

11
2014

Sykepleien

Homo. De første åpne homofile er blitt gamle og hjelpetrengende. Kim Friele ber sykepleiere være beredt. **22**

Gammel og skeiv

● **Hva skjer**
Vanskelige følelser i praksis. **30**

● **Sykepleie**
Dementes stemme teller også. **48**

● **Påfyll**
Til Bollywood med tabufilm. **60**

● **Meninger**
Send legene på informasjonskurs! **72**

Nyda® dreper både lus og egg

- Én behandling på én time er nok!
- Selges reseptfritt på apotek



NYDA® er et nytt og effektivt middel mot hodelus som også dreper luseegg. Nyda® inneholder en blanding av to dimetikon, som effektivt trenger inn i lusens puståpninger og på den måten kveler lusen. Også luseegg har puståpninger, for nymfene som utvikles inne i egget, må ha oksygen for å leve. Nyda trenger inn i disse åpningene og kveler på den måten de uklekkede lusene.

NYDA® er helt giftfritt og godkjent brukt fra 2 års alder. (NYDA® er grundig undersøkt på barn ned til 2 år, derfor er dette satt som

nedre aldersgrense). Det er nok med én enkel påføring. Det følger finkam med i hver pakke, så man kan gre ut døde lus, nymfer og egg etter behandlingen. NYDA® er et CE-merket medisinteknisk produkt, Klasse II - en høyere grad av godkjenning enn andre medisintekniske lusemidler som vanligvis bare er Klasse I.

 **Navamedic**

Navamedic ASA
Tel: +47 67 11 25 40
E-mail: info@navamedic.com
www.navamedic.com



SIMPLY CLEVER

ŠKODA



ŠKODA Yeti. Testvinneren som kan gå over stakk og stein – uten at prisen gjør det samme.



Nå 1.99%* rente!

Gjelder bestilling før 30.09.2014 på lån, leasing og forbrukerleie.

Fra kr 244.100,-

Gjelder ŠKODA Yeti Active 105kh TSI.

4x4 fra kr 321.500,-

Gjelder ŠKODA Yeti Active 110hk TDI 4x4.

Standarutstyret inkluderer:

- 9 kollisjonsputer
- 16" aluminiumsfelger
- Lysassistent med Coming /leaving home
- Cruisecontrol
- 3-eket multifunksjonsratt i skinn
- Parkeringssensorer bak

At Auto Motor und Sport har kåret ŠKODA Yeti til beste SUV i Tyskland forteller noe om hva du kan forvente. I Storbritannia er Yeti en vinner, og da 46.000 bileiere skulle evaluere bilene sine var Yeti-eierne de mest fornøyde. Gunstig vektbalanse gir en meget god og stabil kjøreopplevelse også med henger, og er en av grunnene til at Yeti også har vært kåret til "Towcar of the year". ŠKODA Yeti er i tillegg sprek og full av utstyr som gjør kjøreturen behagelig og trygg. Nå kan du kjøpe Yeti med suveren pris og gunstig finansiering til 1.99%* rente.

Les mer om Yeti og bestill prøvekjøring på yeti.no

For fullstendig liste over standard- og ekstrautstyr og prøvekjøring se ŠKODA.no. Avbildet modell kan ha ekstrautstyr. Drivstofforbruk og CO₂-utslipp fra 4,6 liter/100km, 119 gr/km. Priser er inkl. frakt og levering Oslo. Arsavgift og frakt utenfor Oslo kommer i tillegg. * Kampanjerente 1,99%, eff. rente 4,45% ved lånebehov kr. 150.000,- over fem år. Etableringsgebyr kr 4.190,- og termingebyr kr 85,-. Totalkostnad kr 167.216,-. Renten er subsidiert i tre år, for deretter å bli justert til normal produktrente. Gjelder finansiering gjennom Skoda Finans.



Risskov Bilferie nytt i Norge

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

Bestillingskode
REISE



Opplev Rondane Nasjonalpark i høst, mange flotte tur muligheter for alle
I restauranten Villreinen Bistro & Bar serveres varme og kalde retter

🇳🇴 | Gudbrandsdalen | Bestill innen 31.10

Ferie ved Rondane

Spidsbergseter ★★★

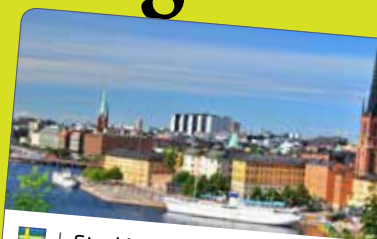
Et komplett og moderne hotell midt i det enestående og velkjente fjellandskapet Rondane. Hotellet åpnet i 1926 og Spidsbergseter har siden da levert opplevelser, kvalitet og service gjennom 3 generasjoner Spidsberg.

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- Inngang til Karlsvogna Fjellbad
- Gratis internett
- Gratis parkering

SPAR OPP TIL **740,-**

899,-

Ankomst:Lørdag - onsdag inntil 25.02.15



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

🇸🇪 | Stockholm

Bo sentralt i Stockholm

Best Western Hotel Karlaplan ★★★★★

- 2 x overnatting
- 2 x frokostbuffé
- Gratis internett
- Nære til t-bane
- Sentralt i Stockholm

SPAR OPP TIL **317,-**

1.179,-

Ankomst: Inntil 30.12.15

Europa til lavpris



Besøk vakre Skagen med sine interessante severdigheter som Grenen, Den Tilsandede Kirke og Det hvide fyr. Foldens Hotel ligger i Skagen sentrum, og du kan nyte flott natur.

🇩🇰 | Jylland

Nydelig i Skagen

Foldens Hotel ★★★

- 2 overnattinger
- 2 x frokostbuffet
- 2 x 2-retters meny
- 1 x velkomstdrink
- Gratis parkering

SPAR OPP TIL **299,-**

1.449,-

Ankomst: Inntil 29.12.14



Like ved Uddevalla har man Vänersborg som er vakkert sted og hotellet har relax avd
Kun 2 timer kjøring fra Oslo kan man koble av noen dager for å hente energi.

🇸🇪 | Götaland

Avslapning og velvære

Quality Hotel Vänersborg ★★★

Vänersborg er en sjarmerende småby i den sørøstlige enden av Vänern. Man kan spasere i byen eller gå en tur i den flotte naturen. Her finnes det noe å gjøre både for store og små.

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 1 x 2-retters meny inkl. kaffe
- Fri tilgang til relax avd.
- Gratis internett & parkering



SPAR OPP TIL **485,-**

899,-

Ankomst: Inntil 23.08.15

www.risskov.no
tlf. 32 82 90 00

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

RISSKOV
BILFERIE

Norges beste priser

Bestillingskode
REISE

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



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

| Jylland

25 km. fra vakre Aalborg

Phønix Hotel Brønderslev ★★★

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

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



SPAR OPP TIL 546,-

569,-

Miljøtillegg 45 DKK / døgn

Ankomst: Søndag - onsdag inntil 21.12.14 | Sesongtillegg fra kr. 25 / døgn

Ferieopplevelse i Europa til lavpris



| København

Designperle i København

Copenhagen Island ★★★★★

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

Ankomst: Inntil 22.04.15

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

SPAR OPP TIL 833,-

999,-



| Götaland

Nære Uddevalla

Hotel Hehrne kök & konferens ★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- Gratis kaffe og te (14-18)
- 10% rabatt på SPA-behandlinger
- Gratis internett og parkering

Ankomst: Mandag - fredag inntil 27.03.15

Tilbring en flott naturferie i vakre Sverige. Hotel Hehrne kök & konferens har en fantastisk utsikt til Göta Älv og mot Hunneberg like ved Sveriges største innsjø Vänern.

SPAR OPP TIL 261,-

769,-



Oslo har mye å by på for en weekend - nye trendy områder nær fjorden
Hotellet har en anerkjent og populær restaurant samt fitness rom og sauna

| Østlandet med Oslo | Bestill innen 20.12

Nyt en helg i Oslo

Thon Hotel Linne ★★★

Nyt en deilig miniferie på det nyrenovert Thon Hotel Linne, der har vi fin beliggenhet i det Oslo. Hovedstaden byr på et bredt valg av kulturelle tilbud.

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- Adgang til sauna
- Adgang til treningsrom
- Gratis parkering

Ankomst: Fredag inntil 19.12.14

SPAR OPP TIL 749,-

949,-



www.risskov.no
tlf. 32 82 90 00



RISSKOV
BILFERIE

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

TENA Wet Wash Glove

RENGJØRENDE OG PLEIENDE VASKEVOTT

- myk og behagelig for hele kroppen

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

TENA Wet Wash Glove er et godt alternativ:

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

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

Dermatologisk testet.
Fri for parabener
og alkohol.



