25 år etter vaksinasjon. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Må ikke fryses. **Sist endret:** 13.08.2015 **Basert på SPC godkjent av SLV:** 22.04.2015 **Pris per mai 2016:** 1 stk. 25 E/dose: 264,60. 1 stk. 50 E/dose: 330,80. 10 stk 50 E/dose: 2925,10.



Nå er Vaqta® tilgjengelig!

Vaqta® er en vaksine til forebyggelse av hepatitt A-infeksjon.¹

Hepatitt A vaksine anbefales til:²

- Reisende til områder hvor hepatitt A er en vanlig sykdom (eks. Afrika, Asia).
- Stoffmisbrukere.
- Personer med visse sykdommer eller tilstander som medfører økt risiko for hepatitt A eller komplikasjoner ved sykdommen.
- Særlig smitteutsatte personer ved større utbrudd i Norge.

De tre siste gruppene ovenfor kan få hepatitt A vaksine dekket av folketrygden på blå resept §4 nr.3.³


sanofi pasteur MSD
 vaksiner for livet

1. Godkjent preparatomtale www.legemiddelverket.no (24.08.2015) Basert på godkjent SPC ac SLV: 22.04.2015
 2. Folkehelseinstituttet: www.fhi.no/artikler/?id=83019 (5.2.2016)
 3. Folkehelseinstituttet: www.fhi.no/artikler/?id=74879 (5.2.2016)

Tema.
**Bemannings-
byråer.**

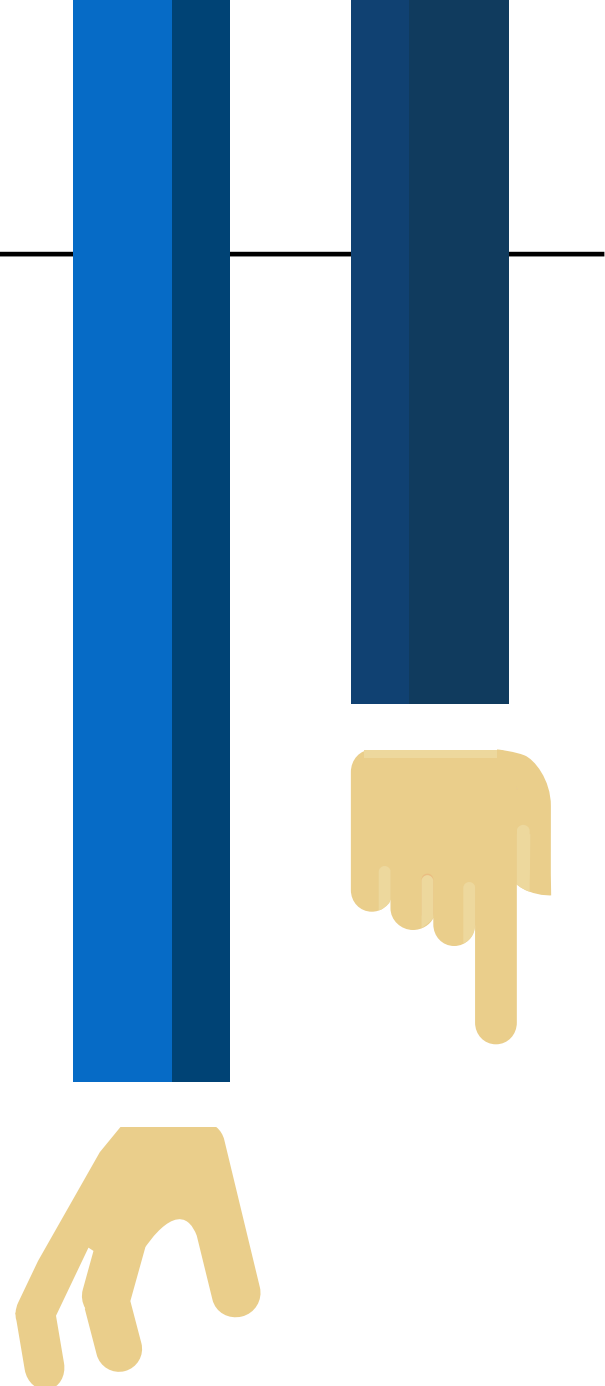
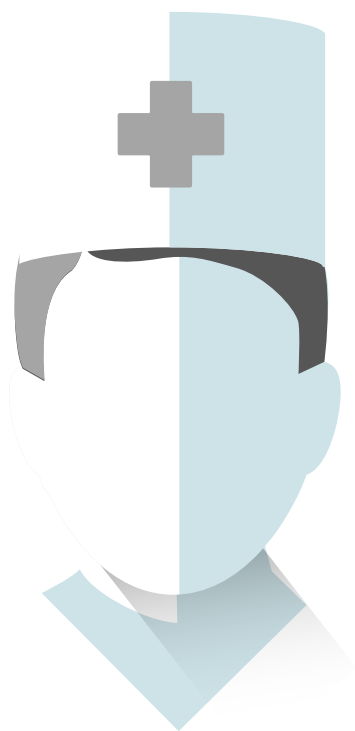
Vikar fra
Danmark. **22**

Vikar fra
Litauen. **25**

Så store er
bemannings-
byråene. **30**

Gode tider for
helsevikarar. **34**

Tillitsvalgte må
passe på. **37**

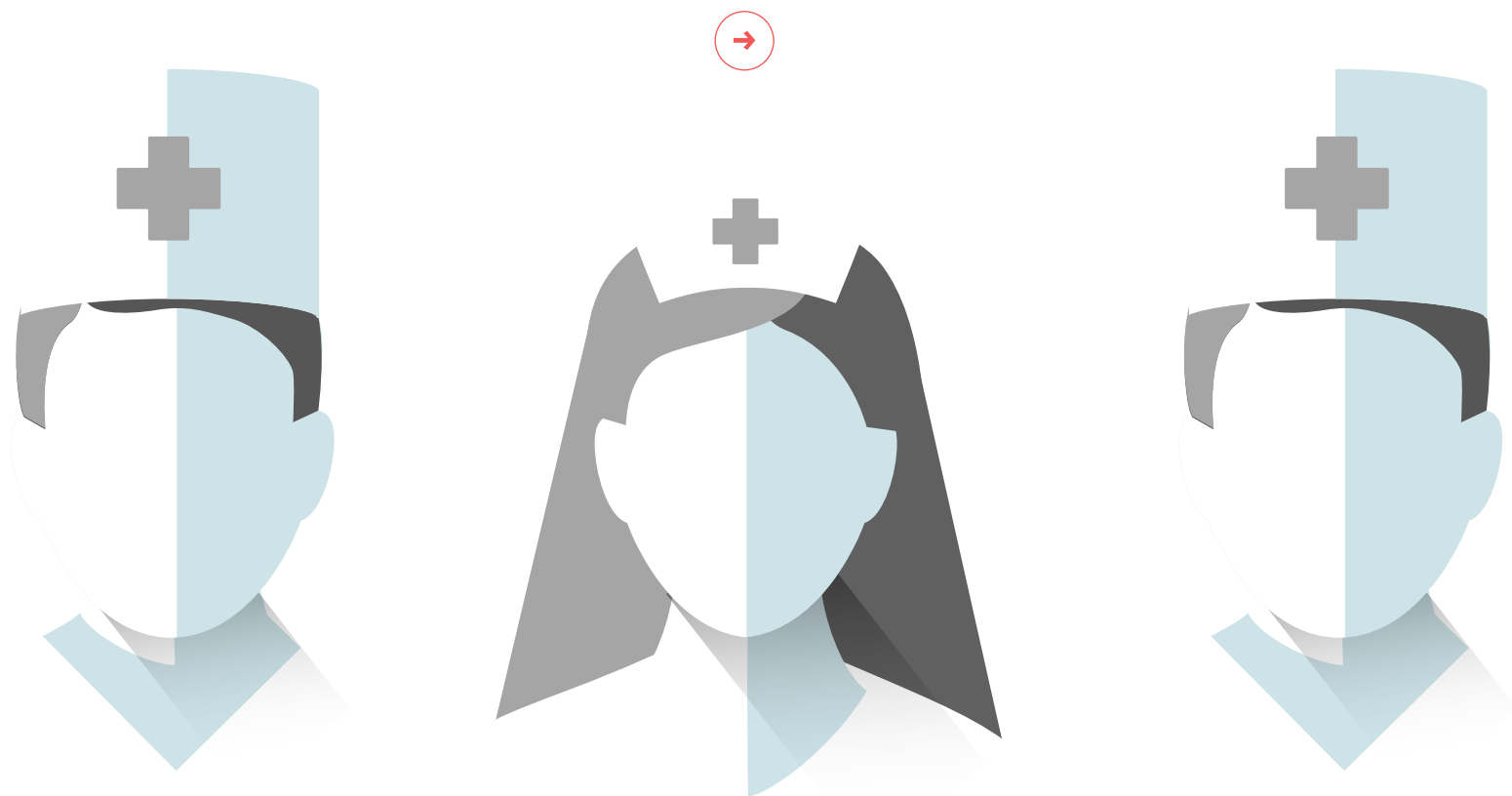


Vikarer – på godt og vondt

Etterspurt. Bemanningsbyråene taper kommunene for milliarder av kroner. De redder vaktkabalen, gir noen sykepleiere nye muligheter, men blir også beskyldt for å utnytte sårbare, utenlandske helsearbeidere.

Tekst **Kari Anne Dolonen, Ann-Kristin B. Helmers, Eivor Hofstad og Bjørn Arild Østby**

Foto **Erik M. Sundt** • Illustrasjoner/grafikk **Colourbox/Nina E. H. Hauge**





Vikar fra Danmark:

«Jeg bor gratis og sparer lønna for å reise til New Zealand og Asia.»

Kasper Vesterholm, vikar på sykehjem

Tekst **Eivor Hofstad** • Foto **Erik M. Sundt**



Kasper Vesterholm (27) fra Aarhus i Danmark ble ferdig utdannet sykepleier i januar. I slutten av februar fikk han en telefon fra bemanningsbyrået Dedicare Nurse i Norge.

Var han interessert i ta noen akutte vakter på et sykehjem i Asker?

130 M² I BÆRUM. Byrået kunne også tilby noe jobb til kjæresten som er pedagog. Dessuten fikk de gratis bosted, og reiseutgifter fra Danmark ble dekket. Et slikt tilbud ville han neppe få i Danmark.

– Der krever vikarbyråene to års erfaring før du får engasjement, hevder Vesterholm.

De pakket raskt og reiste om kvelden. Klokken halv ett om natten låste de seg inn i den 130 kvadratmeter store leiligheten i villaen på beste Blommenholm i Bærum. Og klokken halv åtte morgenen etter var Vesterholm på sin første vakt på Søndre Borgen sykehjem i Asker.

TRIVES. – Jeg trives veldig godt her, sier dansken mens han stiller den infiserte tåen som pasient Øistein Bakken har fått etter at en fotterapeut ble litt for ivrig med neglesaksen på den inngrodde tåneglen.

– Vi må ha en evaluering av fotpleieren, slår Vesterholm raskt fast.

– Hva sa du? Du snakker så fort, sier Bakken.

Vesterholm gjentar sakte og tydelig, og Bakken er enig.

– Jeg har nok med kreften, hjertesvikten, stomien og kateteret. Jeg trenger ikke dette også. Og jeg betalte jo 750 kroner for at hun skulle stelle beina mine, sier han og smiler.

Bakken er tidligere baker, og da han var like gammel som Vesterholm, hadde han 60 ansatte under seg. Nå er han på korttidsavdeling for å rehabiliteres etter at han svimte av på badet på grunn av blodtrykksfall. Heldigvis er kona fysioterapeut og kan hjelpe ham med øvelsene han må gjøre.

DANSK RUGBRØD. – De baker ikke lenger brød som vi gjorde før. Nå er det bare raskest mulig inntjening. Men skal du få godt brød, må du bruke tid. Jeg fortalte Kasper hvor jeg savnet ordentlig rugbrød her om dagen. Da tok han med seg en dansk skive hjemmefra og serverte meg ferdig påsmurt med dansk flagg. Den luktet aldeles nydelig!

«Denne vikar-tilværelsen ser jeg på som en litt eventyrlig periode av livet mitt»

Kasper Vesterholm

Fakta

Vilkår hos Dedicare Nurse

Lønn og rettigheter hos de ulike bemanningsbyråene varierer. Kasper Vesterholm har følgende vilkår:

- Minimum minstelønn etter lokal tariffavtale. For Kasper er det 207 kr timen.
- Full overtidsbetaling etter vanlige tariffbestemmelser.
- 1000 kroner ekstra i uken mellom uke 26 og 33
- Sykepenger etter vanlige regler
- Gruppelivsforsikring (for ansatte i kommunal sektor)
- Yrskesskadeforsikring
- Rett til fem ukers ferie med feriepenger etter vanlig opptjening
- Pensjonsordning og andre goder som bra forsikring, bank etc. gjennom KLP ved minst 20 prosents jobb i et år
- Rett til å takke nei til tilbud om vakter, men må følge det man har avtalt på forhånd.
- Gratis pendlerbolig
- Reisedekning mellom hjemsted og arbeidssted

– Ja, du bare luktet, du spiste ikke så mye, sier Vesterholm.

– Nei, det var dårlig med appetitten, men den har blitt litt bedre, sier Bakken.

Den velutstyrte leiligheten med wifi deler



Flink: – Kasper er flink og er her nesten hver dag. Men vi misforstår hverandre litt av og til på grunn av språket, sier pasient Øistein Bakken.

Kasper Vesterholm og kjæresten med en svensk hjemmehjelpsvikar som jobber i psykiatrien. Den har tre soverom, så det kan komme en vikar til.

– Konkurransen om vikarer er stor, derfor er det vanlig at vikarbyråer tilbyr pendlerbolig sammen med jobben for dem som ikke har skaffet seg leilighet selv, sier Vesterholm.

FÅR HJEMREISER. Dedicare Nurse dekker hjemreiser også.

– Hvor ofte får du dra da?

– Det kan man forhandle om. Jeg har ennå ikke vært hjemme, men jeg har tenkt meg en tur til en konfirmasjon i mai. Hadde jeg hatt mer ansiennitet, kunne jeg også forhandlet om lønnen.

– Hvorfor ble det akkurat Norge?

– Vi har begge god erfaring herfra: Som student

jobbet jeg en sommer i hjemmetjenesten i Kristiansund for Dedicare Nurse, og kjæresten min har jobbet på Kvitfjell.

Derfor hadde de snakket om at de kunne tenke seg å jobbe en stund i Norge for å spare penger til å reise.

– Jeg har vært i Israel og bodd et halvt år i Whistler i Canada hvor jeg gikk mye på ski og jobba i et rengjøringsfirma. Nå har vi lyst til å dra til New Zealand og Asia sammen, forteller Vesterholm.

VARIERENDE LØNN. Han jobber så mye han får, og i mars ble det jobb hver helg. 25 arbeidsdager og seks fridager. I april har det blitt lite, så han anslår at månedslønna kan variere fra 20 000 til 35 000 før skatt.

– Jeg får minstelønn som her er på 207 kroner i timen. Og så får jeg 100 prosent overtid på alt som er over 35,5 timer i uka.

Nå har sykehjemmet en ny anbudsrunde på fire nye vikarer. Vesterholm er spent på om Dedicare får tilslaget.

– Skulle jeg miste timer her, har jeg likevel en annen sikring ved å være i et vikarbyrå enn å være generell vikar. Da vil Dedicare kunne gi meg timer et annet sted uten at jeg trenger å fikse og ordne alt selv.

– Andre fordeler med å være vikar fremfor fast ansatt?

– Det gir mye erfaring på kort sikt. Jeg må være ansvarlig og si ifra når jeg er usikker på prosedyrer og slikt. Og jeg må være flink til å tilpasse meg skiftet mellom ulike





Lunsj: Flott med en mann på jobben, mener kollegene til Kasper Vesterholm.



sykehjem med ulike atmosfærer. Jeg skylder dem som jobber her å ha ekstra gode antenner. Hvis man er en belastning, så kan det gå ut over pasientsikkerheten.

– Ingen ulemper?

– Det kan bli litt ustabilt med inntekten. Den siste uken har jeg bare hatt én vakt. Men det er jeg innstilt på, så da må jeg bare ha litt tålmodighet. Dessuten kunne jeg ha familien min på besøk når det var så rolig.

ER BRANNSLUKKER. Vesterholm sier en annen forskjell på å være vikar og fast ansatt er at de fast ansatte får et strukturert opplæringsprogram.

– Jeg er mer en brannslukker. Skal det tas CRP etter en spesiell prosedyre, må jeg ta initiativet og spørre selv. Det samme gjelder administrative systemer, slik som journalsystemet Gerica. Det har jeg aldri sett før.

Hjemme i Aarhus har Vesterholm og kjæresten fått leid ut sin egen leilighet til desember.

– Hva er planen så?

– Vi flytter nok hjem til leiligheten igjen. Etter hvert blir det kanskje barn på oss, og da kunne

«Jeg skylder dem som jobber her å ha ekstra gode antenner.»

Kasper Vesterholm

jeg tenke meg en fast jobb i Danmark. Det er der vi har familien og nettverket vårt. Denne vikartilværelsen ser jeg på som en litt eventyrlig periode av livet mitt, sier Vesterholm. ●

eivor.hofstad@sykepleien.no

Fakta

Én av fem skeptisk til bemanningsbyråer

I en fersk spørreundersøkelse gjennomført av TNS Gallup, svarer 22 prosent av de spurte at de tror behandlingstilbudet ved sykehjem og sykehus svekkes ved bruk av bemanningsbyråer.

42 prosent mener kvaliteten kommer an på de innleide, mens 4 prosent mener tilbudet blir bedre.

Skepsisen er størst hos SV-velgere, der hele 45 prosent tror bruk av bemanningsbyråer vil svekke tilbudet, mens blant Frp-velgere svarer kun 13 prosent det samme. Spørsmålet inngår i TNS Gallups helsepolitiske barometer, som ble presentert i slutten av april.



Vikar fra Litauen:

«Jeg så aldri en lønsslipp.»

«Asta», tidligere vikar i Orange Helse

● Tekst og foto **Eivor Hofstad**



Hun ble advart mot Orange Group Baltic, som er tilknyttet bemanningsforetaket Orange Helse i Norge. Likevel tok intensivsykepleieren fra Litauen sjansen på å jobbe for dem. Det angir hun på i dag.

ANONYM. Vi treffer henne på en kafé på et norsk kjøpesenter. Hun vil ikke bruke sitt egentlige navn fordi hun er redd for å bli truet av ledelsen i Orange Group Baltic. Hun sier vi kan kalle henne «Asta».

Hun jobbet som vikar i norske kommuner i ni måneder for dette selskapet før hun fikk advokat hjelp og kom seg ut av kontrakten.

Orange Group Baltic rekrutterer blant annet baltiske, slovakiske og ungarske sykepleiere til å jobbe for seg. De leier ut sine sykepleiere til Orange Helse i Norge, bemanningsforetaket som startet i 2007 og ble kåret til årets Gasselbedrift i Hordaland i 2011 med 81,7 millioner kroner i omsetning. I 2015 passerte bedriften 211 millioner. Begge selskapene er tilknyttet det norskregistrerte Orange Group AS (se også s. 30).

FINANSKRISE. Asta ble ferdig intensivsykepleier i 2004 og fikk seg jobb på Universitetssykehuset i Kaunas i Litauen. Men da finanskrisen kom, ble tilleggene i lønna mindre og mindre. Til slutt ble de borte, forteller hun.

Asta var alene om ansvaret for et barn og to syke foreldre.

– Vi hadde ikke hjemmesykepleiere i Litauen da, og siden jeg er enebarn måtte jeg ta vare på dem, forklarer hun.

Lønna fra sykehuset ble for liten. Hun ble nødt til å gjøre noe.

SPRÅKKURS. I 2009 begynte hun på et fire måneders norskkurs på en skole tilknyttet Orange Group Baltic.

– Det stod ikke noe om hva språkkurset kostet, men i arbeidskontrakten stod det hvor mye jeg ble trukket i timen som tilbakebetaling for kurset. Det var ingen begrensning oppover på hvor mye jeg måtte jobbe for å betale kurset.

Asta måtte også forplikte seg til å jobbe ett år for selskapet. Skulle hun slutte før dette, måtte hun betale 12 000 litas, omtrent 32 000 kroner, for språkkurset.

Sykepleien har fått oversendt en avtale fra 2015 fra daglig leder i Orange Helse, Nils Kristian Paulsen. Der står det at de ansatte blir trukket 2,35 euro per time de første 1850 timene som tilbakebetaling.

97 KRONER TIMEN. – Jeg hadde hørt klager fra folk som jobbet for Orange Group Baltic i Bergen,

«Jeg måtte sove i gangen ved trappa, ei sov i stua.» «Asta»

Fakta

Orange Helse i trøbbel

Orange Helse ble i vår kastet ut som vikarbyrå fra alle norske sykehus, etter at det ble dokumentert brudd på både lønns- og arbeidsvilkår for de ansatte. Uka etter sa også Oslo kommune opp kontrakten. Likevel er bemanningsforetaket fremdeles et av Norges største og leverer tjenester i rundt 80 kommuner. Størst er det i Bergen. Der har kommunen satt i gang en systematisk gjennomgang av avtalene med private tilbydere for å få bedre kontroll over lønn og arbeidsvilkår. Rapporten er ventet i mai.

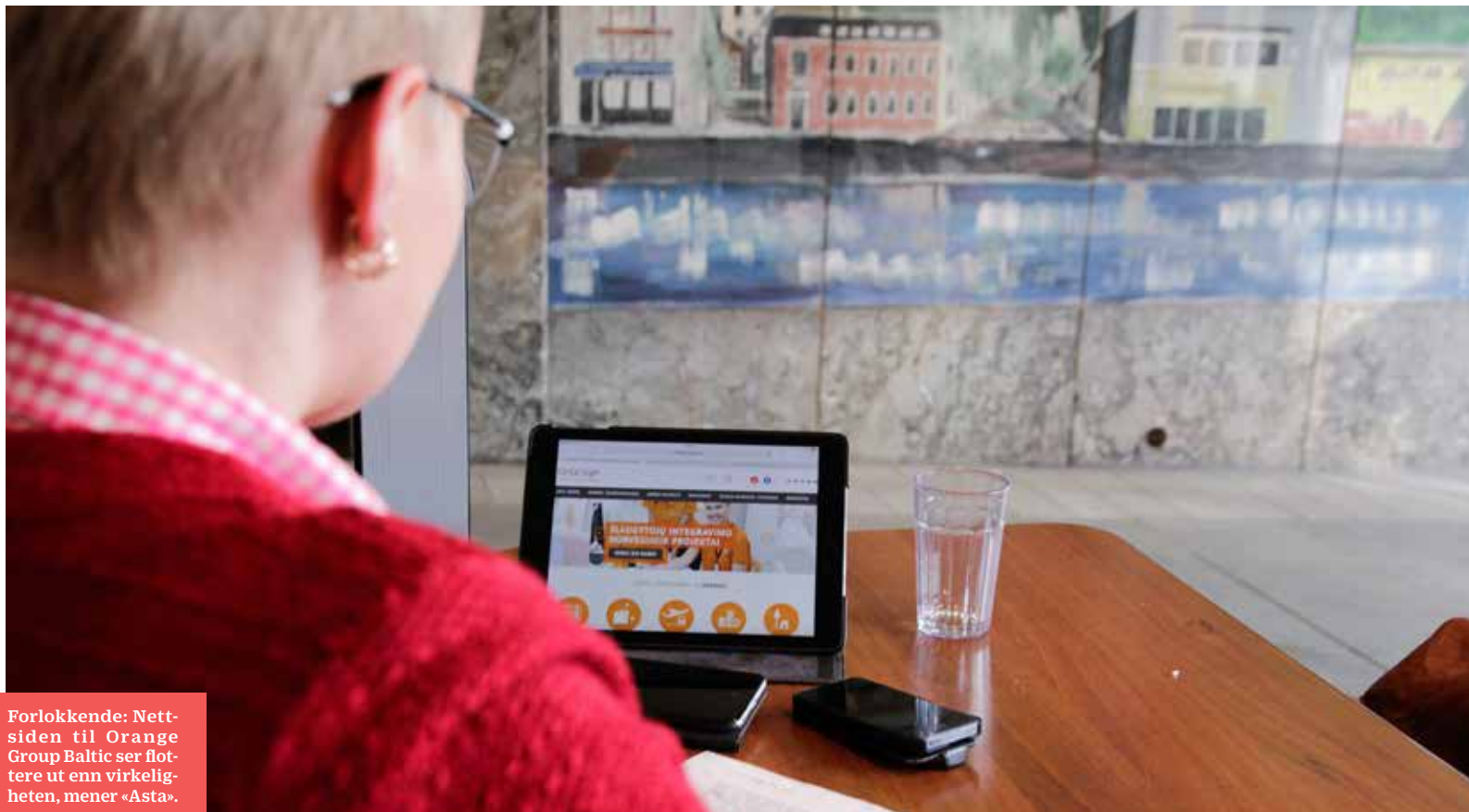
men tenkte at det kunne ikke være like ille over alt, så da vi kunne ønske hvor vi skulle jobbe, sa jeg «hvor som helst, bare ikke i Bergen», sier Asta.

I 2010 ble datteren plassert hos Astas foreldre, mens hun selv fikk jobb på et sykehjem i en liten kommune i Midt-Norge. Hun savnet datteren, men stortrivdes med jobben og kollegene.

– Lønnen var lav, 97 kroner timen netto. Jeg så aldri en lønsslipp som kunne vise hva jeg betalte i skatt og hva jeg ble trukket for språkskole, reiseutgifter og husleie, sier Asta.

Hun forklarer at de som jobber for Orange Group Baltic i dag riktignok får lønsslipper, men der står ingenting om hva som er trukket i lønnen.





Forlokkende: Nettsiden til Orange Group Baltic ser flott ut enn virkeligheten, mener «Asta».

➔ Det er et såkalt nettolønssystem, får vi vite av Roar Eilertsen, daglig leder i Stiftelsen De Facto.

– Dette har norske kommuner full anledning til å si at de ikke ønsker, og noen har også gjort det, opplyser han.

I fjor skrev Eilertsen rapporten «Feilslått arbeidsgiverpolitikk i Bergen kommune», hvor han gikk gjennom ulike selskapers regnskapstall. Han hevdet at Orange Helse la 67 prosent på prisen fra underleverandøren Orange Group Baltic når de videreformidlet vikarene fra Litauen. Orange Helse svarte på rapporten med et varsel om søksmål i høst, men åtte måneder etter har ikke Eilertsen hørt noe mer.

– **FORBUDT MED EGENMELDING.** Asta jobbet fire uker, hadde to måneder fri og jobbet seks uker igjen.

– Alle ansatte hos Orange Group Baltic har minst to uker fri mellom vikaroppdragene, forklarer hun.

Norske regler er slik at man må ha jobbet fire

uker for å ha rett til sykepenger med legemeldt sykefravær og åtte uker for å ha rett til sykepenger ved egenmelding. Blir det et opphold mellom arbeidsperiodene på to uker eller mer, må retten til sykepenger opparbeides på nytt.

– Jeg kjenner til ei som sliter med å få sykepenger til tross for at hun har jobbet lenge nok. Orange Group Baltic sier hun må få sykepenger fra NAV, siden hun ble syk i Norge. Hos NAV sier de at det er arbeidsgiveren som må gi henne pengene. Men der er egenmelding helt forbudt, sier Asta.

SOV I GANGEN. Etter hvert ble hun likevel flyttet til hjemmetjenesten i Bergen hvor hun mistrives stort. Boforholdene var i trangeste laget.

– Vi var rundt åtte-ni i samme leilighet. Flere mennesker enn soverom. Jeg måtte sove i gangen ved trappa, ei sov i stua. Det var slitsomt, og vi klagde uten å bli hørt. I leiligheten under bodde det en vikar fra Sverige som jobbet hos Orange Helse. Hun fikk hele leiligheten for seg selv. Det var tydelig forskjell på baltiske og nordiske vikarer, sier Asta.

Arbeidstilsynet har hatt tilsyn med boforholdene på en av Orange Helses leiligheter i mars. Ingen avvik ble funnet. 13 arbeidstakere var innkvartert i en enebolig i Øvre Ervik med 3 etasjer, og alle hadde eget soverom.

I avtalen Sykepleien har fått fra Orange Helse står det at ansatte trekkes opp til 5,65 euro i transport og boutgifter per time. Det står ikke spesifisert noe maks timeantall oppover for dette, slik det står for språkkurset.

«En slik ordning er lite konkret og lite forutberegnelig for den ansatte. Det er ikke kjent hva som er arbeidsgivers faktiske kostnader med å dekke den enkelte arbeidstakers utgifter til transport og bolig, og her kan det ligge en potensiell fortjeneste for arbeidsgiver ved at det kan foretas trekk som utgjør totalt mer enn den faktiske kostnad. Ordningen kan også gi forskjellsbehandling. Dersom to vikarer har et like langt opphold i Norge, og den ene jobber mer enn den andre, så får den vikaren med flest arbeidstimer et høyere trekk», skriver Deloitte i sin revisjon av Orange Helse i år.

TRANGT I RØDBERG. Asta sier hun også så elendige boforhold for ansatte i Orange Helse Baltic da hun selv hadde sluttet i vikarbyrået og var verneombud ved Bergtun omsorgssenter i Rødberg i Buskerud. Der jobbet hun til i fjor høst.

– Der bor også de ansatte fra selskapet i kof-ferter, to må sove i stua. En norsk vikar som kom, sa klart ifra at hun ikke kunne dele leilighet med noen. Dermed fikk hun sin egen. Liknende episoder har jeg sett flere ganger. Jeg hjalp de ansatte i Orange Group Baltic å klage på både lønn og boforhold til ledelsen ved omsorgssenteret. Ledelsen var enig, men ingenting skjedde. Først nå i vår har de ansatte fått beskjed om at boforholdene skal bedres, forteller hun.

Det ringer ingen bjeller om en slik klage hos ledelsen ved omsorgssenteret.

– Vedkommende som «Asta» navngir å ha meldt ifra til, har ikke noe lederverv. Denne personen kan heller ikke erindre å ha mottatt noen slik tilbakemelding/avvik, i så fall ville hun gått videre med den. Hun har ved ett tilfelle mottatt en henvendelse vedrørende et annet anliggende som hun har forsøkt å besvare og håndtere etter beste evne. Dersom forhold vedrørende lønn og boforhold hadde blitt meldt inn til oppdragsgiver som muntlig eller skriftlig avvik, ville vi tatt tak i situasjonen umiddelbart, sier kommunalsjef Lis Berit Nerli.

SKAL LIKEBEHANDLES. I arbeidskontraktene til Orange Group Baltic står det at man er ansatt etter litauisk arbeidsmiljølov.

– Det har ingenting å si. I Norge skal reglene om likebehandling av utleide arbeidstakere på lønns- og arbeidsvilkår gjelde uansett, sier advokat Oskar Nilssen hos Norsk Sykepleierforbund (NSF).

– Den litauiske arbeidsmiljøloven er bra nok, men problemet er at Orange Group Baltic er et privat firma som driter i arbeidsmiljølover. Vi fikk ikke lov å organisere oss. Folk fra ledelsen kom til oss på språkskolen flere ganger og gjentok at vi ikke fikk lov å snakke om lønn og arbeidsforhold med noen i Norge. Nordmennene ville ikke forstå, fikk vi ofte høre, sier Asta.

– Hva ville skje hvis dere gjorde det eller hvis dere protesterte?

– Vi ville mistet jobben. Da sier de bare «ha det bra, du kan gå hvor som helst, men husk å betale for norskkurs før du går».

INGEN VIL SNAKKE. Asta sier hun kjenner til syv andre, foruten henne selv, som hadde problemer da de jobbet for selskapet i Norge. Noen av disse har Sykepleien forsøkt å kontakte. En av dem sier hun var glad for å ha fått språkkurset, men de andre sier de ikke ønsker å fortelle om sine erfaringer. «Jeg vil kunne få straff hjemme i Litauen», sier en. «Jeg vil helst glemme», sier en annen.

De samme erfaringene har Sara Bell gjort seg. Hun er leder i Fagforbundet i Bergen, og kjenner til flere historier hun mener handler om å utnytte mennesker i en sårbar livssituasjon.

– De blir truet blant annet med økonomiske sanksjoner hvis de varsler om uholdbare forhold, sier hun.

Hun bekrefter Astas påstander om forbud mot fagorganisering, trange boforhold og ingen eller uoversiktlige lønns slipper.

KOMMUNENE RISIKERER BØTER. Sykepleien har vist en arbeidskontrakt fra Orange Group Baltic sommeren 2015 til advokat Oskar Nilssen i

«Problemet er at Orange Group Baltic er et privat firma som driter i arbeidsmiljølover.» «Asta»

NSF. Han reagerer på at lønnen på 11, 70 euro (knappt 110 kroner) per time etter skatt ser lav ut.

– Selv om et firma leier inn bemanning fra en underleverandør, skal norsk arbeidsmiljølov følges. Det samme skal gjeldende tariffavtale på arbeidsstedet. Det burde stå i arbeidskontrakten fra arbeidsgiveren, sier han.

– Hvordan kan tillitsvalgte eller norske kommuner sikre at utenlandske vikarer ikke blir ut-satt for sosial dumping?

– Tillitsvalgte kan be om å få utlevert kontraktene. De som leier inn arbeidskraft er nødt til å

sjekke lønns- og arbeidsvilkår hos leverandørene sine. Kommuner som sluntrer unna dette ansvaret, kan risikere skikkelige erstatningssaker mot seg, sier NSF-advokaten.

DØDSSYK FAR – BLE NEKTET FRI. I Bergen kjørte Asta rundt i de små oransje Fiatene til Orange.

– Vi måtte skifte dekk sjøl og peile olje og slikt. Bilene hadde ekstremt dårlige vinterdekk som jeg ikke kom meg opp bakkene med. Jeg husker jeg en gang seilte bakover og holdt på å havne utfor fjellsiden, minnes Asta.

Mens hun var i Bergen, ble faren hennes alvorlig syk. Hun måtte hjem for å ta seg av ham.

– Jeg hadde opparbeidet meg rett til ferie, men fikk ikke lov til å ta den ut. Da søkte jeg permisjon, men fikk ikke det heller, selv om flere sto i kø for å få reise til Norge. De hadde fått beskjed om å takke nei til jobbtilbud i Litauen i påvente av oppdrag i Norge.

Da kontaktet Asta advokat, og saken endte med at hun fikk rett og kunne avslutte kontrakten.

– Siden Orange hadde nektet meg ferie og permisjon selv om jeg hadde rett på det, slapp jeg også å betale de 32 000 kronene for språkskolen.

Ett år senere døde faren. Etterpå kom Asta tilbake til Norge gjennom et norsk vikarbyrå hvor hun ble behandlet bra. I dag er hun ansatt i fast stilling som intensivsykepleier på et norsk sykehus og trives godt med det.

VIL STYRE SELVANGIVELSE. Etter at Oransje Helse i vår ble kastet ut av helseregionene som vikarleverandør, har flere sykepleiere som jobber for Orange Group Baltic kontaktet Asta.

De har fått beskjed om å skrive under på to ting, sier hun, og forklarer:



Trangt: Her er et bilde «Asta» tok av leiligheten til ansatte ved Bergtun omsorgssenter i Rødberg i Buskerud i høst. To måtte sove i stua. Foto: Privat



➔ Det ene er en ny arbeidskontrakt med Orange Helse filialas (oversatt til «gren» i kontrakten) hvor passasjen om at de må holde selskapets forretningshemmeligheter hemmelig, er tatt bort.

– Men truslene er ikke helt borte: I e-postens beskjedfelt som ledsager arbeidskontrakten, står det at de ikke får oppdrag i Norge hvis de ikke signerer, sier Asta.

Det andre er et vedlegg på engelsk som kommer i en e-post, som de får beskjed om å skrive ut og signere, skanne inn og returnere til Orange Group Baltic sammen med kopi av passet.

Teksten gir Orange Group Baltic fullmakt til å administrere selvangivelsen til den som signerer. Eventuell tilbakebetaling av skatt skal skje til selskapets konto. Fullmakten skal gjelde helt til 31. 12. 2018.

– Orange sier de gjør det fordi de skal «hjelp» sykepleierne med selvangivelsen. Alle synes

dette virker veldig mistenkelig, men de har fått svarfrist til den 21. april og føler seg tvunget til å signere, sier Asta.

– Jeg har aldri hørt om noen arbeidsgivere som har bedt om noe liknende, er NSF-jurist Nilssens korte kommentar.

VIL UNNGÅ BEKYMREDE ANSATTE. – Hvorfor ber dere om denne fullmakten, Nils Kristian Paulsen, administrerende direktør i Orange Helse?

– Ved en nettolønnsordning har arbeidsgiver ansvar for all personskatt. Får personen restskatt, er det arbeidsgiver som plikter å betale den. Av den grunn er det avgjørende at vi får mulighet til å kontrollere selvangivelsen, slik at vi kan følge opp at den ansatte har fylt ut det som skal fylles ut, som for eksempel korrekte fradrag. For at vi skal kunne snakke med skatteetaten på vegne av våre ansatte, er det nødvendig med en slik fullmakt. Formålet er også å unngå unødvendige skattekrav

som har gjort mange av våre ansatte bekymret.

Ved Skatteetaten ønsker ingen å uttale seg om en slik privatrettslig avtale som en fullmakt i dette tilfellet er. Men Lene Ringså Solberg, seksjons-sjef for personskatt i rettsavdelingen, sier:

– Skatteetaten kommuniserer direkte med den enkelte skattyter vedrørende deres skattemessige forhold, eventuelt den personen skattyter gir sin fullmakt til. En nettolønnsavtale, som er en privat avlønningsavtale mellom en arbeidsgiver og en arbeidstaker, fordrer i seg selv ingen endring av dette.

ANGRER. Asta angrer på at hun lot seg friste til å jobbe hos Orange Group Baltic.

– Det føles som bortkastet tid. Hadde jeg visst det jeg vet i dag, ville jeg heller tatt et språkkurs i Norge og blitt riktig bra i norsk. Så ville jeg søkt på jobber selv, eller gjennom et vikarbyrå som følger vikarbyrådirektivet. ●

eivor.hofstad@sykepleien.no

– Vi er underlagt vikarbyrådirektivet

REAGERER: Administrerende direktør i Orange Helse, Nils Kristian Paulsen, reagerer på flere av påstandene i reportasjen om «Asta». Her er hans kommentarer:

Om språkkurset:

– Vi stiller krav til språkkompetanse hos våre sykepleiere. Kurset som det vises til, er et tilbud til sykepleiere som ønsker å arbeide i Norge. Studielånet for skolegangen er per i dag på i 4 350 euro, og dette er tilbakebetalt etter 1 850 timer. I tillegg får alle stipend ved avgitt eksamen på 1 500 euro som ikke tilbakebetales. Dette fremkommer i alle studie- og arbeidsavtaler.

Om nettolønnen:

– Vi er underlagt vikarbyrådirektivet og følger likebehandlingsprinsippet. Det vil si at kommunale lønnsbestemmelser gjelder for våre medarbeidere. Oskar Nilssen viser her til netto lønn etter skatt, husleie, reise og studielån. Dvs. at reell lønn er 19,7 Euro (185 kr) netto etter skatt. Med skatt på 27 prosent gir dette en brutto timelønn på 235 kroner + feriepenger. Bruken av

nettolønn er også vanlig for norske ansatte som blir utplassert i andre land. Dette gjøres fordi skattesituasjonen kan være uklar for den ansatte som må forholde seg til ulike skatteregimer. Nettolønnsordning inngås for å gi den ansatte skattebeskyttelse, og anses normalt å være til gunst for den ansatte og heller ikke i strid med arbeidsmiljølovgivningen og tariffavtaler, jf. Aml § 1–9.

Om sykepenger og egenmeldinger:

«Asta» forteller om en hun kjenner som sliter med å få sykepenger til tross for at hun har jobbet lenge nok, og sier egenmelding er forbudt i Orange Group Baltic.

– Det er vanskelig å uttale seg om denne konkrete saken, og det er beklagelig hvis det er en uavklart situasjon rundt en av våre ansatte. Hun, som alle andre, var og er underlagt norsk arbeidsmiljølov når de jobber i Norge, som også inkluderer sykepenger og egenmeldinger.