Innhold



11 | 2014 Sykepleien

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



Hva skjer

- 8** Aksjonisten
- 15** Kort vei til relevant jobb
- 16** I nyhetene: Paal André Grindrud
- 17** Sliter med angst og depresjoner
- 18** Jordmødre tar celleprøver
- 20** Tema: Eldre homofile
- 30** Når praksis blir personlig
- 34** Brobyggeren i Valdres
- 36** Patricia har fått jobb



Han er Trondheims første helsesøster. **14**



Sykepleie

- 40** Mentalisering gir bedre samhandling
- 44** Barmhjertighet i sykepleien
- 47** Min jobb: Magnus Berge på Oslo legevakt
- 48** Løfter frem pasientens stemme
- 50** Erfaringer ved brystrekonstruksjon
- 54** Etikk: Makt kan føre til ondskap



Vi må forstå hva barmhjertighet er. **44**



Påfyll

- 58** Fagnotiser
- 60** Kulturintervju: Edith Roth Gjevjon
- 62** Bokanmeldelser
- 63** Hva leser du nå, Bård Nylund?
- 64** Fakta: Slik fungerer yrkesskadegruppa
- 66** Quiz og kryssord



Homofili i Bollywood-innpakning. **60**



Meninger

- 68** Eli Gunhild By om arbeidskraft
- 69** Lesermeninger
- 72** Anlovs arrest
- 73** Innspill: Anne Karin Gammelsrud
- 74** Kronikk: Kari Henriette Simensen Breilid
- 76** Tett på Ivar Johansen
- 81** Kunngjøringer og stillingsannonser



50 år med politisk engasjement. **76**

Forsidefoto: Erik M. Sundt

Ansvarlig redaktør Barth Tholens tlf. 22 04 33 50 / 40 85 21 79, barth.tholens@sykepleien.no **Journalister:** Bjørn Arild Østby, Ann-Kristin Bloch Helmers, Kari Anne Dolonen, Marit Fonn, Nina Hernæs, Eivor Hofstad. **Fagartikler:** Torhild Apall Dybvik. **Sykepleien Forskning:** Marit Leergaard. **Desk:** Ellen Morland, Johan Alvik, Susanne Dietrichson, Astrid Svalastog, Ole Morten Vindorum. **Grafisk:** Hilde Rebård Evensen,

Sissel H. Vetter, Nina E. H. Hauge, Monica Hilsen. **Marked:** Ingunn Roald, markedssjef (91 60 38 12). Lise Dyrkoren, Maud P. Kaino, Mari Lemme. **Tlf. og e-postadresser på www.sykepleien.no/kontakt.** Her finner du også Sykepleiens formålsparagraf. ISSN 0806 – 7511
Repro og trykk: Color Print A/S





Lovbrudd. Vil bøter få kommunene til å ta sitt omsorgsansvar mer alvorlig?

Ingen pardon



Fakta

Barth Tholens

Ansvarlig redaktør
i Sykepleien

Det er høst igjen og tid for kino! Men vi var sent ute, og da vi nærmet oss sentrum var det tydelig at vi hadde et problem: Ikke en parkeringsplass å oppdrive. Som landingskåte gribber kretset vi rundt kvartalet, men hvor vi enn så var det fullt. Situasjonen var prekær, men min venn ville ikke vite av noen snarløsninger. I desperasjon feiet vi til slutt inn på en p-luke som vi vanligvis skyr som pesten fordi prisene er så høye at vi kunne ha kjørt drosje i stedet.

I kinosalens mørke slappet vi helt av, men slutten på filmen lot vente på seg. Her var det mye som skulle skje før rulleteksten! Nå begynte vi å se på klokken våre. Det seg inn over oss at den sultne p-automaten var i ferd med å gå tom for inntak, mens vi ennå ventet på den dramatiske slutten. Da den – endelig – kom, spurtet vi mot utgangen, overbevist som vi var om at en kommunal parkeringsvakt i samme øyeblikk skrev ut en parkeringsbot på størrelse med prisen for en kveld på Operaen. Vi vet jo hvor ivrige de kan være!

MEN DET GIKK BRA. Ingen bot. Vi jublet fornøyd. Men hva kommer det egentlig av at vi frykter kommunens nådeløse straff etter en liten forseelse, mens kommunen selv ser ut til å slippe unna med sine største synder? Mens vi som regel diskuterer forgive med parkeringsvakter, ser det ut til at kommunene selv kan snakke seg ut av det meste.

Ta tilfellet Jorunn Marie Bukkøy. Den Alzheimer-rammete Oslo-kvinnen ble i 2010 funnet ihjelfrosset noen meter unna blokken der hun bodde. Ingen i Oslo kommune hadde sørget for at hun fikk plass på sykehjem, selv om mange var klar over at det var helt ko-ko å la den totalt forvirrete kvinnen bo alene meste parten av døgnet. Statens helsetilsyn betegnet omsorgen hun fikk av bydelen som faglig uforsvarlig. Det anmeldte saken og anbefalte en foretaksstraff. Men Oslo kommune nekter å vedta boten på 500 000 kroner for å ha brutt sin plikt til å yte nødvendig helsehjelp. Saken ble først henlagt, men havner likevel i retten.

Bukkøy-saken står ikke alene. Tall fra SSB viser at det bare ble 567 flere sykehjemsplasser i perioden 2005-2013, ikke 12 000, slik den forrige regjeringen lovet i 2005. Dermed er mange kommuner i en alvorlig knipe. De er pliktige til å gi et godt helsetilbud

til sine eldre, men nøyer seg ofte med et minimum av hjelp der folk bor. Heldigvis fryser ikke mange eldre utenfor sine boliger, som Jorunn Marie Bukkøy gjorde, men det er god grunn til å tro at den kommunale omsorgssvikten ofte har alvorlige konsekvenser for dem det gjelder.

TRENGER BESKYTTELSE. I den såkalte Alvdal-saken, hvor en mor og en stefar ble dømt for grove seksuelle overgrep mot sine barn, hadde barnevernet i Gjerdrum tidlig fått signaler om at noe var galt, uten at kommunen grep inn. Fylkesmannen slo senere fast at kommunen brøt loven. Men mer alvorlige følger fikk ikke saken for kommunen.

Barn og eldre er grupper som trenger beskyttelse mot omsorgssvikt mer enn andre fordi de ofte ikke er i stand til å tydeliggjøre sine behov. Derfor har Stortinget vedtatt lover som gir hjelpe- og pleietrengende krav på god omsorg. Etter min mening blir disse lovene likevel uthulet hvis kommunens brudd på lov-pålagt omsorg ikke fører til andre konsekvenser enn at de legger seg flat. Da demente og svaksynte Else Marie Skjellerud i Lillehammer døde etter å ha kjørt ned en betongtrapp med rullestol, slo ordfører Espen Granberg Johnsen (Ap) fast at det ikke fantes formildende omstendigheter. Han la seg «helt flat» og garanterte at det aldri ville skje igjen. Helsetilsynet slo fast at kvinnen ble utsatt for et uforsvarlig og uverdigg tjenestetilbud, og anbefalte foretaksstraff, altså en bot. Men politiet har henlagt saken.

FEILPARKERING. Vil bøter virke på kommuner som «feilparkerer» sine innbyggere, i den forstand at de ikke klarer å stable på beina et verdig helsetilbud? Det er selvfølgelig ikke gitt. En kommune er en størrelse som det er vanskelig å straffe økonomisk uten at dette i neste omgang igjen kan gå utover tilbudet til innbyggerne. Om Oslo hadde punget ut en halv million for at Bukkøy frøs i hjel, hadde det i seg selv ikke hjulpet kommunens budsjett for eldreomsorgen. Et annet spørsmål er hvem man egentlig skal bøtelegge. Er det hjemmehjelpstjenesten, bydelen, ordføreren eller selveste helseministeren? Det er alltid noen høyere oppe i systemet som er enda mer ansvarlig.

Skeptikere til straff som medisin mot unnlatelser, vil trolig



Illustrasjon: Marie Rundereim

hevde at det er viktigere at en etat eller en kommune skjerper seg for framtiden enn at de må svi for noe de har gjort før. Det synes jeg personlig er et dårlig argument. Det er viktig at noen tar ansvar når folk ikke får den helsehjelpen de skal ha. Med framveksten av kommunikasjonsbransjen er det å «legge seg helt flat» nærmest blitt en folkesport blant ledere i både offentlig og privat regi. Det er en lettvinnet utvei når ledelsen har spilt fallitt. En straff eller bot er ikke først og fremst til som et incitament for at ledere skal lede bedre, men for å understreke alvorret av unnlattelsen overfor dem som er blitt utsatt for omsorgssvikt. Eller deres pårørende. Det er et bevis på at samfunnet tar deg og dine rettigheter som borger alvorlig.

EN REGEL ER EN REGEL. Om bøter faktisk virker preventivt på synderen, er dermed ikke det aller viktigste spørsmålet, på samme måte som kommunenes parkeringsbøter neppe blir utstedt i håp om at bilisten heretter blir et bedre menneske. Hensikten med en parkeringsbot må jo være å slå fast at en regel er en regel. Dessverre minner den sviktende praksisen med bøter til versting-kommuner meg heller om en opplevelse jeg hadde da jeg i fjor kjørte langs kysten av Kroatia.

Det var tidlig en søndag, ingen var på vei noen steder og jeg fulgte ikke altfor godt med på skiltingen. Så da jeg plutselig ble stoppet av en manuell radarkontroll på en ellers helt øde strekning, var overraskelsen stor. Jeg hadde kjørt minst 30 km/t for fort. Den kroatisk politimannen strenet mot bilen med mandig pondus og krevde å få se førerkort. Etter å ha tenkt seg godt om kunne han opplyse at han kunne «slå av» 10 km, for det var vanlig ved radarkontroll. Takk, sa jeg.

«En bot viser at samfunnet tar dine rettigheter som borger alvorlig.»

Nå gikk han rundt bilen, og da han kom tilbake fikk jeg ytterligere 5 km fordi jeg hadde norsk bil. Den er fin, medga jeg.

Og så kom det til betalingen. Kunne jeg betale kontant? En titt i lommeboka viste at det kunne jeg. Da får du 10 km i kontantrabatt, kunne mannen nå opplyse.

Sjeldent har jeg betalt en bot med så mye glede. Først lenge etterpå streiftet det meg at gleden trolig hadde vært gjensidig. ●

barth.tholens@sykepleien.no



10% RABATT
Angi koden: SYKEPLEIEN-11



99 kr



fr. 149 kr



fr. 549 kr



49 kr



149 kr



199 kr

www.color4care.no
23 96 09 36



Nesten 4.000 har lastet ned
Sykepleiens app!

Prøv du også!

Har du iPad eller Android er det bare å søke
på Sykepleien i App Store eller Google Play.
Det er den første som kommer opp.

Her kan du lese bladet og se mer enn i
papirutgaven. Flere bilder, og til og med litt
lyd og film. Samt lenker til relevant stoff.

Les mer hvordan du kommer i gang på
sykepleien.no (søk på tastetrykk).
Trenger du hjelp kan du også ringe
22 04 33 33 eller sende e-post til
bss@nsf.no

Gi oss gjerne feedback til
redaksjonen@sykepleien.no

Sykepleien



Hva skjer

Del 1 Sykepleien 11 | 2014

Nyhet – Reportasje – Tema

Sykepleier: Patricia Gadea er utdannet sykepleier i hjemlandet Spania.



Endelig jobb i Norge

To år. Sykepleien har fulgt spanske Patricia Gadea som flyttet til Norge. Det tok over to år å få fast jobb. **36**



Valdres. Gunhild Grythe er eneste NSF-tillitsvalgt for lederne. **34**



«Studentenes psykiske helse blir bedre når de begynner å jobbe med pasienter.»

Per Nerdrum, professor. **30**



Tema. Eldre homofile har ofte opplevd stigmatisering som unge. **22**



Skjermtid: Helsesøster mener skjermbruk har skylda for at mange unge er for trøtte.



Trøtte barn

SOVE-SYKE: En av seks åttendeklassinger i Bergen oppgir selv at de får for lite søvn. Helsesøster vil ha dataskjermene ut av soverommet.

Tallene er publisert i en rapport fra Bergen kommune om helsen til barn og unge. Tenåringene på Fjellsiden Nord, Hellen og Nygårdshøyden/Møhlenpris, sover minst, mens tenåringene i Ytrebygda oppgir at de sover mest.

Agnes Giertsen er helsesøster ved

Engen helsestasjon. Hun får daglige henvendelser om søvnvansker.

– For noen kan det bli en vond spiral hvor de snur døgnet, blir deprimerte og kjenner at det går utover store deler av livet. Det er så mange skjermer de skal være på i dag, og de skal holde seg oppdatert hele tiden. Mye av det som skjer, skjer på nett på kveldstid. Det gjør innsovningen vanskelig, forteller hun til Bergens Tidende.

Hun sier til avisen at både mobil og PC skal ut av soverommet.

– Ingen skjermtid den siste timen før leggetid, er hennes råd.

Giertsen ser også at mandag blir en tung dag for mange.

– Da har de gjerne snudd døgnet så mye i helgen at det blir som om de har reist tur retur USA. Da er det ikke rart man blir «jet lagged», sier hun til Bergens Tidende.

Mangler pasienter

Svært mange står i sykehus- og sykehjemskø, men på rehabiliteringsavdeling ved Aker sykehus står halvparten av sengene tomme. Hver bydel må betale for pasienter som kommer hit, pluss at hver pasient betaler en egenandel. De ansatte sier de mangler pasienter, men skjønner ikke hvorfor.

Nettavisen.no



Safia Abdi Haase hedres

Sykepleier Safia Abdi Haase tildeles St. Olavs Orden i Oslo. Haase får utmerkelsen for sin enestående innsats for integrering, kulturforståelse og likeverd i det mangfoldige, nye norske samfunn. Hun er mest kjent for sin kamp mot kjønnslemlestelse. NSF søkte H.M. Kongen om Haase skulle tildeles ordenen.

HA-halden.no



Reduserer kjønnsvorter

Australske forskere melder at de har 61 prosent færre tilfeller av kjønnsvorter hos kvinner etter at tilbudet om gratis HPV-vaksine ble innført i 2007. Over 1 million pasientmøter er gjennomgått ved University of Sydney. I Norge er svært få er vaksinert, mye på grunn av uenighet om vaksinen burde tas i bruk eller ikke.

forskning.no



Forslag om sykehusvalg får sterk kritikk

Slakt. Helseminister Bent Høie (H) vil gi nordmenn muligheten til fritt å velge behandlingssted i Europa. Ekspertene er kritiske. –Det vil føre til mer resistente bakterier, sier overlege Dag Berild ved OUS.

Fakta & tall. Medlemsundersøkelse

20 %

3223 personer har svart på en elektronisk undersøkelse som NSF har sendt til 15 000 medlemmer, en svarprosent på ca. 20.

4 av 10

Under halvparten svarer at de synes NSF er synlig i lønnsoppgjøret.

58 %

Over halvparten svarer at de vet ingenting eller lite om forbundets stipender.

13 %

Så mange/få svarer at de er inne på NSFs hjemmeside minst en gang i uken.

86 %

Så mange mener at tidsskriftet Sykepleien er en viktig kanal for å holde seg oppdatert.



Motstand: Studentene frykter forskjellsbehandling når sakene avgjøres lokalt.

Politiattestnemnda legges ned

UENIGHET: Fra 2015 skal høyskoler og universiteter selv behandle saker der studenter har pletter på rullebladet.

Studenter og høyskoler frykter mangel på likebehandling. Kunnskapsdepartementet tror ordningen

gir bedre og mer effektiv saksbehandling, melder Khrono.

Statssekretær Bjørn Haugstad mener at institusjonenes klagenemnd allerede besitter nødvendig kompetanse og forutsetninger for å behandle saker om politiattester og at en na-

sjonal klagebehandling vil sikre likebehandling i den lokale behandlingen.

Fram til nå har politiattester med merknader gått videre til nasjonal politiattestnemnd for vurdering, sammen med en skjønnsmessig vurdering fra institusjonen.

Hjerneprosjekt på vei mot fiasko

Et hjerneprosjekt i EU-regi til 1,2 milliarder euro har en for snever tilnærming til hjernen. Risikoen for fiasko er stor, hevder forskere fra hele verden. Prosjektet fokuserer kun på de små detaljene i hjernens biologi og unnlater forskning på funksjoner som språk og bevissthet, melder forskning.no



Sleivdal sykehus

Av Sveen og Emberland





Søker. Aleksander Foss kom ikke inn på helsesøsterutdanningen. Da koplet han inn bystyret i Trondheim.

Prosjekt mannlig helsesøster

Tekst **Eivor Hofstad** • Foto **Adresseavisen/Vegard Eggen**

Aleksander Foss er 31 år og har vært sykepleier i ni av dem. Nå jobber han på hjertemedisinsk avdeling på St. Olavs Hospital i Trondheim.

– Men jeg har alltid hatt en interesse for folkehelsearbeid innen fysisk aktivitet, kosthold og psykisk helse. Jeg har også hospitert ved helsestasjonen og helsestasjon for ungdom i Melhus kommune og vært på jobbintervju til helsesøsterstillinger i to andre kommuner, Rissa og Frøya, forteller han.

Derfor søkte han helsesøsterutdanningen i år, men kom ikke inn. Han står på 56. plass på venteliste til det populære studiet ved Høgskolen i Sør-Trøndelag. Foss får full uttelling for yrkeserfaring, men har for dårlige karakterer fra bachelor i sykepleie.

IDEELL BASIS. – På ideell basis har jeg satt i gang et samarbeid med kommuneoverlege Betty Pettersen, opplyser Foss.

De har formulert en prosjektbeskrivelse som skal behandles i bystyret i løpet av høsten. Bystyret skal be rådmannen utrede muligheten for et prosjekt i to år med sikte på å øke rekrutteringen av menn til helsesøster-tjenesten. Målet er to ekstra plasser for menn til neste år og ytterligere to plasser året etter.

– En lur måte å omgå køen på?
– Håpet er å få jobbe som helsesøster, men hovedpoenget for meg

er at det kommer inn flere menn i det kvinne-dominerte helsesøsteryrket.

RINGVIRKNINGER. Til sammen jobber det bare fire mannlige helsesøstre i landet i dag.

– Så hvis bystyret går for prosjektet, og du ikke blir en av de to som kommer inn, er du likevel fornøyd?

– Jada. Med fler menn i tjenesten vil man kunne nå ut bredere og jeg tror for eksempel det vil bli lettere for unge gutter å snakke om pubertet og for fedre å delta på barselgrupper hvis de møter en mannlig helsesøster.

Etter at Adresseavisen hadde et intervju med Aleksander Foss om

«Det blir litt søkt å lage et prosjekt for å kvotere seg forbi køen av bedre kvalifiserte søkere.»

Kristin Sofie Waldum

saken, har han fått en henvendelse fra en mannlig sykepleier som godt kan tenke seg å gå helsesøsterutdanningen gjennom prosjektet.

LANDSGRUPPA ER NEGATIVE. Foss har også vært i kontakt med den lokale helsesøstergruppa til Norsk Sykepleierforbund (NSF).