Om boforholdene:

– Boforholdene «Asta» beskriver kjenner vi oss ikke igjen i. Vi

tilbyr våre ansatte gode boforhold. De deler ofte stue og bad, men alle skal ha egne rom. Vi har gode rutiner for å følge opp boforhold. Dette kontrolleres internt via vårt verneombudsapparat og eksternt av Arbeidstilsynet.

Om bilholdet til Orange Helse:

– Skifte mellom vinterdekk og sommerdekk utføres hvert halvår på dekkhotell (Dekkmann/Vianor). Alle dekk blir kontrollert og byttet ved behov. Dette styres av dekkleverandøren.

Det ikke noe annerledes ved våre biler enn andre tjenestebiler. Vår erfaring er at det i noen tilfeller er mer hensiktsmessig å bytte et punktert dekk selv, dersom man er komfortabel med det. Vi har også avholdt glattkjøringskurs (på bane) og andre kjøreferdighets-fremmende kurs for å sikre at våre ansatte ferdes trygt på veien.

Generell kommentar:

– Vi har flere ansatte som er medlem i Fagforbundet eller Norsk Sykepleierforbund, og synes det er trist at forbundets egne medlemmer og

våre andre ansatte skal oppleve at deres eget forbund omtaler deres arbeidsplasser på denne måten. Vi har ønsket dialog og mulighet for tariffavtale med disse forbundene i flere år, men ingen av dem ønsker tariffavtale med bemanningsbransjen, slik som for eksempel Fellesforbundet har med bemanningsbedrifter innen bygg og anlegg*).

Vi har flere hundre medarbeidere som hver eneste dag tar vare på mennesker over hele landet. Vi er stolte over den innsatsen våre ansatte viser. De gjør en viktig jobb og vi får gode tilbakemeldinger fra våre brukere, deres pårørende og våre kunder. Våre medarbeiderundersøkelser viser god tilfredshet blant våre ansatte, og statistikken viser at våre ansatte blir lenger hos oss enn det som er gjennomsnittet i bemanningsbransjen. ●

eivor.hofstad@sykepleien.no

**) Forhandlingslederen i Norsk Sykepleierforbund, Harald Jesnes, sier at forbundet ikke har fått noen formell henvendelse om tariffavtale de siste par årene.*

4 på
gangen**Ansatte i Orange
Helse reagerer**

KJENNER SEG IKKE IGJEN: Via Orange Helses administrerende direktør kom det to uttalelser fra ansatte i Bergen på e-post til Sykepleien. Det ene er fra hovedtillitsvalgt Daiva Martinaitiene som leder bedriftsklubben i Orange Helse. Det andre er fra verneombud Alona Boicuka i hjemmesykepleien. Ingen av dem kjenner seg igjen i påstandene som «Asta» har kommet med.

– Dersom dette hadde vært tilfelle, så hadde jeg blitt kjent med det, skriver Martinaitiene.

– **Latterlige påstander.** –Jeg og mange andre kollegaer som har jobbet mange år i bedriften synes påstandene er latterlige. Her fremstilles vi som noen idioter ved at vi fortsatt trives med å jobbe her i Orange Helse, Martinaitiene legger til:

– Under kurset hadde vi flere dager med informasjon fra bedriften. De forsøkte å forberede oss på den store overgangen vi ville møte i Norge. Vi snakket selvsagt om netto- og bruttolønnsforskjellene. For oss er dette vanskelig å forholde oss til i starten, og det var nødvendig at vi fikk denne informasjonen.

Organisering. Angående organisering, så er det nettopp det de ønsker, skriver Martinaitiene.

– Sist bedriften sjekket var ikke Norsk Sykepleierforbund interessert i å inngå tariffavtale med bemanningsbyrå. Så at «Asta» oppfattet det slik hun skriver, er totalt misforstått fra hennes side. Det er synd om hennes uttalelser ødelegger for andre sykepleiere som ønsker å komme hit for å arbeide under kontrollerte omgivelser.

Verneombudet skriver: – Jeg har jobbet både som vikar i Orange Group Baltic og nå fast i Orange Helse. Vi er sterke mennesker som selv har valgt å jobbe i Norge. Dersom vi hadde blitt behandlet slik «Asta» sier, så hadde vi sluttet for lenge siden. ●

eivor.hofstad@sykepleien.no

Hva er din oppfatning av Orange Helse?

**Siri
Hvidsten**

Rådgiver hos Norsk Sykepleierforbund (NSF) i Hordaland:

– Jeg er veldig skeptisk til Orange Helse etter å ha bistått en norsk sykepleier med å få den lønnen hun hadde krav på for noen år siden. De fleste som jobber for firmaet i Bergen kommune er baltiske sykepleiere. Ingen av disse har meldt seg inn i NSF, og vi har hørt at de blir trua dersom de fagorganiserer seg, så ingen tør å snakke. Vi har forsøkt å få fatt i deres lønsslipper, men det er vanskelig.

**Linn
Herning**

Nestleder av For elferdsstaten og forfatter av «Velferdsprofitørene»:

– Av alle velferdsprofitørselskaper jeg har vært borti så er nok Orange Helse det mest problematiske. De utnytter sårbare arbeidstakere, rundlurer naive oppdragsgivere og truer enhver som tør kritisere selskapet. Det var en lykkelig dag da HINAS avsluttet kontrakten med dem i helseregionene, og jeg håper alle andre oppdragsgivere følger etter.

**Roar
Eilertsen**

Daglig leder i stiftelsen De Facto:

– Hovedbildet er helt opplagt: Dette dreier seg om utnyttning av folk i svake posisjoner. Orange Group og deres datterselskaper følger ikke lover og regler etter vikarbyrådirektivet. De praktiserer en nettolønnsordning hvor det på lønsslippene blir uklart hvor mye som er trukket i skatt, husleie, reise og språkskole.

**Sara Bell**

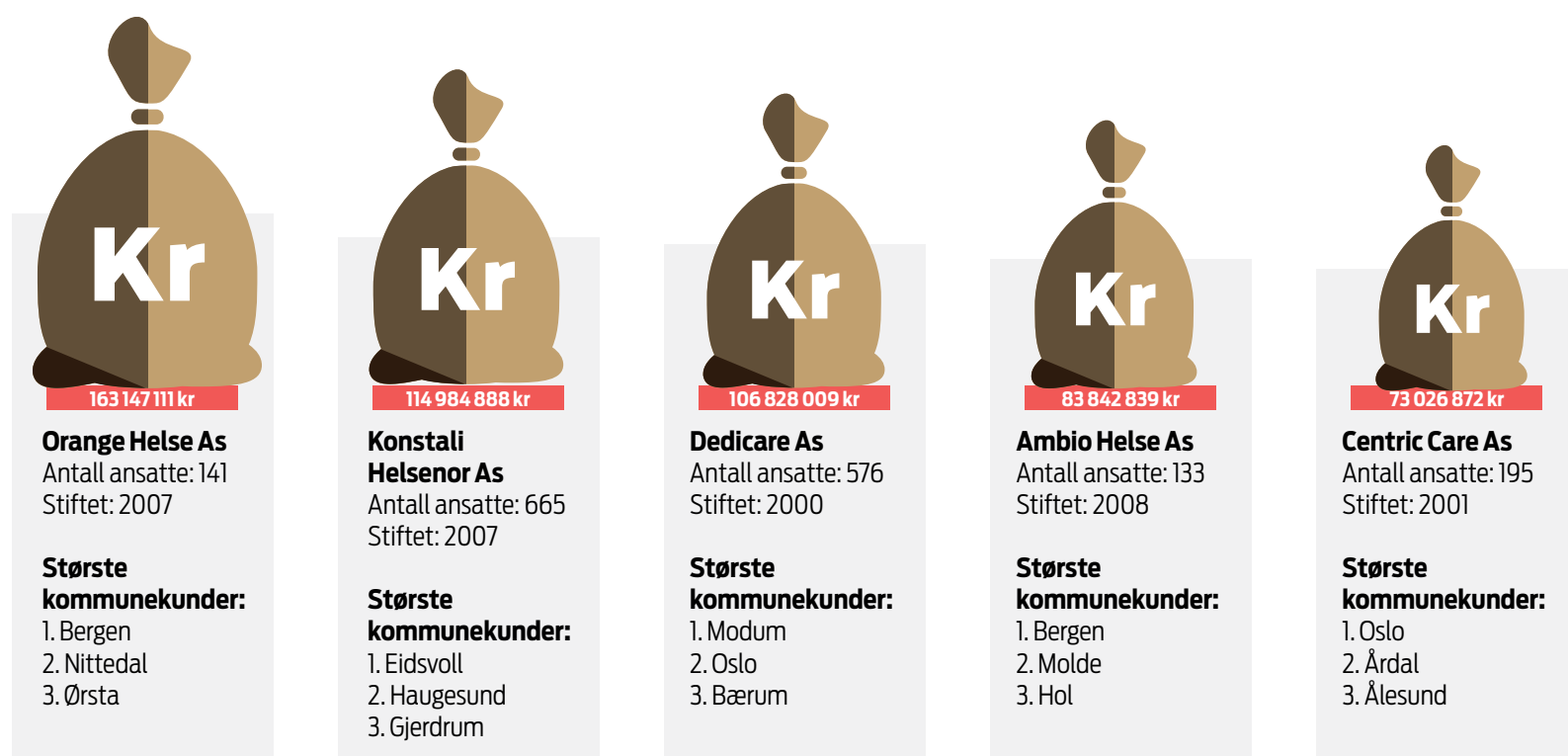
Leder av Fagforbundet i Bergen:

– Det har tatt tid å forstå hva Orange Helse og deres selskaper handler om. Min ærlige mening er at de rekrutterer og utnytter svært sårbare arbeidstakere som settes under ulike former for press og trusler. Vi kjenner til mennesker som har fryktet for sin personlige sikkerhet i forbindelse med at de har gitt Fagforbundet Bergen dokumentasjon omkring arbeids- og lønnsforhold i selskapet.



Så store er de

Dette er de 10 bemanningsbyråene som har fakturert mest til kommunene og som i hovedsak leier ut til helsevesenet:



– Dårlig idé å sette inn vikarer på korte oppdrag

KOMPLEKS: Vikarene er tøffe, mener Line Orlund, fylkesleder i NSF Oslo.

– De kastes inn i arbeidsoppgaver som det forventes at de behersker fra dag én. Mange av dem er både dyktige og fleksible, sier Orlund. Men ikke alt er positivt.

– Helsetjenesten er blitt så kompleks at det er en dårlig idé å sette

inn vikarer på korte oppdrag. Vikariater over lang tid er greit, mener Orlund.

Mange vikarsaker hun får kjennskap til handler om vikarer som blir dårlig behandlet.

– Hva dreier det seg om?

– Det er vikarer som ikke får den lønnen de skal ha, de får ikke utbetalt feriepenger eller de har

arbeidsgivere som ikke betaler inn den skatten de skal. I noen tilfeller opplever vi også at arbeidsgivere satser på at vikarer ikke finner ut hva de andre sykepleiere tjener og hvilken lønn de selv da har krav på, forteller hun.

Oslo kommune har mange utenlandske sykepleievikarer.

– De svenske og danske

sykepleievikarer dominerer i Oslo. I tillegg har vi en del østeuropeiske, sier hun.

– Blir nordiske vikarer behandlet bedre enn østeuropeiske?

– Det er vanskelig å si. Mitt inntrykk er at jo mindre kjennskap vikaren har til det norske systemet, dess større er sjansen for å bli utnyttet. På den måten kan vi si at de



Store bemanningsbyrå som leier ut til helsesektoren, men også mye annet:

Fakturert kommuner i 2014:

Adecco Norge As	102 655 675 Kr
Manpower A/s	99 350 065 Kr
Jobzone Norge As	67 935 945 Kr
Personalhuset Staffing Group As	65 340 845 Kr
Centric Professionals As	47 430 769 Kr

De 10 kommunene som tilsammen i 2014 har brukt 1 314 521 409 kr på bemanningsbyråer:

Uttrekket baserer seg på følgende bransjer:
Hjemmesykepleie
Rekruttering og formidling av arbeidskraft
Utleie av arbeidskraft

Kommune	Fakturert i 2014
Oslo	614 268 293
Bergen	280 261 829
Trondheim	117 870 183
Tromsø	62 299 673
Stavanger	55 809 272
Fredrikstad	53 946 605
Bærum	40 171 453
Skedsmo	36 534 281
Elverum	28 537 240
Moss	24 822 580

Kilde: Tallene er hentet fra Leverandørdatabasen til Kommunal Rapport. Databasen viser hvor mye kommunene har fakturert hver kommune, og hvilke bransje leverandøren er registrert med i Brønnøysundregistrene. Bransjene som er tatt med er «Hjemmesykepleie», «Utleie av arbeidskraft» og «Rekruttering og formidling av arbeidskraft». De faktiske fakturerte beløpene som Leverandørdatabasen inneholder kommer fra kommunenes årsregnskap. Dersom kommunene har registrert feil i sine regnskap er dette feil databasen ikke kan avdekke. Leverandørdatabasen inneholder samtlige leverandører til 375 av Norges 428 kommuner som dekker 95 prosent av landets befolkning. Samtlige beløp er oppgitt eks. mva.



61 016 452 kr

Asor As
Antall ansatte: 129
Stiftet: 2009

Største kommunekunder:
1. Oslo



37 482 038 kr

Adecco Helse As
Antall ansatte: 106
Stiftet: 2005

Største kommunekunder:
1. Trondheim
2. Stavanger
3. Fredrikstad



31 429 795 kr

Stenimed As
Antall ansatte: 48
Stiftet: 2012

Største kommunekunder:
1. Oslo
2. Fjaler
3. Fredrikstad



24 657 223 kr

Valmon Helsevikar As
Antall ansatte: 45
Stiftet: 2010

Største kommunekunder:
1. Fauske
2. Smøla
3. Trondheim



15 102 625 kr

Helse Personal As
Antall ansatte: 35
Stiftet: 2011

Største kommunekunder:
1. Lindås
2. Bremanger
3. Autevoll

nordiske sykepleierne har en fordel i forhold til vikarer som kommer fra land hvor systemene er mer forskjellige, sier Orlund.

– Hvorfor er NSF skeptisk til vikarbyråer?

– Vi hører sjelden solskinnshistoriene, så det kan være at bransjen er bedre enn sitt rykte. Sakene og historiene som når oss handler



«Vi hører sjelden solskinnshistoriene.» Line Orlund, fylkesleder NSF Oslo

dessverre for ofte om arbeidsgivere som ikke oppfører seg som de skal. Bare se på den siste saken om

Orange Helse, sier hun.

Men Orlund mener vikarene også har et ansvar oppi det hele.

– Det er et paradoks at mange av vikarene kommer hit for å jobbe så mye som mulig for å tjene mest mulig på kortest mulig tid. De er selv klar over at vaktene de går ikke er lovlige og truer pasientsikkerheten. Det er et ansvar hver enkelt vikar må ta, sier Orlund. ●

kari.anne.dolonen@sykepleien.no





Hvem er den typiske vikaren?

FLEST SVENSKER: Vikarene som kommer via bemanningsbyrå har forskjellige motiver for å velge denne måten å jobbe på.

– Den typiske sykepleiervikaren hos oss er en nordisk kvinne mellom 25 og 50 år.

Det sier Berit Tromsdal, leder i Dedicare Nurse. Hun er selv sykepleier, og har jobbet i firmaet siden oppstarten i 2001.

– Flesteparten av vikarene er uten barn, spesielt de som er i oppdrag over lengre perioder. Eller de har voksne barn, sier hun.

De fleste vikarene de har er fra Sverige og Danmark, men det er også noen fra Norge, Finland, Island og Færøyene.

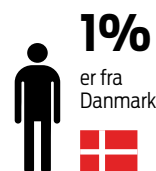
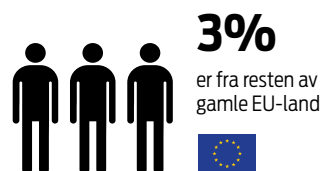
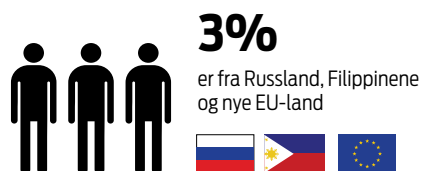
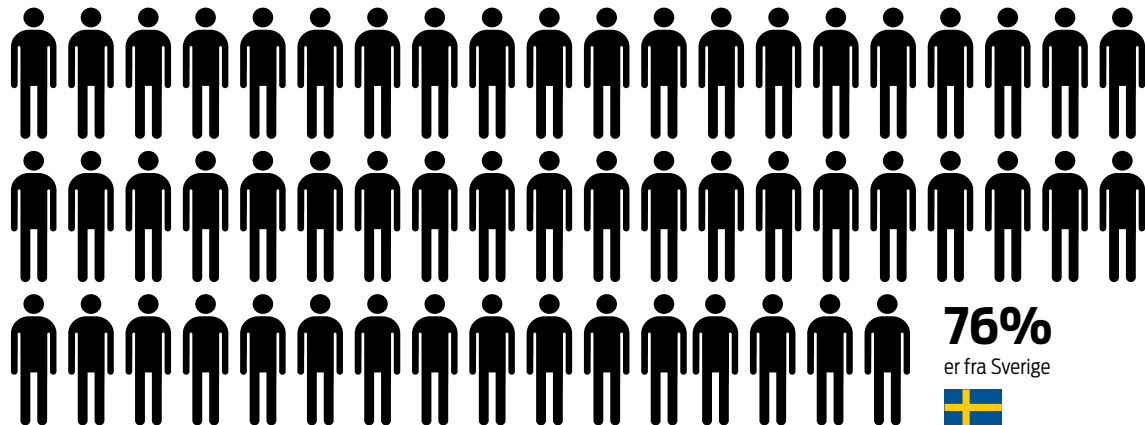
– Vi velger å rekruttere nordisktalende sykepleiere for å minske språkbarrierene, sier Tromsdal.

YNGRE DANSKER. De danske sykepleierne i Dedicare Nurse er ofte yngre enn sykepleierne fra de andre landene.

– De yngste vil helst jobbe i lengre perioder, mens de eldste vikarene gjerne har en eller annen familieforpliktelse i hjemlandet. De vikarene vi har nå er nok mer spenningssøkende enn tidligere. Før var lønna det største trekkplasteret. Nå har Sverige begynt å kunne kontre lønna, og valutafordelen er også borte. – Mange av vikarene vi har er eventyrlystne og på jakt etter litt eksotiske jobberfaringer før de slår seg til ro. I tillegg oppgir mange danske og svenske vikarer at de opplever arbeidsforholdene i Norge som bedre enn i de respektive hjemland. De norske vikarene er først og fremst de som gjerne vil ha fleksibilitet i arbeidstid og arbeidssted, sier hun.

STAFETT. Tromsdals bilde av den typiske vikarbyråsykepleieren støttes av Kjetil Bell Tveit i Centric Care: De er nordiske kvinner uten familie eller med store barn.

– Mange er i slutten av 20-årene,



*Av sykepleiere, jordmødre og helsesøstre i bemanningsbyråer.

relativt nyutdannede og ønsker å prøve litt forskjellig før de slår seg til ro et sted. Vi har ikke så mange av dem som er i midten av livet med mye familieforpliktelser.

Ett unntak kan være foreldre med delt omsorg eller andre forhold som gjør at de kan ha en «stafett» hjemme, sier han. Noen har ordninger hjemme som gjør at de kan jobbe et par uker, og være et par uker hjemme.

– Så har vi mange på 55 år og oppover, som har gått lenge i samme tralten og trenger inspirasjon. De ikke-nordiske kommer først og fremst fordi de trenger inntekt for å

«Flesteparten av vikarene er uten barn.»

Berit Tromsdal

forsørge familie. Noen ønsker etter hvert å flytte med familien til Norge.

STABILT. Antallet sykepleiere, helsesøstre og jordmødre i bemanningsbyrå gikk ned fra 2010 til 2011, men etter det har tallet holdt seg relativt stabile, viser tall SSB har hentet ut på forespørsel fra Sykepleien (Se tabell 1). Det sist registrerte

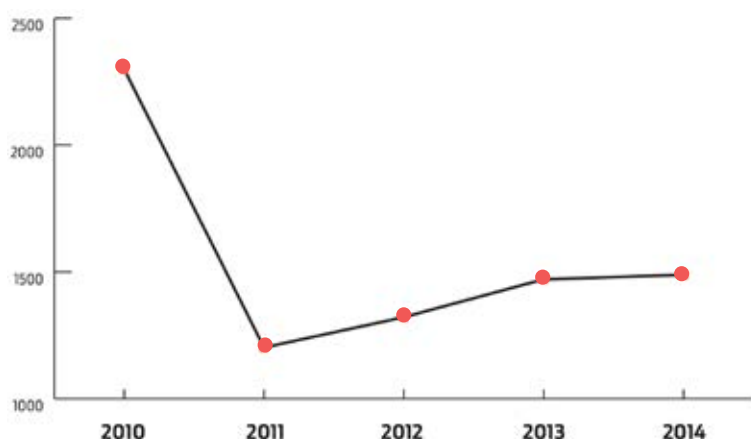
antallet er fra 2014. Da var det ifølge SSB 1489 sykepleiere, helsesøstre og jordmødre registrert i kategorien «utleie av arbeidskraft».

Ifølge medlemstjenesten i Norsk Sykepleierforbund, er det kun 91 av medlemmene som har registrert at de jobber i bemanningsbyrå.

I Fafo-rapporten *Skaff oss dem vi trenger* fra 2010 er både bemanningsbyråer, helseledere og tillitsvalgte spurt om hvem som er den typiske vikaren. Bemanningsbyråene beskriver de ansatte i to hovedgrupper: Begge har gjerne fast jobb i Sverige, men kommer i perioder til Norge for å jobbe intensivt og tjene



Sysselsatte i utleie av arbeidskraft: Sykepleiere, jordmødre og helsesøstre mellom 2010-2014:



Tabell 1: Uttrekk fra Statistikkbankens tabell 07941 som viser sykepleiere, jordmødre og helsesøstre som arbeider i utleie av arbeidskraft i årene 2010–2014. Kilde: Helse- og sosialpersonell, SSB

penger. Slik beskrives de to gruppene i rapporten:

«Den første gruppen består av kvinner rundt 50 år med voksne barn, som ønsker å jobbe i Norge for å tjene penger til å reise. Den andre gruppen består av forholdsvis unge kvinner som gjerne kommer til Norge i flokk. Disse fristes særlig av at lønningene for sykepleiere er høyere i Norge enn i Sverige.»

I den samme rapporten kom det frem SSB-tall som viser at 16 prosent av sykepleiere, jordmødre og helsesøstre i bemanningsbyråer var norske. 76 prosent var svensker, 1 prosent fra Danmark, 3 prosent fra Russland, Filippinene og nye EU-land, 3 prosent fra resten av gamle EU-land og 1 prosent var oppført under annet eller uoppgitt statsborgerskap.

SAMMENSATT. I rapporten beskriver flere av de anonyme informantene at de skandinaviske sykepleierne som jobber for bemanningsbyråene som faglig dyktige og gjerne «over snittet». Samtidig

blir det via tre sitater presisert at bildet er sammensatt:

«De ansatte i bemanningsstanden er jo et gjennomsnitt av sykepleierstanden der noen er gode og noen er dårlige. Veldig mange tilhører det øvre sjikt – de er flinke og setter seg raskt inn i ting, men ikke alle.» Leder, helseforetak

«Noen er dyktige og jobber i byrå fordi de ønsker å ha det friere. Så har du noen som ikke passer inn i et ordnet system. Til sist har du dem som flykter fra noe og ikke er gode nok. Vi sitter igjen med folk vi ikke kjenner og ikke vet om vi kan stole på. Du vet ikke om de har kompetanse til å fikse jobben.» Til-litsvalgt, helseforetak

«For å være helt ærlig så er det nesten sånn at jeg vil foretrekke de svenske sykepleierne. De har en helt annen holdning til arbeidet, en større innsatsvilje enn de norske. Det blir kanskje sånn når de kommer fra et land der det er vanskeligere å få arbeid og god lønn.» Leder, kommune • aknbh@sykepleien.no



NYHET



“Hva gjør du hvis pasientene nekter å spise, eller når en kollega snakker nedsettende om pårørende? Hvordan takler du det, når du ikke får tid til å sitte hos en døende? Er det akseptabelt at ledelsen krever at morgenstellet må i gang kl. 04.00 for å spare penger?”

Vi har samlet over 40 artikler fra eksperter på etikk, som omtaler temaene over, og mange flere. Her finner du også de etiske retningslinjene fra Sykepleierforbundet.

Du finner Etikk-utgaven i Sykepleiens App for nettbrett, som kan lastes ned gratis fra AppStore eller Google Play. God lesning!

Sykepleien



Gode tider for helsevikarar

«Uten dem tror jeg ikke det vil være mulig å avvikle ferier.»

Even Hagelien, fagsjef i NHO service

● Tekst **Kari Anne Dolonen og Ann-Kristin B. Helmers**



Deler av bemanningsbransjen sliter. Årsaken er hovedsakelig dårlige tider i oljeindustrien. For bemanningsbyråer som leier ut til helsetjenesten, er bildet annerledes.

Ifølge tallene til NHO service sine medlemsbedrifter, har det vært en økning i fakturerte timer på 0,5 prosent fra 2014 til 2015. De justerte tallene for omsetning i 2015 viser likevel en liten nedgang på 2,1 prosent.

– Utleie til helsevesenet preges ikke av konjunktursvingninger, men er mer styrt av behovet for arbeidskraft, sier fagsjef i NHO service, Even Hagelien.

Når han ser på fakturerte timer, toppe det seg om sommeren og typiske ferieavviklingstider, selv om både sykehus og kommuner har jevn bruk av vikarer hele året.

– Helsesektoren har høyt sykefravær, så dette er nok den sektoren innen bemanningsbransjen som har flest korte oppdrag, sier Hagelien og fortsetter:

– Norsk helsevesen er helt avhengig av vikarer. Uten dem tror jeg ikke det vil være mulig å få avviklet ferie, sier han.

SØTA BROR. Hagelien sier de fleste av vikarene i helsetjenesten har en annen jobb ved siden av – og de er svenske.

– Er det fortsatt like lett å rekruttere svenske

sykepleiere til Norge?

– Det hjelper ikke akkurat med lav kronekurs. Jeg har hørt om flere svenske vikarer som forteller at de har «tapt» penger på at kroneverdien har gått ned. Det er ikke like lukrativt for svenskene å dra til Norge for å jobbe lenger, sier han. (Se undersak neste side)

Hagelien tror likevel vi fortsatt vil nyte godt av svenske sykepleiere.

– De fleste svenske sykepleiere kommer ikke hit for å jobbe på grunn av arbeidsledighet. Det er sykepleiermangel også der. De fleste svenske vikarsykepleierne har jobb hjemme, men ønsker å ta noen oppdrag for å spe på inntektene.

SVENSKENE BLIR DYRERE. Men svensk arbeidskraft er blitt dyrere å hente inn. En årsak er at når bemanningsbyråer henter inn svenske sykepleiere som bor i Sverige, må byråene betale arbeidsgiveravgift til Sverige.

– Den er dobbelt så høy som i Norge. Årsaken er at i Sverige må arbeidsgiver betale trygdeavgiften, mens i Norge er det arbeidstaker som gjør

«Norsk helsevesen er helt avhengig av vikarer.» Even Hagelien, NHO Service

Fakta

Bemanningsbransjen

Etter lovendringer i 2000 kan bemanningsbransjen levere personell på alle yrkesområder. I bransjestatistikken til NHO service er dette grovoppdelt i 13 områder hvor helse og omsorg er ett eget yrkesområde. Helse og omsorg utgjør 7 prosent av alle de 13 områdene av bemanningsbransjen.

dette selv. Så da blir disse svenskene dyrere, sier Hagelien.

– Vil det åpnes opp for at Norge kan rekruttere flere sykepleiere utenfor Norden?

– Det er vanskelig å spå, men språkbarrierer gjør nok sitt til at det heller blir et spørsmål om vår betalingsvilje, sier han.

– Er det kommunehelsetjenesten eller sykehusene som leier inn flest vikarer?

– Tallene jeg har sett tyder på at kommunehelsetjenesten er litt større enn sykehusene, men at det er nokså jevnt. Å få god statistikk over alle kommunene er vanskeligere enn for sykehusene, så jeg tar et lite forbehold, sier Hagelien.





NHOs årsstatistikk for bemanningsbransjen:

NHO bedrifter/bemanningsbransjen som først og fremst leverer helsepersonell	Omsetning 2014	Omsetning 2015	Endring i %
Orange Helse AS	184 937 585	211 415 816	14%
Konstali Helsenor AS	185 655 460	187 079 710	1%
Dedicare AS	229 431 929	177 236 814	-23%
Vacant Helse AS	138 137 147	118 000 000	-15%
Ambio Helse AS	105 727 000	106 406 618	1%
Narco Polo AS	41 039 951	36 874 017	-10%
Lenas Helsepersonell AS	34 688 595	35 926 452	1%
Smart Bemanning AS	38 810 822	34 092 196	-12%
Nurse Partner Norge AS	32 168 117	32 766 789	2%
Accurate Care AS	13 352 892	25 360 000	90%
Helse Personal AS	-	24 036 102	-
Legepartner AS	1100 000	16 534 646	1403%
Sun Medical AS	4 127 152	4 686 862	14%

Store bemanningsbyråer, men leier ikke først og fremst ut helsepersonell:

	Omsetning 2014	Omsetning 2015	Endring i %
Adecco Norge AS	3 099 800 299	2 527 247 676	-18 %
Manpower Group AS	3 413 891 219	3 097 763 338	-9 %
Proffice AS	910 000 000	882 180 000	-3 %
Jobzone AS	1 097 634 000	1 061 001 000	-3 %

Følger linjene: Even Hagelien i NHO Service følger med på konjunktorene i bemanningsbransjen.



Flere fra Spania og Litauen

TENKER NYTT: Det har blitt vanskeligere å få tak i svensk helsepersonell som vil jobbe som vikarer i Norge, sier en av de største aktørene innen utleie av helsepersonell.

– Det er heller ikke nok å ta av i de andre nordiske landene. Derfor må vi begynne å rekruttere fra ikke-nordiske land, sier Kjetil Bell Tveit i Centric Care.

SVAK VALUTA. Bemanningsforetaket har til nå belagt seg på å rekruttere de fleste av vikarene fra Sverige. I 2014 merket de at dette

ble vanskeligere. Omsetningen for foretaket gikk ned fra totalt 143 mill i 2013 til 128 millioner året etter.

– Svenske sykepleiere har fått høyere lønn i hjemlandet, og valutaen er svak. Sverige har heller ikke overskudd på helsepersonell og vi må jobbe hardere for å dekke opp behovet for vikarer. Etterspørselen etter vikarer er minst like høy.

Dette er begrunnelsen for at bemanningsforetaket nå har begynt å rekruttere sykepleiere fra Litauen og Spania.

Under årets sommeravvikling kommer 50 av totalt 200

sykepleiervikarer fra foretaket til å være fra et ikke-nordisk land.

«FORRETNINGSKRITISK INFORMASJON». For å forberede noe av sommeravviklingen i Norge, sitter det i disse dager 24 spanske og litauiske sykepleiere på skolebenken i sine hjemland.

Ifølge Bell Tveit i Centric Care får de et seks til ti måneders språkkurs. I denne perioden skal de bli drillet i norske helsetermer, hvordan helsevesenet er organisert og hva som venter av kulturforskjeller.

Hva og hvordan sykepleierne

betaler for språkkurset, kaller Bell Tveit «forretningskritisk informasjon» som han ikke ønsker at konkurrentene skal få innblikk i.

Han sier at vikarene blir ansatt i Norge og skal få utbetalt samme lønn og ha arbeidsvilkår som en norsk sykepleier hadde fått for samme arbeid dersom de hadde vært ansatt direkte ved sykehuset eller i kommunen.

– Hvilken standard har boligene?

– Alle har minimum eget soverom og tilgang til bad og kjøkken. Det er uaktuelt å senke standarden ved for eksempel la flere dele soverom. Hvis det skal være attraktivt å jobbe for oss, må vi ha bra betingelser og god standard på boligene.

– Må vikarene velge billigste reise-måte for å få reisen dekket av dere?

– Vi etterstreber at de reiser mest mulig kostnads- og miljøeffektivt. Men på kort varsel er ikke det alltid mulig. Jeg har god samvittighet for arbeidskontrakter og boforhold for vikarene. Vi må behandle alle ordentlig, hvis ikke blir det vanskelig å holde på folk.

Han mener fordelene med å rekruttere fra ikke-nordiske land er at disse vikarene er interessert i å jobbe i lengre perioder. De svenske vikarene ønsker ofte å jobbe i korte perioder, og så reise hjem, sier han. ●

kari.anne.dolonen@sykepleien.no



Oppdatert faglitteratur i de naturvitenskapelige fagene særlig tilrettelagt bachelorutdanningen i sykepleie



Fakta

Nøkkeltall Centric Care

- Leverer sykepleiere, leger og annet helsepersonell til norske kommuner og sykehus i hele Norge
- Leverte for cirka 78 millioner til kommunene i 2015, det samme som året før
- Omsetningen for foretaket gikk ned fra totalt 143 mill i 2013 til 128 mill året etter



Tillitsvalgte må passe på «Vikaren skal ha samme vilkår.»

Arild Berland, rådgiver i NSF

● Tekst Bjørn Arild Østby



En vikar fra bemanningsbyrå kan være en kjærkommen arbeidskollega i en presset periode for virksomheten, men dessverre ikke alltid. Den lokale tillitsvalgte kan utgjøre forskjellen.

– Selvfølgelig skal vikaren bli behandlet likt med øvrige ansatte i virksomheten, understreker rådgiver Arild Berland, Norsk Sykepleierforbund i Rogaland.

– Når dette ikke er tilfellet, har den lokale tillitsvalgte flere verktøy som kan forebygge sosial dumping og brudd på arbeidsmiljølovens bestemmelser. Disse må tillitsvalgte vite om og bruke aktivt.

ANDRE LØSNINGER. Det er ingen ny situasjon at kommunale helsetjenester sliter med å få tak i nok sykepleiere til å få dekket opp turnus og kunne tilby pasientene en faglig forsvarlig helsetjeneste. Det er også begrenset hvor mye en arbeidsgiver kan pålegge fast ansatte sykepleiere av ekstravakter og overtid. Ved sykdom, permisjoner og ferieavvikling velger derfor mange arbeidsgivere å leie inn sykepleiere fra bemanningsbyrå.

– Det er i utgangspunktet ikke noe galt i å leie inn vikarer. Men vi ser at mange arbeidsgivere tyr til bemanningsbyråer uten å være oppmerksomme på de mulige fallgruvene som er forbundet med dette alternativet. Arbeidsgiver må, sammen med den lokale tillitsvalgte, gjøre et grundig og forsvarlig stykke arbeid i forbindelse med bruk av bemanningsbyrå, sier Arild Berland.

Han mener innleie fra bemanningsbyråer ikke nødvendigvis er den eneste eller den beste løsningen på virksomhetens utfordring med å skaffe tilstrekkelig sykepleiekompetanse.

– Før virksomheten går til det skritt å leie inn sykepleiere fra bemanningsbyrå bør arbeidsgiver og tillitsvalgt sammen drøfte alternativer. Det kan for eksempel være forskjellige rekrutteringstiltak for å skaffe lokale sykepleiere eller å tilby deltidsansatte høyere stillingsprosent permanent eller i en kritisk periode som for eksempel under ferieavvikling.

KLARGJØRE BEHOVET. Hvis løsningen blir bemanningsbyråer, er det viktig at tillitsvalgt drøfter hvilke kompetanse virksomheten trenger sammen med arbeidsgiver. Den tillitsvalgte kjenner virksomheten godt, og vet hvor og i hvilke situasjoner behovet er størst.

– Når en virksomhet velger å leie inn vikar, er det viktig å ta utgangspunkt i behovet for kompetanse og faglig forsvarlighet. Vi ser litt for ofte at pris blir den faktoren som arbeidsgiver legger mest vekt på, mens erfaring viser at man får hva man betaler for – og kvalitet koster.

På lengre sikt mener Berland det kan vise seg lønnsomt å betale noe mer og være sikret at man får den kvaliteten og varen man betaler for.

– I leveringsbetingelsene til bemanningsbyrået må det stilles konkrete krav til hvilke kompetanse virksomheten ønsker, herunder også det å kunne kommunisere med pasientene og utføre

Fakta

Hvordan sikre kontroll av vikarsykepleiernes lønns- og arbeidsvilkår?

- Bidra til at arbeidsgiver har rutiner for å sikre kontroll av vikarsykepleiernes lønns- og arbeidsvilkår og at øvrige vilkår i avtalen blir overholdt.
- Innsyn i arbeidsavtalen mellom vikarsykepleieren og vikarbyrået bør være et spesifikasjonskrav.
- Bidra til at arbeidsgiver etablerer rutiner for arbeidstidskontroll og overtidsregnskap.
- Forhøre seg med tillitsvalgtkollegaer i andre kommuner om deres erfaringer med det aktuelle vikarbyrået.
- Presentere seg som NSF's tillitsvalgte for vikarbyråsykepleieren og oppfordre vedkommende til å bli medlem av NSF.

faglig forsvarlig dokumentasjon.

For selv om den innleide sykepleieren har norsk autorisasjon, betyr ikke det at vedkommende automatisk har tilstrekkelig kompetanse til å yte forsvarlig praksis på avdelingen virksomheten velger å bruke vedkommende.

– Med et økende antall utenlandske sykepleierez i bemanningsbyråene er det viktig å vite at det er innleier som har ansvar for at krav til faglig forsvarlig





og omsorgsfull hjelp blir overholdt, påpeker Berland.

Det gjelder mer enn språkkunnskaper, selv om det er viktig.

Å LEIE INN. I 2013 ble det innført nye regler for innleie av arbeidskraft som en del av EUs bemanningsbyrådirektiv. I utgangspunktet er adgangen til å leie inn arbeidstakere sammenfallende med muligheten til å ansette midlertidig. Hovedregelen er fortsatt fast ansettelse. Kun i særlige tilfeller kan arbeidsgiver ansette noe midlertidig.

Det er for eksempel anledning til å ansette noen midlertidig som vikar dersom fast ansatt er fraværende på grunn av sykdom eller har permisjon. Det er også mulig for virksomheter å ansette midlertidig i sommeravviklingen.

– Hvilke tilbyder bør virksomheten velge?

– Alle skal være registrert som bemanningsforetak hos Arbeidstilsynet. Å leie inn fra byråer som ikke er registrert der, er ulovlig. Arbeidsgivere og tillitsvalgte kan sjekke dette i på Arbeidstilsynets nettsider. Der står alle foretak oppført, og klikker du på foretaket din arbeidsgiver anvender eller ønsker å anvende får du vite om byrået er godkjent eller ikke, sier rådgiveren.

Når det gjelder den enkelte vikar er anbefalingen å sjekke autorisasjonen, gjennomføre intervju og sjekk referanse fra vikarens to siste arbeidssteder.

LIKEBEHANDLING. EUs bemanningsbyrådirektiv forutsetter at det innføres et likebehandlingsprinsipp for utleide arbeidstakere. Dette innebærer at arbeidstakere som leies ut fra bemanningsbyrå, minst skal ha de vilkår som gjelder dersom arbeidstaker hadde vært ansatt i innleievirksomheten for å utføre de aktuelle oppgavene.

– Det enkleste er å tenke: Hva ville gjelde hvis den innleide var ansatt i virksomheten, sier Berland.

Fakta

Arbeidsmiljøloven § 14-12 a

Likebehandling av lønns- og arbeidsvilkår ved utleie fra bemanningsforetak

Bemanningsforetaket skal sørge for at utleide arbeidstaker minst sikres de vilkår som kommer til anvendelse dersom arbeidstaker hadde vært ansatt hos innleier for å utføre samme arbeid når det gjelder;

- arbeidstidens lengde og plassering
- overtidarbeid
- varighet og plassering av pauser og hvileperioder
- nattarbeid
- feriefritid, feriepenger, fridager og godtgjøring på slike dager, og
- lønn og utgiftsdekning



Redder turnusen: Men sjekk referanse, autorisasjon og gjennomfør intervju for å være sikker på at vikaren oppfyller kravene. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Innleievirksomheten har ansvar for at vikaren har et fullt forsvarlig arbeidsmiljø og like lønnsbetingelser som fast ansatte ut fra arbeidsoppgaver, kompetanse og erfaring.