– De var positive, sier han.

Gruppa i Sør-Trøndelag sendte på



Motivert: Aleksander Foss ønsker å bli den første mannlige helsesøsteren i Trondheim og har tatt utradisjonelle grep for å få det til. Foto Adresseavisen/Vegard Eggen

eget initiativ over en forespørsel om samarbeid til ledelsen sentralt. Der var det ikke mye støtte å hente.

– Vi ønsker også flere menn inn i yrket, men jeg synes det blir litt søkt å lage et prosjekt for å kvotere seg forbi køen av bedre kvalifiserte søkere, sier leder for landsgruppen av helsesøstre i NSF, Kristin Sofie Waldum.

eivor.hofstad@sykepleien.no

Fakta

Navneskifte på gang

Landsgruppen av helsesøstre i Sykepleierforbundet er NSF's største faggruppe med 3200 medlemmer. Styret vil nå utrede en ny tittel som er kjønnsnøytral. Per i dag er det ingen som vet om tittelen «helsesøster» er med på å holde menn unna yrket. Nå praktiserer kun 4 mannlige helsesøstre i landet, etter at Ola Berglund nylig ble pensjonist etter 30 år som helsesøster i Halden kommune.



Kort vei til relevant jobb

• Tekst **Bjørn Arild Østby**

ARBEIDSMARKED: Ni av ti nyutdannete sykepleiere jobber som sykepleiere ett år etter fullført utdanning.

Det går fram av rapporten «Arbeidsmarkedssituasjon for høyskoleutdannete» som Senter for profesjonsstudier ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) har utarbeidet.

Studien omfatter i alt 15 forskjellige profesjonsutdanninger og sju høyskoler/universitet. Tallene er hentet fra StudData for studenter som har fullført utdanningen i perioden 2008 til 2011.

– Bildet er generelt lyst når det gjelder integrasjon i jobbmarkedet. Uteksaminerte studenter får relevant jobb for utdanningen de har tatt, sier Andreea Ioana Alecu ved Senter for profesjonsstudier ved HiOA.

Aller best ut kommer velferdstatens mest etterspurte arbeidskraft: sykepleiere, lærere og førskolelærere.

RELEVANTE JOBBER. To år etter fullført høyskoleutdanning arbeider i gjennomsnitt 75 prosent innenfor profesjonens kjerneområde.

Blant sykepleiere, lærere og førskolelærere går ni av ti rett ut i en stilling innen kjerneområdet eller annet relevant arbeid allerede det første året. Halvparten av dem som ikke jobber innen kjerneområdet velger å ta mer utdanning.

– Det kan tyde på at arbeidsmarkedet har behov for denne kompetansen, samtidig som koplingen mellom profesjonsutdanning og jobb fungerer godt, sier Alecu.

For sykepleiere består kategorien «kjerneområdet» av yrkesbetegnelser som sykepleier, jordmor, ambulansespersonell og

avdeling- eller enhetsleder innenfor helsevesenet. Kategorien «annen relevant» omfatter miljøterapeuter, HMS-ansvarlige, barne- og ungdomsarbeidere samt lærere på videregående nivå og rådgivere eller konsulenter.

Resultatene avdekker imidlertid en svak tendens til at sykepleiere etter noen få år i arbeid forlater yrket. Fra 2009 til 2011 reduseres andelen sykepleiere som jobber innen disse kategoriene med rundt 3 prosent.

I ARBEID. Uteksaminerte kandidater fra landets høyskoler har lett for å finne relevant arbeid, og arbeidsledigheten er lav. For eksempel har registrert arbeidsledighet for studenter med avlagt grad i 2007 vært under to prosent for perioden 2008–2011. Kun en av 615 sykepleiere ble registrert som arbeidsledig de tre første årene etter fullført utdanning.

«Kun en av 615 sykepleiere ble registrert som arbeidsledig.»

– Den store andelen sysselsatte tyder på at det er stor etterspørsel i markedet etter kompetansen profesjonsutdannete har oppnådd gjennom studiene, sier Alecu.

Samtidig bekrefter undersøkelsen at sykepleiere er den gruppen som jobber minst heltid. Kun 55 prosent svarer at de har en avtalt arbeidstid over 35 timer i uken. For de andre profesjonsutdanningene ligger andelen fra 73 til 95 prosent. • bjorn.arild.ostby@sykepleien.no



sorbact[®]
green wound healing

GRØNN SÅRTILHELING

- Binder effektivt sopp og bakterier¹
- Kan brukes på alle typer sår¹
- Sikkert og dokumentert¹
- Ingen fare for resistensutvikling¹
- Ingen miljøpåvirkning¹
- Økonomisk i bruk¹

Referanse: 1. Ljungh Å et al. Journal of Wound Care 2006; 15(4):175-180.



ABIGO Medical AS, pharma@abigo.no, www.abigo.no, www.sorbact.com



Paal André Grinderud

– Sykepleierne avskammet meg

Tekst **Marit Fonn** • Foto **Kai-Otto Melau**

Bakgrunn

Paal André Grinderud

Aktuell som: Forfatter og talsperson for barn som lever med alkoholisererte foreldre.

Alder: 52 år

For 22 år siden ga Paal André Grinderud ut boken «Alene – nå igjen». Den ble utgitt i ti opplag og forfatteren har vært en kjent talsperson siden. Nå er boken gitt ut på nytt. Den handler om hva som skjedde da faren døde og moren ble alkoholisert, fra han var 10 til 29 år. Han startet Wandasenteret i 1992, oppkalt etter moren, for barn av alkoholikere.

Hvorfor gir du ut boken på nytt?

– Fordi etterspørselen har vært så stor. Bibliotek har fortsatt ventetid. Jeg vil at en ny generasjon skal få sjansen til å lese den.

Med boken åpnet du skammens dør, skriver du?

– Ja, jeg er opptatt av avskamming. Vi ble jo avsluset da jeg var barn, men det var aldri snakk om å bli avskammet. Da jeg var innlagt på Modum, traff jeg sykepleiere. De var drevne til å avskamme.

Du fikk mange brev og leste mye vondt?

– Denne gangen har vi opplyst på bokens omslag hvor man kan søke hjelp. Den enmannsjobben det var å svare på alle brevene orker jeg ikke en gang til.

Du har holdt mange foredrag på skoler. Treffer du helsesøstre da?

– Vet du, jeg har undervist på helsesøsterutdanningen i mange år. Det har jeg lyst til å gjøre igjen. Sykepleiere sier de har hatt nytte av boken i utdanningen sin.

Hva lurer de på?

– En student spurte hva hun skulle gjøre med en medstudent som var urolig slik jeg var, og som ville slutte. Jeg sa: «Sett deg ned med henne, ikke gå rundt grøten. Si at vil du ta fatt, må du møte deg selv.» Det er tre ting som gjelder: Sannhet. Sannhet. Sannhet.

Hva sier du til dem?

– At jeg er berørt av sykepleiernes kunnskap. Men jeg blir irritert fordi de får altfor dårlig betalt. Jeg fronter dem der jeg kan i møte med myndigheter. Jeg spør: «Hva skulle dere gjort hvis

sykepleierne forsvant?» De gjorde en usedvanlig god jobb med meg på Modum.

Hva gjør du nå?

– Går fra den ene sofaen til den andre. Ingen er så lat som meg. Men jeg satt også åtte timer i strekk i fem intervjuer. Jeg er enten på eller av.

Men hva jobber du med?

– Å påvirke politikere ved å være provokatør, ambassadør og et varmt medmenneske. Skriver kronikker.



Mange barn lever med rus i hjemmet. Hvordan har de det nå?

– Det er blitt mer åpenhet med internett. Men det er like smertefullt som før.

Blir du aldri lei av å være talsperson?

– Nei. Men jeg tar gjerne en pause og ser Poirot. Og jeg vil si til barna: «Nå er det tøft, men det går over, du vet bare ikke når.»

Gjør det?

– Ja, så lenge de får hjelp. Det er viktig at sykepleierne er sylskarpe og sier at det ikke går over av seg selv. Men når andre får vite, går det over. Historien må bæres, men den bleknes.

Din tvillingsøster er blitt alkoholiker, ikke du. Hvorfor?

– Lik oppvekst, men to psyker. Hun var røff, jeg mer sårbar. Det var lettere for meg å åpne den tunge sekken. Men alle har et valg. Jeg er veldig glad i min søster, men jeg kan ikke hjelpe henne.

Hvordan går det med Wandasenteret?

– Det har Blå Kors tatt over med sine Barnas Stasjoner og Kompasset. Etter 14 år med veldedighet var vi blakk og lei. Man kan ikke være frivillig et helt liv.

Noe mer du vil si?

– Når sykepleiere møter barn til rusbrukere, så si mildt: «Det er vondt nå, men alt er mulig.» Møter de voksne, så si: «Det er aldri for sent å oppleve deler av en god barndom. Men du må ta tak i det selv. Og noen må tro på deg.» •
marit.fonn@sykepleien.no



Sliter med angst og depresjoner

• Tekst Bjørn Arild Østby

PSYKISK HELSE: 16 prosent av norske studenter svarer i en ny undersøkelse at de er ensomme. En av 10 mestrer ikke studiene.

Studenters psykiske helse har blitt kritisk forverret, viser ny rapport om Studenters helse og trivsel (SHoT).

– Undersøkelsen slår sprekker i studentidyllen. På bare fire år har studenters psykiske helse forverret seg bekymringsverdig mye, sier leder i Norsk studentorganisasjon (NSO), Anders Kvernmo Langset.

Datagrunnlaget for årets undersøkelse omfatter svar fra over 13 600 studenter tilknyttet 10 studentsamskipnader. Undersøkelsen er gjennomført av TNS Gallup.

FLEST KVINNER. Det er dobbelt så mange kvinner som menn som har psykiske plager, 24 prosent mot 12 prosent.

Andelen med alvorlige psykiske symptomer har økt blant begge kjønn siden undersøkelsen sist ble gjennomført i 2010. Men økningen i psykiske lidelser og plager er tre ganger så stor blant kvinner som menn.

Ifølge rapporten svarer så mange som en av fem studenter at de opplever alvorlige psykiske plager. Det er også en stor økning sammenlignet med samme undersøkelsen fra 2010, da 14 prosent av studentene rapporterte det samme.

– Studietilværelsen representerer en rekke spesielle krav og forventninger. Med tanke på omfanget av psykiske symptomer ser dette ut til å gjøre studentene mer utsatte og sårbare, sier Kari Jussie Lønning, leder for styringsgruppen og leder for helsetjenesten i Studentsamskipnaden i Oslo og Akershus (SiO).

Therese Eia Lerøen, fagpolitisk ansvarlig i Norsk Studentorganisasjon (NSO), tror løsningen på det økende problemet er å

satse på oppfølging og veiledning av studentene.

– Ifølge siste studiebarometer oppgir studentene at det de savner mest er oppfølging og veiledning, og alle ville tjene på at samskipnadene og institusjonene satset mer på dette. Det kan bidra til å øke den faglige selvtilliten og senke mestringspresset, sier Lerøen.

ANDRE UNDERSØKELSER. Professor i psykisk helsearbeid på Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA), Per Nerdrum, har i mange år forsket på studenter og psykiske lidelser og plager. Nerdrum og hans kolleger har blant annet fulgt studentgrupper på sykepleie, fysioterapi og ergoterapi gjennom deres

«En av fem studenter opplever alvorlige psykiske plager.»

Studenters helse og trivsel (SHoT)

tre år i studier og deretter gjennom tre år etter endt studiegang.

– Vi så en oppsiktsvekkende utvikling for sykepleiestudentene. De rapporterte markant flere plager gjennom sine tre år i studiene, men frisknet til i løpet av de tre årene vi fulgte dem etter at de var ute i jobb, sier Nerdrum.

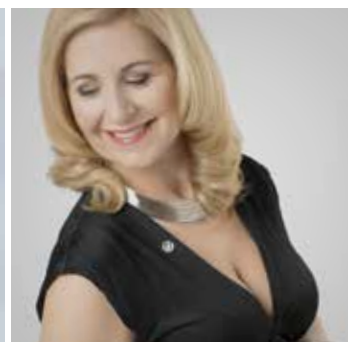
En undersøkelse Sentio gjorde for Universitas og Norsk Studentorganisasjon (NSO) høsten 2013 har enda høyere tall for studenter og ensomhet. Her svarer 27 prosent av de spurte kvinnelige studentene at de ofte eller svært ofte føler seg ensomme. Blant de mannlige gjelder det 22 prosent. •

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no



30 år går fort!

Norges Vel bidrar til anerkjennelse av mange års innsats. Medaljen for lang og tro tjeneste tildeles verdsatte arbeidstakere med minst 30 år hos samme arbeidsgiver. Det er arbeidsgiver som søker om tildeling av Medaljen, og står for overrekkelsen.



Har du en medarbeider som fortjener en slik heder? Ta kontakt!



NORGESVEL
DET KONGELIGE SELSKAP FOR NORGES VEL

Tlf: 947 91 970 norgesvel@norgesvel.no www.medaljen.no



Jordmødre tar celleprøve

Oslo. En av tre kvinner dropper celleprøve.

Kan jordmødre gjøre noe med det?

● Tekst og foto **Nina Hernæs**

Ja, mener jordmødrene ved Oslo jordmor- og kvinnesenter. De er satt inn i arbeidet for å få flere kvinner til å ta celleprøve.

BEKYMRET. I Norge får flere unge kvinner livmorhalskreft, samtidig som færre tar celleprøve. Det bekymrer Kreftregisteret, som prøver ut nye måter for å nå flere. I høst får 400 kvinner i Oslo, 72 kvinner i Fredrikstad og 64 i Drammen brev med timeavtale i posten. I Oslo og Drammen får de time hos jordmor, i Fredrikstad hos lege.

KOMPETANSE. Hos Oslo jordmor- og kvinnesenter tilbyr jordmødrene Karin Johansson, Anne-lie Skare, og Cecilia Kleven blant annet svangerskapskontroller og veiledning om prevensjon og overgangsalder. De er opptatt av at jordmødre

har bred nok kompetanse til å ta seg av friske kvinners fertile helse. Celleprøve har de tatt lenge. De er veldig fornøyd med å være med i Kreftregisterets prosjekt.

– Det er ikke vanskelig å ta celleprøve, sier Karin Johansson, og holder frem en liten børste i blå plast. Den bruker hun for å hente celler fra livmorhalsen så de kan undersøkes for mistenkelige forandringer.

FOREBYGGER. Livmorhalskreft utvikler seg via celleforandringer, som kan oppdages med

«Det er ikke vanskelig å ta celleprøve»

Karin Johansson

celleprøve og fjernes. Alle norske kvinner mellom 25 og 69 år oppfordres til å ta celleprøve hvert tredje år. Det anslås at celleprøver årlig hindrer flere hundre tilfeller av livmorhalskreft i Norge.

Men 1 av 3 tar ikke celleprøve som anbefalt. Av de 300 som hvert år får slik kreft, har 6 av 10 ikke tatt celleprøver regelmessig.

Ifølge prosjektleder Trude Andreassen i Kreftregisteret er potensialet for å forebygge kreft stort dersom flere tar celleprøve.

– I løpet av 5 år tar 8 av 10 kvinner celleprøve, sier hun.

– 2 av 10 gjør det ikke. Over halvparten av dem som får kreft er i denne gruppen.

Målet er å få så mange som 9 av 10 til å ta celleprøve i løpet av 5 år. Grovt regnet kan det bety 75 færre tilfeller av livmorhalskreft i året.



Klare: Cecilia Kleven, Annelie Skare og Karin Johansson er klare til å få flere til celleprøve.

Fakta

Livmorhalskreft

- Spesiell kreftform fordi den kan forebygges. Både med vaksine og celleprøve. I Norge får jenter i sjuende klasse tilbud om vaksine og kvinner mellom 25 og 69 år tilbud om celleprøve.
- Rundt 300 får likevel hvert år sykdommen. De siste årene stadig flere under 40 år.
- Over halvparten av dem som får livmorhalskreft har ikke tatt celleprøver som anbefalt.

KVINNER. Andreassen er spent på om timeavtale hos jordmor vil påvirke oppmøtet.

– Vi vet ikke hvorfor noen dropper celleprøve, men hører at noen kvier seg for å gå til fastlegen som de går til med alt mulig annet. Andre synes det er problematisk å kle av seg for en mann.

«Vi må i dialog med jordmorutdanningene så vi sikrer at dette er noe alle jordmødre lærer.»

Karin Johansson

Jordmødre er stort sett kvinner, og for noen kan det oppleves enklere.

Om det er sånn, gjenstår å se. Som del av prosjektet sammenliknes gruppen kvinner som får timeavtale med en gruppe kvinner som får vanlig påminnelse om at de bør ta celleprøve hos legen sin. Så skal det undersøkes om det er forskjell i oppmøte mellom de to gruppene.

GRUNNLAG. Andreassen mener det ikke er noe faglig i veien for at også jordmødre i Norge kan gjøre det.

– Få kjenner den kvinnelige anatomien bedre enn jordmødre. De har det faglige grunnlaget, men må lære teknikken, presiserer hun.

Karin Johansson ved Oslo jordmor- og kvinnesenter er utdannet jordmor i





Celler børstes fra livmorhalsen og sendes i en beholder til analyse.



→ Sverige, der det å ta celleprøve er en del av utdanningen. Hun har lært opp de to andre, som er utdannet i Norge. Jordmønnen i Drammen som skal ta celleprøver i regi av Kreftregisteret skal på opplæring hos de tre i Oslo.

Dersom det skulle vise seg at prøvetakingen ikke er god nok, vil prosjektet bli revurdert. Men

dersom timeavtale hos jordmor skulle bli en suksess, er Andreassen ikke fremmed for at flere jordmødre kan ta celleprøve.

– Men da må vi i dialog med jordmorutdanningene så vi sikrer at dette er noe alle jordmødre lærer, sier hun. ●

nina.hernes@sykepleien.no

«Få kjenner den kvinnelige anatomien bedre enn jordmødre.»

Trude Andreassen

Fakta

Masseundersøkelse

I Norge anbefales alle kvinner mellom 25 og 69 år å ta celleprøve hvert tredje år. Celleprøven kan avdekke celleforandringer som kan utvikle seg til kreft. Hvis slike forandringer fjernes, kan kreft unngås. Å fjerne celleforandringer på livmorhalsen kan gi økt risiko for prematur fødsel i senere svangerskap.