– Flere kommuner i Rogaland betaler sykepleiere 30 000–40 000 kroner over tarifflønn. Likebehandling innebærer at vikaren da skal ha samme vilkår. For å sjekke at vikaren får den lønn vedkommende har krav på, kan den lokale tillitsvalgte be om innsyn i hva som er avtalt mellom innleid arbeidstaker og dennes arbeidsgiver, oppfordrer Berland.

Likebehandling gjelder også i utførelsen av arbeidsoppgaver. Det skal ikke stilles større, men heller ikke mindre krav til vikarer. I praksis innebærer dette blant annet at det stilles samme krav til den innleide arbeidskraften om å forstå og formidle rapporter og observasjoner både skriftlig og muntlig, som for virksomhetens øvrige ansatte.

Videre har innleievirksomheten et ansvar for å gi vikaren innføring i interne rutiner og opplæring som er nødvendig for å kunne utføre arbeidsoppgavene forsvarlig.

– Det er innleier som har ansvar for å sikre at vikaren har den kompetanse som kreves for de arbeidsoppgaver vedkommende blir satt til, oppsummerer Berland.

ANSVAR. Selv om vikarsykepleieren formelt sett har bemanningsbyrået som arbeidsgiver, innebærer ikke det at virksomheten som kjøper denne type tjenesten er fritatt for ansvar. Selv om noen arbeidsgivere ser ut til å tro det.

Likebehandling av lønns- og arbeidsvilkår ved utleie fra bemanningsforetak er nedfelt i arbeidsmiljøloven § 14-12a (se faktaboks).

– Hva er den største utfordringen når det gjelder å etterleve bestemmelsene?

– Å påse at arbeidstidsbestemmelsene blir

overholdt. For de faste sykepleierne representerer vikarer et kjærkomment bidrag når det gjelder å forebygge bruk av pålagte vakter og overtid. Samtidig opplever man at sykepleiere fra bemanningsbyrå ønsker å arbeide mest mulig på kortest mulig tid. Dette er ikke bare ulovlig, det er heller ikke forenelig med kravet om forsvarlighet.

Mange bemanningsbyråer har fått innvilget ulike dispensasjoner fra Arbeidstilsynet når det gjelder arbeidstidsordninger. Det fritar imidlertid ikke innleievirksomheten å påse at bestemmelsene om grensene for alminnelig arbeidstid og overtid overholdes.

– Det er like lite lov for en sykepleier fra et bemanningsbyrå å jobbe doble vakter som det er for en fast ansatt sykepleier. Innleide kan heller ikke tildeles flere ubekvemme vakter enn de fast ansatte fordi vedkommende er innleid, påpeker Berland.

Både bemanningsbyrå og innleievirksomhet er pålagt å føre overtidslister, og å sørge for å ha oversikt, slik at lovens totalramme ikke blir overskredet. Her kan tillitsvalgt ansatt i virksomheten be om innsyn.

– Tillitsvalgt skal ikke springe rundt i virksomheten å lete etter eventuelle brudd. Tilbakemeldingene til fylkeskontoret når det gjelder bruk av vikarer, er at det meste synes å være på stell rundt i kommunene. Men om den tillitsvalgte selv observerer eller får tilbakemeldinger fra medlemmer som gir grunn til mistanke om mulig brudd på lov- og avtaleverk er det viktig at tillitsvalgt er tidlig på banen, understreker Arild Berland.

Arbeidsgiver på sin side bør også være oppmerksom på at tjenestemannsloven og arbeidsmiljøloven gir anledning for den innleide å kreve fast ansettelse dersom innleien har skjedd i strid med de vilkår loven setter for innleie. Det kan også reises erstatningskrav. ●

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

Pensjon er den store fallgruva

VIKAR: Ønsket om fleksibilitet i arbeidstid og arbeidssted kan være en årsak til at sykepleiere velger å jobbe som vikar. Det kan koste dem dyrt på sikt.

Hovedmålet med EUs vikarbyrådirektiv, som trådte i kraft fra 2013, er å sikre at vikarer fra bemanningsbyråer får de samme lønns- og arbeidsvilkår som de direkte ansatte i innleievirksomheten. Det er imidlertid et vesentlig unntak: Pensjon.

Dersom du har mange vikariater og midlertidige ansettelser, kan du gå glipp av mange år med opptjening av pensjon.

REGELENDING. Din framtidige lønn, altså pensjon, avgjøres av mer enn lønn og antall år i arbeidslivet. Ansettelsesforhold og lengden på

disse har også stor betydning. Det er nemlig ikke noen automatikk i at du får pensjonsopptjening i bedriften du jobber i hvis ansettelsesforholdet er av kortere varighet.

Fra 1. april 2016 ble regelen for pensjonsopptjening i offentlig sektor endret slik at den ble lik som i privat sektor, nemlig at du «bare» må jobbe minimum 20 prosent. Men for å tjene opp pensjonsrettigheter i stat og kommune må du til sammen ha jobbet minst tre år i det offentlige.

I det private gjelder andre regler. Der må du ha jobbet i minst ett år, men arbeidsforholdene kan ikke summeres sånn som det gjøres i det offentlige. For hvert nye ansettelsesforhold starter opptjeningen på nytt.

Det betyr at personer som har mange vikariater og midlertidige

ansettelser bak seg, kan gå glipp av mange år med pensjonsopptjening fra arbeidsgiver. Dette kan utgjøre mange tusen kroner i lavere pensjonsutbetaling.

HVOR STORT TAP? Med hjelp fra Storebrand har YS regnet ut hvor mye en 30-åring, med 350 000 kroner i årslønn og som bare har vært ansatt i en virksomhet i ni måneder taper i pensjon.

Utrekningen tar utgangspunkt i innskuddsordningen, hvor arbeidsgiver årlig innbetaler et innskudd for sine ansatte til pensjonsordningen fra minimum to til maksimum 7 prosent. Uansett om virksomheten har minimumsordningen eller maksimumssatsen er det snakk om en del penger, viser utregningen: Ni

måneders oppsparte pensjonsmidler med sparesats på 2 prosent utgjør 3 900 kroner, mens ni måneders oppsparte pensjonsmidler med sparesats på 7 prosent utgjør 13 700 kroner i tapt pensjon.

Kanskje viktigere er hva dette beløpet ville utgjort totalt i utbetalt pensjon over en tiårsperiode, når den samme personen går av ved 67 år.

I regnestykket er det tatt utgangspunkt i en årlig avkastning på 6 prosent, men ikke tatt hensyn til inflasjon. Det innebærer årlig tap i pensjon på 33 892 kroner med sparesats på 2 prosent og 118 622 kroner i tapt pensjon til utbetaling med sparesats på sju prosent. ●

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no



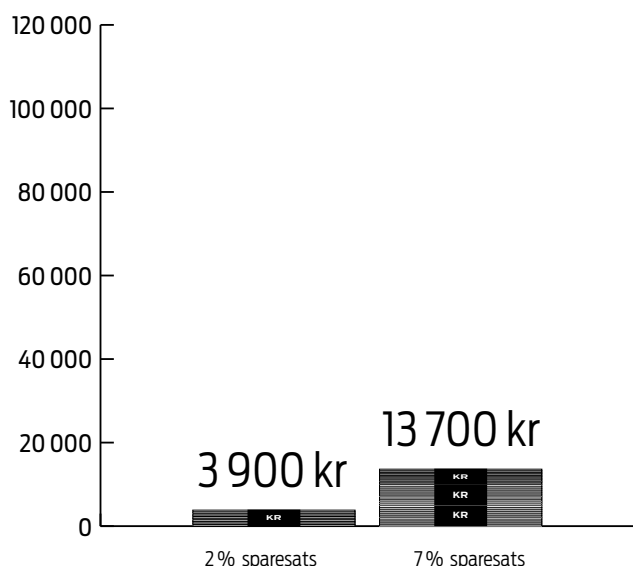
Hvor mye kan du tape i pensjon ved å være vikar/midlertidig ansatt?



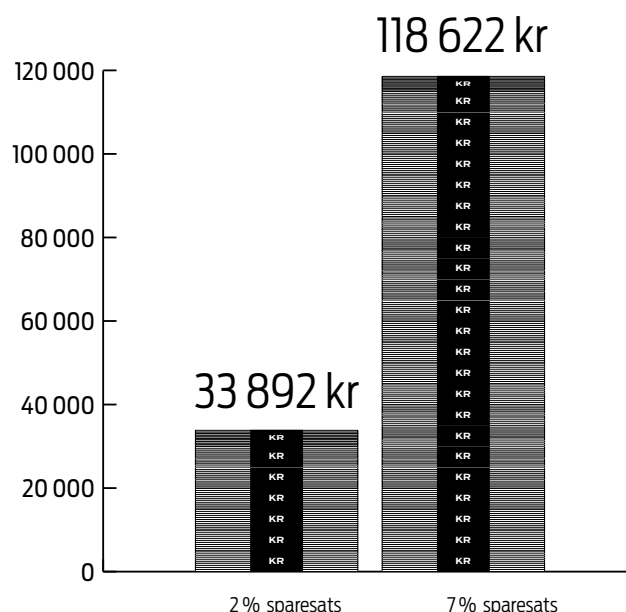
Eksempel:

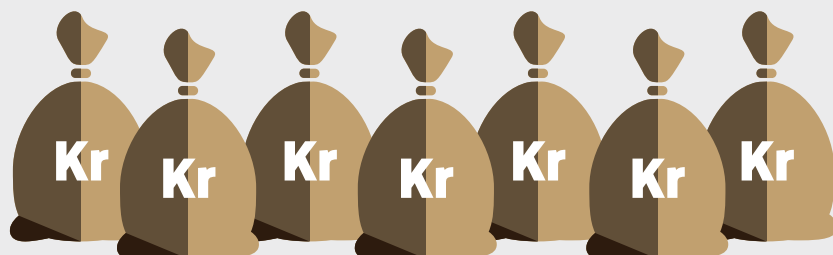
- 30 åring
- 350 000 kr lønn
- Ansatt som vikar i virksomhet i 9 mnd. med innskuddsbasert pensjonsordning

Tapt pensjonsutbetaling etter 9 måneder:



Tapt pensjonsutbetaling per år, ved avgangsalder 67 år:

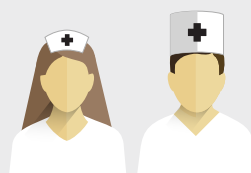




3,2
milliarder kroner

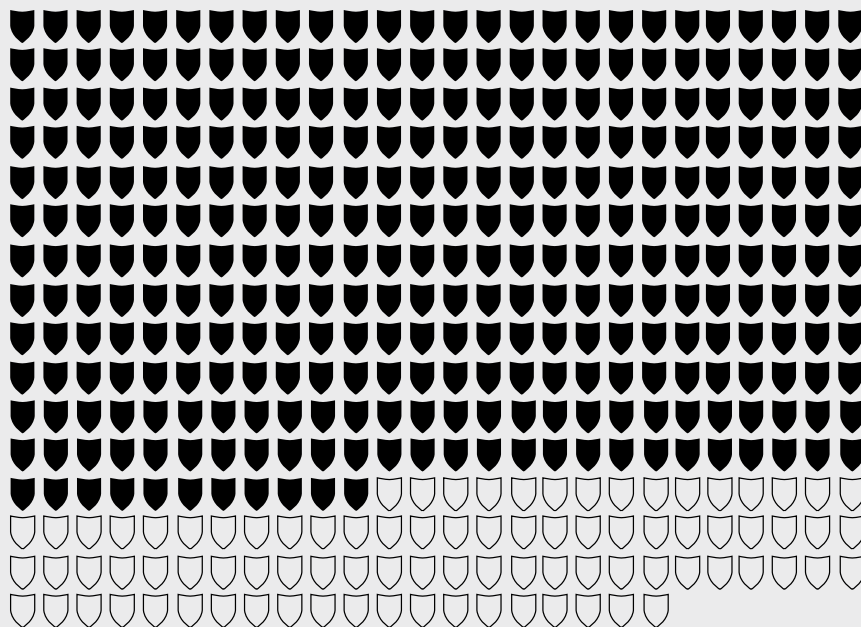
I perioden 2012-2015 har 410 kommunene brukt
3 184 205 042 kroner på å leie inn vikarer fra bemanningsbyråer.

Dette kan tilsvare



5 714 *
nye sykepleierårsverk

* Beregnet ut fra gjennomsnittslønn på
560 000 kroner. Sosiale utgifter er inkludert. (2012-2015)



410
kommuner

er med i oversikten. Det er Marston Bursteller som
har samlet inn regnskapstallene fra kommunene.

Disse kommunene er ikke med i oversikten på grunn av
manglende svar eller etterspurte tall:
Sund kommune, Tjøme kommune, Åmot kommune,
Aure kommune, Kautokeino kommune, Skjervøy kommune,
Selje kommune, Evenes kommune, Lavangen kommune,
Hurum kommune, Ulstein kommune, Vik kommune,
Gjerstad kommune, Hamarøy kommune, Hadsel kommune,
Sunndal kommune, Målselv kommune, Sauda kommune,
Bardu kommune, Sømna kommune.

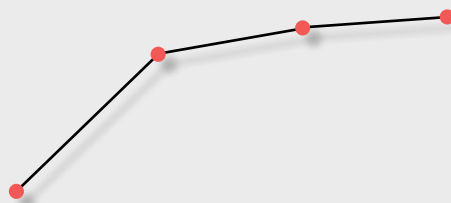
87 av disse

har rapportert at de i samme periode (2012-2015) ikke
har brukt penger på å leie inn vikarer fra vikarbyråer.



5 127 4476
samlet befolkning

i kommunene som er med i oversikten.



43%
vekst

I løpet av tre år har kommunene brukt 43% mer
penger på innleie fra bemanningsbyrå.

Kilde: NSF



Vil bruke pengene annerledes

Hvorfor har NSF gjort denne undersøkelsen?

– Vi mener at vi skal ha fast ansatte sykepleiere. Det er trygt for pasientene, og det er forutsigbart for både pasientene og kollegene. I fjor høst fant vi ut hvor mye sykehusene brukte. Nå har vi kartlagt hva kommunene bruker.

Synes du det er et høyt/lavt tall?

– På fire år har kommunene brukt svimlende 3200 millioner kroner på innleie av helsepersonell, størstparten er til sykepleiere. Jeg kan ikke skjønne logikken i dette. Det må da

«Det må da være bedre å ansette sykepleiere.»

Eli Gunhild By

være bedre å ansette sykepleiere, i stedet for å leie inn fra vikarbyråer. Mange steder er det stor mangel, og jeg skjønner at vikarbyråer må brukes i noen tilfeller. Denne undersøkelsen viser at det er veldig ulikt mellom kommuner, og at noen bruker det veldig mye.

Overraskende tall, eller som forventet?

– Etter at vi så hvor høye tallene var på sykehusene, så forventet jeg



Svimlende sum: NSF-leder Eli Gunhild By vil ha ned vikarbruken. Arkivfoto: Kristin Henriksen

et høyt tall. Tenk hvor mange sykepleiere de kunne ha ansatt for disse midlene.

Hva skal dere bruke undersøkelsen til?

– Det er fellesskapets penger som brukes til dette. Jeg mener at befolkningen ville fått mye mer igjen for

pengene ved å gi sykepleiere lønns- og arbeidsvilkår og godt fagmiljø som gjør det attraktivt å jobbe i kommunene. Jeg vil be om et møte både med helse- og omsorgsministeren og KS-lederen for å legge fram tallene. Jeg forutsetter at vi har felles interesse av å få ned vikarbruken. ●
kari.anne.dolonen@sykepleien.no



Sykepleien.no

Les mer:

Les hele temaet om bemanningsbyråer på sykepleien.no

Fagsjef i NHO service, Even Hagelien, lar seg ikke overraske over tallene som NSF har hentet inn.



til helsetjenesten, ble det i perioden innrapportert en omsetning på kr 5 457 212 397. På den bakgrunn er nok tallet som er innhentet omtrent på nivå med for-

– Etter vår bransjestatistikk, som favner det store flertall av bedriftene som leverer bemanningstjenester

ventet. Bemanning til helsevesenet omfatter ca 7 prosent av timene som leveres fra norske bemanningsbedrifter, sier fagsjef i NHO service, Even Hagelien.

Han mener en forutsetning for å sikre forsvarlige helsetjenester er å hente kvalifisert personell via bemanningsbransjen.

– Ved siden av personellmangel er det en kjent sak at sykefraværet er høyt og

at det til stadighet er nødvendig å hente inn vikarer. For å få til forsvarlig ferieavvikling er bemanningsbransjen helt sentral, sier han.

Hagelien er ikke overrasket at det er de største kommunene som leier inn for mest penger. Han er imidlertid overrasket over at 87 kommuner ikke bruker vikarbyråer i det hele tatt.

– Ja, det overrasker at disse kommu-

nene ikke har behov for å benytte seg av innleie av personell, sier han.

Spørsmål om hvilke byråer som er størst og tjener mest på kommunene, ønsker ikke Hagelien å kommentere.

– Mye baserer seg på rammeavtaler. Vi forventer at kommunene gjennomfører forsvarlige anbudsrunder ved inngåelse av slike rammeavtaler om innleie, sier han. ●



 Følg Sykepleien på Instagram.

Del bilder fra din sykepleierhverdag og tagg dem med **#yrkesykepleier**.



@selha92

Perfect to come back to my work at hospital in Norway, after 3 months internship in Denmark.



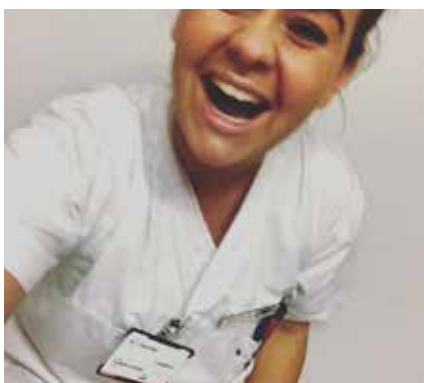
@unitedjenta

Spennande, kjempekjekt, skummelt og lærerikt i første sjukehuspraksis på medisinsk sengepost på Nordfjord Sjukehus. Stortrivast.



@patinaheim

Jobbfrisyre ... kan ikke akkurat slå ut håret selv om det er laurdagskveld ... Håper at dokke andre gjer det!



@mkristineb

Ganske giret, rørt og tom for ord etter en kveld på fødeavdelingen hvor jeg fikk være med på en fødsel!



@lenekofstadmoen

Obligatorisk «levert bachelor»-bilde!



@tuvatapetfjes

Nå vil jeg dra hjem. Snart er tre av tre netter fullført, og godt er det.



Fikk meg en tur i grønt! ❤️😬😬

@marlenecf

Fornøyd med å være litt i grønt igjen! Små gleder!



@camillalitleskare

Skamlaus nattsøsterselfie.



@karinah94

Blodprøvekurs.



Sykepleie

Del 2 Sykepleien 05 | 2016

Fagartikler – Etikk – Intervju



Flytter hud. Hudtransplantasjon benyttes for å dekke defekter etter store traumer eller kroniske sår. Bildet viser donorsted etter 14 dager. Foto: OUS

Sår behandles ulikt

Varisjon. Studien viser at det er ulik praksis knyttet til sårkompresjon etter hudtranplantasjon. **48**



Etikk. Empatisk berørthet gjør at pasienten blir sett. **58**



«Prematurfødte bør få utsatt skolestart, justert etter termindato.»

Inger Pauline Landsem. **52**



Opplæring. Bedret bruk av pleieplan. **60**



LÆRER Å JOBBE KUNNSKAPSBASERT

Evaluering. Videreutdanning i kunnskapsbasert praksis holder mål.

FAGARTIKKEL:

Artikkelen bygger på
50 % praksis
50 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2016.57518



Ingeborg Ulvund,
Høgskolelektor,
Høgskolen
i Molde,
Vitenskapelig
høgskole i
logistikk

Helsemyndighetene forventer at helsetjenesten er basert på best tilgjengelig kunnskap (1–3). Forskning viser i imidlertid at sykepleieres kompetanse i å arbeide kunnskapsbasert varierer og at mange sjelden eller aldri leser forskningsresultater for å bruke dem i egen praksis (4–6).



Cecilie Katrine Utheim Grønvik
Høgskolelektor,
Høgskolen i
Molde, Viten-
skapelig høgskole
i logistikk

KUNNSKAPSBEHOV. Selv om dagens utdanningsprogram gir nye sykepleiere opplæring i å bruke forskning i yrkesutøvelsen, har mange sykepleiere behov for mer kunnskap. Det gjelder ikke minst dem som har gjennomført sykepleierutdanningen for en tid tilbake og som i mindre grad enn dagens nyutdannede sykepleiere har fått slik opplæring (4–7). På bakgrunn av dette opprettet Høgskolen i Molde, i samarbeid med praksisfeltet, videreutdanningen «Kunnskapsbasert praksis». I denne artikkelen presenterer vi organisering og evaluering av videreutdanningen.

ORGANISERING. Videreutdanningen gikk over to semestre og besto av sju enkeltstående seminar dager organisert etter trinnene i kunnskapsbasert praksis (KBP). Hovedvekten lå på de første fem trinnene (se figur 1). Trinn seks og sju, som er rettet mot implementering, ble ikke prøvd ut i praksis, men

diskutert i teorien på seminar dagene og i eksamensbesvarelsen. Mellom seminardagene arbeidet studentene i fagringer. En fagring er en gruppe profesjonelle som over tid samarbeider om fagutvikling (8). Bestått eksamen ga 15 studiepoeng.

Studieplanen ble utviklet i samarbeid med praksisfeltet, og det ble etablert en stipendordning som ga arbeidsgivere mulighet til å søke om tilskudd til finansiering av vikar for dem som deltok på videreutdanningen. I arbeidet med studieplanen og læringsutbyttebeskrivelsene brukte vi, i tillegg til pedagogisk kunnskap, boken «Å arbeide og undervise kunnskapsbasert» og evalueringer fra andre videreutdanninger i KBP (4,5,8–11).

PEDAGOGISK FORANKRING. Det pedagogiske fundamentet for videreutdanningen tar utgangspunkt i Critical Appraisal Skills Program (CASP-modellen) (12,13), sosiokulturelt læringssyn (14,15) og andragogikk; som er undervisningsteori om voksnes læring (16). CASP-modellen vektlegger at ny kunnskap bør være til nytte i egen yrkesfunksjon og at god informasjon og konkrete arbeidsoppgaver fremmer læring (12,13). Ifølge det sosiokulturelle læringssynet skjer læring gjennom bruk av språk og deltakelse i sosial praksis (14,15).

FAGRINGER. For å legge til rette for læring i sosial praksis ble det opprettet fagringer, hvorav hver fagring fortrinnsvis var sammensatt av deltakere fra samme arbeidsplass og med samme interesseområde. I tråd med CASP-modellen, som påpeker at voksne motiveres av læring som oppfattes å være nyttig for yrkesfunksjonen, ble deltakerne oppfordret til å formulere en problemstilling til nytte i egen yrkesfunksjon (12,13). Dette fant vi støtte for i andragogikk som fremmer at voksne både kan styre egen læring og har erfaring som fremmer læring (16).

«Jeg hadde stort utbytte av faglige diskusjoner med de andre gruppe-medlemmene.»

Problemstillingen besvarte deltakerne ved at de i fagringene under veiledning, arbeidet seg gjennom trinnene i kunnskapsbasert praksis (10,11). Hver fagring var fortrinnsvis sammensatt av deltakere fra samme arbeidsplass og med samme interesseområde.

Fakta ●●●●

Hovedbudskap

Artikkelen presenterer og diskutert en evaluering av en videreutdanning i Kunnskapsbasert praksis, som i hovedtrekk viste at studentene var godt fornøyd med utdanningen som helhet.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Kunnskapsbasert praksis
- Videreutdanning
- Forskning
- Litteratursøk

Det ble lagt vekt på å variere undervisningsmetoden på seminar-dagene, og det ble vekslet mellom forelesninger, individuelle aktiviteter, gruppeaktiviteter og interaktive metoder som for eksempel nettkurset www.kunnskapsbasert-praksis.no.

UTVALG. Informantene var studenter som gjennomførte videreutdanning i KBP i perioden 2010–2011 (N=49). Fagansvarlige for videreutdanningen utviklet et spørreskjema med seks spørsmål som de delte ut siste seminar dag. Spørsmålene omhandlet organisering, læringsaktiviteter og læringsutbytte. Avhengig av spørsmålet fikk studentene velge mellom følgende fire svaralternativer: Meget fornøyd, godt fornøyd, fornøyd eller lite fornøyd, eller meget stort utbytte, stort utbytte, lite utbytte, eller mangelfullt utbytte, meget stor nytteverdi, stor nytteverdi, liten nytteverdi eller ingen nytteverdi. Studentene hadde mulighet til å skrive kommentarer til hvert spørsmål.

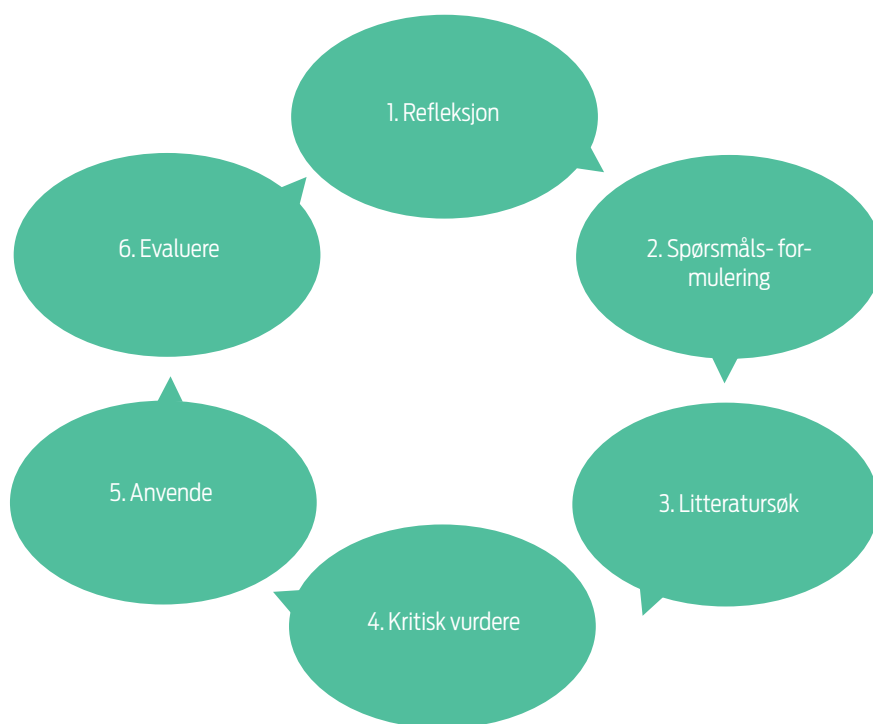
ANALYSE. De kvantitative dataene ble lagt inn i SPSS og analysert med deskriptiv statistikk. Kommentarene etter spørsmålene ble samlet i et fellesdokument og analysert etter prinsippene for innholdsanalyse (16). Meningsbærende enheter som belyste samme tema ble samlet, og etter flere runder med kategorisering endte vi opp med tre hovedtemaer, organisering og faglig innhold, læringsutbytte og nytteverdi for yrkesfunksjonen.

ETIKK. Undersøkelsen var ikke meldepliktig til NSD. Studentene fikk muntlig og skriftlig informasjon, og det ble presisert at det var frivillig å delta. Samtlige deltakere leverte signert skriftlig samtykkeerklæring. Svarprosenten var på 80 prosent; 39 av 49 besvarte spørreskjemaet.

Etter analysen av dataene endte vi opp med følgende tre hovedtemaer: Organisering, læringsutbytte og opplevd nytteverdi for



Figur 1: Trinnene i kunnskapsbasert praksis



Tabell 1: Studiets organisering, faglige innhold, læringsutbytte og nytteverdi for praksis

Spørsmål	Meget fornøyd	Godt fornøyd	Fornøyd	Lite fornøyd
I hvilken grad er du fornøyd med studiet som helhet?	26 (67 %)	13 (33 %)	0	0
I hvilken grad er du fornøyd med organiseringen av studiet?	0	14 (37 %)	22 (58 %)	2 (5 %)
I hvilken grad er du fornøyd med det faglige innholdet i studiet?	5 (13 %)	20 (53 %)	13 (34 %)	0

Spørsmål	Meget stort utbytte	Stort utbytte	Lite utbytte	Mangelfullt utbytte
I hvilken grad hadde du faglig utbytte av å jobbe med studiekravene i gruppe?	4 (10 %)	33 (85 %)	1 (3 %)	0

Spørsmål	Meget stor nytteverdi	Stor nytteverdi	Liten nytteverdi	Mangelfull nytteverdi
I hvilken grad er studiet nyttig i ditt arbeid?	5 (13 %)	32 (84 %)	1 (3 %)	0



yrkesfunksjonen. De kvantitative og kvalitative dataene presenteres sammen.

FAGLIG INNHOLD. Ingen var misfornøyd med det faglige innholdet i videreutdanningen (se tabell 1). Flere hadde en bratt læringskurve, og det ble kommentert at læringsaktivitetene var faglig utfordrende, men samtidig motiverende. En deltaker skrev: «Alt var nytt og fremmed i begynnelsen, men nå har jeg følelsen av at dette vil jeg lære mer om».

Alle deltakerne var godt fornøyd med videreutdanningen som helhet, mens fjorten var godt fornøyd med studiets organisering. Kommentarene viser at studentene opplevde at kravet til egeninnsats var større enn forventet, som en sa: «Trodde ikke at studiet var så arbeidskrevende», og en annen: «Vi fikk ikke frikjøpt nok tid».

Utbyttet av læring i fagring ble evaluert som godt; 35 deltakere var meget godt eller godt fornøyd med denne arbeidsformen. Gjennom kommentarene kom det fram at gruppesammensetning, forhåndskunnskap og gruppedynamikk påvirket læringsutbyttet. En beskrev gruppearbeidet slik: «Jeg hadde stort utbytte av faglige diskusjoner med de andre gruppe medlemmene». En annen skrev: «Jeg skulle ønske at gruppearbeidet hadde fungert bedre». Organiseringen av gruppearbeidet i fagring ble opplevd som arbeidskrevende: «Det var utfordrende å jobbe i fagring når alle går i tur, vanskelig å få frikjøpt tid til fagringarbeid i arbeidstiden».

LÆRINGSUTBYTTE. Det var 37 deltakere som opplevde samsvar mellom egne forventninger og oppnådd læringsutbytte. Det ble utdypet i kommentarer som: «Jeg opplever at jeg har fått stort utbytte i forhold til å kunne hjelpe kollegaer med å lete etter og finne forskningsartikler». Selv om studentenes forkunnskaper varierte, svarte alle at de hadde faglig utbytte av å arbeide i fagring. Flere deltakere svarte at de hadde lite

erfaring med å innhente relevante forskningsresultater og at dette var noe av det de ville lære mer om.

NYTTEVERDI. 37 mente at videreutdanningen hadde stor nytteverdi for eget arbeid og beskrev at de fikk erfaring med kunnskap de kunne lite om fra før og som de hadde nytte av i yrkesfunksjonen: «Jeg er blitt mer bevisst på at prosedyrer og retningslinjer skal være basert på forskningsbasert kunnskap». Det kommer også frem en økt bevissthet knyttet til at praksis bør være forskningsbasert. En informant uttrykte dette på følgende måte: «Jeg har tro på at det vil bli stilt større krav om dette i fremtiden». En annen skrev: «Jeg har lært mye nytt og blitt inspirert til å lese forskningsartikler».

Om videreutdanningen ble opplevd som nyttig eller ikke, ble blant annet påvirket av praksisfeltets holdning til KBP, og det ble påpekt at praksisfeltet har behov for økt kompetanse i KBP. Følgende kommentarer belyser dette: «Praksis er ikke der ennå, og derfor får jeg ikke brukt dette videre i praksis nå», og: «Skal dette ha overføringsverdi for praksis, må vi få mer tid til å gjøre dette i praksis».

DISKUSJON. Evalueringen viser at studentene er godt fornøyd med videreutdanningen som helhet. At det er behov for denne type videreutdanning, understrekes av utsagn som: «Alt var nytt og fremmed i begynnelsen». Dette samsvarer med andre studier som finner at sykepleiere både mangler kunnskap om trinnene i KBP og tiltro til at de kan utøve KBP i eget arbeid (4,11,19,20).

EVALUERING. At videreutdanningen som helhet ble godt evaluert setter vi i sammenheng med valg av pedagogisk forankring i sosio-kulturelt læringssyn, andragogikk og CASP-modellen (12–14,16). Til sammen førte det til aktiv bruk av fagringer og høy grad av egenaktivitet både på og mellom seminardagene. Ingen etterspurte flere forelesninger, det som ble

etterspurt var mer tid til egen trening og mer veiledning, for eksempel i databasesøk og kritisk vurdering av forskning.

Dette tyder på at egenaktivitet og læring i samspill er egnet for å oppnå læringsutbytte i KBP, og som tidligere påpekt, opplæring i KBP bør være tett knyttet til praksis. Men, som studentene påpeker, en viktig forutsetning for læring i samspill er god interaksjon mellom aktørene (14, 21). Ifølge evalueringen varierte dette. For å avdekke og støtte grupper med utfordringer er veiledning et godt redskap. Vi opplevde det som en styrke at alle fagringene allerede mellom første og andre seminardag fikk veiledning om arbeidskrav, at vi om nødvendig kunne støtte gruppeprosessen og at det var kontinuitet i veiledningen.

FORKUNNSKAPER. At kravet til egeninnsats opplevdes å være større enn forventet kan delvis forklares med studentenes forkunnskaper. For noen krevde forståelse for forskningsdesign og innhenting av ny forskning gjennom utvikling av søkestrategier og databasesøk mye tid. Til tross for tilbud om gruppeveiledning hos bibliotekar, supplert med veiledning av faglærere mellom seminardagene, var dette så nytt for mange at de hadde behov for mer trening og veiledning enn det var lagt til rette for, et funn som samsvarer med resultat fra sammenliknbare evalueringer (8,11).

Pedagogisk teori påpeker at det er viktig å ta utgangspunkt i studentenes forhåndskunnskap og læreforutsetninger (13,21). Vi kan imøtekomme det bedre ved å vektlegge fleksible undervisningsopplegg som i større grad tar hensyn til at studenter har ulike startkompetanse. Her er det viktig å ta med i betraktningen at en ikke skal langt tilbake i tid før sykepleierutdanningens rammeplan, i mindre

«Flere deltakere svarte at de hadde lite erfaring med å innhente relevante forskningsresultater.»

grad enn i dag vektla vitenskaps-teori og metodekunnskap og at mange av dagens yrkesutøver var utdannet før KBP for alvor kom på dagsorden.

MER KUNNSKAPSBASERT? Så kan man spørre, hva lærte deltakerne, og ble praksis mer kunnskapsbasert? Deltakerne mente eget læringsutbytte var av stor nytteverdi for egen praksis, til tross for at de ikke hadde tro på at praksis var moden for KBP. Det kan forstås på flere måter. Vi har ikke holdepunkt for å si at praksis ble mer kunnskapsbasert, men vi mener å ha holdepunkt for at opplæringen bidro til å øke deltakeres muligheter til aktivt å delta i en KBP.

Mye tyder dessuten på at holdningene til bruk av forskning i klinisk praksis endret seg positivt. Selv om positive holdninger i seg selv ikke er nok, er de viktige motivatorer for atferd. Sykepleiere arbeider tett sammen og tar faglige avgjørelser i fellesskap, kulturen i avdelingen påvirker utøvelsen av faget. Endring av individuell kompetanse og holdninger kan medvirke til en positiv kultur og styrke felles evne til å arbeide kunnskapsbasert.

At kunnskapsgapet mellom yrkesutøvere med ny og gammelt utdanning utjevnes er også et poeng. KBP bør ikke bare være noe studenter lærer om på skolen. Det bør være integrert i klinisk praksis. Siden norske sykepleiestudenter har halvparten av sin utdanning i klinisk praksis, må praksisveiledere arbeide kunnskapsbasert for at nye sykepleiere skal kunne møte samfunnets forventning om en kunnskapsbasert helsetjeneste.

ANSVARSFORDELING. Dette betyr ikke at alle sykepleiere skal ha like mye kunnskap og ansvar for å implementere forskning i praksis. Fagutviklere og andre med ansvar for opplæring og ledelse kan være ressurspersoner og fungere som veiledere og pådriver. Det å omsette forskningsbasert kunnskap i praksis er

krevende og rommer en kompleksitet som ikke må undervurderes. For noen vil dette kreve mer grunnopplæring i vitenskapelig metode, utvikling av søkestrategier og mer kritiske vurdering enn de har i dag (8,11,20).

I tråd med tidligere forskning trakk deltakerne fram flere barrierer for implementering av ny forskning i egen praksis (20). Det var tidsmangel, mangel på ressurser, mangel på organisatoriske støtte fra arbeidsgiver, liten tilgang til teknologi og kultur i avdelingen. Dersom målet er å styrke den kunnskapsbasert yrkesutøvelsen bør individuelle og organisatoriske tiltak iverksettes parallelt. Her har ledere en nøkkelrolle (20).

BEGRENSNINGER. Bruk av et ikke-vitenskapelig validert spørreskjema er en erkjent svakhet ved spørreundersøkelser. Høy svarprosent, at respondentene kom fra ulike deler av kommunal- og spesialisthelsetjenesten og godt utfylte kommentarfelt styrker datamaterialets relevans.

Selv om det ved utdeling av spørreskjemaet ble understreket at vi ønsket ærlige tilbakemeldinger, kan det være en begrensning at fagansvarlige for videreutdanningen også hadde ansvar for evalueringen. Svarene kan være påvirket av et ønske om å gi støtte til lærerne, en begrensning som er forsøkt redusert ved anonym besvarelse.

Et spørreskjema med kommentarer basert på egenvurdering gir bare svar på deltakerens mening og gjenspeiler nødvendigvis ikke virkeligheten. Resultatet gir en indikasjon på hvordan studentene opplevde denne videreutdanningen, men svarer ikke på om opplegget er bedre enn andre opplegg, eller på hva de faktisk lærte. Dette gir likevel nyttige innspill til andre som planlegger eller tilbyr opplæring i KBP.

KONKLUSJON. Ifølge evalueringen medvirket videreutdanningen både til økt innsikt i betydning av

KBP og økt evne til å arbeide kunnskapsbasert. Høy grad av egenaktivitet vurderes som nyttig for læring. Det er fortsatt behov for mer kunnskap om effekten av å øke sykepleieres kompetanse i KBP og studier som evaluerer effekten av ulike pedagogiske metoder brukt i undervisning av KBP.

«Skal dette ha overføringsverdi, må vi få mer tid til å gjøre dette i praksis.»

Individuell kunnskap er ikke nok til å gjøre praksis mer kunnskapsbasert. Kultur i avdelingen, tilgang til tekniske hjelpemidler og tid er eksempler på medvirkende faktorer. Forskning tyder på at mange sykepleiere, til tross for ny oppdatert kunnskap, opplever at de mangler faglig autoritet til å endre praksis. Det må tas på alvor at etablering av KBP er komplekst og at det dreier seg om både organisatoriske og individuelle prosesser. ●

REFERANSER:

1. Helse- og omsorgsdepartementet (2014) HelseOmsorg21. Et kunnskapssystem for bedre Folkehelse. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/HelseOmsorg21/id764389/>
2. Helse og omsorgsdepartementet. Mld. St. 10(2012-2013). God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Departementenes servicesenter; 2012.
3. Helse og omsorgsdepartementet. Mld. St. 34(2012-2013). God helse – felles ansvar. Oslo: Departementenes servicesenter; 2013.
4. Berland A, Gundersen D, Bentsen SB. Evidence-based practice in primary care: an explorative study of nurse practitioners in Norway. Nurse education in practice. 2012; 12(6):361-5. Tilgjengelig fra <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2012.05.002>.
5. Stokke K, Olsen NR, Espehaug B, Nortvedt MW. Evidence

- based practice beliefs and implementation among nurses: a cross-sectional study. BMC Nurs. 2014;13(8):1-10. Tilgjengelig fra <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6955-13-8>.
6. Thompson DS, Moore KN, Estabrooks CA. Increasing research use in nursing: implications for clinical educators and managers. Evidence-based nursing. 2008;1(2): 35-9. Tilgjengelig fra <http://dx.doi.org/10.1136/ebn.11.2.35>.
 7. Hommelstad J, Ruland C. Norwegian nurses' perceived barriers and facilitators to research use. AORN journal. 2004;79(3): 621-34. Tilgjengelig fra [http://dx.doi.org/10.1016/S0001-2092\(06\)60914-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0001-2092(06)60914-9).
 8. Graverholt B, Nortvedt M, Ruud I. «Kliniske fagringer for kunnskapsbasert praksis» Bergen. Senter for kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen 2007. Evalueringsrapport. 2009;52(9):22-9.
 9. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Reinart LM. Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: en arbeidsbok for sykepleiere. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2007.
 10. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Nordheim LV, Reinart LM. Jobb kunnskapsbasert! en arbeidsbok. 2. utg. ed. Oslo: Akribe; 2012.
 11. Bratberg GH, Haugdahl HS. Opplæring i kunnskapshåndtering – nytter det? Sykepleien Forskning. 2010;3(5): 192-9. Tilgjengelig fra <http://dx.doi.org/10.4220>.
 12. Tuntland H, Nordheim L. Undervisning og læring i kunnskapsbasert praksis: presentasjon av CASP-modellen. Ergoterapeuten. 2009;52(9):22-9.
 13. Khan, K. S., and A. Coomarasamy. 2006. «A hierarchy of effective teaching and learning to acquire competence in evidence-based medicine.» BMC Medical Education no. 2006:15(6): 59-67. Tilgjengelig fra <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6920-6-59>.
 14. Dysthe O. Læring gjennom dialog» – hva inneber det i høgare utdanning? Ulike perspektiv på læring og læringsforskning. Oslo: Cappelen Akademiske; 1996.
 15. Saljø R. Læring i praksis. Et sosiokulturelt perspektiv. Oslo: Cappelen Akademiske; 2007.
 16. Loeng S. Andragogikk: en historisk og faglig gjennomgang. Stjørdal: Læringsforlaget; 2009.
 17. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Reinart LM. Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: en arbeidsbok for sykepleiere. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2007.
 18. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Nordheim LV, Reinart LM. Jobb kunnskapsbasert! en arbeidsbok. 2. utg. ed. Oslo: Akribe; 2012.
 19. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse education today. 2004;24(2): 105-12.
 20. Sandvik GK, Stokke K, Nortvedt MW. Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus? Sykepleien Forskning 2011;6:158-165. Tilgjengelig fra <http://dx.doi.org/10.4220>.
 21. Tveten S. Pedagogikk i sykepleiepraksis. Bergen Fagbokforl; 2008.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til
torhild.apall@sykepleien.no



BEHANDLER SÅR FORSKJELLIG

Ny kunnskap. Det er ulike meninger om hva som er den beste sårbehandlingen.

KVALITETSSTUDIE:

Artikkelen bygger på

50 % praksis

50 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2016.57128



Nina Lindberg,
fagutviklingssykepleier, MSc



Siri Høivik,
sykepleier, klinisk spesialist



Aslaug Enggrav,
sykepleier, helsesøster, klinisk spesialist

Alle tre jobber ved plastikkirurgisk sengepost, Avdeling for plastikk- og rekonstruktiv kirurgi, Oslo universitetssykehus

I sykepleiegruppen på vår sengepost ble vi på et tidspunkt klar over at vi vurderte donorstedene til pasienter som hadde gjennomgått hudtransplantasjon svært ulikt. Vi hadde ulike erfaringer med stell av donorstedene og ulike oppfatninger om hva som var best for pasienten. Avdelingens daværende prosedyre var det også ulike meninger om. Dette var utgangspunktet for en kvalitetsstudie, der hensikten var å kartlegge tilhelingsprosessen til pasienter med donorsted etter delhudstransplantasjon. I denne artikkelen vil vi referere fra studien og vise hvordan vi har brukt funn og erfaringer i etterkant.

TRANSPLANTASJON. Hudtransplantasjon er en kjent og utbredt kirurgisk metode innen plastikk- og rekonstruksjonskirurgi, som går ut på å flytte hud fra ett sted på kroppen til et annet. Metoden blir benyttet for å dekke defekter etter store traumer, hudkreft, brannskader eller kroniske sår.

Et delhudstransplantat består av epidermis og deler av dermis. Såret som oppstår der delhuden hentes fra, kalles donorsted (1). Under optimale forhold tilheles donorstedet i løpet av 7–21 dager ved at epitelceller fra svette- og

talggjertelganger i dermis vokser inn over donorstedets sårflate og danner ny hud (2).

Et donorsted kan være mer smertefullt for pasienten enn defekten som skal dekkes (1). Videre har valg av bandasje og oppfølging etter operasjonen stor betydning for å hindre infeksjon, smerte, arr og forsinket tilheling (3). Det er også stor diskusjon om hvilken banda-

«Bandasje-fjerning på et tidlig tidspunkt kan føre til forstyrrelser i sårhelingen.»

sje som gir best sårheling og minst plager for pasientene (4). Forsinket tilheling kan føre til lang innleggelsestid, besvær for pasientene og forårsake mer utfordringer enn den opprinnelige defekten (5).

BANDASJE. Ifølge prosedyren som var gjeldende i kartleggingsperioden skulle en steril, selvheftende skumbandasje bli lagt på donorstedet peroperativt og fortrinnsvis sitte urørt i cirka 14 dager. Skumbandasjen skulle bidra

til optimal tilheling ved å bevare fuktighet, håndtere sekresjon og gi en effektiv beskyttelse mot bakterier. En kompresjonsbandasje skulle i tillegg legges over skumbandasjen for å gi støtte og bidra til mindre blødning. Ifølge prosedyren skulle vaktansvarlig sykepleier observere donorstedet på hver vakt og gjøre aktuelle tiltak knyttet til observasjon og funn. Sårbehandling skulle foregå etter ordinasjon av pasientansvarlig kirurg eller vakthavende lege. De fleste pasienter med transplantert hud til underekstremitet skulle ha sengeleie i fem dager.

SKJEMA. Et studiespesifikt registreringsskjema ble utarbeidet. Skjemaet ble fylt ut av prosjektsykepleier i perioden fra pasientene ble innlagt og til donorstedene var tilhelet. Donorstedet ble definert som tilhelet når hele donorstedet var reepitalisert uten åpne områder. Ved innleggelse på sengepost ble pasientenes alder, kjønn, diagnose, tilleggsskader og faste medikamenter registrert. Videre ble blant annet lokalisering av donorsted, type bandasje, sårbehandling, pasientenes opplevelse av smerte og pasientens aktivitet registrert. Pasienter som ble utskrevet før tilheling, ble kontaktet per telefon. Kartleggingen pågikk

Fakta

Hovedbudskap

Hensikten med kvalitetsstudien ved Plastikkirurgisk sengepost, OUS var å kartlegge sårtilhelingen til 39 pasienter med donorsted etter hudtransplantasjon. Dette for å få mer kunnskap om sårtilhelingen og sykepleiepraksis. Donorstedene var i gjennomsnitt tilhelet i løpet av 34 dager (median 27). Studien viser at vi trenger mer kunnskap om kompresjon-, smerte- og sårbehandling til pasientgruppen.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider

- Sår
- Kvalitet
- Prosedyre

fra oktober 2010 til april 2012, noe avbrutt av omorganisering i OUS og ansattes ferieavvikling. Excel ble brukt til databehandling. Kvalitetsstudien er godkjent av personvernombudet på Rikshospitalet.

DELTAKERE. 39 pasienter, 18 kvinner og 21 menn i alderen 25–84 år ble fortløpende inkludert i studien etter å ha mottatt informasjon og gitt sitt skriftlige samtykke.

Pasientene hadde ulike diagnoser. 26 hadde hudkreft mens 13 pasienter hadde andre diagnoser som brannskade, kroniske sår og andre skader. 38 av pasientenes donorsteder var lokalisert til pasientenes lår, én pasient hadde donorsted på overarm. Størrelsene på donorstedene varierte.

TILHELINGSTID. Pasientenes donorsted tilhelet i gjennomsnitt i løpet av 34 dager (median 27 dager). Det var imidlertid stor variasjon, med kortest tilhelingstid på sju dager og lengst tilhelingstid på 101 dager. Tolv donorsteder var tilhelet i løpet av 14 dager. Én pasient måtte reopereres på grunn av manglende tilheling og fullhudsskade (fig1).

Tilhelingstiden for donorstedene er lengre i vår studie enn det

som er beskrevet som optimalt (2). En årsak kan være at «tilheling» i studier blir definert på ulike måter. I vår studie ble donorstedet definert som tilhelet når hele donorstedet var grodd igjen uten åpne områder. Det er i tråd med definisjonen i en nederlandsk studie (7). Andre definerer donorstedene som tilhelet ved henholdsvis 90 prosent og 98 prosent (8,5).

Videre erfarte vi at det kan være utfordrende å måle eksakt tilhelingstid fordi bandasjen skal sitte urørt etter operasjonen. Tilhelingen kan derfor ha funnet sted tidligere enn registrert.

ALDER. Høy alder og legemidler kan ha betydning for sårhelingen. Ved høy alder reduseres blant annet nydannelse av dermis og sårhelingsevnen. Immunsvekkende legemidler kan ha ulike negative effekter på sårheling (6). Anstead har også funnet at bruk av steroider forsinket sårhelingen (9).

I våre funn ser vi at pasienter over 75 år hadde noe lengre gjennomsnittlig tilhelingstid enn pasienter under 75 år. Pasienter som brukte kortison og/eller immun-supprimerende legemidler hadde imidlertid ikke lengre gjennomsnittlig tilhelingstid enn dem som ikke brukte nevnte medikamenter.

Vi fant derimot at pasienter med donorsted der det var registrert moderat eller rikelig blødning i bandasjen, puss eller sekresjon, hadde lengre tilhelingstid enn gjennomsnittet, 43 dager. Vi fant også noe lengre gjennomsnittlig tilhelingstid, 41 dager, hos pasienter med høyest smerteopplevelse.

BEHANDLING. Alle pasientene fikk samme type selvheftende skumbandasje på donorstedet etter operasjonen, noe som var i tråd med prosedyren. Selv om de fleste pasientene beholdt bandasjen i mange dager, var det ni pasienter som fikk fjernet bandasjen mellom første og sjette postoperative dag. Årsaken til at bandasjen ble fjernet tidlig var blødning, smerte, vond lukt, mistanke om infeksjon eller at bandasjen hadde løsnet.

Skiftning av bandasje ved de nevnte tilstandene er i tråd med prosedyren. Det kan imidlertid være hensiktsmessig for helingsprosessen å utsette bandasjeskiftet i gitte situasjoner. Dette fordi bandasjefjerning på et tidlig tidspunkt kan føre til forstyrrelser i sårhelingen ved at såret blir avkjølt, epitelceller løsner og den biologiske prosessen kommer i ulage (6).

Vi registrerte også at tilsyne-

latende like donorsteder ble stelt ulikt etter første bandasjefjerning, noe som kan tyde på at det var ulike oppfatninger om hva som var best behandling.

MÅLING. Donorstedet blir ofte beskrevet som mer smertefullt enn såret som er dekket med hudtransplantat. Det kan ha sammenheng med at den har en rå hudflate med blottlagte nerveceller (1).

For å måle pasientenes opplevde smerte brukte vi Numerical rating scale (NRS) (10). Pasientene fikk følgende spørsmål en gang daglig: «Hva er din opplevde smerte i dag, på en skala fra 0 til 10 der 0 er minst og 10 er størst mulig smerte?» Funn i studien viser at de fleste, det vil si 19 pasienter, rapporterte 0–1 på skalaen mens tre pasienter rapporterte om smerter opp til 10 (figur 2).

Det ble rapportert lavest smerte hos pasienter som hadde fem dagers sengeleie. Pasienter som ikke hadde sengeleie og pasienter som fikk skiftet skumbandasje på grunn av blødning eller infeksjon, skåret høyere på smerte.

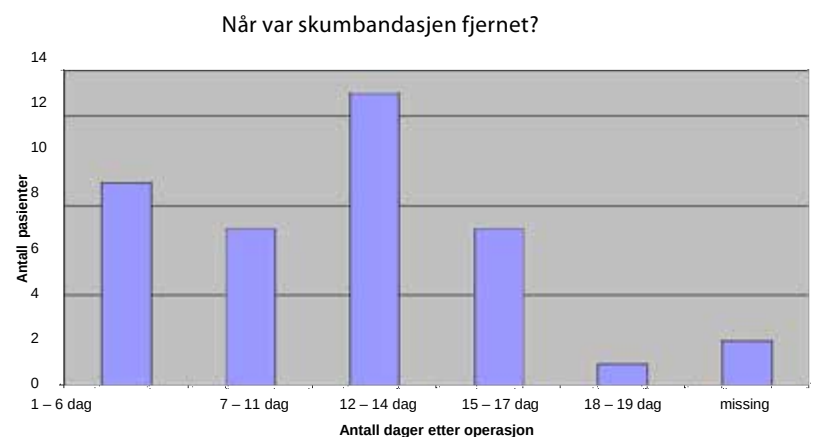
SMERTER. En studie der pasientenes smerte ble undersøkt i forhold til bruk av ulike bandasjer, viser at



Figur 1 Tilhelingstiden varierte fra 7 til 101 dager, i gjennomsnitt 34 dager. Én pasient måtte reopereres på grunn av manglende tilheling og fullhudsskade.



Figur 2 Skumbandasjen ble fjernet på 1.–6. postoperative dag hos 9 pasienter, etter 7–11 dager hos 7 pasienter, etter 12–14 dager hos 13 pasienter mens 7 pasienter beholdt bandasjen til 15.–17. postoperative dag og 1 pasient i 19 dager.





pasienter med skumbandasje hadde mer smerter ved bandasje-skift enn de to andre bandasjene ved 14. postoperative dag, men at det ikke var signifikant forskjell på rapportert smerte ved 3. og 21. postoperative dag (5).

Voineskos et al. (4) mener at variasjonen av smerteskalaer og måten de blir benyttet på gjør det vanskelig å sammenlikne funn i studier. I vår studie registrerte vi ikke smertebehandlingen pasientene fikk. Pasientene fikk også spørsmålet på ulikt tidspunkt.

Til tross for disse svakhetene kan våre funn tyde på at det er mange pasienter som har smerter i donorstedet. Med bakgrunn i at sår gror dårligere ved smerte (6) og at faren for utvikling av kronisk smerte er til stede (11) er det viktig å evaluere smertebehandlingen og sårbehandlingen vi tilbyr pasientene.

KOMPRESJON. I våre funn var det stor variasjon i bruk av kompresjonsbehandling på donorstedene. Kun seks pasienter hadde kompresjon fra operasjon til tilheling. De fleste hadde kompresjon sporadisk. Videre ble det benyttet ulike typer elastiske bandasjer som kompresjon. Det var også beskrevet at kompresjonsbandasjene skled eller forflyttet seg. I daværende prosedyre var ikke kompresjonsbehandling definert.

Det er ulik praksis knyttet til kompresjon. Karlsson et al. benyttet en kreppt bandasje over skumbandasjen postoperativt for å forebygge blødning og at bandasjen sklir (5), mens Dealey (1) beskriver at en tubebandasje over donorbandasjen kan gi støtte og forebygge at arret blir forstørret (hypertrofi). På bakgrunn av dette er det viktig å få mer kunnskap om hvilken betydning kompresjon har for tilheling av donorsted.

FUNN. Funnene i denne studien viser at tilhelingstiden for pasientenes donorsteder i gjennomsnitt var på 34 dager, men varierte fra sju til 101 dager. Det var tolv donorsteder som var tilhelet i løpet av de første 14 dagene etter

operasjon. De fleste pasientene rapporterte om lite smerter. De som opplevde mest smerte, hadde noe lengre tilhelingstid enn gjennomsnittet. I tråd med avdelingens prosedyre fikk alle pasienter skumbandasje på donorstedet postoperativt. Skumbandasjen ble i stor grad fjernet postoperativt i tråd med prosedyren. Kompresjonsbehandling ble benyttet i varierende grad, noe som var et avvik fra avdelingens daværende prosedyre. Prosedyren var hovedsakelig erfaringsbasert og ukjent for mange.

I tillegg til svakheter som allereide er nevnt, har vi ikke registrert pasientenes vekt- og ernæringsstatus. Det betyr at et helhetsspektiv på sårhelingen mangler. Videre ble data på flere pasienter samlet inn etter at pasientene ble utskrevet ved at prosjektsykepleier ringte pasienten. Det var derfor pasientens opplevelse av tilhelingen av donorstedet som ble registrert, ikke prosjektsykepleiers observasjon. Dette kan ha bidratt til unøyaktighet. Ved presentasjon av funn har vi også brukt gjennomsnittsverdi.

BETYDNING. Kvalitetsstudien har først og fremst gitt oss anledning til å se sykepleiepraksis på vår sengepost i et nytt, kritisk lys. Vi er blitt mer bevisste på hvordan beslutninger om sårbehandling tas, hvordan vi som faggruppe bruker vår kompetanse i faglige diskusjoner og hvordan vi samhandler med annet helsepersonell og pasienter. Videre har vi fått anledning til å sammenlikne våre funn med annen forskning samt at vi har presentert studien i ulike fora, internt og eksternt.

Vi har erfart at prosedyrer og retningslinjer lett blir glemt og oversett i en travel sengepost. Videre har vi erfart at det er utfordrende å arbeide kunnskapsbasert på dette området fordi sårbehandling er komplekst. Mange faktorer spiller inn for at et sår skal gro, og det finnes et mangfold av bandasjemateriell, oppfatninger, forskning og erfaringer om dette.

I kjølvannet av kvalitetsstudien samarbeider vi med Plastikkirurgisk poliklinikk, OUS, om et e-læringsprogram om sårbehandling

av donorsted og hudtransplantasjon. Avdelingens rutiner, prosedyrer og pasientinformasjon er revidert. I tiden fremover vil vi arbeide videre med å øke vår kompetanse om sår slik at vi i større grad kan bidra til å forbedre den helhetlige behandlingen til pasienter med donorsteder. ●

«Donorstedet blir ofte beskrevet som mer smertefullt enn såret som er dekket med hudtransplantat.»

REFERANSER:

- Dealey C. The care of wounds – A guide for nurses. 4. utg. West Sussex: Wiley-Blackwell UK, 2012.
- Ioannou KR, Nørhøge L. Sygepleje til plastikkirurgiske pasienter. I: Nielsen BK, Knutstad U. red. Sygeplejebogen 2, Teoretisk-metodisk grundlag for klinisk sygepleje. København: Gads Forlag, 2003: 807–48.
- Schreuder SM, Vermeulen H, Qureshi MA, Ubbink DT. Dressings and topical agents for donor sites of split-thickness skin grafts (Protocol) The Cochrane Library 2009.
- Voineskos SH, Ayeni OA, McKnight L, Thoma A. Systematic review of skin graft donor-site dressing. Plastic and Reconstructive surgery 2009;124(1): 298–306.
- Karlsson M, Lindgren, Jarnhed-Andersson I, Tarila E. Dressing the split-thickness skin graft donor site: a randomized clinical trial Adv skin wound care 2014;27:20–5.
- Lindholm C. Sår. 3. utg. Oslo: Akribes, 2012.
- Brölman FE, Eskes AM, Goslings JC, Niessen FB, de Bree R, Vahl AC, Pierik EG, Vermeulen H, Ubbink DT. Randomized clinical trial of donor-site wound dressings after split-skin grafting. British Journal of Surgery 2013; 100:619–627.
- Demirtas Y, Yagmur C, Soylemez F, Ozturk N, Demir A. Management of split-thickness skin graft donor site: A prospective clinical trial for comparison of five different dressing materials. Burns 2010;36:999–1005.
- Anstead GM. Steroids, retinoids and wound healing. Adv Wound care 1998Oct; 11(6): 277–285.
- Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Hals EK, Kvarstein G, Stubhaug A. Assessment of pain. Br J Anaesth 2008 Jul; 101(1): 17–24.
- Werner MU, Mjoberg HN, Nielsen PR, Rudin A. Prediction of postoperative pain: a systematic review of predictive experimental pain studies. Anesthesiology 2010 Jun; 112(6): 1494–502.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no



Astrid Ingeborg Austrheim

Stopper lekkasjer

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

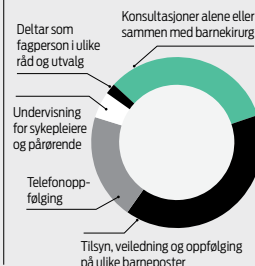
Fakta

Nyutdannet sykepleier i 1985

CV

1999: Videreutdanning i barnesykepleie
2001–2013: Avdelings- sykepleier/seksjonsleder kirurgisk barneavdeling
2009: Master i helseledelse, økonomi og administrasjon
2013: Videreutdanning i stomisykepleie

Når jeg jobber driver jeg med ...



Jobber i Oslo kommune
60°N

Analinkontinens er det ikke mange som snakker om. Samspillet mellom hode og tarm skal liksom fungere. Men jeg møter barn som av ulike grunner ikke har full kontroll på avføringen. Det kan skyldes medfødte misdannelser som analatresi eller Hirschsprung, kreft eller at det av andre grunner har oppstått problemer.

Jeg følger opp alt fra nyfødte babyer på 500 gram til ungdom opp til 18 år. Ikke alle tenker på at også premature kan trenge stomi. De kan få nekrotiserende enterokolitt, som medfører at deler av tarmen får for dårlig blodtilførsel og dør. Årsaken er uklar. I vinter hadde vi en periode 3–4 samtidig, akkurat nå har vi ingen. Heldigvis er disse stomiene ofte midlertidige.

Jobben min er veldig selvstendig og variert. Jeg har ofte to–tre barn til planlagt konsultasjon. Resten av tiden har jeg tilsyn ved de ulike barneavdelingene på Rikshospitalet.

Å lekke avføring er ikke så stigmatiserende når man er liten. Da kan bleier være lettvin. Men når barna nærmer seg skolealder begynner det å haste med å finne løsninger. Noen har fast stomi, noen stomi for både urin og avføring. Noen har stomi i perioder, andre bruker hjelpemidler som klyster og skylleklyster og noen klarer seg med kostregulering. Det er viktig å finne individuelle løsninger som fungerer. Tenk deg å være ungjente på fotballkamp i hvite shorts og få brune flekker i baken. Det er ikke spesielt morsomt.

Jeg opplever at vi klarer å hjelpe de fleste barna. At de blir hemmet av dette i hverdagen tror jeg er en myte. Jeg møter ungdom som spiller håndball, turner og kjører motocross.

Foreldre kan reagere med sjokk på diagnosen. Misdannelser i endetarm er ofte ikke oppdaget på ultralyd, så de er uforberedt. De tar det forskjellig, men med tiden blir stomien et veldig lite problem. Det praktiske blir de fleste flinke til veldig kjapt. De får et kontrollert forhold til avføring og tilpasser det hverdagen utrolig fort.

Jeg har jobbet med barn i 26 år. Lenge var jeg leder, men jeg har alltid hatt et hjerte for de barnekirurgiske barna. Å kunne bidra til at de kan leve normalt, ser jeg som veldig meningsfylt. ●

nina.hernes@sykepleien.no



Sykepleien APP

Se film om hvordan Astrid Ingeborg Austrheim jobber på Sykepleiens nettbrettutgave.



Jobber med barn: Astrid Ingeborg Austrheim er spesialsykepleier på kirurgisk dagavdeling for barn ved Rikshospitalet i Oslo. Her en liten hjelper med gastrostomi.



Inger Pauline Landsem

– Viktig å forstå de aller minste

Tekst **Ingvald Bergsagel** • Foto **Ingun Alette Mæhlum**

Doktorgrad. For tidlig fødte kan være ekstra vanskelige å tolke, men gevinsten er stor om man lykkes.

Det å forstå hva en sprellende, skrikende bylt av et vesen egentlig vil, kan være vrient nok for alle foreldre. Når barnet har hatt det ekstra travelt med å bli født, øker vanskelighetsgraden.

– For nybakte og usikre foreldre kan et prematurfødt barn oppleves som en spesielt passiv og tilbaketrukken samtalepartner.

Det forklarer Inger Pauline Landsem, som er klinisk spesialist i sykepleie for premature og syke nyfødte. Siden 1993 har hun jobbet ved nyfødt intensivavdeling på Universitetssykehuset i Tromsø.

– Det er selvsagt store individuelle forskjeller, men mange for tidlig fødte smiler mindre, reagerer langsommere på stimuli, trenger mer oppmerksomhet og hyppigere skift av aktiviteter. De er på vei til å bli den beste versjonen av seg selv, men det tar gjerne litt lengre tid.

Frustrasjonen over ikke å klare å tolke barnet godt nok kan gjøre foreldrene stresset og usikre, noe som igjen kan påvirke den lilles psykiske, kognitive og sosiale utvikling.

LANGVARIG EFFEKT. Betydningen av godt samspill mellom nyfødte og deres foreldre har opp tatt Landsem i mange år.

I 2012 utga hun boken «En bedre start» om

temaet. Nylig forsvarte hun sin doktorgradsavhandling om effekten tidlig og strukturert veiledning av foreldre kan ha på utviklingen til prematurfødte barn helt frem til niårsalder.

Resultatene indikerer at veiledning bidrar til bedre samspill og redusert foreldrestress, noe som i sin tur har en positiv og overraskende langvarig effekt på barnas utviklingsmønster.

– At et så begrenset tiltak i spedbarnstiden kunne ha effekt så lenge, det hadde vi ikke forutsett, sier Landsem.

PREMATURPROSJEKTET. Doktorgradsavhandlingen er foreløpig siste kapittel i et større forskningsprosjekt i Tromsø, som har pågått siden 1999.

I dette såkalte Prematurprosjektet har for tidlig fødte barn blitt fulgt gjennom det første leveåret. Forskerne har studert effekten av deltakelse i et bli kjent-program. I tiden etter fødselen deltok familiene i til sammen tolv timelange veiledningsøkter, både før og etter utskrivning fra sykehus.

I dag er barna blitt 16 år og følges fremdeles, mens avhandlingen til Landsem tar for seg deres utvikling frem til niårsalder.

ENGASJERT FOR DE MINSTE. Landsem var selv én av åtte sykepleiere som i sin tid utførte de tidlige intervensjonene tilbake i år 2000, men

hennes engasjement for de aller minste går lenger tilbake.

– Allerede de første årene her på nyfødt intensivavdelingen deltok jeg på kurs i å kommunisere med prematurfødte og å understøtte utvikling.

Da Universitetet i Tromsø (UiT) og UNN gikk sammen om nevnte forskningsprosjekt, var ikke Landsem i tvil.

– Jeg visste med én gang at dette ville jeg være med på. Om ikke, ville jeg finne meg noe annet å gjøre.

VARIG EFFEKT. Allerede under de tidlige intervensjonene hadde Landsem en sterk følelse av at de tilførte foreldre og barn noe vesentlig.

– Det vi ikke visste, var om det ville vare. Andre oppfølgingsstudier viser nemlig at virkningen kan avta etter noen år.

I årene som fulgte jobbet hun mye med å implementere kunnskapen fra forskningsprosjektet i praksis. Hun utdannet seg blant annet som instruktør i vurderingsmetodene NBAS (Neonatal Behavioral Assessment Scale) og NBO (Newborn Behavioral Observation).

For tre år siden åpnet så muligheten seg for å søke en doktorgradstilling knyttet til Prematurprosjektet, og i februar disputerte hun altså med avhandlingen «Results from the Tromsø Intervention Study on Preterms until children's age of nine».

BEDRE OPPMERKSOMHET. Ifølge Landsems analyser får barna fra familier som har mottatt ovennevnte tiltak, ikke mer problemer med oppmerksomhet og sosial utvikling enn terminfødte.

Tiltaket skal også over tid ha beskyttet mot økning i såkalt tilbaketrekningssatferd, som er et annet kjent problemområde for prematurfødte.

– Til nå har man vært mest opptatt av å se på



«Prematurfødte bør få utsatt skolestart.» Inger Pauline Landsem



KONTAKT: Inger Pauline Landsem er opptatt av å gi prematurfødte som lille Ask, en god start. Her får gutten, født to og en halv måned for tidlig, hvile litt på pappa Kenneth Jenssens bryst. Foto: Ingun A. Mæhlum

biomedisinske følgetilstander, altså den mer kroppslige utviklingen, hos disse barna. Jeg har derimot erfart at det ligger en sosioemosjonell utvikling som et fundament under all annen utvikling – det være seg kognitiv, motorisk eller språklig.

Landsem er opptatt av at denne utviklingen får næring av barnas sosiale erfaring. Ikke minst er kontakten med foreldrene essensiell.

– Siden premature kan være vanskelige å forstå, er det viktig at foreldrene er mye sammen med barnet og dessuten at de får en strukturert veiledning i å forstå barnet, slik at de får etablert en så god relasjon som mulig.

UTSATT SKOLESTART. Ifølge Landsem når prematurfødte de samme milepælene som barn født på termin, men de kommer senere til dem. Det

kan dermed være mer krevende for dem å håndtere sosiale settinger som barnehage og skole.

– Jeg er derfor opptatt av at prematurfødte bør få utsatt skolestart, justert etter termindato, men det er vanskelig å få utdanningssystemene med på dette.

Både lærere, barnehageansatte og helsesøstre trenger mer kunnskap om prematurfødte, mener Landsem.

– Jeg synes ikke minst det er dramatisk at ikke alle helsesøstre får opplæring i disse barnas spesielle behov.

RURAL UTFORDRING. Selv om forskningen til Landsem indikerer at prematurfødte har stor og langvarig nytte av strukturert foreldreveiledning, er det langt igjen før alle får det. Spesielt utfor-

«Det er så viktig at vi jobber relasjonelt med disse familiene.»

drende er dette i rurale strøk.

– Vi klarer ikke å få til dette utelukkende med hjemmebesøk, påpeker Landsem.

Landsem har derfor tatt til orde for et tilbud i form av ressurspoliklinikker, eventuelt regionale fagteam, som kan støtte familier og ansatte i primærhelsetjenesten på barnets hjemsted.

– Det er så viktig at vi jobber relasjonelt med disse familiene. Den oppgavefokusede «her bestemmer vi»-metoden er avleggs! ●

ingvald.bergsagel@sykepleien.no



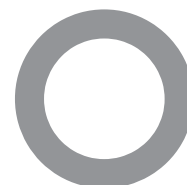
ØNSKER PALLIASJON TIL BARN HJEMME

Avansert pleie. De fleste uhelbredelig syke barn og deres familier foretrekker hjemmesykehus, noe som krever at helsepersonell har bred kompetanse.

BACHELOROPPGAVE:

Artikkelen bygger på

100 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2016.57519



Margarita Johansen,
sykepleier,
Tromsø
hjemme-
sykepleie

I Norge viser dødsårsaksregisteret fra 2000–2012 at det er om lag 300–450 dødsfall blant barn og ungdom årlig. En tredjedel av dødsfallene skyldes onkologiske diagnoser, mens resten skyldes nevrologiske lidelser og misdannelser hos barnet (1).

PALLIASJON. Palliativ behandling er nødvendig for ethvert barn som er rammet av uhelbredelig sykdom. Det gjelder ikke bare medisinsk behandling, men også eksistensiell smerte og psykosomatisk behandling (2). Palliativ omsorg for barn i livets slutfase er en av de mest omfattende oppgavene innenfor helse- og omsorgssektoren. Økt vekt på lindrende omsorg og pleie, både for barn og deres pårørende, er viktig for å kunne gi et bredspektret tilbud innenfor palliativ pleie.

ØKT KOMPETANSE. Dette krever et tverrfaglig samarbeid mellom ulike instanser innen helse- og omsorgstjenesten. For å kunne ivareta barnas behov er det strengt nødvendig med økt og bred kompetanse og kunnskap hos helsepersonellet, slik at kvaliteten på tilbudet som gis heves. For å kunne nå et slikt mål fokuserer man mer på pårørendes deltakelse. I tråd med dette er det opprettet et opplæringsprogram som skal gi

pårørende kunnskap om lindrende behandling, samtidig som det bidrar til økt kompetanse om palliativ behandling hos helsepersonell (3).

STUDIEN. I min studie har jeg sett på hjemmesykehusets betydning for det kronisk syke barnet under 14 år i den palliative fasen, og sammenliknet tilbudet med sykehusbehandling. Jeg har brukt både kvalitativ og kvantitativ forskning i studien, mer spesifikt gjennom analyse av statistikk og forskningsartikler fra tidsrommet 1991–2015. Årsaken til at første artikkel kun går tilbake til 1991 er at dette er tidligste året jeg fant relevant forskning rundt temaet. Jeg valgte totalt 27 relevante artikler til videre analyse og endte, etter en grundig gjennomgang av alle artiklene, til slutt opp med tolv norske og internasjonale forskningsartikler som var relevante.

FAMILIEN. Pleie til et sykt barn omfatter ikke bare barnet selv, men involverer hele familien. Flertallet av barna ønsker spesialisert hjemmebehandling hvor de får mulighet til å dø i hjemmet (2). Tverrfaglig samarbeid mellom ulike instanser, som for eksempel barneavdeling og palliativ enhet, er sentralt for å kunne gjennomføre terminal omsorg i hjemmet.

Til tross for at flertallet ønsker hjemmebasert palliativ behandling, vil det i noen tilfeller kunne forekomme at barnet har behov for terminal behandling på sykehus. Dette kan for eksempel skje hvis behandling i hjemmet blir for belastende for pårørende (2). At den palliative behandlingen er bredspektret innebærer at omsorgen i større grad omfatter hele familien. (7,8,12,13).

BARN PÅ SYKEHUS. Barnas behov ved en sykehusinnleggelse har tidligere vært lite vektlagt i helsevesenet og forskning. Tidligere mente man at barn hadde det best på sykehus uten foreldres tilstedeværelse. Grunnen til dette var at helsepersonellet mente foreldrenes tilstedeværelse medførte økt emosjonell uro hos barna (4). I løpet av de siste to tiårene har det skjedd store forandringer med sykehusopphold for barn. Til tross for at omveltning av barnets hverdag kan by på utfordringer, ansees sykehusoppholdet som mindre traumatiserende for barnet. Mye av grunnen til dette er at foreldres tilstedeværelse nå er et nøkkelord under barnets opphold på sykehuset (5,6).

SOSIALE BEHOV. Barn med alvorlige kroniske lidelser opplever hyp-pige og lange sykehusinnleggelser

Fakta ●●●●

Hovedbudskap

Det er et stadig økende behov for utvikling av et bedre optimalisert behandlingstilbud innen barnepalliasjon. Barnepalliasjon omfatter hele familien, noe som krever en familiesentrert pleie. Forskning viser at behandling i hjemmet gir den beste familiesentrerte pleien. Det er likevel viktig å få frem at dersom dette skal bli fremtidens behandlingsarena er det strengt nødvendig med økt faglig kompetanse blant sykepleiere innen palliasjon til pediatriske pasienter.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Barn
- Familie
- Palliasjon
- Kompetanse



Trygg: Det er positivt med en mest mulig normal tilværelse når et barn er uhelbredelig sykt. (NB: Barnet på bildet har ingen forbindelse med temaet.) Illustrasjonsfoto: Colourbox

med varierende tidsrom. Selv om barnet er inne i et palliativt sykdomsforløp og ofte gjennomgår intensiv behandling, er det likevel viktig at man vektlegger barnet og foreldrenes sosiale behov (7).

Funn viser til at barn og pårørende har behov for sosial omgang selv i en livskrise, og at den sosiale delen av barnets liv virker inn på barnets livskvalitet (5,7–11)

FORELDREROLLEN TRUES. Foreldre til et sykt barn som innlegges i sykehus vil oppleve at foreldrerollen trues. Det meste av barnets pleie skal nå overlates til helsepersonell, noe som kan være utfordrende og vanskelig for foreldrene. Det er derfor viktig å bidra til kontroll og mestring av foreldrerollen ved å støtte og veilede foreldrene i avgjørelser vedrørende barnets pleie (12).

«Pleie til et sykt barn omfatter ikke bare barnet selv, men involverer hele familien.»

ØKT LIVSKVALITET. Ved en sykehusavdeling kan tid være en mangelfull ettersom sykepleieren har ansvaret for flere pasienter om gangen (13). Mye nyere forskning konkluderer med at den «nye» behandlingsarenaen – hjemmet – byr på flere positive aspekter for den helhetlige familien. Det å få ha en så normal tilværelse som mulig blir





ansett som det absolutt viktigste for både barnet og foreldrene.

Behandlingen i hjemmet bidrar til økt livskvalitet for hele familien. Pleien er direkte rettet mot familien som helhet og ivaretar dermed alles behov. Selv uten kontinuerlig tilsyn, slik som ved en barneavdeling, opplevde foreldrene og barna trygghet. Sykepleieren hadde aldri dårlig tid, ga dem hjelp og veiledning og bidro dermed til mestring, og satte av tid til samtaler (7,8,11,13–16).

IVARETATT. Hjemmebasert behandling byr i større grad på familiesentrert pleie ettersom sykepleierens tid i hjemmet kun er avsatt til den enkelte pasient og hans eller hennes familie (13). Funn indikerte at pleien ga psykososial støtte for familien og at familien følte sykepleierne hadde god tid til samtale og dermed bidro til at familien følte seg ivaretatt (8,13).

SPELALUTDANNELSE. Barnepalliasjon krever at sykepleieren har bredspektret kompetanse, en kompetanse som dessverre mangler hos helsepersonell uten spesialutdannelse (10,13). Derfor er det svært viktig at sykepleiere, og annet helsepersonell involvert i behandlingen, enten er spesialutdannet eller gjennomgår grundig opplæring før man setter i gang med behandlingen i hjemmet (17).

Hjemmesykehus skal kunne tilby like pasientsentrert og kvalitets-sikker pleie som i sykehus. Det krever derfor at det iverksettes tiltak som kan opprettholde disse kravene. Selv om hjemmesykehus kan by på visse utfordringer innen pasientsikkerhet, konkluderer likevel funnene med at behandling i hjemmet er like forsvarlig som behandling i sykehus – dersom god kompetanse hos sykepleier og foreldre foreligger. (7,9,13,18,19).

RELASJON. Behandling av et alvorlig sykt barn i hjemmet skal foregå på barnas premisser. Det er derfor viktig å se på barna som et eget individ som har helt andre pleiebehov enn voksne (20). For å

gi barnet helhetlig pleie er det essensielt å etablere et tillitsforhold til barnet, og samtidig sette seg inn i barnets perspektiv og tilstand.

Den helhetssentrerte palliative pleien skal være preget av omsorg, trygghet og tilstedeværelse, slik at det oppstår et tillitsbasert forhold mellom barnet og sykepleieren. Det bygges videre på jeg-du-forholdet og skapes et jeg-oss-forhold. Ved jeg-oss-forholdet sees partene fortsatt på som to helt ulike individer, men i et fellesskap basert på tillit, trygghet og forståelse (14).

NEGATIVE FØLGER. En studie viser til at hjemmesykehus kan gi negative følger ved langtidsbehandling, og at økt stressnivå er mest fremtredende. Årsaker som nevnes er blant annet utfordringer rundt medisinske prosedyrer, samt organiseringen av behandlingen og interaksjonen med sykepleierne (7). Det pekes på at videre forskning er nødvendig.

Det er også observert at stressnivå og graden av byrde som påføres foreldrene i noen tilfeller er høyt, selv etter innføring av hjemmesykehus (13). Det kan videre føre til fysisk utmattelse hos foreldrene ettersom de overtar hovedansvaret for barnets pleie (10).