Fakta

Får timeinnkalling i posten

Kreftregisteret vil undersøke om timeavtale får flere til å møte og om jordmødre kan ta celleprøve. Kvinner som ikke har tatt celleprøve ett år etter påminnelsen, får brev med timeavtale. Dette er del av et prosjekt i Oslo, Fredrikstad og Drammen. I Oslo og Drammen vil prøven tas av jordmødre, i Fredrikstad av lege.

Fakta

1 av 3 lar være

1 av 3 tar ikke celleprøve som anbefalt. Særlig yngre kvinner dropper prøven. I Norge får kvinner mellom 25 og 69 år påminnelse i posten dersom de ikke har tatt celleprøve de siste tre årene. De får ny påminnelse ett år etter. Med denne ordningen må kvinnene selv bestille time hos fastlege eller gynekolog.

Vil la jordmødre skrive ut mer

NYTT FORSLAG: Jordmødre og helsesøstre skal få skrive ut alle typer prevensjon til jenter over 16 år. Det ønsker regjeringen. Forslaget er på høring.

I dag kan jordmødre og helsesøstre skrive ut korttidsvirkende hormonell prevensjon til jenter mellom 16 og 19 år, hvis de har tatt kurs i forskriving og jobber på helsestasjon for ungdom eller i skolehelsetjenesten. Regjeringen vil fjerne aldersgrensen og krav til arbeidssted. Regjeringen vil også la jordmødre og

helsesøstre, som kan dokumentere kompetanse, rekvirere og administrere langtidsvirkende prevensjonsmidler som kobberspiral og hormonspiral.

Hensikten er å gjøre prevensjon lettere tilgjengelig og få ned antall aborter. ●

Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet



Vil gjøre mer

BRED KOMPETANSE: – Folk tror vi bare tar imot barn og jobber med gravide. Men vi har bred kompetanse på kvinnehelse, og burde blitt brukt mye mer, sier Cecilia Kleven.

KROPP. Sammen med Karin Johansson og Annelie Skare driver hun det private Oslo jordmor- og kvinnesenter på Storo i Oslo. På døren står det listet opp hva de tilbyr, blant annet prevensjonsveiledning, spiralinnsetting, celleprøver og testing for kjønns sykdommer. I tillegg til svangerskapskontroll og etterkontroll etter fødsel. De har også gynekolog tilknyttet senteret.

– I utdanningen lærer vi om kvinners kropp og hele den fertile alderen, påpeker hun.

– Det er ingen grunn til at vi ikke skal ta i bruk den kunnskapen.

BEHOV. Syke kvinner skal til lege, understreker jordmødrene. Men

friske kvinners behov for prevensjon og rådgivning om pubertet, svangerskap og overgangsalder kan de ta hånd om.

En utfordring er at de ikke får refusjoner fra det offentlige, heller ikke til svangerskapskontroller. Men

«Kvinner kommer hit, selv om de må betale.»

Annelie Skare

de opplever at de fyller et behov.

– Kvinner kommer hit, selv om de må betale, sier Annelie Skare.

– Hver dag får vi historier fra kvinner som ikke får svar på alle spørsmålene hos lege eller som trenger mer tid til å prate. ●

nina.hernes@sykepleien.no



Lurer du på noe om kreft?

Treffer du pasienter som har mye på hjertet?

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

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

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

Åpningstider:

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

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



KREFTFORENINGEN

Tema.
**Homofile og
eldreomsorg**

Stigmatisert som ung. **24**
Moderne homohistorie. **26**
Tre typer. **28**

Kjendiser: Kim Friele og Wenche Lowzow (til høyre) er Norges mest kjente lesbiske eldre par. Nå bor de på Geilo hvor Lowzow inntil nylig har vært bruker av sykehjemstjenester. Nå bor hun i omsorgsbolig på Kringlemyr.



Ved regnbuens ende

Gammel og åpen. Noen eldre homofile vil gå inn i skapet igjen hvis de blir pleietrengende. Den tanken har aldri streift Kim Friele og Wenche Lowzow.

Tekst **Eivor Hofstad og Nina Hernæs** • Foto **Erik M Sundt**



Stigmatisert som ung.

«Sykepleiere må kjenne historien til de eldste lesbiske og homofile.»

Kim Friele

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



Noen går inn i skapet igjen når de havner på institusjon, fordi de ikke orker flere runder med «har du vært gift? Nei. Hvorfor ikke det?», sier Kim Friele.

Det har aldri vært noe alternativ for verken Friele eller hennes kjæreste og registrerte partner, Wenche Lowzow. Men de tilhører et modig mindretall blant sin generasjons lesbiske og homofile.

Da LLH (Landsforeningen for homofile, lesbiske, bifile og transpersoner) hadde en spørreundersøkelse i 2006 blant et lite antall eldre medlemmer, svarte disse at de var redde for å bli usynliggjort på sykehjem, irriterte for at de ulike sosiale arenaene for eldre ofte er heteroorienterte, og bekymret for sin egen begravelse. De var samlet sett redde for å oppleve en trist avslutning på livet. Noen vurderer å gå inn i skapet igjen hvis de skulle havne på institusjon, av frykt for fordommer hos personale og medbeboere.

Kan det virkelig stemme? I 2014?

ORKER IKKE. Hos LLHs seniornettverk får vi vite at de har diskutert problemstillingen, særlig med tanke på at en del helsepersonell kommer fra andre kulturer hvor homofili er mindre akseptert, og kanskje til og med straffbart. Men nettverket kjenner ikke til noen eldre pleietrengende som kan stille til intervju og fortelle om sine erfaringer. Det plinger sågar inn en e-post fra seniormedlemmet Tom Heyerdahl på 68 år fra Oslo, som kan fortelle at han

bare har gode opplevelser fra sine mange opphold på sykehus de siste årene.

Seniornettverket anbefaler oss å ringe Kim Friele for å høre om hennes erfaring. Friele er ikke i tvil om at en del eldre fra hennes generasjon blir værende eller går inn igjen i skapet som eldre og pleietrengende.

– Når de får en skraklete hofte, er det ikke alle som orker å ta enda en forklaringsrunde. Husk på at dette er kvinner og menn som vokste opp i en tid da sex mellom menn var forbudt, sier Friele og legger til:

– De levde i en tid hvor åpne homofile menn ikke fikk avtjene verneplikt, ikke kunne søke seg til Utenriksdepartementet og diplomatiet og så videre, fordi den medisinske diagnosen «homofili» i realiteten betød «mentalt forstyrret». De har 50–60 år bak seg med ulike stengsler og hemmelige liv. Derfor orker de ikke snakke om det, og blir i skapet.

HISTORIEN PÅ PENSUM. I Norge var sex mellom menn straffbart fra 1902 til 1972. I den amerikanske diagnosemanualen DSM var «homosexuality» en psykiatrisk diagnose helt til 1973. Norsk Psykiatrisk Forening fjernet diagnosen i to omganger, delvis i 1977, fullt ut i 2000. Sosialdepartementet frarådet bruk av sykdomsdiagnosen i 1982. Verdens helseorganisasjon fjernet diagnosen homofili fra den internasjonale diagnosemanualen ICD først i 1990.

Det skal ikke så mye fantasi til for å skjønne at det må ha kostet en god del å stå fram med homofil

Fakta

Kim Friele og Wenche Lowzow

Karen-Christine (Kim) Friele sto fram som 25-åring i 1960 og ble Norges første åpne lesbiske kvinne. Nå er hun 79. Hun ledet homoorganisasjonen Forbundet av 48 fra 1966 til 1971, hvorpå hun ble generalsekretær i samme organisasjon til 1989. Hun var statsstipendiat i Kulturdepartementet til hun gikk av med pensjon i 2005. I 1991 flyttet hun til fjells sammen med sin registrerte partner, Wenche Lowzow, som nå er 88. De har vært kjærester siden 1977, og Lowzow ble Norges første åpne homofile stortingsrepresentant (H) da hun åpnet skapdøren som 52-åring i 1979. Nå bor de på Geilo hvor Lowzow er bruker av kommunens eldreomsorg.

identitet i et slikt klima. Stigmatisering, fordømming, utfrysing og til og med vold har vært det mange homofile er blitt møtt med fra det norske samfunnet, noe som vanligvis preger et menneske, både psykisk og fysisk.

– Derfor er det viktig at sykepleiere kjenner til vår historie når vi nå blir så gamle at vi blir pleietrengende. Den bør absolutt inn i sykepleierutdanningen, sier Friele.

BLE SLÅTT NED. – Kjenner du noen som har gjort



Historie: – Husk på at dette er kvinner og menn som vokste opp i en tid da sex mellom menn var forbudt, sier Kim Friele (til høyre).

retrett når de er blitt gamle?

– Nei, men slik jeg kjenner jentene i nettverket mitt, er det noen som er halvåpne, for å si det på den måten. Har de sin samboer i behold når de havner på institusjon, vil åpenheten kunne holde. Men hvis ikke, vil de nok havne i skapet igjen, tipper hun.

Friele går ikke med på at hun har vært spesielt modig.

– Når man ikke er redd, er man heller ikke modig. Jeg var ikke redd. Det høres kanskje blasfemisk ut, men da jeg først skjønte hvem jeg var, hadde jeg ikke én grubledag. Likevel har jeg nå dratt min del av lasset, sier hun.

– Du ble slått ned også?

– Ja, maaaange ganger!