KONKLUSJON. Min studie viser at hjemmesykehus oppleves som tryggere, mer avslappende og gir mulighet for en normal hverdag. Hjemmesykehus er derfor å foretrekke for de aller fleste syke barn og deres familier. Man ser også et tydelig behov og stadig høyere ønske blant barn og familier om behandling i hjemmet som en del av dagens helsesystem, og at hjemmesykehus i dag utvikles til å bli så pasient- og familiesentrert som mulig. Dette innebærer at man vektlegger pasientsikkerhet, kvalitet på pleien og trygghet. Nøkkelord for hjemmesykehus er *familiesentrert og livskvalitet* – og at man styrer pleien mot å oppfylle hele familiens behov for omsorg. ●

REFERANSER:

- Grøgaard J. (2015). Palliasjon til barn – et satsingsområde. Paper lagt frem på First Hotel Alstor 2015, Stavanger. Abstract hentet fra <http://legeforeningen.no/PageFiles/186837/Palliasjon%20til%20barn%20%E2%98%80%93%20et%20satsningsomr%C3%A5de.pdf>.
- Hellebostad M. Palliativ behandling av barn. Omsorg. 2014;31(4):32–6.
- Meld. St. 29 (2012–2013). (2013). Morgendagens omsorg. Hentet 07.03.2015 fra <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/?docId=5TM201220130029000DDDEPIS&q=&navchap=1&ch=3>.
- Nortvedt L & Kase BF. Barns rettigheter i norske sykehus – er barn og foreldre fornøyd? Tidsskrift for Den norske legeforening. 2000;120(4):469–71. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/article/110093/>.
- While AE. (1991). An evaluation of a paediatric home care scheme. Journal of Advanced Nursing. 16(12), 1413–1421. Hentet fra <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c0aaff33-9b29-4116-8ca2-e9276096e422%40sessionmgr4004&vid=1&hid=4207>.
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2013). Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. Hentet 15.04.2015 fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>.
- Hansson H, Hallström I, Kjærgaard H, Johansen C & Schmiegelow K. Hospital-Based Home Care for Children With Cancer. Pediatric Blood Cancer. 2011;57(3):369–77. doi: 10.1002/pbc.23047.
- While, A. E. (1992). Consumer views of health care: a comparison of hospital and home care. Child: care, health and development. 1992;18(2):107–116.
- Stevens B, Croxford R, McKeever P, Yamada J, Booth M, Daub S, Gafni A, Gammon J & Greenberg M. (2006). Hospital and Home Chemotherapy for Children with Leukemia: A randomized Cross-Over Study. Pediatric Blood Cancer. 2006;47(3):285–92. doi: 10.1002/pbc.20598.
- Eskola K, Bergstraesser E, Zimmermann, K & Cignacco E. Paediatric end-of-life care in the home care setting (PELICAN HOME) – a mixed method study protocol. The Journal of Advanced Nursing. 2015;71(1), 204–13. doi: 10.1111/jan.12463.
- Friedrichsdorf SJ, Postier A, Dreyfus J, Osenga K, Sencer S & Wolfe J. Improved Quality of Life at End of Life Related to Home-Based Palliative Care in Children with Cancer. Journal of Palliative Medicine. 2015;8(2): 143–50. doi: 10.1089/jmp.2014.0285.
- Grønseth R & Markestad T (2011). Pediatriske og pediatrisk sykepleie (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Groh G, Borasio GD, Nickolay C, Bender H-C, von Lüttichau I & Führer M. Specialized Pediatric Palliative Home Care: A Prospective Evaluation. Journal of palliative medicine. 2013;16(12):1588–94. doi: 10.1089/jpm.2013.0129.
- De Sá Franca JRF, Da Costa SFG, Lopes MEL, Da Nóbrega MML, & De Franca ISX. The importance of communication in pediatric oncology palliative care: focus on Humanistic Nursing Theory. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2013;21(3):780–6. Hentet fra <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/0104-1169-rlae-21-03-0780.pdf>.
- Hsiao JL, Evan EE & Zeltzer LK. Parent and child perspectives on physician communication in pediatric palliative care. Palliative and Supportive Care. 2007;5(4):355–65. doi: 10.1017/S1478951507700557.
- Köhlen, C., Beier, J. & Danzer, G. (2000). «They Don't Leave You on Your Own:» A Qualitative Study of the Home Care of Chronically Ill Children. Pediatric nursing. 26(4), 364–371. Hentet fra <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=6e8fcca-b747-47bd-827d-27c0e2458e5e%40sessionmgr110&vid=1&hid=101&bdata=JnNpdG U92Whvc3QtbGl2ZQ%3d%3d&db=rzh&AN=2000065810>.
- Toften I. Syke barn har det best hjemme. Sykepleien. 2010;98(3):66–9. Hentet 01.03.2015 fra <https://sykepleien.no/forskning/2010/03/syke-barn-har-det-best-hjemme>.
- Bradford, N., Armfield, N. R., Young, J., Ehmer, M. & Smith, A. C. Safety for home care: the use of Internet video calls to double-check interventions. Journal of Telemedicine and Telecare. 2012;18(8):434–7. doi: 10.1258/jtt.2012.GTH102.
- Wolff J, Robert R., Sommerer A & Volz-Fleckenstein M. Impact of a Pediatric Palliative Care Program. Pediatric Blood Cancer. 2010;54(2):279–83. doi: 10.1002/pbc.22272.
- Nygaard, H., Ziener, V. M., & Lindell, K. H. (2014). Barn og palliasjon: Erfaringer fra Avansert hjemmesykehus for barn (AHS). Omsorg. 2014;31(4):17–21.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til
torhild.apall@sykepleien.no



Vitenskapelige artikler på sykepleien.no



Nylig publisert. På sykepleien.no finner du et stort arkiv med fagfelle-vurderte forskningsartikler som er relevante for sykepleiere i praksis, for høyskoler og studenter.

Sammendrag:



Praksisveileders refleksjoner om akademisering av spesialutdanningene

Bakgrunn: I Norge tilbyr halvparten av utdanningsstedene spesialutdanning på masternivå i anesthesi- og intensivsykepleie (AI), noen få i operasjonssykepleie (O), ingen i kreftsykepleie (K). Diskusjonen i Norge preges av argumenter for og imot akademisering av spesialutdanningene. Det er lite forskning på hva akademisering medfører.

Hensikt: Få innsikt i hvordan spesialsykepleiere med veiledningsansvar for studenter i AIO- og kreftsykepleierutdanning betrakter akademisering av profesjonene og tilrettelegging for masterutviklingen i praksisfeltet.

Metode: Kvalitativt design med innholds-analyse av tekster fra praksisveiledere i AIOK-utdanningene og gruppediskusjon basert på temaer fra tekstanalysen.

Resultat: Akademisering av videreutdanningene betraktes som en naturlig utvikling i samfunnet og forutsetning for rekruttering at all høyere utdanning må være i stigen bachelor, master og ph.d. Noen er bekymret for at masterutdanning gir lavere handlingskompetanse og at korte videreutdanningstilbud forsvinner.

Konklusjon: For praksisveilederne er akademisering av videreutdanning nødvendig for fag, tjeneste og rekruttering. Korte videreutdanningstilbud bør bestå, men gi uttelling i mastermoduloppbygging. Utdannings- og praksisfelt må samarbeide tett, misoppfatninger om masterutdanning må oppklares og masteroppgaver må være nyttige for fag og tjeneste.

Forfattere:

Bente Skogsaas



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

Scann Qr-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no



Sammendrag:



Kunnskapsbasert praksis i sykepleierutdanningen

Bakgrunn: Det forventes at kunnskapsbasert praksis (KBP) ligger til grunn for beslutninger i klinisk praksis. Det krever at utdannede sykepleiere anvender KBP i praksis. Ifølge HelseOmsorg21 svarer dagens utdanninger i for liten grad til de utfordringene helsevesenet står overfor på dette feltet.

Hensikt: Å undersøke og beskrive forskningslitteratur om KBP i sykepleierutdanningen.

Metode: Modifisert scoping review med systematiske søk (Cochrane Library, Medline, CINAHL, Embase, Swemed+ og Eric) samt håndøk. Søket var begrenset til perioden 2000–2014. Alle studier som omhandlet KBP i sykepleierutdanningen ble vurdert. To uavhengige lesere vurderte inklusjon av hver studie.

Resultater: Elleve studier, med ulike forskningsspørsmål og design og av varierende kvalitet ble inkludert. Samtlige artikler beskrev at læringsaktiviteter i alle trinnene i KBP måtte inngå i programplanen. Åtte studier hadde inkludert KBP i kliniske emner. Fem studier undersøkte studentenes læringsutbytte etter systematisk innføring av KBP i programplanen. Funnene antyder at en systematisk opplæring i KBP med interaktive læringsmetoder i samarbeid med praksis kan ha positiv effekt på studentenes læring.

Konklusjon: Systematisk opplæring i KBP i samarbeid med praksisfeltet kan ha positiv effekt på studentenes læring. Mer internasjonal og norsk forskning med ulike studiedesign er nødvendig for å øke kunnskapsgrunnlaget.

Forfattere:

Torunn Erichsen,
Gro Røkholt og
Inger Utne



ARTIKKELEN PÅ NETT



Sykepleien.no

Scann Qr-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no





Empatisk nærvær. Barmhjertighet og forsvarlig helsehjelp krever mer enn kunnskap om fag og etikk.

Å se pasienten handler ikke bare om tid



Fakta

Lillian Lillemoen

Forsker ved Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo

Dagmar Larsen har inntil for en måned siden vært en aktiv, selvstendig og livsglad pensjonist. Hennes viktigste aktivitet har i mange år vært frivillig arbeid, en virksomhet hun har hatt stor glede av. Etter akutt oppstått sykdom har den ellers så vitale pensjonisten betydelig redusert allmenntilstand, som også har resultert i behov for bistand fra hjemmesykepleien.

Fru Larsen ønsker ikke mer hjelp enn til det mest nødvendige. Hun erkjenner at hun foreløpig er for svak til at hun kan klare seg helt på egen hånd, og etter hjemmesykepleiens vurderingsbesøk gis hun vedtak om tilsyn, hjelp til av- og påkledning samt til måltider.

Men i stedet for forventet tilfriskning er de nærmeste pårørende fortvilte vitner til at kvinnens allmenntilstand svekkes mer og mer. Hun spiser dårlig, er skrøpelig, nedstemt og hun uttrykker tvil om hun vil overleve. Hjemmesykepleien er daglig innom for å utføre de tjenestene vedtaket omfatter. Dagmar blir gradvis dårligere uten at noen fra tjenesten stiller spørsmål ved endrete medisinske og sykepleiefaglige behov.

Å VÆRE PERSONLIG. Det er sider ved Dagmars situasjon som man ikke må være utdannet sykepleier for å se. Å legge merke til at hun spiser dårlig, og at hun er nedstemt og engstelig for ikke å overleve, vil alle som er oppmerksomme overfor andre menneskers situasjon og behov kunne se.

Det er en allmennmenneskelig egenskap å ha blikk for andres sårbarhet. Det krever ikke fagkunnskap eller etikk-kompetanse. Men når man i tillegg som i denne situasjonen bør være godt kjent med kvinnens sykehistorie og medisinske tilstand, er det påfallende at blikket for Dagmars personlige opplevelse av tristhet og tiltakende skrøpelighet savnes og at dette ikke tolkes inn i en faglig sammenheng.

Å VÆRE PROFESJONELL. Profesjonalitet i sykepleie bygger på en omfattende sykepleiefaglig, medisinsk, psykologisk og kommunikativ kompetanse. Men ikke minst bygger det på en observasjonskompetanse som dreier seg om å se om pasienters grunnleggende behov for ernæring, for hvile og for psykisk

støtte er tilfredsstillt. En gradvis forverring av allmenntilstand over tid må fanges opp under et regelmessig tilsyn. Hvis ikke det skjer, er det enten fordi man ikke har den nødvendige faglige kunnskap og erfaring, eller at man ikke har blikk for andre menneskers sårbarhet, eller endog kan det være begge deler. Uansett er dette en alvorlig svikt i faglig og personlig omsorg som kan ha store konsekvenser for Dagmar.

ORGANISATORISKE RAMMER. Det kan hende at organiseringen av hjemmetjenesten og mangel på ressurser bidrar til å bygge oppe under en svikt i omsorgen for Dagmar. Stor turnover av hjemmesykepleiere, med mange forskjellige personer innom, kan føre til at ingen ser den svekkelse i pasientens tilstand som skjer over tid. Reell mangel på tid når man er hos beboeren for å følge opp vedtaket kan føre til at man overser viktige tegn på gradvis svekkelse.

Det at sykepleie i det hele tatt organiseres ut fra enkeltvedtak fører trolig lettere til at man overser helheten. Man får tunnel-syn og utfører de oppgavene vedtaket sier, mens oppmerksomheten på kvinnens behov er nedprioritert. I dette tilfellet ser man kanskje bare at hun skal ha hjelp til å kle på seg. Men ser man etter om hun spiser, og hører man etter hva hun sier?

Suboptimal organisering og/eller ressursknapphet kan lett lede til en tjeneste som er faglig uforsvarlig og lite omsorgsfull. Hvis sykepleieren i tillegg ikke har den nødvendige fagkompetanse eller blikk for de signaler personen sender ut, står man overfor en farlig blanding som lett kan lede til omsorgssvikt.

Å VÆRE BÅDE PERSONLIG OG PROFESJONELL. Omsorg, omtanke og barmhjertighet er fremtredende verdier i den profesjonelle sykepleien, og sykepleie er en tjeneste som er relasjonell i sin karakter. Sykepleierens evne til å bruke seg selv i møte med den syke er sentral. Et vesentlig element i relasjonen mellom sykepleier og pasient er sykepleierens følelsesmessige engasjement; vi snakker om en empatisk berørthet som gjør at pasienten blir møtt og sett. Det personlige arbeider sammen med det faglige i en god profesjonell sykepleieutøvelse. Et empatisk personlig og faglig nærvær ville gjort



Fakta

Per Nortvedt

Professor ved Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo

sykepleieren sensitiv overfor Dagmar; hennes følelsesmessige uttrykk, reaksjoner, opplevelser, endringen i helsetilstanden og behovet for sykepleie. Et personlig og profesjonelt nærvær er en motvekt til en instrumentell, oppgaveorientert sykepleie.

ETIKK. Men hva hvis det personlige nærværet, den empatiske oppmerksomheten overfor pasienten og hennes ve og vel er fraværende? Etisk refleksjon over egen praksis, over verdier og normer som aktualiseres og står på spill i konkrete situasjoner, kan trolig fungere som et sikkerhetsnett.

Kari Martinsen omtaler dette som «krykkemoralen». Krykkemoralen kan fungere som en hjelp og bistå til at sykepleien blir faglig forsvarlig i situasjoner hvor det spontant gode feiler. Kan-

«Det er en allmennmenneskelig egenskap å ha blikk for andres sårbarhet.»

skje ville en kollegial refleksjonsprosess blant Dagmars hjemmesykepleiere hjulpet, men bare hvis evnen til å se er til stede.

Evne til å se den andre, hans eller hennes sårbarhet, handler om en grunnleggende empatisk følsomhet som er helt sentral for den gode sykepleien. Den mest kritiske forutsetningen for etisk opptreden er empatisk oppmerksomhet på hva som etisk sett står på spill i situasjonen. Vi snakker om empati, en åpenhet overfor hva som foregår foran øynene mine – som gjør at jeg tar situasjonen «inn over» meg, lar meg berøres, sier forfatterne av boken *Følelser og moral* (1994; 69), Arne Johan Vetlesen og Per Nortvedt. ●

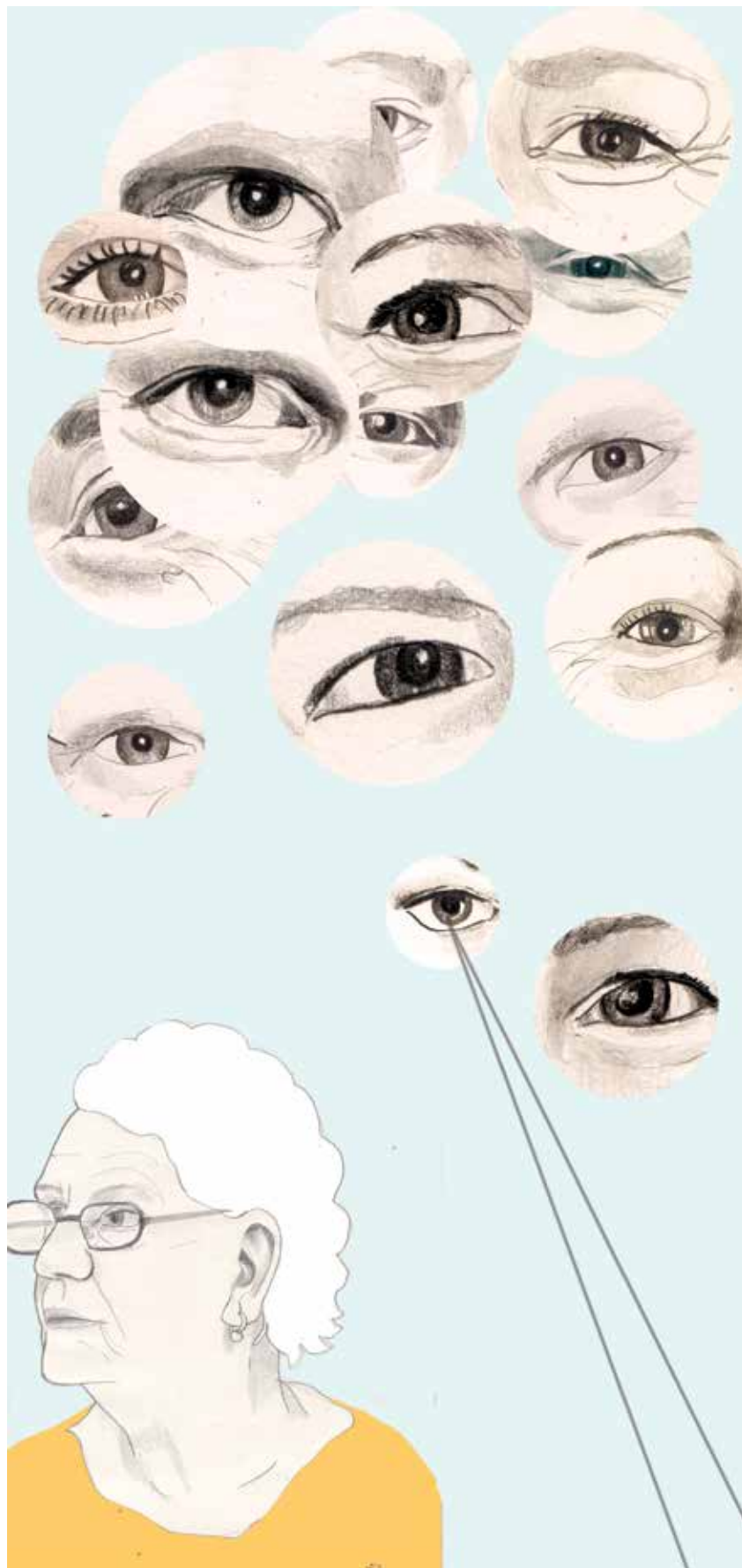


Sykepleien.no

Hva mener du?

Si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no

Illustrasjon: Kathrine Kristiansen





OPPLÆRING GA BEDRE BRUK AV PLEIEPLAN

Dokumentasjon. De ansatte ble tryggere på egne observasjoner og brukte elektronisk pleieplan mer.

DOKUMENTASJONSPROSJEKT:

Artikkelen bygger på

60 % praksis

40 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2016.57523



Ellen Ongkiehong,
Avdelingsleder
ved avdeling
Nyrudskogen,
Vefsn kommune.

Gjennom et dokumentasjonsprosjekt ved vår avdeling ønsket vi å ta i bruk pleieplanen i det elektroniske fagsystemet for å få en mer ensartet, kontinuerlig og fullstendig dokumentasjon av sykepleien til pasientene.



Hege Tangen,
Sykepleier ved
avdeling Nyrudskogen, Vefsn kommune.

HOLDNINGSENDRING. Å la alle medarbeiderne i avdelingen lære det samme, hadde god effekt på bruken av dokumentasjon i avdelingen. Det medvirket til flere gode faglige diskusjoner, og hver enkelt så hvor oversiktlig dokumentasjonen ble. I etterkant har vi sett en holdningsendring. Fra: «Jeg trenger ikke dokumentere hver dag», dokumenterer vi nå litt uansett, fordi det skjer noe med pasienten hver dag. Det å dokumentere ble ufarliggjort, og hver enkelt ble tryggere på dette. Alle fikk samme verktøy og kunnskap til å utføre dokumentasjonen. Erfaring viser at man må bruke tid på prosessen og ikke gi opp. Holdninger og vaner endres ikke over natta.



Tone Knudsen Oddvang,
Førstelektor,
Profesjonshøgskolen, Nord
Universitet,
Campus
Helgeland.

LEDERANSVAR. Avdelingsleder har det sykepleiefaglige ansvaret for avdelingen, og dette innebærer ansvar for at nødvendige tjenester leveres med forventet kvalitet. Hun må sørge for at avdelingen er faglig oppdatert samt arbeide med arbeidsmiljøet. Dette krever at en avdeling hele tiden er dynamisk og i endring.

For at man skal kunne oppnå en god endring i en avdeling i form av både økt kunnskap og holdningsendringer, må leder være til for andre enn seg selv. Gjennom ledelse, som kan ses på som en form for utdanning av andre, vil man kunne føre medarbeiderne fra ett sted til et annet. Utdanning skaper noe som ikke var der fra før og gir økt kunnskap, ferdigheter og innsikt. En klok leder vil være en god lærer og en god lærer vil være en god leder (1).

BAKGRUNN. Dokumentasjonssystemer kan brukes på mange måter. For å gi pasienten best mulig pleie er det viktig at vi dokumenterer systematisk og oversiktlig.

Målet med sykepleiedokumentasjon er at pasientens interesser og rettigheter ivaretas. For å ivareta pasientens sikkerhet må all relevant informasjon være tilgjengelig for den som utfører pleien. Dokumentasjon skal beskrive hvilke vurderinger og tiltak som blir iverksatt, og evalueringen av disse. Da kan man bedømme hvilken virkning og kvalitet pleien man utfører har. Dokumentasjon blir et middel til kvalitetssikring (2).

LOVPÅLAGT. Ifølge helsepersonelloven er vi pliktige til å føre journal for den enkelte pasient (3). I loven er alle som yter helsehjelp definert som helsepersonell, og det er den som

yter helsehjelpen som har lovfestet plikt til å dokumentere for hver enkelt pasient. I tillegg må det tydelig framkomme hvem som har gitt og er ansvarlig for helsehjelpen (2).

Sykepleiedokumentasjon er et arbeidsredskap som gir nøyaktighet i en hektisk hverdag. Og når man bruker tiltaks- og pleieplan fremmer man individuell sykepleie. Det dreier seg om faglig ansvar, og man synliggjør faglige vurderinger slik at man kan gi best mulig pleie til den enkelte pasient. Sykepleiedokumentasjon brukes som bindeledd mellom alle som skal hjelpe pasienten (2).

MANGELFULL. I avdelingen hadde vi lenge sett at dokumentasjonen i pasientjournalen var utilfredsstillende og mangelfull og at en del av det som var dokumentert var dokumentert på feil plass i det elektroniske fagsystemet. Sykepleiere erfarte at det var vanskelig å få en god oppfølging og kontinuitet på forordnede behandlinger fra lege, fysioterapeut og andre. Avdelingen er stor, noe som gjør det utfordrende å følge opp hver enkelt pasient. Vi var redde for at viktig informasjon kunne gå tapt på grunn av dårlig eller manglende dokumentasjon.

UNDERVISNING. Avdelingsleder ønsket at medarbeiderne i avdelingen skulle bli tryggere på hva

Fakta ●●●●

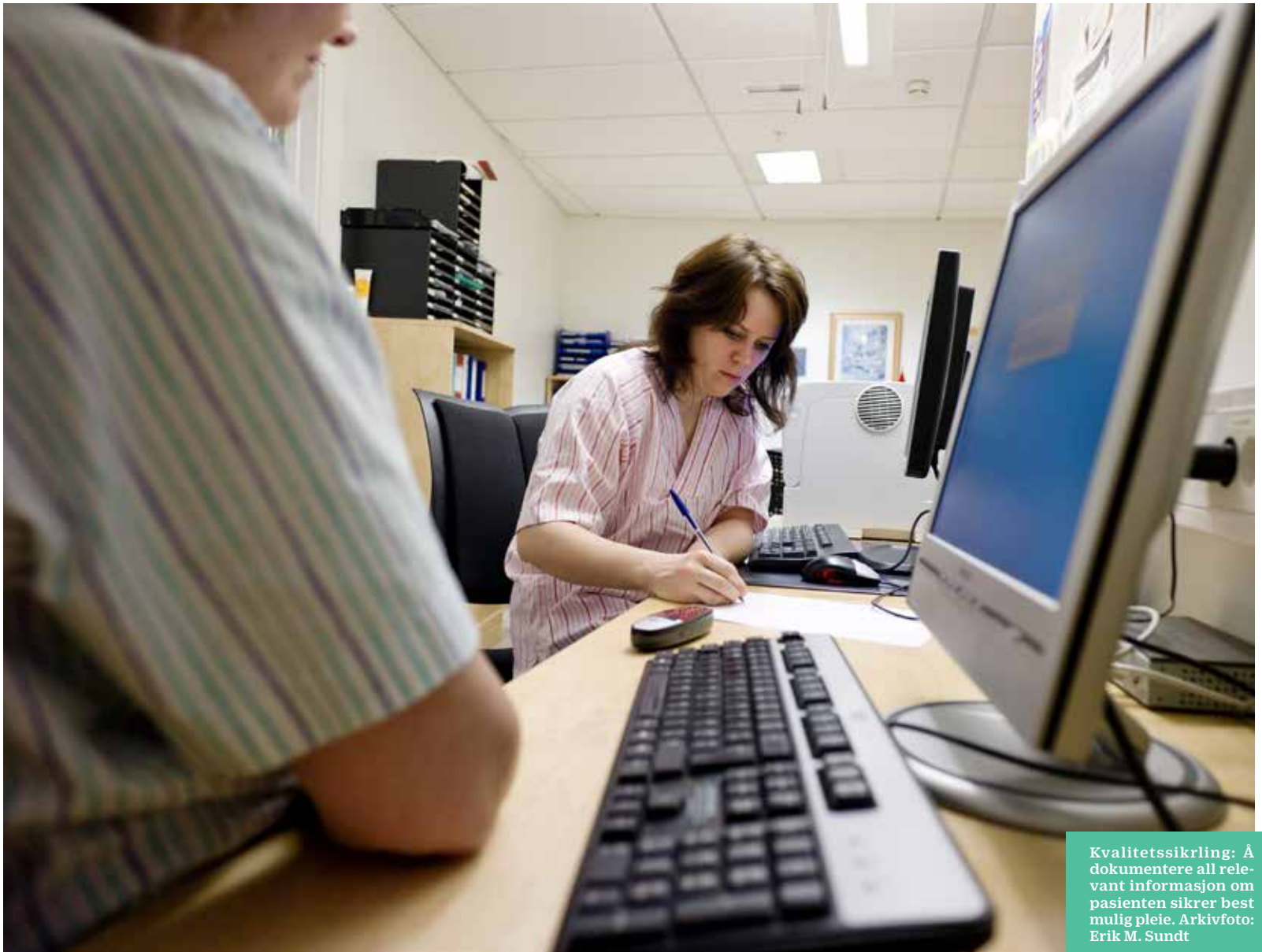
Hovedbudskap

Manglende dokumentasjon var et problem i avdelingen. Ved internerundervisning og å bygge på erfaringer hos medarbeiderne tilførte vi kunnskap og trygghet i bruk av det elektroniske verktøyet. Kommunikasjon og samarbeid i avdelingen økte. For å få dette til har leders medvirkning vært sentral.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider

- Sykepleie
- Dokumentasjon
- Pleieplan
- Pasientsikkerhet



Kvalitetssikring: Å dokumentere all relevant informasjon om pasienten sikrer best mulig pleie. Arkivfoto: Erik M. Sundt

som skulle dokumenteres og bruke det elektroniske dokumentasjonssystemet. Ved bruk av internundervisning ønsket vi å øke medarbeidernes kompetanse på dokumentasjon.

Å drive med internundervisning er en ekstraordinær oppgave som er mer kompleks enn det avdelingen driver med til daglig. Vi valgte derfor å jobbe med

dokumentasjonsopplæringen i prosjektsform da dette var en målrettet engangsuppgave som skulle være tidsbegrenset (4). Målgruppen for dette prosjektet var alle medarbeidere ved avdelingen som bruker det elektroniske fagsystemet.

MÅL. Effektmål for prosjektet:

- Bedre kvalitet på dokumentasjonen i pasientjournal

«Holdninger og vaner endres ikke over natta.»

- Endrete formuleringer og hva som dokumenteres i journal
- Medarbeiderne føler økt trygghet i å dokumentere

- Bedre rapporter mellom vakt-skiftene
- Kvalitetssikring av oppfølging av pasientbehandling
- Pasient og pårørende opplever god oppfølging
- At lege og andre samarbeidspartener opplever at problematikk er godt dokumentert og at forordnede behandlinger følges godt opp





Å overføre kunnskap fra Kar-dex-skriving til å dokumentere i det elektroniske fagsystemet har for mange medarbeidere vært vanskelig.

DOKUMENTASJON. Sykepleierne har ofte opplevd og får muntlig rapport fra medarbeidere om at pasienten har et problem, for eksempel smerter. Hvilke tiltak som er gjort og effekten dette har hatt, har ikke vært godt nok dokumentert. Flere ganger har sykepleier erfart at det har vært vanskelig å overbevise legen om problemer hos pasientene, da det har manglet dokumentasjon som kunne vise til utprøvd tiltak og effekten av disse.

Vi ønsket at tiltaks- og pleieplan i dokumentasjonssystemet skulle brukes i stedet for å skrive enkle journalnotater. Å bruke tiltaks- og pleieplan gir en mye bedre oversikt og oppfølging i pasientjournal. Man får økt oppmerksomhet på pasientens problem og bedre oppfølging av hvert enkelt tiltak.

Vi ønsket også at tilsynslegen på en enklere måte skulle få en god og oversiktlig dokumentasjon på hva som blir gjort og hvilken effekt behandling og tiltak har. Ved å gjøre legen oppmerksom på hvordan vi dokumenterer i sykepleiejournalen håpet vi å oppnå dette.

SPØRRESKJEMA. For å skreddersy opplæringen ble det i for- og etterkant av prosjektet utført en spørreundersøkelse. Utvalget var strategisk, «Purposeful sampling», (5) og ble sett på som nødvendig for å få tilstrekkelig data. Spørreskjemaet var en blanding av avkrysning og mulighet for egne svar, og ble levert i den enkeltes posthylle på arbeidsplassen. Svarprosenten var på 71 prosent.

Svarene dannet grunnlaget for å designe et tilpasset opplærings-tilbud. Ut fra innkomne svar ble målet for kurset: Hvordan skrive og rapportere i tiltaks- og pleieplan, inn- og utmelding av pasienter, e-melding samt noen enkelte registreringstyper som NB-opplysninger, effekt legemidler, gitt informasjon.

KURS. Det ble satt opp følgende kursrekke:

- Kurs 1 «Tiltaks- og pleieplan»
- Kurs 2 «Inn- og utmelding og e-melding»
- Kurs 3 «Ulike reg. typer og repetisjon av tiltaks og pleieplan»

I tillegg ble lovverket tilknyttet dokumentasjonplikten gjennomgått for å forankre forståelsen av den enkeltes plikt til å dokumentere. Kurs 2 var bare for sykepleierne, de andre var for alle. Kursene ble satt opp flere ganger. Totalt ble det gjennomført seks kurs à 1,25 timer.

TILTAK. Underveis i internundervisningen ble det mulig å diskutere ulike problemstillinger og erfaringer. Medarbeiderne ble enige om tiltak for best mulig dokumentasjon i avdelingen. På forhånd ble det laget et case og opprettet en fiktiv pasient i kursbasen. Kursdeltakerne måtte være aktivt med på å formulere hva man skulle skrive, og hva som er greit og ikke greit å skrive.

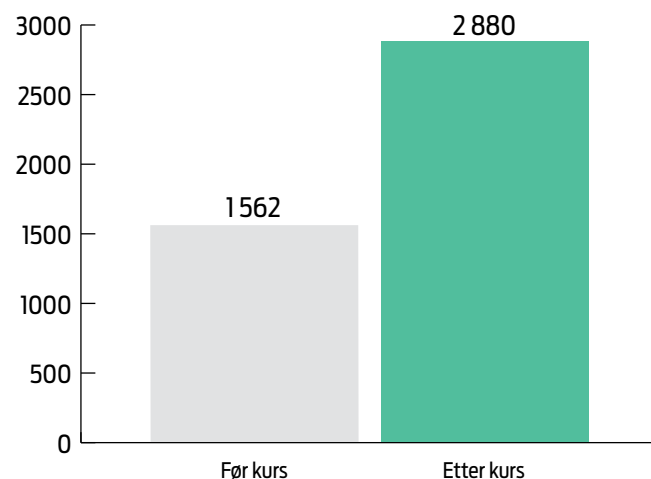
TRYGGHET. I internundervisningen var det viktig å ufarliggjøre det å dokumentere og gjøre medarbeiderne trygge på at de selv skulle dokumentere. Det å diskutere underveis hva som var lurt å tenke på når man dokumenterer, og formidle at det ikke var så farlig om det ikke ble helt korrekt norsk, ga dem trygghet. Det var viktig å formidle at det viktigste er at man skriver det man har observert.

To måneder etter kursene gjennomførte vi en ny spørreundersøkelse blant medarbeiderne på avdelingen. Her fikk vi inn 18 svar av 28 mulige.

RESULTATER. Resultatet av spørreundersøkelsen etter kurset har vi oppsummert som følgende: Av totalt 28 spørreskjema svarte 17 positivt på at de skriver rapport hver dag, mens tre ikke skriver hver dag. De fleste svarte at de følte seg tryggere på det å dokumentere og hvor de skulle dokumentere. Videre sa de at:

- De har lært mye av kurset, kursene var ok.
- Noen glemmer fort igjen og føler de trenger lengre tid på å bli trygge og bedre.

Gjennomsnittlig registreringer per måned før og etter kurs:



Figur 1. Figuren viser at før avholdte kurs var det registret 1562 registreringer gjennomsnittlig per måned. Etter avholdte kurs var det øket til gjennomsnittlig 2880 pr måned. Dette er en økning på 54 prosent.

- De har fått mer forståelse og vet hvor man går inn i dokumentasjonssystemet.
- Bedre rapport eller rapporten er omtrent som før
- De har fått bedre oversikt i tiltaks- og pleieplan, det er lettere å finne frem.
- De er tryggere på å opprette problemer og er blitt bedre til å skrive rapport.
- Dokumentasjonen er bedre og mer oversiktlig.
- De er blitt flinkere til å spørre etter hjelp hvis de står fast.
- Man trenger lengre tid for å få med alle på å dokumentere hver dag.

I undersøkelsen spurte vi også om medarbeiderne ønsket ytterligere repetisjon og av hva, slik at vi kan repetere enkelte tema på avdelingsmøter eller sette opp nye kurs. Økt dokumentasjon synliggjorde at avdelingen har for få pc-er. Dette gjør at det er en utfordring for medarbeidere å få dokumentert.

SUKSESSFAKTORER. Rammen rundt et prosjekt kan være avgjørende for hvor gode resultater man oppnår. I en avdeling er det avgjørende hvordan leder tilrettelegger,

motiverer og samarbeider med sine medarbeidere. Vi vil her presentere faktorer vi mener er viktige for å få til en vellykket endring i avdelingen.

Leder må i god tid i forkant informere medarbeiderne om internundervisning og hva man ønsker å oppnå. På den måten øker man forståelsen for at alle må delta og at noen vil måtte gå på kurs på sin fridag, med avspasering som kompensasjon. Er man ute med informasjon i god tid, får den enkelte satt av nødvendig tid til å delta på kurs. Gjennom å informere i god tid kan leder stille krav til medarbeiderne, samtidig som hun kan vise respekt for medarbeidernes behov for å planlegge.

LAV TERSKEL. Alle i avdelingen fikk samme type kursing, og kursene ble holdt av avdelingsleder og en sykepleier i avdelingen. Dette førte til at det var lett å gi hjelp underveis i dagene som fulgte etter kursene. Det ga økt trygghet og førte til mange gode faglige diskusjoner. Vi opplevde ekstra engasjement når tematikken var forankret i eksempler fra avdelingen. For å lykkes er det viktig med lav terskel for å hjelpe hverandre og at man motiverer hverandre til å dokumentere.

NØKKELPERSONER. Det er viktig med nøkkelpersoner i avdelingen som avdelingsleder kan samarbeide med og delegere ansvar til. Avdelingsleder kan ikke bare sette bort jobben, men må finne en balanse mellom delegering, samarbeid og oppfølging. Det gjelder både oppfølging av nøkkelpersonene, men også medarbeiderne generelt i avdelingen. Selv etter endt gjennomføring av opplæringen er det viktig at leder etterspør og følger opp tematikken med jevne mellomrom slik at oppmerksomheten ikke opphører. Her er leders oppgave å la sine medarbeidere ta del i det ansvarsområdet en leder står i, slik at medarbeiderne er villig til å ta et selvstendig ansvar for oppgave- og problemløsning i hverdagen. (1)

FORKLARINGER. I etterkant av kursene ble det laget kortfattede

forklaringer på hvordan man dokumenterer i det elektroniske fagsystemet. Forklaringene beskriver hvordan man trinnvis går frem ved dokumentering, og med stikkord for hva og hvordan man kan tenke

«Målet med sykepleie-dokumentasjon er at pasientens interesser og rettigheter ivaretas.»

og formulere seg innenfor dokumentering i tiltaks- og pleieplanen. Dokumentasjon er et fagområde som det er viktig at en stadig repeterer, etterspør og tilfører ny kunnskap.

ENGASJEMENT. Opplæring gir grunnlag for utvikling og økt kunnskap. Dette gir engasjement, trygghet og økt lyst til å lære mer. Internundervisning har også god effekt på kommunikasjon og samarbeid i en avdeling, mens ekstern kursing vil kunne bringe inn nye ideer og tanker (6). Det er viktig å sette av tid til dette.

ANERKJENNELSE. Det er svært tilfredsstillende for både leder og medarbeider å se at innsatsen nytter og bærer frukter. Her er det viktig at avdelingsleder tydelig anerkjenner og roser den jobben som utføres. Ros og anerkjennelse stimulerer motivasjon og arbeidslyst (6).

KONKLUSJON. Etter endt prosjekt opplevde vi en markant økning av antall registreringer i pasientens sykepleierjournal i det elektroniske fagsystemet. I dag dokumenteres i større grad i tiltaks- og pleieplan i tråd med sykepleiefagets prinsipper.

Vi har forsøkt rapportering på storskjerm, men dette er ikke tatt i bruk ennå. Likevel har medarbeidere gitt tilbakemelding om at de synes at rapportene i vaktskiftet har blitt bedre.

Avdelingen ønsker å jobbe videre med dette for å styrke rapport-situasjonen ytterligere slik det ble gjort i Rana kommune (7). Dette vil kreve noe praktisk tilrettelegging.

Medarbeiderne forteller at de føler seg tryggere på å dokumentere og forstår det bedre. I tillegg opplever vi at dokumentasjonen er blitt bedre og mer oversiktlig.

OPPSUMMERING. I etterkant ser vi at internundervisning i egen avdeling gir et eierskap til kurset. Medarbeiderne kjenner kursholderne, og det gjør det enklere å be om hjelp når man lurar på hvordan man skal dokumentere gitte problemstillinger. Vi har opplevd en økning av faglige diskusjoner mellom medarbeidere i forbindelse med dokumenteringen, og at de hjelper hverandre med formuleringer og hvordan man kan dokumentere disse. ●

REFERANSER:

1. Brunstad, Paul Otto. Klokt lederskap: mellom dyder og dødssynder. 1. utgave, 1. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2009.
2. Heggdal, Kristin. Sykepleiedokumentasjon. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo 2006. 2. utgave, 3. opplag 2009.
3. Lovdata.no. Lov om helsepersonell m.v. LOV-1999-07-02-64, Kapittel 8.
4. Westerhagen, Harald. m.fl. Prosjektarbeid: Utviklings- og endringskompetanse. 6. utgave, 4. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2012.
5. Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P.A., og Utne, I.: (2015) Forskningsmetode i sykepleierutdanningene, Abstrakt forlag, Oslo.
6. Gotvassli, Kjell-Åge. Bedre personal utvikling. Vannebo Fagpresse A.S. 1991.
7. Oddvang, Tone Knudsen. Fra karex til prosjektor. Sykepleien 8, 2013.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til
torhild.apall@sykepleien.no

JAIPUR
indian restaurant

LUNCH BUFFET

99,-
KR.
7 DIFFERENT DISHES



Table booking on:
22 42 53 11
Karl Johans gate 18 C, OSLO 11.00-14.30

Oppdag Sykepleiens **digitale** verden



Desktop

Du kan besøke Sykepleiens nettsider via din datamaskin. Gå inn på www.sykepleien.no

Nettsidene gir deg løpende nyhetsformidling, debatt-, fag- og forskningsartikler og et fullstendig arkiv. Her finner du også vår stillingsportal SykepleienJobb, med relevante stillinger over hele landet.

Skriv inn på www.sykepleien.no i adressefeltet i din nettleser. Du kan komme direkte til ledige sykepleierstillinger ved å skrive www.sykepleienjobb.no i adressefeltet.

Mobil

Ønsker du å lese Sykepleien når du er på farta

er mobilutgaven et perfekt alternativ.

Adressen er den samme - www.sykepleien.no, og innholdet er tilpasset mindre skjermer.

Her kan du holde deg oppdatert hvor enn du befinner deg!



Det kan være lurt å bokmerke nettstedet www.sykepleien.no. På denne måten dukker det opp et ikon på hjemskjermen, slik at du slipper å skrive nettadressen hver gang. Dette gjør du enkelt i mobilens nettleser.

Instagram

Her kan du legge ut bilder og se hva andre legger ut. Tagger du det med **#yrkesykepleier** kan du også få bildet ditt i bladet.



Nettbrett

Sykepleiens app for nettbrett er basert på papirutgaven av Sykepleien,

men har enda mer innhold og flere søkefunksjoner. Appen kommer ut flere dager før papirutgaven kommer til deg i posten.

Her finner du flere bilder enn i bladet, og en rekke artikler vil også ha lyd, film eller interaktive elementer (tabeller, bildetekster, etc.). Med appen får du også et arkiv over alle utgivelser og kan brukes offline (kjekt på hyttetur, reiser, etc.).

Basert på om du har en iPad eller Android nettbrett, gå du inn i App Store eller Google play. Her søker du etter «Sykepleien» og kan laste ned appen.

Når du går inn på appen kommer du til Sykepleien-kiosken der alle utgavene ligger. Velg utgaven du ønsker å lese, last ned og nyt!



Kontakt oss om du trenger hjelp:

bss@nsf.no / 22 04 33 33
(hverdager 08.00–15.45)

Facebook

Er du på Facebook? Det er vi også!

Ved å like oss på Facebook kan du holde deg faglig oppdatert om hva som skjer. Vi legger løpende ut poster og linker til relevante artikler. På denne måten får du faglig informasjon, og kan diskutere viktige temaer med andre sykepleiere.

Tast inn «Sykepleien» i søkefeltet når du er på Facebook, og du kommer automatisk til vår Facebook-side.

Klikk på «Like»-knappen for å følge med på våre oppdateringer.

Du kan også besøke facebook.com/Sykepleien

En spennende verden venter deg!



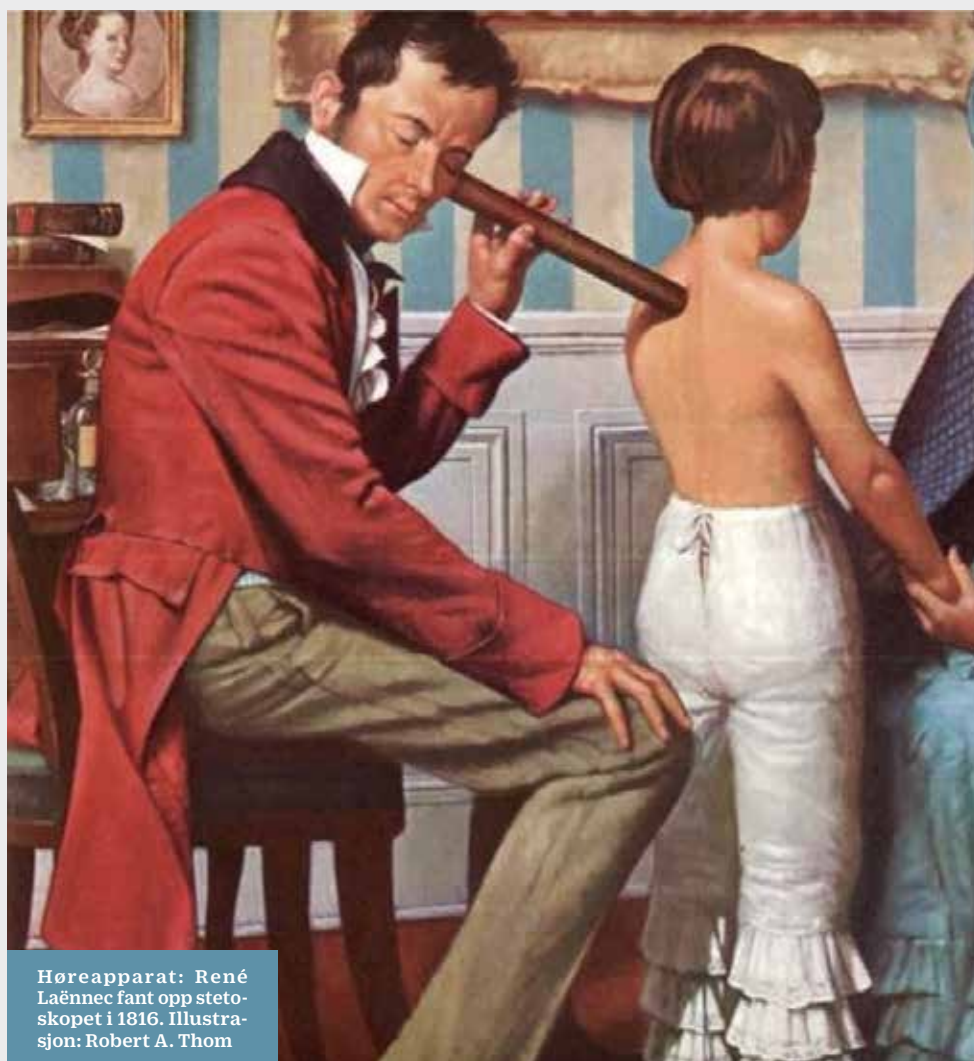
Sykepleien



Påfyll

Del 3 Sykepleien 05 | 2016

Bøker – Kultur – Fakta



Høreapparat: René Laennec fant opp stetoskopet i 1816. Illustrasjon: Robert A. Thom

Flau kroppskontakt

200 år gammelt. Stetoskopet skulle skape litt avstand. Og ble uunnværlig og livreddende. **72**



Liv laga.

Trommene på 12. mai minner om Florence. **67**



«For alle som har hatt vannkopper, er det bra at viruset ikke blir uttryddet gjennom vaksining.»

Tone Fredsvik Gregers. **68**



Quiz. Er baseline risk bass som kan skade hørselen? **74**



Dikt



Å våkne før alle andre
er en annen slags søvnløshet.
En bue vokser fram på magen
en to tre fire fem seks sju åtte
ni måneder.
Magen bølger, en fot
stikker nesten ut gjennom huden,
er det tiden som holder pusten
mens den venter –
Snart sprekker vi. Snart
skal tiden gå igjen
i buer, sirkler, vinter og vår.

Hege Woxen fra *Endelig
står verden på hodet*,
Tiden, 2015

Om forfatteren



Hege Woxen

Hege Woxen (f. 1975) er poet og gjendikter. Hun debuterte i 2000 med diktsamlingen *Gjemsel med korte dager*. *Endelig står verden på hodet* er hennes andre bok. Boken er en beskrivende, leken og alvorlig diktsamling om hvordan livet forandrer seg når man venter, får og lever med barn.



Forfatter: Kristi Furubotn jobber på Smerteklinikken ved Stavanger universitetssjukehus. Foto: Svein Lunde, Stavanger universitetssjukehus

Lindrer smerte om dagen, skriver om kvelden

SYKEPLEIER Kristi Furubotn bruker fiksjon for å vise unge menneskers sårbarhet.

Maria er 16 år og vilt forelsket i Johannes. Tankene kverner i et mer og mer tvangspreget mønster. Moren leser Knausgård og snakker med engler. Faren er revisor og har en venninne med veldig lange bein.

Kristi Furubotn er aktuell med sin fjerde bok, *Maria mi*. Den skrev hun ved

siden av jobben som anestesisykepleier. Med romanen vil hun få frem hvor sårbar man er som ung.

– Jeg følte meg veldig sårbar selv, forteller hun på telefon fra Stavanger.

– Fra jeg var 14 til 17 kom jeg inn i et religiøst miljø som var opptatt av hvor syndige vi er. Det gjorde meg så redd, samtidig som jeg ikke kom ut av det. Den erfaringen viser meg hvor lite som skal til for å påvirke unge mennesker veldig.

Hun håper boken vil nå frem til de unge.

– I tillegg til å handle om sårbarhet, handler den også om hvordan det vi tenker og tolker ikke nødvendigvis er sant. Og at mennesker ikke alltid er så gode som vi tror.

– I bunn og grunn handler det om å bevare sitt egenverd og sin integritet. Ikke kaste alt over bord, selv om vi blir forelsket.

Om unge og sårbare

Sett, hørt og forstått? Om profesjonelle møter med unge i sårbare livssituasjoner er en ny bok av Reidun Follesø, Catrine Torbjørnsen Halås og Cecilie Høy Anvik som redaktører. Den tar for seg møter med hjelpeapparatet fra de unges perspektiv.

450 søkte plass på skriveskole

Gyldendal har 10 plasser på sin skriveskole. De er ettertraktet. 450 har søkt, og forlaget har mottatt til sammen over 7000 sider tekst. Skolen starter opp til høsten. Forlaget jobber nå med å plukke ut hvem som får plassene.

For barnets rettigheter

Barnets rett til respekt er en klassisk tekst skrevet av Janusz Korczak og nylig utgitt på Cappelen Damm. Korczak var polsk-jødisk lege, pedagog og forfatter og internasjonal forkjemper for barns rettigheter.

Bøker. 3 psykiatri- krisiske

Psykiatriens vitenskapelige grunnlag

DIAGNOSER: Hvorfor får psykiatrien fremstå som en legitim gren av legevitenskapen når nesten ingen av psykiatriens diagnoser bygger på kjente biologiske årsaker, og dermed bryter med den medisinske sykdomsmodellen? Dette spørsmålet stiller antropolog James Davies i *Sammenbrudd*. Hvorfor gjør psykiatrien mer skade enn gagn? Han ser kritisk på bakgrunnen for diagnosemanualen DSM og farmakologiens kommersielle krefter.



Behandling på villspor

BEHANDLING: Flere og flere mennesker i vesten blir trygdet og langtidsuføre på grunn av psykiske lidelser. Kinderman mener at psykiske problemer er av sosial og psykologisk art og at å plassere det psykiske helsevernet i medisinenes verden er et villspor. I boka *Fra sykeliggjort til aktiv deltaker – i stedet for dagens psykiatri* argumenterer psykolog Peter Kinderman for at en storstil psykososial reform må til.



Er behandlingen eller sykdommen problemet?

ROMAN: Amalies tvillingbror innlegges akutt i psykiatrien med en akutt hasjutteløst psykose. Etter år med innleggelser og medikamenter tar han livet av seg, og når Amalie søker gjennom journalene hans finner hun tvangstiltak, isolasjon, overmedisinering og sviaktende utredning. Miriam Neegaards roman *Stormen og stillheten* er inspirert av hennes brors tragiske selvmord.



Påfyll. Petit



Liv laga



Liv Bjørnhaug Johansen

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

Som trommene på 12. mai

I hjernen min er det en direkte forbindelse mellom Florence Nightingale og Sykepleierforbundets trommekorps.

Når jeg leser Florences tekster, kjenner jeg trommeslagene i kroppen. Når trommekorpsset står, stramme og alvorlige ved hovedinngangen i sine tekkelige uniformer 12. mai, kjenner jeg den engelske damen tar plass i meg, rette opp ryggen min og skjerpe sansene mine. Jeg elsker både trommekorpsset og Florence og av akkurat de samme grunnene; den perfekte foreningen av tilsynelatende motstridende verdier. Som sykepleien selv.

Det finnes et bilde av Nightingale som en from og tålmodig dame. *The lady with the lamp* som lister seg fra pasient til pasient, drevet av barmhjertighet og nestekjærlighet. Det er pasientenes opplevelse av henne. Men det mennesket som springer ut av sidene i boka hennes er skarpt, utålmodig og høylytt som et trommekorps.

Florence mener at kropp vil bli friske hvis de kan, så sykepleiens oppgave er å legge forholdene best mulig rette for at de skal klare det. Dermed er hun kompromissløst opptatt av hver minste detalj ved pasientens velvære og nådeløs mot velmente sykepleiere som lufter for mye eller for lite, som gir feil mat, plasserer senga feil sted, snakker for høyt eller for lavt, trår for hardt på gulvet eller ikke evner å observere hver minste endring i pasientens tilstand og tilpasse pleien deretter.

Florence har meninger om det

meste, og hun er alltid skråsikker. Der forskningen hevder noe annet enn henne er hun kontant og tviler ikke et sekund på sine egne observasjoner: «Pasientens mage har rett, lærebøkene tar feil.» Florences bok er full av påstander og fikse ideer. «Dette er ikke oppspinn», forsikrer hun bestemt, uten noe videre referanser enn sine egne erfaringer. Men det holder i bøtter og spann.

Det går ikke an å skrive sånne bøker lenger. Vi er underlagt krav til vitenskapelighet, alt skal henvises og refereres. Men mens forskning i all hovedsak foregår i kontrollerte omgivelser med utvalgte deltakere, feiler våre pasienter ting på en gang. De er forskjellige; en er tykk, en er tynn, en optimist, den neste pessimist, en er oppe av senga før han bør, neste mann må dras ut.

Du må gjerne lese deg blå på forskningsartikler, prosedyrer og guidelines, så unngår du kanskje å gjøre noe feil, men det er til syvende og sist vår erfaringskunnskap og magefølelse som gjør at vi får til de fantastiske tingene vi gjør. Det er først når vi klarer å kombinere de to, ofte motstridende kunnskapsformene, at vi forvalter faget vårt respektfullt.

Det er dette de minner meg på, der de står ved hovedinngangen hver 12. mai, med de gamle uniformene og trommene: Vi står i en lang tradisjon av yrkesutøvere med stor integritet og stort ansvar. Derfor skal vi være skarpe og høylytte som trommene, og fulle av selvtillit. Som Florence Nightingale. ●



Tone Fredsvik Gregers

Lær mer om vaksiner!

● Tekst og foto **Nina Hernæs**

Folkeopplysning. Tone Fredsvik Gregers tror folk ville vært mindre skeptiske til vaksiner hvis de visste mer om dem.

Hun kommer fra et velvaksinert hjem, har doktorgrad i cellulær immunologi og mener vaksiner er det tiltaket som har hatt størst betydning for å redusere død og lidelse som følge av infeksjoner. Men også hun har kjent på usikkerheten.

TOK ET VALG. Høsten 2009, da svineinfluensa skapte frykt og flere unge mennesker døde, tvilte Tone Fredsvik Gregers seg frem til at både hun og døtrene skulle ta vaksinen.

– Den ble laget veldig raskt og jeg var skeptisk, innrømmer hun.

Likevel var hun i ferd med å dra fra kontoret for å hente døtrene og ta vaksine, da en professor i fysiologi kom inn døren. Da han hørte hva hun skulle, sa han «det ville ikke jeg gjort».

Så hun ble på kontoret.

– Men hadde jeg stått i samme situasjon på nytt, med den kunnskapen jeg har nå, ville jeg tatt den, sier Gregers.

Professorens skepsis til vaksinen bunnet ikke i den hurtige fremstillingen, men at den inneholdt kvikksølv.

– Men det var snakk om mikroskopiske mengder. Kvikksølv er ikke bra for små barn, fordi det

kan lagres i kroppen og skade nervesystemet. Men kvikksølvforbindelsen som ble brukt er av en art som brytes raskt ned og har liten helsemessig effekt. Samtidig får vi i oss mer kvikksølv av å spise mye fet fisk enn vi ville fått av den vaksinen, forklarer hun.

Kvikksølv i vaksiner er et argument som er hyppig brukt av skeptikere og motstandere. Men i norsk sammenheng var vaksinen mot svineinfluensa spesiell.

– Ingen av de norske vaksinene inneholder lenger kvikksølv. Fra barnevaksinene ble det tatt ut allerede i 1997, forteller Gregers.

Men for å fremstille akkurat vaksinen mot svineinfluensa, som måtte lages raskt og i store mengder, var kvikksølv nødvendig å bruke som konserveringsmiddel.

LAGRER INFORMASJON. Immunsystemet er hennes spesialfelt. Hun vet hvordan kroppen kjemper mot inntrengere som bakterier og virus og hvordan den lagrer informasjon for å ruste seg til nye kamper. Vi snakker om en del av immunsystemet som er tillært, det vil si at det evner å huske fiender det har møtt før og raskt eliminere dem.

Vaksiner utnytter immunsystemets evne til å huske. Ved å utsette det for smittestoff som ikke kan fremkalle sykdom, men får det til å huske og ha våpnene klare.

«Jeg tenkte at det må kunne gå an å snakke om vaksiner på en grunnleggende måte som folk forstår.»

UTEN TALL OG VANSKELIGE ORD. Høsten 2014 ble vaksinen mot rotavirus innlemmet i barnevaksinasjonsprogrammet. I forkant gikk debatten høyt. Var det virkelig nødvendig å vaksinere mot magesjau? Aksepterte man ikke noe ubehag lenger? Hadde samfunnet ikke råd til å la foreldre være hjemme med syke barn?

– Retorikken ble veldig stygg. Jeg tror skeptikerne opplevde at helsemyndighetene argumenterte med å tre statistikk ned over hodene på dem. Jeg tenkte at det må kunne gå an å snakke om vaksiner på en grunnleggende måte som folk forstår uten å bruke masse vanskelige ord, tall og grafer, sier Gregers.

Så hun skrev en faktabasert kronikk i Aftenposten og utvidet til boken *Alt du må vite om vaksiner*.

Gregers avviser at helsemyndighetene helst vil vaksinere alle mot alt.

– Vaksinene i barnevaksinasjonsprogrammet beskytter mot sykdommer som kan bli svært alvorlige for små barn, presiserer hun.

– Det gjelder også rotavirus. Jeg snakket nylig med en barnelege som hadde fått inn et barn som holdt på å dø av stort væsketap og nyresvikt. Det gikk bra, men kunne vært unngått om barnet hadde fått vaksine.

VANNKOPPER. Hun trekker frem vannkopper som et litt annet eksempel. Vaksine fins, men er ikke tatt inn i barnevaksinasjonsprogrammet. En grunn er at vannkopper er en lite farlig sykdom for små barn. En annen at det er bra for befolkningen at viruset sirkulerer naturlig. Hvorfor? Jo, fordi vannkopper alltid legger igjen litt arvemateriale i nervecellene etter gjennomgått infeksjon. Blir dette arvematerialet reaktivert, kan det gi helvetesild, en smertefull og potensielt alvorlig sykdom som gjerne rammer voksne,



Fakta

Tone Fredsvik Gregers

Aktuell med:
Alt du må vite om vaksiner

eldre og de med svekket immunforsvar.

– Når kroppen innimellom eksponeres for vannkoppevirus, blir den minnet på at dette viruset skal bekjempes. Da er også forsvaret mot helvetesild bedre. Så for alle som har hatt vannkopper, sannsynligvis de fleste, er det bra at viruset ikke blir utryddet gjennom vaksiner. De som ikke har hatt vannkopper som barn anbefales vaksine. Vannkopper kan være alvorlig for voksne.

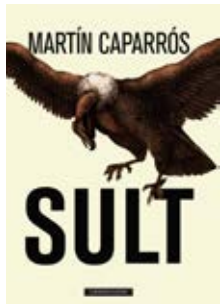
Tone Fredsvik Gregers uttalte mål er å få flere til å takke ja til barnevaksinene og revaksinere seg. Ikke alle vaksiner er som meslingvaksinen, som ser ut til å sette livsvarige spor. Andre smittestoff, som gir polio, difteri, tetanus og kikhoste, har immunsystemet lettere for å glemme. En booster dose hvert tiende år er anbefalt for å styrke dets hukommelse.

VAKSINEN ELLER VIRUSET. Hun er klar på at alle medaljer har en bakside, også vaksinasjonens suksesshistorie. Noen få får helt uforutsette bivirkninger. Det er en skyhøy pris for dem det gjelder, men likevel en akseptabel pris å betale sett i et befolkningsperspektiv.

Alle husker vaksinen mot svineinfluensa, Pandemrix, og tilfellene av narkolepsi som knyttes til den. Det kom som en stor overraskelse på forskere og helsemyndigheter. I Norge har rundt 70 mennesker fått erstatning fordi deres narkolepsi skyldes vaksinen. Men det er ikke sikkert de ville unngått narkolepsi om de hadde latt være å vaksinere seg. For flere studier tyder på, ifølge Gregers, at viruset i seg selv kan utløse narkolepsi hos dem som er disponert. Det vil si at hvis de ikke hadde tatt vaksinen, men blitt syke, kunne de også fått narkolepsi.

– Dette er kunnskap jeg mener er viktig å få frem, sier Tone Fredsvik Gregers. ●

nina.hernes@sykepleien.no



Fakta

Sult

Av Martín Caparrós
Oversatt av Christian
Rugstad
Cappelen Damm 2016
ISBN: 978-82-02-
48270-1

Anmelder: Line Bolgvåg,
anestesi-sykepleier

Verdens største tragedie

ANMELDELSE: Sulten har mange årsaker. Mangel på mat er ikke en av dem. Forfatter og journalist Martín Caparrós spør hvordan vi kan la dette skje. Ni millioner mennesker dør av sultrelaterte årsaker hver år, og én milliard mennesker vet ikke om de skal få spise seg mette. Samtidig kaster gjennomsnittforbrukeren i Europa og USA rundt 100 kilo mat hvert år.

Boken er et seks hundre siders essay, og inneholder reiseskildringer fra land som Niger, India, Bangladesh og Argentina. Dette er sakprosa med skarpe analyser, og et litterært språk som gjør at boken er lett å leve seg inn

i. Den norske oversettelsen har god flyt i språket. Det merkes at forfatteren har både fag- og skjønnlitterære bøger bak seg. Han stiller spørsmål, både til seg selv og til leserne, og undersøker sult som fenomen i lys av nær og fjern historie. Han diskuterer etikk og filosofi, og prøver å fange sultens vesen. Leserene konfronteres med umulige valg som fattige folk allikevel må ta, som hvilket av barna som skal få spise seg mett i dag. Boken er farget av et sterkt sosialt engasjement, uten preg av dogmatisme. Stilen er utforskende, både i innhold og skriftlig form.

Caparrós spør om man må tilnærme seg verdens sult på en ny måte, og

han hevder at mange forklaringsmodeller som benyttes er feil. Problemet er, ifølge forfatteren, ikke utviklingen, men hvem og hva som styrer den. Alt-så er det et politisk problem.

Ingenting har påvirket menneskets historie mer enn sult, den utløste den franske revolusjonen, og var en del av bakteppet for den arabiske våren. Sult er et globalt problem, og selv om det ikke er en del av landskapet i vårt trygge hjørnet av vesten, så gjør migrasjon fra Afrika og Asia og finanskrisen i Europa at dette likevel ikke er et perifert fenomen. Sult er en velskrevet og svært aktuell utgivelse som fortjener mange lesere. ●



Fakta

Psykisk helse

Av D. Ulland, A. B. Thorød
og E. Ulland (red.)
Universitetsforlaget 2015
ISBN 978-82-15-02403-5

Anmelder: Sabina Hockic,
klinisk spesialist i
psykiatrisk sykepleie

Nye takter i psykisk helse

ANMELDELSE: Boken er en spennende presentasjon av samarbeid mellom Universitetet i Agder, spesialist- og kommunehelsetjenesten i Agder.

Spesielt med denne modellen er at tre atskilte organisasjoner som forholder seg til forskjellige lovverk og budsjetter, samarbeider mot felles mål – yte den beste helsetjeneste til hver borger som trenger det. Dette gir muligheter til gode overganger i behandlingstjenster. Recovery-modellen står sentralt i boken, der individet selv sammen med sitt nettverk og behandler velger hvilken behandling som passer best. I det medisindominerte samfunn kan dette oppfattes

som paradigmeskifte innenfor psykisk helse.

Fem felt presenteres: tilrettelegging, uro, krise, lidelse og organisering. Forebygging, salutogenese og tidlige intervensjoner er sentrale områder. Psykisk helse til barn og unge går som en rød tråd gjennom boken. Men oppmerksomhet på psykisk helse til eldre glimrer med sitt fravær. Det legges vekt på at metoder og verktøy som presenteres i boken, kan brukes på tvers av alder. Men er det virkelig slik at en behandling for barn og unge med tvangslidelse også er en virksom behandling for eldre? Det ville styrke boken hvis det ble trukket tråder fra behandling hos barn og unge til voksne og eldre.

Jeg liker retorikken der gamle og stigmatiserende begreper erstattes med mer innovative ord. For eksempel blir «pasient», «bruker» og «klient» erstattet med begrepet «borger». Eller «psykiatriske lidelser» med «psykososiale funksjonsnedsettelse». Det er tankevekkende hvordan språkbevissthet kan bidra til salutogenetiske prosesser.

I tillegg til språket legges det vekt på det universelle som er helsebringende for alle. Det som kritiseres åpent i boken er lite utnyttelse av ressurser og kompetanse hos erfaringskonsulenter. Det kommer tydelig fram at makt ligger hos fagfolk, mens de med erfaring må kjempe for å verifisere sin kompetanse. ●

Hva
leser du
nå?

Bjørn Rogne
Christensen

Velger seg tunge biografier

LITTERATUR: — Av skjønnlitteratur er jeg midt inne i en biografi om Odd Børretzen og en bok som omhandler Shakespeare i populærkultur. Børretzen fordi jeg alltid har vært fascinert av den lille, rare mannen med skråblikket på tilværelsen. Shakespeare fordi jeg er generelt vitebegjærlig, særlig om språk, og særlig engelsk.

Bjørn Rogne Christensen er høyskolelektor og småbarnsfar og leser dermed sakspapierer, faglitteratur, Kartsen og Petra og Gruffalo. — Men hvis jeg selv kan velge, ender jeg ofte opp med tunge biografier, der jeg kan grave meg litt ned i historiske fakta og gruble over at vi lever i en fantastisk tid — virkelig, vi er heldige!

En bok som som gjorde inntrykk på ham som sykepleier er *Unyttig som en rose* av Arnhild Lauveng. — Vi som jobber i somatikken, og særlig på operasjon og intensiv, blir med tida litt «kjappe». Den boka minner om at det kan være sunt å bremse ned og lande litt.

LivBjornhaug.Johansen@sykepleien.no



Stillings: Operasjonssykepleier, høyskolelektor og bokanmelder i Sykepleien

Oppfordrer til refleksjon

ANMELDELSE: **Faglige verdier er under press i dagens helsetjeneste, og moralsk uro er drivkraften bak dette bokprosjektet. Marie Aakre skriver at boken også er en avrundning av et langt yrkesliv som sykepleier, lærer, leder, veileder og foredragsholder.**

I bokens første del presenterer Aakre etikkens faglige grunnlag. Denne delen tar for seg etisk teori og betydningen av språk og fortellinger. Aakre skriver om verdier, dilemmaer og etisk refleksjon, og hun tar for seg det etiske perspektivet i sykepleie, ledelse, samhandling og undervisning. Til slutt i denne delen presenterer hun ulike verktøy i etikkarbeidet.

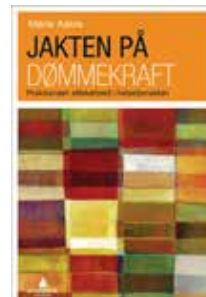
Bokens andre del er en presentasjon av Aakres mangfoldige erfaring gjennom ulike etikkprosjekter, fra etablering av hospiceavdeling ved St. Olavs Hospital til Verdikommisjonen.

Aakre fører leseren inn i det praksisnære etikkarbeidet på en nyantert og grundig måte. Boken har mange eksempler og historier fra praksis. Stoffet knyttes nært til arbeidet med mennesker, og hun utfordrer leseren til å ta stilling og til å gjøre stoffet til sitt eget. Oppfordring til refleksjon går som en rød tråd gjennom boken. Refleksjon bevisstgjør, setter prinsipper i arbeid og ansvarliggjør aktører. Boken er også rik på praktiske råd for etikkarbeidet.

Verdigrunnlaget for helsetjenesten blir grundig behandlet. Aakre skriver om verdighet og det grunnleggende, iboende menneskeverdet, men kunne gjort det lettere for leseren ved å ta et tydeligere analytisk grep. Verdighet er vanskelig å gripe fullt og helt, og et skille mellom det iboende, uforanderlige menneskeverdet og en identitetsverdighet som mer er knyttet til tilhørighet, integritet og autonomi kunne ha vært nyttig. Begge former for verdighet kan krenkes, men identitetsverdigheten er særlig utsatt når individet er avhengig og skrøpelig eller nær livets avslutning.

Boken er leseverdig. Den tar for seg et viktig emne som sykepleiere lar seg engasjere av og er skrevet av en nestleder i arbeidet med å fremme etisk forsvarlig helsearbeid. Språket er virkelighetsnært, og Aakre tillater å la det bli farget av følelser. Dette er også naturlig i lys av den nærhets- og omsorgsetiske tradisjonen som preger boken; følelser gir inngang til å forstå fenomener. På noen områder hadde boken imidlertid fortjent større innsats fra språkkonsulenten for å rydde unna skrivefeil, tunge setninger og enkelte ikke helt gode språklige bilder.

For meg er boken en kilde til inspirasjon og læring når jeg utøver lederskap, utforsker og formidler det etiske fagfeltet og møter «mine» pasienter i livets sluttfase. ●



Fakta

Jakten på dømmekraft

Av Marie Aakre

296 sider

Gyldendal Akademisk,

2016

ISBN 978-82-05-54722-4

Anmelder: Håkon
Johansen

«Vi lærer ikke av erfaring, men av refleksjoner
over erfaring.» Marie Aakre



Jubileum. Den franske legen René Laënnec syntes det var så flaut å legge øret rett mot brystet til en kvinnelig pasient at han fant opp stetoskopet.

200 år med kroppsslyder

• Tekst **Ingvald Bergsagel**

Året var 1816, måneden skal ha vært september og byen var Paris – nærmere bestemt plassen utenfor Louvre.

På en morgenpromenade ser den da 35 år gamle legen René-Théophile-Hyacinthe Laënnec (1781–1826) to barn leke med en lang trepinne. De sender signaler til hverandre ved at en av dem skraper i den ene enden av pinnen, mens den andre lytter i motsatt ende.

Ungenes lek – kombinert med en god dose blyghet – skulle snart gi Laënnec inspirasjon til et redskap som daglig bidrar til å redde liv, selv 200 år etter unnfangelsen.

INNGIR TILLIT. Stetoskopet er i dag uunnværlig for helsearbeidere verden rundt, deriblant Wasim Zahid, også kjent som Twitter-legen.

– Jeg jobber med hjertepasienter, og stetoskopet er derfor svært viktig, forteller mannen som tidligere har uttalt til Dagsavisen at «ingen identitetsmarkør er så sterk som stetoskopet».

Han kan ha rett i det. Gjør du et bildesøk på ordet «lege» vil det dingle stetoskop rundt halsen på de aller fleste som dukker opp, og ifølge en studie presentert i Journal of Medical Internet Research i 2012, er det ikke noe annet medisinsk utstyr som inngir så mye tillit som stetoskopet.

Zahid, som i vår har vært å se i NRK-programmet «Hva feiler det deg?», er blant dem som gjerne lar seg avbilde med stetoskop rundt halsen.

– Jeg bærer det av flere grunner. Det er praktisk å ha det rundt halsen. Jeg kan raskt ta det i bruk og legge det tilbake når jeg undersøker pasienter. Det handler også om identitet og yrkesstolthet.

DEN FRODIGE PASIENTEN. Episoden utenfor Louvre i 1816 renner Laënnec i hu da han senere

samme år forsøker å finne ut hva som feiler en pasient som klager over smerter i hjerteregionen. Verken hånd eller dunking mot brystkasse gir noen indikasjoner, og bluferdighet får Laënnec til å kvie seg for å legge øret rett mot barmen til den unge, frodige kvinnen.

Barnas lek med pinnen hadde minnet legen om det akustiske prinsippet for lydforplantning. Muligens spilte hans erfaring som fløytespiller også inn i den kreative prosessen.

Laënnec har senere beskrevet hvordan han rullet sammen et papirark, satte enden mot kvinnens brystvegg og lyttet:

«Jeg ble overrasket og opprømt over å høre hjerteslagene hennes langt klarere enn jeg ville ha gjort ved å legge øret direkte mot. Jeg forsto umiddelbart at dette kunne bli en uunnværlig metode for å studere, ikke bare hjerteslag, men alle bevegelser som lager lyd i brystkassen.»

INDRE LYDLANDSKAP. Allerede Hippokrates beskrev hvordan det å lytte til kroppen, såkalt auskultasjon, kunne være til hjelp i legevirket. Ikke minst avgir hjerte, lunger og fordøyelsessystemet hørbare lyder, som kan gi indikasjoner på pasientens tilstand. Auskultasjon ble likevel benyttet i relativt liten grad før Laënnecs revolusjonerende, men enkle oppfinnelse så dagens lys.

Prinsippet bak er like elementært som det er genialt; Lyd er vibrasjon, og vibrasjoner

forplanter seg i fysisk materiale. Ved å legge stetoskopet mot pasientens kropp, kan man isolere og forsterke lyder fra kroppens indre. Et trent øre kan slik avdekke tilstander, endringer og faresignaler hos pasienten.

TRERØR. Årene etter 1816 brukte Laënnec mye tid på å videreutvikle og perfektionere sin oppfinnelse. Han lagde rør i ulike materialer, størrelser og former, og testet dem ut, primært på pasienter med lungebetennelse.

Til slutt endte han opp med en 30 centimeter lang sylinder av tre og messing som kunne koples sammen med en øreplugg. Den franske legen la også ned et betydelig pionerarbeid innen utforskning av stetoskopets potensial. I 1819 publiserte han et verk som over 530 sider og to bind tok for seg den medisinske nytten av å lytte til kroppens lyder.

Laënnec skal ha brukt stetoskopet til å avdekke blant annet tuberkulose, lungebetennelse, lungehinnebetennelse, bronkitt, emfysem, pneumothorax og andre lungesykdommer.

VIDEREUTVIKLING. Den tekniske og designmessige utviklingen av stetoskopet har fortsatt frem til vår tid. Tidlig ble tresylindren erstattet av mer fleksibelt materiale. Den ene ørepluggen ble erstattet med to. Senere har spesielt enden som legges mot pasienten, blitt videreutviklet. Man har fått tosidige bryststykker med både en avansert membran og en kopp, noe som gjør det mulig å utskille ulike frekvenser tydeligere. Støyreduksjonen er også forbedret og man har fått ulike varianter og størrelser til ulik bruk.

TILGANG TIL KROPPENS INDRE. For å forstå hvor revolusjonerende stetoskopet i sin tid faktisk var, kan det hjelpe å tenke på hvor

«Det handler også om identitet og yrkesstolthet»
Wasim Zahid, lege

Fakta

STETOSKOP: Akustisk redskap, som benyttes primært for å lytte på indre kroppsllyder fra lunger, fordøyelsessystem, hjerte og blodsirkulasjon.

OPPHAVSMANNEN: René-Théophile Hyacinthe Laënnec (1781–1826) var en prominent fransk lege og professor som designet det første stetoskopet i 1816.

ETYMOLOGI: Laënnec kalte sin oppfinnelse «stetoskop», et ord satt sammen av de greske ordene for «bryst» («stethos») og «å se» («skopein»).

JORDMORSTETOSKOP: Stetoskop bestående av et enkelt, trumpetformet rør i hardt materiale, som tre, plast eller aluminium. Benyttes til å lytte på fosterets hjerte. Også kalt Pinard horn etter opphavsmannen Adolphe Pinard (1844–1897).

AUSKULTASJON: Det å lytte til kroppens indre lyder, gjerne ved hjelp av et stetoskop.

Kilder: Wikipedia, Ariel Roguin/Clinical Medicine & Research.



HØREAPPARAT: René Laënnec fant opp stetoskopet i 1816. Illustrasjon: Robert A. Thom



BARE RØR: Laënnecs eget stetoskop var av et rør som kunne koples til en øreplugg. Foto: Wikimedia



NYTTIG: Stetoskopet er både nyttig redskap og tydelig symbol. Illustrasjonsfoto: Scanpix

begrensede muligheter Laënnec og hans kolleger hadde for å undersøke pasientenes indre anatomi uten samtidig å ta livet av dem.

Kirurgi var på denne tiden forbundet med livsfare og i stor grad begrenset til amputasjoner og fjerning av utvekster. Effektiv smertelindring, anestesi, sterilisering av redskaper, røntgenfotografi og så videre, var ennå ikke tilgjengelig.

Et begrenset alternativ til stetoskopet var medisinsk perkusjon, det vil si lette dunk, gjerne kombinert med øret mot brystkassen. Denne teknikken var utviklet noen år tidligere av østerrikeren Leopold von Auenbrugger (1722–1809). Han hadde latt seg inspirere av hvordan faren,

som drev et vertshus, sjekket innholdet i vintøner ved å dunke på dem.

ENKELT Å BRUKE. Selv etter 200 år har stadig mer avansert og presis teknologi ennå ikke klart å gjøre Laënnecs oppfinnelse avleggs.

– Stetoskopet er enkelt å bruke og gir raskt en pekepinn på om noe er galt eller ikke, påpeker Wasim Zahid.

– Ny teknologi er viktig og gjør diagnostiseringen stadig mer presis. Men avanserte undersøkelser koster penger, og man kan eksempelvis ikke fyre av en CT hver gang man har en liten mistanke om en lungebetennelse.

NEVØENS ARV. Laënnec døde selv av tuberkulose i 1826, kun 45 år gammel. Han skal lenge ha nektet å godta alvoret i sin egen helsetilstand, men måtte innse at det gikk mot slutten da nevøen Mériadec, som også var lege, lyttet på ham med hans egen oppfinnelse.

Selv fikk Laënnec ingen barn. Nevnte nevø sto ham derimot nær, og i Laënnecs testamente ble han begunstiget med alle vitenskapelige papirer, en klokke, en ring og «fremfor alt, mitt stetoskop, som er det fremste av mitt ettermæle». ●

Ingvald.Bergsagel@sykepleien.no



Quiz

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

1 Hva måler diurese?

- A Cædmengde
- B Morsmelkmengde
- C Urinmengde

2 Hva regnes som overfylt blære hos voksne?

- A Over 250 ml
- B Over 400 ml
- C Over 600 ml

3 Hvilken komplikasjon kan overfylt blære gi, som ikke

direkte har med vannlating å gjøre?

- A Kramper i beina
- B Kardiovaskulære komplikasjoner
- C Diaré

4 Hva betyr number needed to treat (NNT)?

- A Hvor mange pasienter som må få en behandling før én hjelpes.
- B Hvor mange som trenger behandling per år.
- C Hvilket nummer man skal ringe for å få nødhjelp.

5 Hva er det store sykepleierløftet?

- A NSF's utspill for å få politikerne til å satse på sykepleiere.
- B NSF's løfte om å heve lønnen til sykepleierne.
- C NSF's nye mål om å bli større enn Utdanningsforbundet.

6 Hva er regjeringens kompetanseløft 2020?

- A Løfte om å utdanne minst 20 000 ekstra sykepleiere i året.
- B Plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i spesialisthelsetjenesten.
- C Plan for rekruttering, kompetanse

og fagutvikling i kommunehelsetjenesten.

7 Hva betyr begrepet baseline risk?

- A Risiko for at basslinjen i en sang kan gi tinnitus.
- B Hvilken sykdomsrisiko man har fra fødselen av.
- C Risikoen for et utfall i kontrollgruppen i et forsøk.

8 Hva betyr begrepet basis event rate?

- A Resultatet i et forsøk for gruppen som får tiltak eller behandling.
- B Resultatet i et forsøk for gruppen som ikke får tiltak eller behandling.
- C Antall tilfeller av en angitt sykdom/diagnose per 1000 fødte.

9 Hvilke av disse rusmidlene er sentralstimulerende?

- A Kokain, metamfetamin, ecstasy.
- B Alkohol, opioider og GHB.
- C LSD, fleinsopp og ketamin.

10 Farlig forgiftning av sentralstimulerende midler gir

- A Helsefarlig latterkick
- B Respirasjonsstans
- C Hypertermi



LATTERMILD: Har hun fått i seg for mye sentralstimulerende midler?