– Når var den siste?

– I 1988. Jeg hadde vært ute og spist og skulle på

«Når de får en skraklete hofte, er det ikke alle som orker å ta enda en forklaringsrunde.»

Kim Friele

kontoret for å jobbe litt om kvelden. Da ble jeg slått ned av en mann.

– Var han full?

– Nei da. Jeg har aldri blitt slått ned av fulle menn.

De og narkomane kan jeg snakke hyggelig med.

LITE FAMILIENETTVERK. Canadisk forskning fra 2003 har vist det samme som LLH-undersøkelsen, får vi vite fra professor i gerontologi ved San Francisco State University, Brian de Vries. Han er en av de få som har gjort flere studier på livsvilkårene til eldre lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (LHBT).

– I dag har vi den første kohorten med eldre, åpne LHBT-personer som må pløye mark i et område med lite historisk referanse som kan guide dem. Da er det ikke så overraskende at det er sparsomt med dokumentasjon på området, sier han.

Men det som er gjort av forskning, blant annet i USA, Canada og Norge, finner for eksempel mer depresjon, selvmordsforsøk og mer alkohol- og rusproblematikk blant de eldre homofile (eldre transpersoner mangler det





➔ forskning på). De har ofte lite familienettverk, og få har barn. Når deres nære venner etter hvert dør, er det derfor mer ensomhet og angst hos eldre homofile.

– Damer er flinkere til å skaffe seg nettverk og holde det ved like. Wenche og jeg har et godt nettverk med folk i alle aldre. Den eldste er Wenche på 89 år. Enslige homofile menn mangler ofte et stabilt nettverk. Homofile menn over 60 år med «vom», stemples av yngre menn som «utgått på dato». Uten

«Autoritet forsvinner ikke om sykepleiere evner å snakke om ting de ikke trenger å være sykepleiere for.»

Kim Friele

nettverk kan noen og hver rammes av depresjon, ensomhet og angst ved tanken på sykehus eller sykehjem, sier Friele.

For dem med et altfor lite nettverk blir sykehjemmet, heller enn gode venner, sentrum i livet, mener hun.

SOLGÅRDEN VAR STRÅLENDE. – Har du opplevd at noen er blitt behandlet dårlig i møte med eldreomsorgen?

– Fra 2009 til 2011 var jeg hjelpeverge for en 87-årig tidligere nabo i Asker. Hun hadde vært åpen siden 1947, men mistet jobben sin i sedelighetspolitiet da hun nektet å leke «på-lik-som-leken». Som gammel hadde hun bilde av kjæresten sin på stueveggen, og da hjemmehjelpen spurte om det var søsteren hennes, svarte hun «Nei, det er venninna mi». Hjemmehjelpen ble taus og kom aldri mer tilbake.



Trim: Geilo er ypperlig bosted for friluftinteresserte. Paret får seg som regel en tur ut hver eneste dag.

Moderne homohistorikk

1948: Forening for homofile i Danmark starter; «Forbundet af 1948».

1950: Forbundet av 1948 – Norsk seksjon av Det Danske Forbundet af 1948 konstitueres (DNF-48). I dag kalles organisasjonen Landsforeningen for homofile, lesbiske, bifile og transpersoner (LLH).

1951: Foreningen gir ut sin første informasjonsbrosjyre om homofili, og lanserer dermed også begrepet «homofili» i Norge.

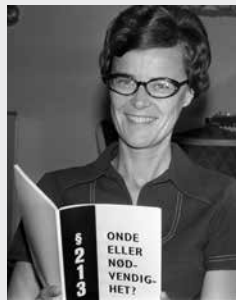
1957: Den første kvinnen blir valgt inn i styret til DNF – 48.

1965: Det første norske radioprogrammet om homoseksualitet blir sendt på NRK.

1966: Kim Friele blir valgt til leder i DNF-48.

1972: Straffeloven mot homoseksualitet, paragraf 213 (forbud mot sex mellom menn), blir opphevet.

1973: Kim Friele og et mannlig homofilt



1972: Kim Friele i 1971 da hun ledet arbeidet med å fjerne forbudet mot sex mellom menn. Hun fikk gjenomsalg i 1972. Foto: Vidar Knai, NTBscanpix

kjærestepar deltar på det første norske fjernsynsprogrammet med homofile selv. Utstedet Metropol i Oslo åpner, restauranten eies av DNF-48.

1973: Homoseksualitet fjernet som mental forstyrrelse fra den amerikanske diagnosemanualen DSM, men erstattes i 1974 av kompromisset «ego-dystonic homosexuality».

1977: Norsk Psykiatrisk Foren-

– *Hvordan er sykepleierne, da?*

– 87-åringen kom på Solgården i Asker, et strålende sykehjem. Det var uproblematisk. Hun var åpen og jeg ble gjenkjent. Det lettet kommunikasjonen. Jeg brukte å snakke med personalet som stilte spørsmål om alt fra A til Å. De måtte titte på sine egne holdninger og erkjenne at noe av det de «så» handlet om skrekkeforestillinger og antipatier. Sykepleierne innrømmet at «sexgreiene» hadde satt seg i hodene på folk. Men akkurat denne delen av samlivet vårt er i tilfeller som dette høyst uinteressant, sier Friele.

– *ILLH-undersøkelsen fryktes også reaksjonene fra medbeboere?*

– Jeg har ikke hørt om direkte mobbing, men om unngåelse. Noen prøver å få måltider servert på rommet sitt fordi de ikke vil sitte til bords med homofile.

ÅPNE SLITER MINDRE. Samboer Wenche Lowzow er operert for brystkreft og har stomi. Friele har hatt full omsorg, og Wenche har hatt to ukers avlastningsopphold på sykehjemmet på Geilo hver tredje uke. Når vi snakker med henne, har Wenche akkurat fått plass på Kringlemyr omsorgsboliger hvor hun skal bo fast. Da vil de bo ti minutter fra hverandre.

– *Hvordan har møtet med sykehjemmet vært for dere?*

– Enestående! Her er beboere og helsepersonell som en stor familie. De hygger seg med aktiviteter, kultur, naturopplevelser og god mat.

Forskning viser at de som tør å være åpne sliter mindre psykisk og har mindre rusrelaterte vansker enn de som blir i skapet.

– Wenche har fortalt offentlig at hun tidligere brukte altfor mye alkohol for å skjule hvem hun var. Hun sluttet med den overdrivelsen straks vi flyttet sammen i 1977. Vi bodde sammen i to år før hun turte å stå fram, sier Friele.

I Fafo-rapporten «Helse- og omsorgsbehov blant

Fakta

Homofiles helseplager

Enkelte lidelser er vanligere hos homofile enn hos heterofile:

- Depresjon og angst
- Kroniske lidelser
- Funksjonshemminger
- Visse kreftformer
- Rusmisbruk
- Hiv (hos menn)
- Homofile menn har høyere risiko enn heterofile menn for å få spiseforstyrrelser. Blant menn med spiseforstyrrelser finner man om lag 20 prosent homofile.
- Ellers lider de eldre homofile av det samme som alle andre, men rammes ofte tidligere og kraftigere.

eldre lesbiske og homofile» fra 2010, pekes det på at mangel på involvering eller taushet fra helsepersonellens side når legning kommer fram, kan oppleves som en negativ reaksjon for den eldre, selv om helsepersonell forfekter en holdning om at seksuallivet tilhører «privatlivets fred», og at det ikke påvirker omsorgen som ytes.

NÆRME SEG VARSOMT. – *Du sier at mange ikke orker en åpenhetsrunde til. Hvordan skal sykepleierne gå fram, hvis de har en pasient de mistenker ikke tør å være åpen med legningen sin?*

– Det gjelder å være kreativ! Det kommer nok av anledninger hvor det blir naturlig å spørre.

– *Hvordan da?*

– Man kan nærme seg blidt og varsomt. Ser man foto av en person som kan ha vært kjæresten, kan man spørre: «Er hun en slektning?» «Nei.» «En god venninne?» «Ja.» «En spesielt god venninne?» «Ja, vi bodde sammen i 30 år.» Eller man kan si: «Jeg tror jeg vet hva du sitter og grubler på. Jeg synes kanskje

vi skal snakke litt om det. Kanskje du slipper å ta de sovepillene.» Helsepersonell må oppleves som mer enn bare hvite frakker med penner i og dekorasjoner på brystlommen. Autoritet forsvinner ikke om sykepleiere evner å snakke om ting de ikke trenger å være sykepleiere for å samtale om.

TO AV TI ER ÅPNE. Forskning fra Nova har vist at bare to av ti homofile er helt åpne om sin seksuelle identitet i møte med helsepersonell. «En så lav grad av åpenhet medfører en økt risiko for feild diagnose, irrelevant eller feil behandling», skriver forsker og sosiolog Bera Ulstein Moseng i forskningsrapporten «Skeive dager 2003, en rusundersøkelse».

Hun hevder også at en entydig seksuell identitet som lesbisk eller homofil synes å beskytte mot rusmisbruk og at andelen brukere av narkotiske midler er to til tre ganger større blant de homofile som også har praktisert heteroseksualitet.

Moseng mener at om norsk helsetjeneste og alkoholsorg skal bli kjent med levekår og særpreg av betydning for legesøkning og behandlingsbehov blant homofile kvinner og menn med et rusproblem, er de avhengig av at disse pasientene – i den grad det er relevant – faktisk står fram.