- ☺ 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, 3B, 4A, 5A, 6C, 7C, 8B, 9A, 10C

Randis hypokonderkryssord

SYND	LID-ELSE	DRIKK	LIKE	ELV	SYKD.	OPP-LEVE ELV	SVIDDE	TITTEL	FUG-LEN	GEN-INNHOLD	SÅRET PREP.	FLER-GIFTE	STOR-ÅKER	SKIPS-FORK.	BANN-ORD	NYTEL-SEN TOTALT
HJELP-ERE																
RYNKE DEP.																
			SYKD. LIDEL-SE			FIRMA INTERJ.		FOR-STÅR			HISSE			HINNE	OBS!	
VEKST				OVER						EROB-RE LØFTE			RETT RASKT			
PLAGG		VEKST		MYNT-ENE KVINNE						SYKD.	SYKD. UNDER-LIGE		ENG-STE		INTERJ.	
						KA-NYLE	TALL		YRKE					GODT		
VÆS-KEN							ORG.			GUD TALL		FUGL			MÅL BAKKE	
LIDEL-SE		LIKE					SCENE					GROV		RØRE		
											SYKD.					

Se løsning på kryssord side 81.



Meninger

Del 4 Sykepleien 05 | 2016

Kronikk – Leserinnlegg – Portrett



SV-politiker: Thorkildsen har tidligere vært statsråd i Stoltenberg 2-regjeringen. Foto: Marit Fonn

Liker folk

Byråd. Inga Marte Thorkildsen treffer gjerne dem som kritiserer henne, som 98 år gamle Elna Irene Hansen. **82**



Kommune-sammenslåing.

Politisk overtro slår over i mani. **78**



«Ansatte av begge kjønn skaper et mer balansert arbeidsmiljø!»

Ann-Chatrin Leonardsen. **80**



Demens. Bare det å være til stede kan bety noe. **79**



Arbeidstid. Det er et paradoks når arbeidstidsutvalget vil la arbeidsgiver ensidig fastsette turnusplaner.

Lytt til fagfolk!



Fakta

**Eli
Gunhild By**

Forbundsleder i Norsk
Sykepleierforbund

I disse dager er arbeidstidsutvalgets forslag ute på høring. Det er god grunn til å avvise forslagene til endringer i dagens arbeidstidsreguleringer.

Forslaget om særregler for skift- og turnusordninger innebærer i praksis at arbeidsgiver ensidig kan fastsette de aller fleste turnusplaner som benyttes i helse- og omsorgssektoren. For sykepleiere og andre helsearbeidere betyr dette at arbeidsgiverne kan fastlegge vaktene på en slik måte at turnusen totalt sett blir mer belastende, og uten at tillitsvalgte innspill tas hensyn til. Turnusen kan blant annet få flere kveldsvakter, flere kortvakter, flere vaktskift med kort hviletid mellom og flere helgevakter.

BELASTENDE ARBEIDSFORHOLD. De foreslåtte endringer treffer i hovedsak ansatte i helse- og omsorgssektoren. Dette er en kvinnedominert sektor som utmerker seg med høyt sykefravær, stor andel helserelatert deltidsarbeid og tidligpensjonering. Ansatte i denne sektoren er også blant de arbeidstakere i Norge som skårer høyest på en rekke negative arbeidsmiljøforhold.

Mulighet for medbestemmelse, blant annet når det gjelder arbeidstid, er en av de mest forebyggende arbeidsmil-

helse- og omsorgssektoren ikke ivaretar sitt samfunnsansvar. Sykepleiere og annet helsepersonell lever med skiftende arbeidstider og korte friperioder mellom vaktene og er på plass for å ivareta pasientenes behov til alle døgnetstider, hele uken og året igjennom.

ØKT RISIKO. Forskning over lang tid har vist at skift-/turnusarbeid, nattarbeid og lange arbeidsdager bidrar til økt risiko for en rekke helseskader, feilhandlinger, skader og ulykker. Denne gruppen arbeidstakere er det arbeidstidsutvalgets flertall nå vil gi enda tøffere arbeidsvilkår.

Selv om flertallet i utvalget velger å overse både forskning og hensynet til arbeidstakeres helse og medbestemmelsesrett, var utvalget også sammensatt av personer med god kompetanse innen arbeidshelse og arbeidsmiljøforskning. Vi har merket oss at disse medlemmene imøtegår flertallets forslag om å frata de ansatte – gjennom sine tillitsvalgte – avtaleretten på turnus.

UKLOKT FOR FREMTIDEN. Helse- og omsorgssektoren har stort behov for arbeidskraft fremover, og de foreslåtte endringer er ikke et klokt grep for å møte disse utfordringene. Vi vil derfor oppfordre regjeringen til å lytte til det fagfolkene sier og skrinlegge forslaget om særregler for skift- og turnusordninger. ●

«De foreslåtte endringer treffer i hovedsak ansatte i helse- og omsorgssektoren.»

jøfaktorene. Dette er det solid vitenskapelig enighet om. Da blir det et stort paradoks når flertallet konkluderer med at arbeidsgiver ensidig skal kunne fastsette turnusene til sykepleiere og andre helsearbeidere.

SAMFUNNSANSVAR. Vi i NSF reagerer sterkt på den virkelighetsbeskrivelsen som fremkommer i rapporten og som danner grunnlag for de foreslåtte endringer, ikke minst påstanden om at arbeidstakere og tillitsvalgte innenfor



Fakta

Fast skribent

Eli Gunhild By skriver hver måned om politiske temaer i Sykepleien.

En helt ny leseopplevelse



Våre lesere sier:

- ✓ Veldig bra leseopplevelse
- ✓ Fint med tilgang til mange utgaver
- ✓ Bra at jeg kan lese offline på hytta eller på reise
- ✓ Jeg får en egen ro over meg når jeg leser bladet i appen, og det er lett å finne frem
- ✓ Jeg koser meg med bladet i appen når jeg har fri
- ✓ Det er fint å kunne lese bladet før det kommer i postkassa - spesielt når det er aktuelle temaer som diskuteres
- ✓ Det er nyttig med lenker til mer stoff
- ✓ Det er kjekt å få varsling når det kommer nye blader

Kontakt oss om du trenger hjelp til å komme i gang (22 04 33 33)

Sykepleien



Politisk spill. Dei slit med å forklare kva som er fusjonsgevinstantane ved kommunesamanslåingar.

Stor, større – men best?



Fakta

Anders Folkestad

Tidligere UNIO-leder.
Frilanser, bosatt i Volda

Sist vinter møtte eg to kjenningar – eit par – på gata i hovudstaden. Begge var tidlegare fagforeiningskollegaer. Den eine hadde vore pensjonist eit par år. Den andre skulle snart bli det. Vi snakka om ver og vind og harde forhandlingar. Så fortalde dei at dei snart skulle flytte. Til ein stad vest-på. Men kvifor flytte? Frå byen der dei hadde hatt yrkesliva sine, og med husvære i sentrum. – Vi blir jo ikkje yngre med åra. Difor vil vi bu ein plass der hjelpa er nær, tenestene bra, og der vi lett kan «snakke med kommunen», var svaret.

Eg veit ikkje kva for ei kommune det er, eller om flytteplanane baserer seg på tru, håp, heimlengt eller harde fakta.

Men dei kan neppe feste særleg lit til den «faktabaserte» bodskapen frå regjeringa:

- Større kommunar, men færre folkevalde skal gi meir demokrati og betre tenester
- Større, men færre sjukehus, skal gi betre helse
- Større, men færre politidistrikt skal gi betre tryggleik
- Større, men færre universitet og høgskular, skal gi meir kunnskap
- Større, men færre gardsbruk, skal gi meir og betre mat
- Større, men færre regionar skal gi eit eller anna betre, men regjeringa har enno ikkje funne ut kva

Slik er regjeringa sitt store moderniseringsprosjekt: Fornye og forstørre. Men forbetre?

«Det er ikkje sunt når samanslåing – større og færre – blir politisk overtru, som slår over i mani.»

POLITISK OVERTRU. Det finst sjølvsagt gode grunnar til nyorganisering, til større einingar. Særleg for somme kommunar. Men det er ikkje sunt når samanslåing – større og færre – blir politisk overtru, som slår over i mani. Der er vi no.

Det fekk vi demonstrert då samanslåingsminister Jan Tore Sanner i slutten av april skulle kommentere resultatet frå folkeavrøystingar om kommunesamanslåingar. Fleirtalet var mange stader avvisande eller usikre. Men ikkje ministeren.

Han heldt hardnakka på sitt: «Større kommunar er betre «velferdskommunar».

Er det så slik at dei største kommunane i dag leverer best? At innbyggjarene er meir fornøgde med velferdstilbodet dess større kommunen er? Nei, i «beste» fall er det ingen påviseleg samanheng.

PENGER OG PRESTISJE. Men akkurat no bit heller ikkje slike lister på ivrige statsrådar. Dei går på autopilot, og har pugga manuset. Dels svingar dei piskene, dels viftar dei med gulrotbuntar. Pavlov har gode tider i politikken.

Det ser vi på ordførarar, høgskuledirektørar og andre som er redde for å miste pengar eller prestisje. Dei siklar eller skjelv, alt etter som. Fleire viser også polygamiske anlegg i stor stil. Dei flørtar ivrig med mange partnarar på ein gong. Det er kanskje kjekt medan det står på. Men dei slit med å forklare kva som er fusjonsgevinstantane. Somme hevdar at samanslåing er nødvendig for å hevde seg i «konkurransen» med andre. Andre meiner at større einingar, på like diffust vis, skal gi betre kvalitet. Eller så tyr ein enkelt og greitt til at stort er best, og i alle fall mest kostnadseffektivt.

Det slår ikkje alltid til: Eit felles gigantsjukehus i hovudstaden skulle gi årleg innsparing på 8–900 millionar. Så langt er dei årlege meirkostnadene 3 milliardar! (Professor M. Øgård).

FELLES KAMP. Ei vedkjenning: Eg har budd i både Ørsta og Volda kommunar, klassiske nabofiendar. Men i ingen av dei no. Likevel synest eg dei to skal slå seg saman til ein kommune. Ikkje fordi eg trur at tenestene blir betre, eller at ein dermed «slår» nabokommunane. Men fordi det blir endå lettare å mobilisere til kamp og til fakkeltog for å berge lokalsjukehuset!

Korleis det har gått med flytteplanane til kollegaene mine, veit eg derimot ikkje. ●



Fakta

Fast skribent

Anders Folkestad
er fast skribent i Sykepleien.



Demens. Det er de små dryppene av gode opplevelser i hverdagen som betyr noe. Husk det.

De verdifulle øyeblikkene

Demens. Et lite ord som rommer så mye. Sorg over å ha blitt rammet av det, og tap av flere funksjoner, både fysisk, psykisk og sosialt. En sykdom det ikke finnes noen kur mot, men som bare går som en nedadgående spiral. Det finnes lite håp for fremtiden.

VANSKELIG Å BESØKE. Mange har en av sine nærmeste eller en de kjenner boende på en sykehjemsavdeling. En ektefelle, en bestemor, en nabo, en venn. Som har blitt rammet av demens. Noen har kommet langt i sin demenssykdom, og dette kan oppleves vondt og vanskelig for omgivelsene rundt. Noen kan ha fysisk og verbal uro som en del av sykdommen. Det kan være tøft å oppleve grovt språkbruk hos den demensrammete.

Det er naturlig at mange opplever det vanskelig å besøke en med demens. «Hva er vitsen? De husker ikke noe allikevel» kan være en tanke som dukker opp. Hvis den demensrammete også har problemer med å uttrykke seg og å forstå det som blir sagt slik at det blir en «god dag mann, økseskaft»-kommunikasjon, så kan lysten til å dra på besøk bli betydelig redusert.

ØYEBLIKKENE. For personer med demens er det øyeblikkene som betyr noe.

Selv om de ikke kan huske hvem som har vært på besøk eller at de har hatt besøk i det hele tatt, kan de allikevel sitte igjen med en god følelse inni seg etterpå.

Som en sykehjemslege skildret godt til en pårørende; hvis man danner seg et bilde av personen med demens ute i en båt i et tåkelandskap, så kan du som ektefelle, sønn, datter, venn oppleves som et skjær av noe kjent i et ellers ukjent terreng. Den demensrammete kan kjenne igjen en stemme, et ansikt, et par øyne, en hånd.

GAMLE MINNER. Det gjelder å skape gode øyeblikk. Det trengs ikke brukes så mange ord. Det kan være mer enn godt nok å bla i et gammelt fotoalbum og prøve å vekke til live gamle minner, høre på god musikk, smøre ansikt og hender med en god fuktighetskrem, stelle hår og negler til dem som liker det og drikke en kopp kaffe sammen med noe hjemmebakt. Eller hvis vær og vind tillater det; gå ut for å oppleve frisk luft og kjenne sola varme i ansiktet. Eller

bare å sitte i fred og ro og eventuelt holde hverandre i hendene. Den som kommer på besøk kan gjerne ta med seg noe lesestoff eller strikketøy. Finnes det noe mer beroligende enn å høre på knitrende strikkepinner? Det er ikke så mye som skal til. Bare å være til stede kan bety mye. Mange demensrammete har også glede av barn og dyr. Da kan gode minner om egne barn og egne dyr dukke opp og skape et øyeblikk av glede. Det kan være mye terapi i å stryke på en myk pels.

UTEN ORD. Vennskap og kjærlighet kan også uttrykkes uten ord. Den demensrammete forstår ofte kroppsspråket best. Et par vennlige øye, et oppmuntrende smil og et fast håndtrykk fra et medmenneske som viser omsorg. Det sies at demensrammete opplever alvorlige mennesker som sinte. Derfor er det fint å smile mye og ofte i samvær med personer med demens.

Det er de små dryppene av gode opplevelser i hverdagen som betyr noe. Husk det. ●



Fakta

Lena Jentoft Ladstein

Sykepleier og blogger
(inthemoodforsomefun.
blogg.no)

» **«Det er ikke så mye som skal til.
Bare å være til stede kan bety mye.»**



Stereotopi. Gjør yrkesvalget ham
til «en unormal mann, feminin, jentete»?

Min mann er sykepleier



Fakta

**Ann-Chatrin
Leonardsen**

Sykepleier

Min mann stortrives i jobben sin. Og vårt velferdssamfunn er avhengig av rekruttering av både menn og kvinner til sykepleieryrket.

ØKE ANDELEN MENN. Norsk Sykepleierforbund (NSF) Student opprettet kampanjen «Mann kan bli sykepleier» for å øke andelen menn i sykepleien. Facebook, Twitter og andre fora tas i bruk for å fremme et positivt tilskudd til de rundt 10 prosent mannlige sykepleiere som finnes i Norge i dag.

Det hevdes at jevn kjønnsbalanse øker trivsel og effektivitet på arbeidsplassen, noe alle parter er tjent med, fra helsepersonell til pasient og pårørende.

NSF Student ønsker å innføre kjønnspoeng til menn som søker sykepleierutdanning (med påpekning om at kvinner får kjønnspoeng i over 100 studier).

HALVE BEFOLKNINGEN. Studier av menn i omsorgsykker viser til stereotypier om at sykepleieryrket er et feminint fag. Tradisjonelt sett har det også vært det, idet man for eksempel i Tyskland rekrutterte borgerlige frøkner og fattige piker til yrket (ref. NSF Student).

Yrkestitler som «helsesøster» og «jordmor» gir grunnlag for debatt – her er det på tide med en fornying!

Ifølge forsker Liza Reisel ved Institutt for samfunnsforsknings likestillingsforskningsmiljø, CORE, er det slik at selv om det norske arbeidsmarkedet fortsatt er kjønnsdelt, så står

«Velferdssamfunnet er avhengig av rekruttering av både menn og kvinner til sykepleieryrket.»

mønstrene på ingen måte bom fast.

Hun påpeker at det er kvinnene som stort sett har endret atferd, ikke mennene.

Det er innenfor helse- og omsorgsyrkene vi kommer til å ha størst behov for arbeidskraft i årene som kommer. Å rekruttere

fra nesten bare halvparten av befolkningen er en uansvarlig strategi, ifølge Riesel.

Med bakgrunn i befolkningsutviklingen, med et økt antall eldre og kronisk syke i årene som kommer, er det anslått at Norge vil mangle rundt 30 000 sykepleiere om ti år.

Som Riesel (og NSF Student) påpeker er man derfor nødt til å rekruttere fra begge kjønn. For å øke andelen søkere til sykepleierstudiet fra den mannlige del av befolkningen (men også den kvinnelige) er det viktig å fremme dette yrkets egenart og fortelle om alle mulighetene, ikke bare «lokke» med kjønnspoeng.

MANGFOLDIG YRKE. Sykepleieryrket krever kunnskap innen områder som anatomi, fysiologi, farmakologi, psykologi, organisering og ledelse, for å nevne noe.

Det krever praktiske ferdigheter som å sette sprøyter, legge inn venfloner for intravenøs tilførsel av væske og medikamenter, legge kateter, sonde og sårstell.

Det krever teknologisk innsikt, siden store deler av en sykepleiers arbeid i kliniske avdelinger, både på sykehus og i kommunehelsetjenesten, består av betjene en stadig økende mengde medisinsk-teknisk utstyr.

Og det krever at man liker å jobbe med mennesker!

Yrket gir mulighet for å jobbe som sykepleier på mange arenaer, både de rent helsefaglige og som for eksempel konsulenter og rådgivere.

Det er gode og mangfoldige videreutdanningsmuligheter. De kan man bygge ut med en master for deretter å videreføre forskerutdanningen i en doktorgradsstudie.

UNORMAL MANN. Gjennom snart 20 år som sykepleier har jeg jobbet ved ulike avdelinger på sykehuset, i primærhelsetjenesten samt ett år på høyskolen.

Jeg hadde mannlige kolleger både i akuttmottaket, ved anestesivdelingen og på høyskolen: flotte, dyktige, kunnskapsrike, omsorgsfulle og maskuline menn!

Og, som min venninne også påpekte: Ansatte av begge kjønn skaper et mer balansert arbeidsmiljø!

Min mann jobber som anestesisykepleier. Han tok utdanningen i voksen alder (som, ifølge forskning flere menn faktisk gjør), etter å ha jobbet som snekker, sykkelreparatør og for FN i Bosnia, for å nevne noe. Han snekker, skifter dekk, løfter tunge ting, legger opp strøm til lamper selv – alt man forbinder med «ekte mannfolk» Gjør yrkesvalget ham til «en unormal mann, feminin, jentete»?

Min mann stortrives i jobben sin. Anestesisykepleieryrket er spennende, givende, lærerikt, utfordrende. Han sier selv at han vil fortsette med dette til han går av med pensjon.

Med et sideblikk til de mange ansatte i for eksempel oljeindustrien, påpeker han til stadighet at vi begge har trygge

«Økt andel menn vil, slik jeg ser det, kun ha positive effekter på helsetjenestetilbudet.»

yrker. Vi er sikret jobb for all fremtid og vår innsats vil aldri kunne erstattes til fulle av «robonurses» eller datamaskiner! Daglig kommer han hjem og forteller om (anonymiserte sådan) pasientmøter, utfordringer med praktiske prosedyrer, positive opplevelser med kolleger – alt som bidrar til trivsel i arbeidslivet og fremming av et godt arbeidsmiljø.

POSITIVE EFFEKTER. Som en ekstra oppfordring til menn som skal ta et veivalg når det gjelder utdanning (men også til kvinner): Sykepleieryrket er verdt å satse på!

Lønnen er ikke verst (Norsk Sykepleierforbund jobber stadig for å heve grunnlønnen). Det er spennende, givende, lærerikt, krevende, morsomt, interessant! Du har mange valgmuligheter, videreutviklingsmuligheter, omskoleringsmuligheter (ved eventuell sykdom), og du vet du får jobb etter endt studie.

Min erfaring er ikke at mannlige sykepleierstudenter avvises (og kun duger til å bære ut søppel), men om dette skulle være tilfelle hos deg som leser av dette innlegget: sørg for at dette tar slutt umiddelbart!

Vårt velferdssamfunn er avhengig av rekruttering av både menn og kvinner til sykepleieryrket. Og en økt andel menn vil, slik jeg ser det, kun ha positiv effekt på helsetjenestetilbudet i form av et bedre balansert arbeidsmiljø, et felles og bredere verdigrunnlag og økt trivsel for den enkelte, som igjen medfører bedret pasientsikkerhet og økt kvalitet. ●

(Innlegget er også publisert på aftenposten.no)



Sykepleien.no

Hva mener du?

Si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no

Nr. 4 | 2016

Feil i artikkel

SITATFEIL: I Sykepleien nr. 4 har det oppstått en feil som gir Cathrine Silseth i Moss kommune sitt utsagn feil betydning. Det korrekte sitatet skal være:

«I Januar 2014 hadde vi ikke noen grunn til å tro at det Seniorstøtten opplyste om, ikke var korrekt.»

Sykepleien beklager feilen.



Redaksjonen

Løsning på kryssord i nr. 05/2016 (se side 76)

YOUNG	OLD	DRUG	LIKE	ELV	SYND	ORG. LEVE ELV	E	SVISDE	TITTEL	FLU- MEN	GEN- RAL HOLD	SARET PAPER	A	PLEN- OFFTE	STOR- AIDER	D	SOPS- FORK	BAND- ORG	NYTEL- SEN				
FLUEN- LIFE	R	O	D	E	K	O	R	S	M	E	D	A	R	B	E	I	D	E	R	E			
RTUSE- DEP	A	L	D	E	R	S	F	O	R	A	N	D	R	I	N	G	S	D	E	L			
U	D						A	L				A		E	G	G	E		N	B			
VEIST	E	I	K				F	O	R	B	I			T	A		R	I	B	B	E		
BLAD	S	VEIST	O				T	I	E	R	N	E			B		M	S		A	H		
K	J	O	L	E				E	N				T	A	E	R	I	N	G		B	R	A
VEN- KEN	U	R	I	N	E	N			N	S	F			R	A		A	R	E			K	G
LOU- SE	K		L	K			A										R	U			L	E	E
M	E	L	K	E	A	L	L	E	R	G	I												



– Det handler om folk

Inga Marte Thorkildsen

Hvorfor: Fordi hun har ansvar for eldreomsorgen i hovedstaden

Stilling: Byråd for eldre, helse og sosiale tjenester i Oslo kommune. Partiet er Sosialistisk Venstreparti (SV)

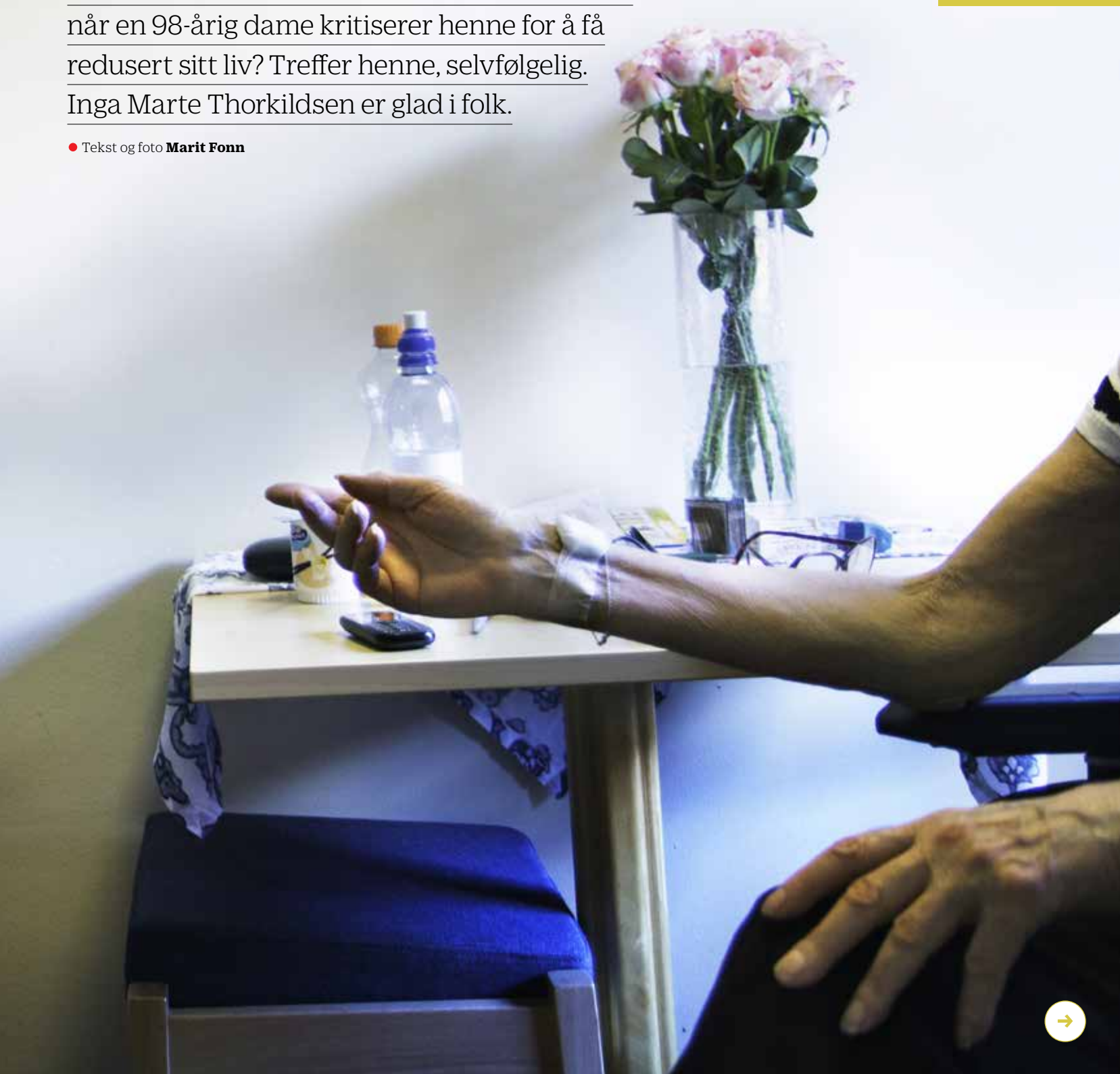
Utdanning: Mellomfag i religionshistorie og statsvitenskap

Alder: 39 år

Eldreansvarlig. Hva gjør en fersk eldrebyråd når en 98-årig dame kritiserer henne for å få redusert sitt liv? Treffer henne, selvfølgelig. Inga Marte Thorkildsen er glad i folk.

● Tekst og foto **Marit Fonn**

Historier: – Som engasjert kvinne kan man fort bli sett på som mindre intellektuell, mener Inga Marte Thorkildsen. Her lytter hun til en beboer på Lilleborg helsehus.





Jeg håper du tenker deg om hva du gjør med syke, gamle mennesker som nå skal fratas det de trenger mest.» Ordene er rettet til Oslos eldrebyråd, Inga Marte Thorkildsen. Avsender er Elna Irene Hansen, 98 år. Hvordan svarer man gamle damer som er lei seg? Når man attpåtil tilhører et parti som vil alle hjelpetrengende så inderlig vel?

Byråd Inga Marte Thorkildsen kommer syklende til et av Oslos sykehjem. Det vil si, her heter det helsehus, ett av fire som bare har korttids- og rehabiliteringspasienter. Thorkildsen har vært på møte i nærheten, så Lilleborg helsehus passer bra.

«Jeg lurar på hva byråden bruker hodet til», sa Elna Irene til Aftenposten. Hun hadde skrevet brev i avisen. «Hvorfor skal vi få livet vårt redusert med 13 årsverk», spurte hun. Hun hadde fått vite at Hovseterhjemmet, der hun bor, måtte redusere bemanningen. På ordre fra eldrebyråden.

– **KUL DAME.** I en folketom kantine med bar i hjørnet slår synderen seg ned i en burgunderrød sofakrok. Hun legger fra seg en rød liten veske med plass til en rød lommebok og rød leppestift.

– *Hvor var du da du leste brevet fra Elna Irene?*

– Det var jo ikke akkurat en brakk-staven-hendelse.

Hun må rekonstruere. Jo, hun så det på nett kvelden før det kom på trykk.

– Jeg satt ved kjøkkenbordet og jobbet som jeg pleier hver kveld.

Men den ganske ferske byråden ble ikke tynget av samvittighetskvaler. «For en kul dame!» tenkte hun.

– Det er ikke hver dag 98-åringer debatterer i mediene. Men jeg fikk behov for å forklare meg.

Det fikk hun, i flere kanaler. Kort sagt: De rødgrønne lovet i valgkampen å øremerke midler til eldreomsorgen, men etter valget starter de med å kutte 50 millioner. «Et arvet underskudd fra

«Jeg fikk behov for å forklare meg.»

de blå», forklarer Thorkildsen. Hun mener at også de kommersielle må ta sin del av kuttene, ikke bare de kommunale. Unicare, som driver Hovseterhjemmet, sier at da må de kutte 13 årsverk. «Nei, ta av overskuddet», sier Thorkildsen.

SV-byråden treffer 98-åringen med pressen til stede, og på bildet i avisen tar de en high-five.

– Vi ble enige om at det er dumt at overskuddet ikke blir brukt på bemanningen.

– *Eldre får det verre etter byrådets vedtak. Tenker du på det?*

– Jeg går ikke med på at de må gå ned i pleie. Det er opp til Unicare. Det forrige blå byrådet så eldreomsorgen som en markeds plass, der det er ok å tjene penger. Men det er dypt urimeleg at kommersielle, som tar ut fortjeneste, skal ha mer midler

enn andre. Skulle de skjermes, da, spør SV-byråden uten å vente et svar.

Hun gir nok et stikk til sine forgjengere:

– Det er ille at de har drevet med så lav bemanning at beboerne ikke kommer seg ut.

SYNLIG I MEDIENE. Thorkildsen liker selv å komme seg ut av kontoret. Hun vil høre folks historier.

Helt siden hun var ungdomspolitiker hjemme i Tønsberg har hun vært i mediene. Toppåret i antall mediesaker var 2012, da hun var barneminister i Stoltenberg-regjeringen. På Twitter har hun over 20 000 følgere, og hun har stadig noe på hjertet. På Facebook er hun raus med godord til andre, og trekker gjerne fram sin egen bok «Du ser det ikke før du tror det», om barn utsatt for overgrep.

Denne dagen startet med å åpne sykle til jobben-aksjonen. Så var det byrådskonferanse om mangelen på sykehusplasser for byens pasienter. Deretter besøk på krisesenter, før møtet i nærheten som var med Nettverk etter soning.

Hun har ansvar for alles helse, men det er de eldste som tar det meste av tiden. Selv om starten ble å kutte, har hun ikke mistet motet:

– Vi må tenke langsiktig. Vi må ta noen store valg her.

– *Som færre sykehjem og mer hjemmetjeneste?*

– Det er det eldre ønsker seg. Men de må være trygge. Vi må ha mer av omsorgsboliger og bofellesskap. Også demente vil bo i eget hjem, men de trenger gode opplevelser sammen med andre i samme situasjon, og pårørende må ha avlastning.

– *Men mange vil på sykehjem uten å få plass?*

– Ikke så mange i Oslo, ifølge fagfolka mine. Sykehjemsdekningen er veldig høy, men det skorter på innholdet. Skal vi bare ha folk på oppbevaring, da, sier hun en tanke iltert.

Svaret er gitt, og hun snakker videre om å leve med mening.

– Det slår meg gang på gang at folk i stor grad blir sett som grupper. Det gjelder eldre, barnevern, rus – og psykisk syke, ikke minst. Men jo mer man ses som grupper, jo mindre innflytelse har man på eget liv.

«HVA ER VIKTIG FOR DEG?». Hun mener det er et paradigmeskifte på gang.

– Vi trenger å ha med sykepleierne. De er viktige for å få til endringer, de som kan starte med spørsmålet: Hva er viktig for deg?

Akkurat det er blitt et mantra. Hun banker det inn i alle intervjuer.

– *Hvilket nytt paradigme snakker du om?*

– Oslo-modellen.

Den handler om at flere eldre kan bo hjemme. «Hverdagsrehabilitering starter alltid med spørsmålet: Hva er viktig for deg?», står det på Oslo kommunes nettsider.

– *Føler du avmakt?*

– Nei. Jeg føler store muligheter, sier hun uten å nøle.



På slottet: Barneminister Thorkildsen med mannen Lars Kolltveit på vei til gallamiddag. Foto: Cornelius Poppe / NTB scanpix



Mamma: Johan ble kjent allerede da han lå i magen. Nå har han blitt skolegutt. Foto: Nina Ruud



1997: Inga Marte og Heikki Holmås med Sosialistisk ungdoms nakenbrosjyrer som vakte oppsikt i valgkampen i 1997. Foto: Magnar Kirknes, VG

Problemet vold har hun tatt opp mange ganger, mot kvinner og mot barn.

– Også eldre er utsatt for overgrep?

– Absolutt. Mange eldre sliter med å snakke om det. Mange har opplevd vold som barn også, og strever med ettervirkninger. Det kan være vanskelig å stole på andre. Også pårørende berøres. Når de som har vokst opp med vold skal stille opp for sine gamle foreldre, kan kontakten bli trøblete. Noe som sjelden snakkes om, er for øvrig vold satt i system. Ulike typer tvangsbruk.

Hun stopper seg selv. Så mye kan sies. Hennes råd er kort: Bidra til mer åpenhet. Anmodningen går særlig til hjemmetjenesten.

– Mitt inntrykk er at den er lite tunet inn på å avdekke vold.

Fra januar til august i fjor ble det meldt åtte tusen avvik på Oslo sykehjem. De fleste skal ha dreid seg om medikamenthåndtering. Ellers er underbemanning, voldelige beboere og personal- og pårørendekonflikter høyt på listen.

Thorkildsen påpeker at sykehjem har dårlige erfaringer med innleide sykepleiere fra bemanningsbyråer.

– Er det en følelse du har?

– Overhodet ikke. Det ble trukket fram av sykehjemsetaten selv.

Bruken av bemanningsbyråer vil hun avvikle.

– Jeg vil heller ha vikarpool med faste vikarer. Det vil gi bedre kvalitet.

DRØMMEMANNEN MOTIVERTE. Sønnen Johan ble kjendis før han var født. Pressen var på hugget. Før hun ble gravid med

«Sykepleiere er viktige for å få til endringer.»

ham, hadde hun vært åpen om sine to spontanaborter. Hun synes det er greit å bruke det private for å få fram et politisk poeng. Journalisten Aslak Nore har kalt henne intimitetstyrann. Professor Frank Aarebrot kalte henne skrikhals.

– Noe du angrer på? Har du sagt for mye?

– Nei, men jeg er glad jeg er eldre. Jeg slipper å bli så



definert, og handlingsrommet er blitt større.

For ti år siden så hun det motsatt: «Å være ung og rappkjef-
ta er en fordel. Det har åpnet muligheter for meg», sa hun til Sy-
kepleien da.

Nå sier hun:

– Som engasjert kvinne kan man fort bli sett som mindre in-
tellektuell. At jeg er så engasjert i enkeltpersoner, kan også væ-
re problematisk. Men vi lar oss berøre av historier, ikke av fors-
kning, tall og statistikk. Det trengs mer av det, ikke mindre.

– *Hvordan er det å gå fra riks- til lokalpolitikk?*

– Supert!

Hun ble ikke gjenvalgt til Stortinget, sa nei til gjenvalg som
nestleder i partiet. Dermed var det farvel til rikspolitikken.
«Kanskje jeg kan stille til valg i bydelen», tenkte hun først. Men
nei, hun ville ikke likevel.

– Så ble det FAU. Hahaha.

Altså foreldrerepresentant på skolen. Så kom spørsmålet i
oktober. Men helsepolitikk i hovedstaden fristet ikke, hun var
jo oppslukt av barnevernsbarna i Forandringsfabrikken. Heik-
ki (Holmås) sa: «Tenk deg om.» «Jeg orker ikke», sa hun.

«Det er bare når vi virkelig jobber reelt tverrfaglig at vi blir gode.»

Men hun tenkte i tre dager. Etter tre glass vin seint en lør-
dagskveld, ble beslutningen tatt. Da hadde hun snakket med
mannen sin.

– «Det er jo en glitrende anledning til å få gjort noe», sa han.
Han er utrolig kul. Drømmemannen.

Sjarmøren er Lars Kolltveit, som hun giftet seg hemmelig
med da hun var 25, og han er ansatt i SV.

Å være i byråd er morsommere enn å være i regjering:

– Det er hands on. Og jeg er med i et byråd som vil noe. Nå
kan jeg gjøre eldreomsorgen så menneskelig som mulig. Dess-
uten, det som er godt for eldre, er ofte godt for byen.

– Å ja?

– Framkommelighet med barnevogn, for eksempel.

– *Hva er det vanskeligste?*

– Det er en diger skute å snu. Oslo er veldig sektorisert. Men
jeg velger å ikke grave meg ned i det.

Hun sveiper innom det hun kaller «tillitsreformen», som
innebærer at folk sjøl, inkludert ansatte, skal få mer å si.

– *Det blir fort mye bla-bla med slike reformer?*

– Dette er ikke noe vi bare kan vedta. Det handler om å inkl-
udere folk på grasrota, få vekk meningsløs detaljstyring.

– *Hva er det viktigste som skal til for at eldre skal få det
bedre?*

– Å samarbeide mer på tvers.

– *Sykepleierne frykter at faget deres skal vannes ut?*

– Vet du, der er jeg knallhard. De må samarbeide. Det gjelder

alle. Vi må skjønne hvem vi er til for. Og det er bare når vi virke-
lig jobber reelt tverrfaglig at vi blir gode.

– *Du kjenner sykepleiernes ømme punkter?*

– Turnus med mer helgejobbing er nummer én. Å blande seg
inn i det er som å vifte med en rød klut. Det prøver jeg meg
ikke på.

Heltid og deltid er punkt to.

– Men jeg snakker kun om heltidskultur. Ferdig med det.

– Ja vel ...

– Så er det dette med grunnbemanning.

Hun kritiserer ikke: Prinsippet om å jobbe maks hver tredje
helg har hun respekt for. Det med heltid og deltid finner de ut
av. Kravet om faste stillinger er hun helt med på.

– Men jeg vil utfordre de som utdanner sykepleiere til å ten-
ke annerledes. Mindre pleie, mer mestring. Det er så lett å ta
over kontrollen og hjelpe i stedet for å oppmuntre til mestring
og rehabilitering. Spesielt når tida er knapp.

– **BARE JEG REKKER JOHAN.** Hun tenker plutselig på Johan,
som nå er skolegutt. Mor vil gjerne se ham før hun skal på mø-
te klokken sju.

En ivrig institusjonssjef tar over. På et møterom viser hun
harde fakta på en stor skjerm. Thorkildsen forsyner seg fra
fruktfatet og noterer flittig på nettbrettet sitt.

Pasientene er her på korttidsopphold fra to uker til to år.

– To år er ikke akkurat kort tid, kommenterer Thorkildsen,
og merker seg at mange blir liggende lenge fordi de venter på
langtidsvedtak. Altså sykehjemsplass.

– Det er et kjempeetterslep på oppussing, sier styreeren.

– Der føler jeg avmakt, på vedlikehold av bygg, sier byråden
henvendt til journalisten.

En tillitsvalgt kommer rushende og forteller oppildnet om
en pasient som er strålende fornøyd med helsehuset, men kri-
tisk til sykehuset hun har vært på mange ganger. Thorkildsen
ser sitt snitt:

– Kan jeg treffe henne?

Det kan hun.

– Bare pass på at jeg kommer meg hjem så jeg rekker å treffe
Johan, sier hun til rådgiveren sin.

Vi tar heisen ned til damen som gjerne beretter om hvor
skremt hun ble da hun var på sykehuset og ikke fikk puste.
Thorkildsen både lytter og spør.

– Hva syns du sjøl at du trenger?

– Mer enn det hjemmesykepleien kan gi, svarer damen.

I heisen opp igjen, er Thorkildsen oppbrakt:

– Tenk å ha klaus og blir stengt inne på et rom, og måtte ringe
113 fra sykehuset. Det går ikke an! Men det var fantastisk å hø-
re alt skrytet hennes om Lilleborg helsehus, da. Det skal de ha.

Hun hiver på seg hjelm, skjerf og ørepropper og kaster seg
på sykkelen. Så får Johan et glimt av mamma før hun går på
kveldsmøtet sitt. ●

marit.fonn@sykepleien.no

JOBB

Sykepleien 5 | 2016

Stillinger – Kunngjøringer



Se flere stillinger
på nett: sykepleienjobb.no



Nore og Uvdal kommune ligger øverst i Numedal med kort reiseavstand til Kongsberg, Geilo og sentrale østlandsområder. Rødberg er kommunesenteret. Store deler av Hardangervidda Nasjonalpark ligger innenfor våre grenser med gode muligheter til jakt, fiske og friluftsliv. Kommunen er en attraktiv hyttekommune som fokuserer på byggeskikk, reiseliv, tradisjoner og naturopplevelser. Det er et aktivt landbruk i kommunen. Kulturlivet er rikt med stor aktivitet innen lag og foreninger. Langedrag Naturpark med sine fantastiske opplevelser er lokalisert i kommunen. Videregående skole finnes på Norefjord i tilknytning til idrettshall og stadion.

SEKSJONSLEDER

Institusjons- korttids- og rehabiliterings-avdeling

Bergtun Omsorgssenter har beliggenhet på Rødberg. Det er bygget etter moderne prinsipper for drift og organisering. Omsorgssenteret inneholder sykehjem fordelt på institusjon og skjermet avdeling, samt korttids-/rehabiliterings- avdeling. I tillegg er 16 omsorgsboliger og 5 omsorgsenheter tilknyttet omsorgssenteret.

Se for øvrig våre nettsider: www.nore-og-uvdal.kommune.no

Arbeidsoppgaver

- Leder av institusjons- korttids- og rehabiliterings-avdeling
- Personal-, budsjett- og økonomiansvar
- Strategisk lederskap i kommunen

Kvalifikasjoner

- Utdanning fra høyskole/universitet innenfor sykepleie
- Relevant ledererfaring fra privat eller offentlig forvaltning

Utdanningsnivå

- Høyskole/Universitet

Personlige egenskaper

- Er nytenkende med evne til å lede utvikling av eget område og se muligheter på tvers av fagområder
- Erfaring fra kvalitetsarbeid og fagutvikling
- Er relasjonsbygger som skaper gode samarbeidsforhold
- Er resultatorientert og har god gjennomføringsevne
- Er åpen, trygg og tydelig som leder
- Personlige egenskaper blir vektlagt

Vi tilbyr

- Et ansvarsområde som bygger på forskningsbasert tjenesteyting
- En interessant jobb i et spennende tverrfaglig og kreativt fagmiljø
- Mulighet til å være med å forme Nore og Uvdal kommune framover
- Hjelp til å skaffe bolig
- Lønn etter avtale
- For stillingen gjelder vanlige kommunale ansettelsesvilkår i overensstemmelse med gjeldende lover, reglementer og tariffavtaler, herunder pensjonsordning i KLP.
- Politiattest bes fremlagt.
- Egenerklæring tuberkulose og taushetserklæring må leveres før tiltredelse, i henhold til gjeldende regelverk.
- Den tilsatte må disponere bil, og ha førerkort

Nore og Uvdal kommune er omfattet av Offentleglovas bestemmelser om rett til innsyn i søkerlister. Opplysninger om søker, kan bli offentliggjort selv om søkeren har bedt om ikke å bli oppført på søkerlista, jfr. Offentleglovas § 25. Søker må begrunne eventuelt ønske om unntak. Dersom unntak ikke blir akseptert, vil søker varsles og eventuelt ha mulighet til å trekke sin søknad.

Søknadsfrist: 26.05.2016

Nærmere opplysninger om stillingen fås ved henvendelse til kommunalsjef Lis Berit Nerli på tlf. 31024300/ e-post: lis-berit.nerli@nore-og-uvdal.kommune.no

DU SKAL MERKE AT



VI BRYR OSS

... Ikke minst når du mottar lønningen!

SAMMEN FORMER VI DIN DRØMMEJOBB

I Dedicare er vi overbevist om at du jobber best når du trives og selv har innflytelse over arbeidet ditt. Derfor er vi opptatt av smidighet og fleksibilitet. Våre sykepleiere velger selv om de vil jobbe heltid eller deltid, mye eller lite.

Godt betalt er det også! Nå er det sentrale lønnsoppgjøret over for i år, og forbundet kjørte hardt på at sykepleiere fortjener 500.000 i lønn innen 2020.

Hvorfor vente så lenge? Dedicare innfrir dette allerede nå i 2016. Vi gir våre sykepleiere en grunnlønn på 500.000* og spesialsykepleiere får minst 550.000.*

I tillegg kommer goder som blant annet UB-tillegg og rett til 5 uker ferie (12 % feriepenger).

*Dette gjelder for 100 % stilling med visse forutsetninger til fleksibilitet.

SERIØSITET ER EN SELVFØLGE

Dedicare har avtale med alle sykehusene i Norge og de fleste av landets kommuner, og er blant de eldste firmaene innenfor helsebemanning. I år feirer vi 20-års jubileum!

Dedicare tilbyr faste ansettelser, pensjonsavtale med KLP, gruppelevesforsikring, ulykkesforsikring samt en rekke andre fordeler. Alle våre sykepleiere i Norge er ansatt i det norske selskapet – med fulle rettigheter.

Våre bemanningskonsulenter er sykepleiere som alle har erfaring fra helsevesenet. Deretter gjennomgår de en grundig opplæring før de begynner å jobbe med bemanning og rekruttering. Du får din egen faste kontaktperson som følger deg opp.

HVA PASSER BEST FOR DEG?

Du bestemmer selv hvor og hvordan du vil arbeide, og vi gjør hva vi kan for å tilpasse vårt store tilbud til beste for deg.

Kanskje du vil jobbe ekstra mye en periode? Eller jobbe mer annenhver uke og tilsvarende mindre de andre ukene? Har du barn, er det viktig å tilpasse helgejobbing til barnas aktiviteter – og ikke minst kunne ta ferie når du vil. Gir du beskjed i god tid, vil det garantert ordne seg! Hos oss er det ikke noe som heter feriepuljer eller "vente til" 1. mai 2017..!

Hva med å jobbe i en annen landsdel en periode? Vi kan gi deg jobb nærmest hvor du vil i hele Norge. Vil du oppleve Lofoten, Nord-Norge eller Vestlandet – et skisted om vinteren og svaberg om sommeren? Alt er mulig, og i slike tilfeller dekker vi både pendlerreise og pendlerbolig.

TRYGGHET

Våre ansatte fortjener det aller beste, og vi tar oppgaven alvorlig med å matche din kompetanse med den riktige stillingen. Ønsker du å utvide kompetansen din, hjelper vi til med dette og tilbyr både internopplæring og fagkurs. Og, du blir selvsagt aldri bedt om å ta en stilling på steder du ikke har lyst til å jobbe og bo.

Kort sagt: Er du hos oss, er du i de beste hender!

Vi ser fram til å høre fra deg!

www.dedicare.no/nurse
+47 07480 – rekruttering@dedicare.no



Vi bryr oss mer!

DEDICARE
Nurse



AKADEMIKLINIKEN

Vi ekspanderer ytterligere og søker

ANESTESISYKEPLEIER OG INTENSIVSYKEPLEIER

HEL- ELLER DELTID

Akademikliniken er Nordens ledende innen estetisk og rekonstruktiv plastisk kirurgi og estetiske behandlinger. I tillegg til plastikkirurgi utfører vi også ortopedisk kirurgi på sykehuset i Oslo. Vi har spesialister med lang erfaring og benytter velutprøvde metoder basert på det seneste innen forskning. "Skjønnhet gjennom vitenskap" har alltid vært Akademiklinikens motto. Vi er innovative og leder utviklingen gjennom kontinuerlig forskning. Akademikliniken utdanner også plastikkirurger fra hele verden.

Vi er i sterk ekspansjon og søker anestesisykepleier og operasjonssykepleier til vår kirurgiske avdeling / sykehus ved Ullevål Stadion i Oslo.

Vi søker etter deg som er faglig sterk, lidenskapelig opptatt av jobben din, fleksibel, serviceinstitt og evner å se arbeidsoppgaver selv. Høy faglig kompetanse og gode samarbeidsevner vektlegges. Relevant erfaring er ønskelig.

Vi tilbyr konkurransedyktig lønn, hyggelig miljø med fokus på faglig utvikling i nye og moderne lokaler.

Skriftlig søknad sendes pr mail til: info@akademikliniken.no
att: Janne Schultz, avdelingsleder operasjon

Søknadsfrist 31. mai 2016



Alstahaug
kommune

SYKEPLEIERE

Alstahaug kommune har følgende ledige sykepleierstillinger:

- 2 x 100 % faste ledige stillinger
- 1 x 80 % fast stilling
- 1 x 100 % vikariat fra snarest til september 2017.

Stillingene er pr.t. ved Alstahaug sykehjem.

Arbeid i tredelt turnus.

Arbeidsoppgaver:

- Ha sykepleiefaglig ansvar for pasientenes medisinske behov.
- Assistere og motivere pasienter til mestring av eget liv.
- Bidra til å utvikle sykehjemstilbudet.
- Kartlegge pasientens behov.

Kvalifikasjoner:

- Offentlig godkjent sykepleier.
- Relevant videreutdanning ønskes.
- Gode muntlige og skriftlige norskkunnskaper.
- Personlig egnethet tillegges stor vekt.

Ønskede personlige egenskaper:

- Fordel med erfaring fra drift av KAD-senger og sykehjemstjenester.
- Selvstendig, strukturert og løsningsorientert.
- Interesse for geriatri, akutt og kronisk sykdom, rehabilitering.
- Evne til å motivere og engasjere. Gode samarbeids- og kommunikasjonssevner.
- Evne til å jobbe i team.
- Initiativrik, engasjert og kreativ.
- Selvstendig, strukturert, løsningsorientert.

Vi tilbyr:

Spennende arbeidsoppgaver i et tverrfaglig miljø med mulighet til å påvirke kommunens helse- og omsorgstjenester.

Lønn etter tariff.

Søknadsprosedyre:

Alle søknader på ledige stillinger skal registreres elektronisk via: www.alstahaug.kommune.no under ledige stillinger

Søknadsfrist: 20.06.2016

Kontaktperson

Tania Marie Walen, Enhetsleder, tlf: 75075252, mobil: 90093622,
Tania.Marie.Walen@alstahaug.kommune.no
Anne Lundestad, Avdelingsleder, tlf: 75075254, mobil: 92265990,
anne.lundestad@alstahaug.kommune.no
Anita Vean, Ass. leder, tlf: 75075254, mobil: 91101438,
Anita.Vean@alstahaug.kommune.no



RÆLINGEN KOMMUNE

Rælingen kommune har ca 17 000 innbyggere og ligger sentralt i Akershus fylke med kort vei til Lillestrøm, Oslo og Gardermoen. Du vil møte en moderne og utviklingsorientert kommune med nærhet til både det urbane og det landlige.

Spennende helsesøsterstillinger i Rælingen kommune

Vi har flere ledige helsesøsterstillinger som vi ønsker å fylle med engasjerte medarbeidere som evner å se viktigheten av tidlig intervensjon/forebyggende og helsefremmende arbeid.

- 75 % fast, nyopprettet stilling som helsesøster for rusforebyggende arbeid i forebyggende helsetjenester.
- 120 % fast stilling tilsammen som rådgivende helsesøster til smittevern og miljørettet helsevern.

Til stillingene er det krav om at du er autorisert helsesøster.

Du vil få mulighet til personlig og faglig utvikling og møte en engasjert og inkluderende kollegagruppe.

Vi gleder oss til å jobbe med deg!

Rælingen kommune er i vekst og satser på forebyggende og tverrfaglige tjenester. Det vil derfor kunne åpne seg andre muligheter gjennom året, så hold utkikk!

Kontaktpersoner:

Siv Gahrnaker, ledende helsesøster, tlf. 958 05 986
Brynhild Belsom, enhetsleder, tlf. 63 83 51 56

For fullstendig utlysningstekst for hver og en av stillingene, se Rælingen kommune sine hjemmesider: www.ralingen.kommune.no

Søknadsfrist: 30.05.2016

Trivselskommunen med nærhet til Østmarka og Øyeren

I Helse Fonna er vi meir enn 3000 medarbeidarar. Føretaket tener 180 000 innbuarar og har sjukehusa Haugesund, Stord, Odda og Valen, fire DPS og ti ambulansestasjoner.

Helse Fonna, Haugesund sjukehus:

Leiar, intensiveininga

Intensiveininga gir avansert behandling til akutt kritisk sjuke, samt postoperativ overvaking. Eininga inngår i seksjon anestesi/intensiv saman med anestesi-eining, anestesilegar og palliativ team.

ANSVAROMRÅDE

- Dagleg drift, ansvar for fag, personal og økonomi.
- Rapportarar til seksjonsleiar og er med i leiarteamet.
- Ansvar for sjukepleiefagleg forsvarleg pasientbehandling og kvalitetsutvikling.

KVALIFIKASJONAR

- Intensiv-/spesialsjukepleiar med interesse for leiging.
- Leiarutdanning og erfaring frå personalleiging er meriterande
- Erfaring med turnusarbeid ein fordel
- Kunne nytte IT-verktøy.

KONTAKT

Dagny Strand Klausen
Seksjonsleiar. Tlf: 52 73 26 87.
Solveig Tveit Songstad
Funksjonsleiar. Tlf: 52 73 26 70.

Les meir og søk innan 22. mai:
www.helse-fonna.no/jobb



Søndre Land kommune

Tjenesteområde helse, omsorg og velferd, hjemmesykepleien

VI TRENGER DEG!

som er autorisert sykepleier, og som kunne tenke seg å jobbe i 100 % svangerskapsvikariat fra 1. august 2016

Hjemmesykepleien:

Vi er 18 sykepleiere som nå trenger flere medarbeidere. Vi yter sykepleiertjenester til hjemmeboende i alle aldre med forskjellige behov for sykepleie.

Vi søker medarbeidere som er faglig dyktige, viser engasjement og tar initiativ, kan jobbe både selvstendig og i team, og har godt humør. Vårt verdigrunnlag er respekt, tillitt og mot.

Er du sykepleier, som trenger en ny faglig og spennende utfordring? Da har vi ledig 100 % svangerskapsvikariat som sykepleier fra 01.08.16.

Kontaktperson: Marianne Ege Lundberg, tlf. 61 12 65 37

Fullstendig utlysningstekst og elektronisk søknad finner du på kommunens nettsted: www.sondre-land.kommune.no



VI HAR LEDIG 100 % FAST STILLING SOM SYKEPLEIER FRA 26.06.2016

Pleie, rehabilitering og omsorgsavdelingen, Hjemmesykepleien

Vi kan tilby

- 2-delt turnus, med arbeid 3. hver helg. Fortrinnsvis dagvakter, ca 6 kveldsvakter / 6 uker
- Høyt faglig miljø
- Stor innflytelse på egen hverdag
- Varierte og utfordrende arbeidsoppgaver

Nærmere opplysninger om stillingen, fås ved henvendelse til: Leder for hjemmetjenesten Heidi K. Ellingsen på tlf 32 16 33 61 / 97 14 68 00

Søknadsfrist: 27.05.2016

Hole kommune ber søkere å sende søknaden elektronisk via vårt digitale søknadssenter <https://skjema.hole.kommune.no/>



Kvænangen kommune
naturperle på 70 grader nord
Adresse: 9161 Burfjord • tlf. 77 77 88 00 • faks 77 77 88 07

Sykepleiere

Naturskjønne Kvænangen kommune søker sykepleiere

Vi har ledig en 100 % fast stilling med todelt turnus i hjemmetjenesten og to 100 % vikariater ved Gargo sykehjem og sykestue for et år fremover med snarlig tiltredelse - tredelt turnus.

Vi kan tilby et godt arbeidsmiljø med varierte arbeidsoppgaver og faglige utfordringer med bl.a. legevakt, gode lønnsbetingelser, delvis dekning av flytteutgifter og leilighet nært jobb.

Vi omfattes også av tiltaksområdet i Nord-Troms og Finnmark med nedskrivning av studielån og skattefordeler.

Se hele utlysningsteksten og kontaktinformasjon på www.kvanangen.kommune.no

Søknadsfrist 31.05.16.

www.kvanangen.kommune.no

frantz.no



Gol kommune

Sjukepleiar - kvardagsheltar

Heimesjukepleien og Gol helsetun ynskjer seg fleire sjukepleiarar, og søker derfor både etter deg som vil ha fast stilling og deg som er interessert i et vikariat.

Søknadsfrist 19.06.2016.

For fullstendig utlysning og innsending av elektronisk søknad, sjå Gol kommune si heimeside: www.gol.kommune.no - Ledige stillingar

HELGE- OG FERIEAVLASTER I HJEMMET VIKARIAT

Mann på 70 år, som bor på Slemdal i Oslo, trenger pga fysisk funksjonsnedsettelse hjelp til alle personlige gjøremål. Han får god hjelp døgnet rundt av personlige assistenter (også våken nattevakt) og omfattende hjemmesykepleie. Godt arbeidsmiljø.

Ektefellen søker nå avlastning fra sykepleier eller meget erfaren helsefagarbeider som kan være sovende nattevakt ved ektefelles reisefravær i helger og ferier, eventuelt også bakvakt/tilkallingsvikar for assistentene.

Lønn etter kvalifikasjoner med vanlige tillegg for natt/helg. Sovende nattevakt lønnes med en tredjedel av vanlig timesats.

Du må ha godt humør, gode norskkunnskaper og god helse. Omfattende opplæring vil bli gitt.

Henvendelse til rrbjerke@hotmail.com eller tel 99 72 67 31 snarest.



AVDELINGSSYKEPLEIER

Vi har ledig stilling som avdelingssykepleier ved intermediæravdelingen virksomhet VLMS fra 01.09.2016. Vi søker nå etter deg som ønsker å være med å bygge opp et nytt og spennende tilbud for Valdresregionen.

Elektronisk søknad sendes via: www.nord-aurdal.kommune.no ledig stilling. Her finner du også fullstendig kunngjøringstekst.

Ønsker du ytterligere opplysninger om stillingen kontakt virksomhetsleder Toril Naustdal, tlf. 970 43 084 eller e-post: toril.naustdal@nord-aurdal.kommune.no

Søknadsfrist: 13.juni 2016

Finnmarkssykehuset har sykehus i Kirkenes og Hammerfest, og behandling innen psykisk helsevern og rus, inkludert samisk nasjonalt kompetansesenter. Vi søker de tøffe og fleksible fagfolkene. Du vil jobbe på en liten avdeling, som betyr at du får mer ansvar og mer varierte arbeidsoppgaver. Her betyr du mer!

Enhet medisinsk poliklinikk/LMS Kirkenes og spes.pol Vadsø

Diabetessykepleier

Ved medisinsk poliklinikk, Klinikkk Kirkenes, er det ledig 100% stilling som diabetessykepleier.

Søknadsfrist: 5. juni 2016

Fullstendig utlysningstekst finnes på foretakets hjemmeside www.finnmarkssykehuset.no

Attester og vitnemål legges ved søknaden. Originalpapirer etterspørres ved innkalling til intervju. Finnmarkssykehuset ønsker ikke kontakt med selgere.

frantz.no



FINNMARKSSYKEHUSET
FINNMÁRKKUBUOHCEVISSU



SYKEPLEIER

Vi vurderer å utvide vår ansattegruppe her på Renåvangen med flere fagfolk.

Vi ønsker primært minimum 3-årig helse- og sosialfaglig høyskoleutdanning som f.eks sykepleiere, barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere.

Eventuell erfaring eller tilleggsutdanning innen rusfelt, psykiatri, gruppe- eller familierapi vil være en fordel.

For spørsmål, ta kontakt med daglig leder Toril Andreassen eller nestleder Tore Moen på telefon: 62 46 60 50

Se vår hjemmeside www.renavangen.no for flere opplysninger.

Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus AS er et privat sykehus, som eies og drives med et ideelt formål av Haugesund Sanitetsforening. Vi har driftsavtale med Helse Vest som spesialsykehus for revmatologi og revmakirurgi. Sykehuset har i tillegg Hudpoliklinikk, og totalt ca. 170 ansatte. Sykehuset er i en aktiv utviklingsfase og har opprettet et rehabiliteringssenter gjennom datterselskapet Rehabilitering Vest AS.

HAUGESUND SANITETSFORENING



revmatismesykehus as

Vi har ledig stilling som

ENHETSLEDER REVMATOLOGI/REVMAKIRURGI

Dette er en utfordrende og interessant lederstilling i et aktivt fagmiljø som legger vekt på fleksibilitet, kvalitet og ansvar. Vi søker primært kandidater med sykepleierbakgrunn i kombinasjon med solid lederkompetanse.

Vi har et helt nytt og moderne sykehus med revmatologisk avdeling som består av revmatologisk poliklinikk, revmakirurgisk poliklinikk, infusjonsenhet og sengepost med til sammen 15 legehjemler.

Enhetsleder rapporterer til adm. direktør og har det overordnede ansvar for revmatologisk og revmakirurgisk enhet.

Vi tilbyr konkurransedyktige betingelser og meget god pensjonsordning gjennom KLP. Sykehuset er behjelpelig med å skaffe bolig og barnehageplass. Tiltredelse snarest eller etter nærmere avtale.

Opplysninger om stillingen fås fra konstituert direktør Erling Lervåg på telefon 52 80 50 00. For ytterligere informasjon: www.hsr.as

Søknadsfrist 25. mai 2016

Søknad med kopi av attester og vitnemål sendes Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus AS v/ personalsjef, Postboks 2175, 5504 Haugesund, Norge eller: post@hsr.as




Akershus universitetssykehus er Norges største akuttssykehus, og lokal- og områdesykehus for nær 10 % av Norges befolkning. Vi har et raskt voksende forskningsmiljø innen medisin og helsefag. "Menneskelig nær – faglig sterk" er vår ledestjerne. Kirurgisk divisjon består av 10 avdelinger som leverer kirurgiske spesialisthelsetjenester for opptaksområdet på nær 500 000 innbyggere. Divisjonen organiserer også alle kirurgiske fellesfunksjoner inkludert anestesi- og intensivvirksomhet og Palliativt senter. Det er i tillegg en betydelig forsknings- og undervisningsaktivitet.

Intensivseksjonen
Intensivsykepleier

Ønsker du å være del av et stort fagmiljø?
 2 x 100 % faste stillinger.

Spørsmål vedrørende stillingen kan rettes til Karin Bakken, seksjonsleder, 67 96 42 52

Referansenr: 3063687191

Søknadsfrist: 1. juni 2016

For elektronisk søknad og fullstendig utlysningstekst:
www.ahus.no/jobb

www.ahus.no

HELSE SØR-ØST

frantz.no

MEDIYOGA - medisinsk yoga

Utdannelse for helsepersonell



Våre utdanninger finnes på flere steder rundt i landet. Se hjemmesiden for mer informasjon mediyoga.no

+46 85 40 882 80



JENS-CHRISTIAN HOLM
 - FORLAG OG FORMIDLING

Behandling av svært overvektige barn ved JENS CHRISTIAN HOLM



Kjent fra Generasjon XL på NRK, SVT, DR og BBC World

Jens-Christian Holm tilbyr kurs for behandling av svært overvektige barn og unge.

Kursene er en introduksjon til den pedagogiske metoden som fører til vekttap hos 70 - 80 prosent av svært overvektige barn og unge. Metoden er effektiv i forhold til tidsbruk. Årsaken til den effektive behandlingen er den effektive kommunikasjonen som tar for seg alvor og bak problemstillingene, men som også inneholder omsorg for den som behandles.

Kurs 1:
 Introduksjonskurs. Vektregulering, Komplikasjoner ved overvekt, behandlingsmetode, pedagogikk.
 Tirsdag 26. april - onsdag 27. april 2016. Sted: Scandic Oslo.

Kurset er første del av i alt 3 kurs.

Se www.jenschristianholm.dk - Mail overvekt.behandling@gmail.com - Facebook Jens-Christian Holm - Twitter JC_Holm

Bli med å gjøre Sykepleienjobb kjent!



Vinn
2.500,-

Vi har en flott og brukervennlig stilling ledig portal for sykepleierstillinger, men ser at noen arbeidsgivere bruker andre nettsteder.

Tips og vinn 2.500,-

Nå kan du bli med å gjøre Sykepleienjobb.no kjent. Tips din arbeidsgiver om å annonsere stillinger her. Send en e-post til jobb@sykepleien.no når du har gjort det, og bli med i trekningen av 3 gavekort a 2.500,-. Vi trekker vinnerne 1. juni. Lykke til!

Sykepleien jobb.no

LIKER DU INDISK MAT?

Hva med å prøve en ny restaurant? Vi får mye skryt for maten, og Aftenposten har anmeldt oss til 5 og skrev «**hit skal vi igjen**».



Klipp ut annonsen for en overraskelse når du spiser hos oss! Vi leverer mat til store og små selskaper.

Welhavens gate 2, 0166 Oslo,
Tlf.: 22 20 96 08
dollybal73@gmail.com



ØNSKER DERE Å LÆRE
METODEN OG TILBY PASIENTER
DBT-BEHANDLING?

Neste kull starter i
Oslo 16. januar 2017

Søknadsfrist: 1. november 2016
Les mer på www.dbt.no



VAKTROMMET AS LANSERER
www.vt-medical.com

Gå inn å design ditt eget skilt i
nettbutikken!



Besøk oss på instagram og face-
book og vær med på spennende
konkurranser!

www.vaktrommet.no
post@vaktrommet.no
tel: 926 97 497



Scandinavian Centre of Awareness Training, www.scat.no

MINDFULNESS RETREAT med Andries Kroese på vakre Syd Koster, Kostergården (utenfor Strømstad), 26 – 28 august, 2016

For informasjon kontakt: Gunilla Rask, info@karlstadskbt.se,
Mob. 00-46-736-860291

UTDANNING SOM INSTRUKTØR I MINDFULNESS TRENING
(3 x 2 dager + daglig egen trening)

Fredag og lørdag, 19 – 20 aug., 16 – 17 sept., 28 – 29 okt.

Læringsmål: Fordypning i mindfulness for egen skyld og for å kunne formidle mindfulness som et verktøy til selvhjelp for pasienter, klienter og andre mennesker i en vanskelig situasjon.

INTRODUKSJONSKURS

"Oppnå mer med mindre stress med mindfulness trening"

Fredag – lørdag, 14 – 15 oktober

Mindfulness trening: en selvutviklingsprosess 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., tidligere professor i karkirurgi. Utdannet instruktør ved Univ. of Mass. Hospital, USA. Forfatter av flere bøker om OT.

For mer informasjon om kursene kontakt:

ajkroese@online.no, tel. 90151734 eller www.scat.no

Egen stillingsportal for sykepleiere

Få varsling om stillinger som er relevante for deg.

Lag CV og søk jobber på en enkel måte.

Det er enkelt å komme i gang!

Finn flere
jobber
på nett!



Sykepleien jobb.no



TROPEMEDISIN for leger og sykepleiere

Omfatter nettkurs og en tre-ukers praksisdel i Tanzania. Kurset er godkjent av

Leger Uten Grenser (MSF)

Pris: 30.000 kr. inkl. kost og losji.

Begrenset med plasser: Søk nå!

**KURS
I 2016**

24. oktober - 11. november

ELLER

14. november - 2. desember



Påmelding og mer info:

bjorkneshoyskole.no/studie/tropemedisin

eller til info@bjorkneshoyskole.no

fb.com/bjorkneshoyskole | bjorkneshoyskole.no

SYKEPLEIER- KONGRESSEN

27. - 28. SEPTEMBER

2016

THE QUBE KONGRESSENTER

Clarion Hotel og Congress Oslo Airport

MELD DEG PÅ

innen 15. juni
og få redusert
deltageravgift

PROGRAMOVERSIKT

Tirsdag 27.September

09:00 - 10:00	Registrering og utstilling				
10:00 - 11:30	Plenum: Åpning av Sykepleierkongressen				
11:30 - 12:45	Lunsj med utstilling og postere				
12:45 - 13:45	Plenum: Ny tid, nye roller. Innovasjonskraft i sykepleie				
13:45 - 14:15	Utstilling og poster				
14:15 - 15:30	Paralleller: P1 Fag og system	P2 Pasientens helsetjeneste	P3 Kompetanse og karriere	P4 Gode arbeidsplasser - god sykepleie	P5 Kunnskap i praksis - sykepleieforskningens bidrag til helsetjenesten
15:30 - 16:15	Pausemat med utstilling og postere				
16:15 - 17:30	Paralleller: P1 Fag og system	P2 Pasientens helsetjeneste	P3 Kompetanse og karriere	P4 Gode arbeidsplasser - god sykepleie	P5 Kunnskap i praksis - sykepleieforskningens bidrag til helsetjenesten
20:00 -	Konferansemiddag i The Qube				

Onsdag 28.September

08:00 - 09:00	Registrering og utstilling		
09:00 - 10:15	Plenum: Fremtidsscenarier og samtaler om sykepleie.		
10:15 - 10:45	Pausemat med utstilling og postere		
10:45 - 11:45	Paralleller: P1 Fag og system	P2 Pasientens helsetjeneste	P3 Kompetanse og karriere
11:45 - 13:00	Lunsj med utstilling og postere		
13:00 - 14:00	Plenum: Sykepleie og innovasjon globalt.		
14:00 - 14:30	Utstilling og postere		
14:30 - 15:30	Plenum: Utdeling av posterpriser. Avslutningsfordrag.		

VELKOMMEN TIL LANDETS STØRSTE HELSEKONFERANSE

Sett av noen dager i september til Norges største og beste konferansen for sykepleiere.

Vi har satt sammen et program som vil overraske, engasjere og underholde, med fokus på ny tid og nye roller. Kongressen arrangeres kun hvert fjerde år og bidrar til økt kunnskap i form av både faglig tyngde og inspirasjon i tiden fremover.

Vi venter 140 posterpresentasjoner, 50 utstillere og 1700 deltagere. Det blir foredrag, debatter, samtaler og nettverksbygging. Vi sees på The Qube kongressenter på Gardermoen!

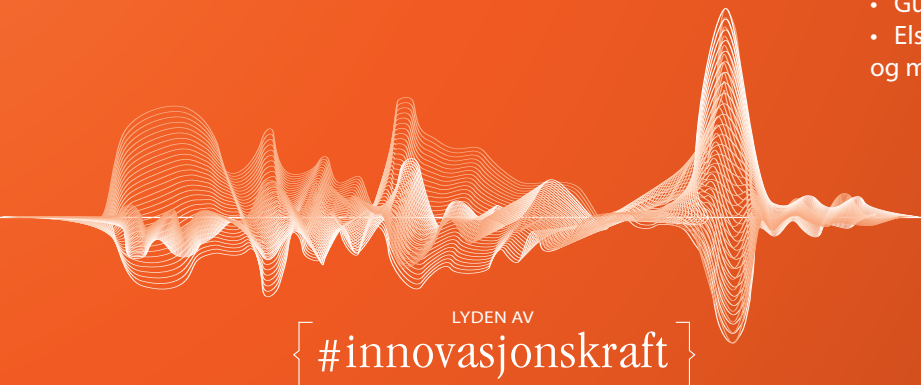
Fullstendig program, praktisk informasjon og påmelding: se **www.nsf.no**

"Bli med på den 10. Sykepleierkongressen hvor vi sammen skaper innovasjonskraft for en ny tid og nye roller. Velkommen!"

Forbundsleder NSF Eli Gunhild By

Bli inspirert av:

- Bent Høie
 - Judith Shamian
 - Bjørnar Allgot
 - Inger Cathrine Bryne
 - Marit Kirkevold
 - Ragnhild Hellesø
 - Camilla Stoltenberg
 - Anders Ekholm
 - Kathrine Myhre
 - Solveig Ose
 - Nick Hardiker
 - Geir Lippestad
 - Monica Nortvedt
 - Hilde Eide
 - Heidi Hauklien
 - Halvard Vike
 - Solveig Oseborg Ose
 - Grete Samstad
 - Runar Bakken
 - Sølvi Helseth
 - Philip Darbyshire
 - Gustav Nilsen
 - Else Kåss Furuseth
- og mange flere.



UiT
NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Fagfordypning i distriktsykepleie, til sammen 40 sp.

Fordypningen retter seg mot kommunehelsetjenestens behov for utvidet sykepleiefaglig kompetanse. Det blir lagt vekt på sykepleiens muligheter og utfordringer i rurale strøk med spredt bosetning.

Fagfordypningen består av tre emner. Første emne (20 sp), som tilbys høsten 2016, har fokus på pasientforløp med akutte og kritiske tilstander. De to neste emnene (hver på 10 sp) har vekt på langvarige forløp og ledelse, samhandling og fagutvikling. Disse tilbys våren 2017. Det pågår et arbeid med tanke på at full fagfordypning skal kunne inngå i master i sykepleie.

Nå kan du søke på:

SYP 3009: Distriktsykepleie del I, akutte og kritiske pasientforløp - 20 Sp.

Emnet er primært rettet mot sykepleiere som arbeider i kommunehelsetjenesten eller på mellomnivå.

OPPTAKSKRAV: Bachelorgrad i sykepleie eller tilsvarende, med gjennomsnittskarakter C eller bedre. Minimum to års praksis som autorisert sykepleier.

SØKNADSRIST: 1. juni – Lokalt opptak – enkeltemne – Søknadskode 9371.

OPPSTART: Høstsemestret – 17.10. 2016. Samling uke 42 og 48 pluss nettbasert mellomarbeid.

STUDIESTED: Hammerfest.

For oppstart av emnet tas det forbehold om tilstrekkelig antall ja-svar. Nærmere opplysninger om opptakskrav, oppbygging og innhold finner du på <http://uit.no/studietilbud> eller ved å henvende deg til Grete Mehus - tlf. 905 11 213, via e-post: iho.studier@support.uit.no eller til Infotorget ved Det helsevitenskapelige fakultet - tlf. 77 64 46 10.

Din søknad registrerer du her: <http://uit.no/sokweb>.

UiT Norges arktiske universitet
UiT.no



DBT DIALEKTISK
ATFERDSTERAPI

4. NASJONALE KONFERANSE OM DBT: FRA BARN TIL VOKSEN

13.-14. september 2016 / Clarion Hotel Royal Christiania, Oslo

FAGLIG PROGRAM

Professor Alan Fruzzetti og ass. prof Francheska Perepletchikova holder plenarforelesninger, og på konferansens parallellsesjoner er tema:

1. Ferdighetsgruppen i DBT
– den avgjørende brikken?
Erfaringer fra klinikk
2. DBT i samarbeid med barnevern
3. DBT til de aller dårligste?

Dialektisk atferdsterapi har gått fra sin spede barndom til ung voksenalder i Norge og er i dag en vel etablert behandlingsmetode også her til lands. **Med den 4. nasjonale konferansen om DBT retter vi denne gang et spesielt fokus mot behandling av barn, de voksne rundt dem, og familiene i behov av behandling.** Til å belyse disse emnene har vi fått med oss ledende eksperter fra inn- og utland og vi forventer stor interesse fra både nettverket av klinikere som arbeider med DBT og fra andre interesserte rundt i Norge.

Ansvarlig for konferansens program: Professor Lars Mehlum,
førsteamanuensis Erlend Mork og forsker Anita Johanna Tørmoen



UiO : Universitetet i Oslo

1996-2016
NSSF Nasjonalt senter for
selvmordsforskning
og -forebygging
20 års innsats mot selvmord

LES MER OG
MELD DEG PÅ:
www.dbt.no



Med besøk på
lokal klinikk

Big five-safari

Klassisk Big Five-safari på Albatros Travels Mantobeni Camp i Manyeleti, Kruger. Inkl Panoramaruten og lokale utflukter blant annet til en lokal klinikk.

Albatros tar deg med tett innpå Afrikas store safarientyr på vår safaricamp i Manyeleti, Krugers mest fredfylte hjørne. Her kan du fremdeles oppleve storviltet i naturlige omgivelser uten asfalt og radiomaster. Albatros Mantobeni Camp er delvis oppført i kanvas (teltstil) med murt grunnmur og badeværelser. Store, herlige og private rom med terrasse midt i den afrikanske bushen der man bokstavelig talt har savannens lyder av brølende løver og elefantenes trompetering helt tett innpå.

Vi kjører på safari i åpne landrovere, og de varme middagstimerne kan tilbringes ved bassengkanten eller med å se på det rike fuglelivet.

Campen ledes til daglig av et dansk par som gjerne forteller om sine opplevelser



Dagsprogram

Dag 1-2 Oslo-Johannesburg. Gjennom Mpumalanga-provinsen til Manyeleti viltreservat i Kruger

Dag 3 Safariopplevelser i Manyeleti viltreservat

Dag 4 Kjøretur langs den berømte Panoramaruten med stopp ved utsiktspunktet God's Window

Dag 5-6 Safaridager i Manyeleti viltreservat. Muligheter for andre utflukter

Dag 7 Besøk på reptilsenter og Moholoholo dyrerehabiliteringssenter

Dag 8 Safari og avslapping i Manyeleti viltreservat.

Dag 9 Manyeleti viltreservat-Johannesburg. Hjemreise

Dag 10 Ankomst til Oslo

Forleng reisen din!

Vil du bli litt lenger og oppleve enda mer kan du forleng reisen din



4 dager i Cape Town kun **2 898,-**

4 dager ved Victoria Falls **9 998,-**

4 dagers badeferie ved Indiske hav **4 498,-**

5 dagers avslapning på Mauritius **9 998,-**

Prisene inkluderer fly, transport til og fra flyplassen og hotell m.m. Les mer på hjemmesiden vår.

Avreise fra Oslo den 4. desember 2016 **KUN kr 17 998,-**

Enkeltromstillegg kr 3 498,-

Prisen inkluderer: Skandinavisk Albatros-representant i campen, fly Oslo - Johannesburg t/r, safari og utflukter ifølge program (4 safarier og 1 fottur, innkvartering i delt dobbeltrom på Mantobeni Camp, helpensjon unntatt lunsj dag 2 og 9 og på utfluktene til Panoramaruten og Moholoholo, skatter og avgifter

albatros.no/sykepleien | 21 98 45 45

Vennligst opplys reisekode LR-SYK. Åpent man-fre 08:30-17:00

Medl. Rejsegarantifonden Danmark | Med forbehold for trykkfeil

Albatros



...gjør dagen din behagelig

MIKS SOM DU VIL AV VÅRE POPULÆRE
SKOMODELLER TIL ARBEID OG FRITID

SPAR 38%

Mange penger å spare på våre allerede lave priser – uten å gå på kompromiss med kvaliteten eller komforten!



Modell 25130 - Amsterdam

Damesandal med mulighet
for regulering.

Farge: Sort - Hvit
Størrelse: 36 - 40
Ordinærpris 399,-



Modell 25240 - Genova

Dame sportssko med myke såler.

Farge: Sort - Hvit
Størrelse: 36 - 42
Ordinærpris 399,-



Modell 25290 - Parma

Damesandal med borrelås.

Farge: Hvit - Sort -
Rød - Blå
Størrelse: 36 - 42
Ordinærpris 399,-



Modell 25180 - Monaco

Dame-/herresandal med
borrelås.

Farge: Sort - Hvit
Størrelse: 36 - 46
Ordinærpris 399,-



Modell 25250 - Rimini

Ballerinasko med myke såler.

Farge: Hvit
Størrelse 36 - 42
Ordinærpris 399,-



2 PAR KUN
500,-

Se flere
VILLE
tilbud på
praxis.no

Modell 25280 - Firenze

Moteriktig damesandal
med spenne.

Farge: Sort - Hvit
Størrelse: 36 - 42
Ordinærpris 399,-



Modell 25310 - Trento

Damesandal med spenne og korkbunn

Kvalitet: Imitert skinn
Farge: Sort
Størrelse: 36 - 42
Ordinærpris 249,-



2 PAR KUN
300,-

Modell 25300 - Venezia

Damesandal med tåstropp og spenne

Kvalitet: Imitert skinn
Farge: Solv
Størrelse: 36 - 42
Ordinærpris 249,-



Modell 25230 - Pisa

Damesandal med borrelåslukking.

Kvalitet: Imitert skinn
Farge: Sort/grå - Grå/blå
Størrelse: 36 - 42
Ordinærpris 249,-



Du kan fritt velge mellom alle modellene og får selvfølgelig rabatt på alt - ved bestilling av minimum 2 par
Tilbudet gjelder til 08.07.16 og du har full bytte- og returrett i 30 dager.

Bestill på 57 69 46 00 eller www.praxis.no

Praxis
Arbeids- og Fritidsklær AS
Sjøtun Næringspark
6899 Balestrand