«En slik åpenhet krever imidlertid konkrete tiltak fra norsk helsepersonells side. Blant annet at man slutter å ta klientenes heteroseksuelle legning eller praksis for gitt. Spørsmål om sivil status etc. må stilles på en kjønnsnøytral og legningsnøytral måte, slik at sammekjønnsseksuelle oppmuntres til å tematisere de ikke-heteroseksuelle sidene ved sine liv», skriver hun i rapporten.

EGNE BOTILBUD? For å imøtekomme behovene til de eldre homofile og lesbiske, er det noen steder opprettet egne sykehjem og omsorgsboliger for denne gruppen. Slike finnes blant annet i Spania, Nederland og enkelte byer i USA. Professor Brian de Vries fra San Francisco forteller at flere er under bygging, blant

ing fjerner delvis homoseksualitet som «mental forstyrrelse». Tidsskriftet Løvetann kommer ut, inneholder artikler og debattinnlegg om homofili.

1978: Det blir garantert full retts- sikkerhet for åpne homofile lærere i skolen.

1979: Fulle rettigheter blir innført for homofile i forsvaret. Wenche Lowzow er den første parlamen-

tarikeren i Norden som står frem som homofil.

1981: Særskilt straffevern for homofile blir innført.

1982: Sosialdepartementet fraråder å bruke homofili som sykdomsdiagnose i Norge. Homodagene i Oslo blir et årlig arrangement.

1986: Diagnosen «ego dystonic homosexuality» fjernes fra den amerikanske



1993: Kim Friele og Wenche Lowzow inngikk partnerskap i 1993. Foto: Trygve Indrelid, NTBscanpix

diagnosemanualen DSM.

1988: Høyesterett slår fast at aids og hiv-positiv status ikke er oppsigelsesgrunn.

1989: Som det første land i verden innfører Danmark loven om registrert partnerskap for homofile og lesbiske.

1990: Verdens helseorganisasjon fjerner homofili som sykdomsdiagnose fra ICD10. Filmfestivalen «Skeive fil-

annet i Chicago, Minneapolis, San Francisco og New York.

– *Hvorfor er det nødvendig å skille befolkningen etter seksuelle preferanser på denne måten når de blir gamle?*

– Gitt den dype historien med stigmatisering og diskriminering, har ideen om et trygt sted å være sent i livet en signifikant appell. Et annet alternativ er selvfølgelig å endre det eksisterende tilbudet til å bli mer LHBT-vennlig. Framgangen her går sakte, men denne måten å gjøre det på tror jeg vil vinne i det lange løp. Inntil vi er der, vil det være et behov for egne botilbud for LHBT-eldre. I det minste skylder vi disse pionerene såpass mye omsorg, respekt og takknemlighet, sier professoren.

Og hva synes Kim Friele om å ha egne omsorgs- og botilbud for eldre homofile?

– Det har jeg alltid sett litt negativt på. Til slutt blir det sånn at vi skal ha egne banker og egne fengsler. Men det er jo ikke meningen at man skal skille lag!

Hun mener det offentlige må ruste opp helsepersonells kunnskaper, og sørger for at alle offentlige institusjoner har de aller beste forutsetninger for å ta godt vare på alle som har behov for det.

– Det må karakteriseres som grov offentlig ansvarsfraskrivelse om homofile sykehjemssghetter skulle få politisk gehør. Segregering er aldri veien å gå. ●

eivor.hofstad@sykepleien.no

Les mer om:
Wiggo Kristiansens forskning på sykepleien.no.
Foto: Colourbox



Fakta

Rosa kompetanse

Helsepersonell, skoleansatte, politi og påtalemyndighet kan få undervisning i å snakke trygt om kjønn og seksualitet gjennom prosjektet Rosa kompetanse.

Tre typer

Eldre homofile menn er en mangfoldig gruppe og vil derfor ha ulike behov for omsorg. Hans Wiggo Kristiansen har skrevet doktorgrad om eldre homofile menns livsløp og livsfortellinger i Norge. Han gjorde feltarbeid rundt år 2000.

Kristiansen deler de inn i tre kategorier:

- Menn som hadde levd i ekteskap med kvinner (de tidligere gifte)
 - Menn som hadde vært i langvarige parforhold til menn (langtidspartnerne)
 - Menn som hadde levd som «ungkarer» uten noen fast partner (ungkarene)
- Mennene klassifiserte også seg selv på denne måten.

mer» starter opp i Oslo.

1991: Månedsmagasinet Blikk kommer ut.

1993: Partnerskapsloven vedtas, men lesbiske og homofile par får fremdeles ikke adoptere barn eller inngå partnerskap i kirken.

1998: Homofile og lesbiske inkluderes i anti-diskrimineringsparagrafen 55a i arbeidsmiljøloven. Det åpnes imidler-

tid for yrkesforbud innen trossamfunn.

2000: Norsk Psykiatrisk Forening fjerner homofili fullt ut som diagnose.

2002: Stebarnsadoptsjon for lesbiske og homofile i registrert partnerskap tillates.

2003: Diskrimineringsforbud i enkelte boliglover.

2005: Ny arbeidsmiljølov med eget kapittel om vern mot diskriminering vedtas.

2006: Rett til foreldrepenger for medmor vedtas.

2008: Lesbiske og homofile par får mulighet til å gifte seg. Lovendringen gir også adopsjonsprøvningsrett for samkjønnede par og rett for lesbiske par til assistert befruktning.

2011: LHBT-senteret etableres, et nasjonalt kunnskapssenter for seksuell orientering og kjønnsidentitet under Barne-,

ungdoms- og familiedirektoratet.

2012: UDI får instruks om å behandle asylsaker fra LHBT-personer, slik at ingen tvinges inn i skapet ved retur (det såkalte diskresjonskriteriet).

2014: Lov om forbud mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk trår i kraft.

Kilde: LLH, Kim Friele og American Journal of Psychiatry

4 på
gangen

– Hva kan sykepleiere gjøre for at eldre homofile ikke går inn i skapet igjen?



1

Tor Engevik

Leder i NSF's faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens

Utgangspunktet må være at alle skal behandles likt og med samme verdighet. Hvis homofile og lesbiske opplever diskriminering av sin seksualitet i sykehjem, må temaet settes på agendaen. Holdningsskapende arbeid må inn i undervisningsplanen, både i sykepleiestudiene og i de andre helsefagene. I tillegg til å arbeide med kunnskap og holdninger, må sykehjemmene utarbeide handlingsplaner som sikrer og legger til rette for homofilt og lesbisk samliv på sykehjemmet.



2

Walter Heidkamp

Prosjektleder i Helseutvalget

Sykepleiere må tørre å spørre. I tillegg er bevissthet knyttet til det at eldre kan ha et homofilt forhold viktig. Det skader ikke å spørre rett ut heller, dersom man som sykepleier er i tvil om den eldres legning. Begynn med å spørre deg selv: Hva er grunnen til at jeg vil vite?



3

Bård Nylund

Leder i Landsforeningen for homofile, lesbiske, bifile og transpersoner

Kunnskap om seksuelle minoriteter er helt fraværende på utdanningen, så de kan sende meg en e-post på bard@llh.no for å gjøre en avtale om at en av våre ansatte i Rosa Kompetanse kommer og holder et kurs.



4

Guro-Marie Eiken

Avansert geriatrisk sykepleier, Nøtterøy kommune, Sykepleieklinikken og hjemmetjenesten

Om pasienten er homofil, lesbisk, muslim eller ortodoks jøde så er det en del av yrkesutøvelsen til sykepleiere å møte ham eller henne med respekt. Det står i yrkesetiske retningslinjer, som gir føringer for hvordan vi gjør jobben vår. Pasienter skal møtes med respekt og åpenhet enten vi kommer hjem til dem eller møter dem på sykehjem eller sykehus.

TIDLIGERE GIFTE. De tidligere gifte så ut til å få tettere relasjoner til barn og barnebarn når de ble eldre. Særlig gjaldt det når de av helsemessige grunner trakk seg tilbake fra det sosiale livet knyttet til homofile møtesteder og vennskapsnettverk. Dette kunne igjen føre til at nettverk raknet.

LANGTIDSPARTNERE. I mange av de lange forholdene var det en aldersforskjell på ti år. Det så ut til at den yngste partneren var mest sårbar for å bli sosialt isolert når han ble eldre. Hvis de ikke har gode vennskapsnettverk, kan den som sitter igjen ha spesielt behov for helse- og omsorgstjenester.

UNGKARER. Generelt hadde mennene som hadde levd alene i større grad kontakt med vennene enn de som hadde vært i lange forhold. Det var også større variasjon i vennenes alder, og det gjorde dem mindre sårbare for å sitte igjen alene.

Men Kristiansens forskning antyder at vennene nettværkene har en tendens til å smuldre opp når helsen ikke lenger gjør det mulig å være selskapielig. ●

Kilde: Hans Wiggo Kristiansen og Bjørn R. Lescher-Nuland: Aldring, livsløp og omsorgsbehov. I: Grønningseter A.B, Kristiansen H.W og Lescher-Nuland B.R: Holdninger, levekår og livsløp – forskning om lesbiske homofile og bifile, Universitetsforlaget, 2013

nina.hernes@sykepleien.no



Egenopplevd. Student med spiseforstyrrelser møter pasient med spiseforstyrrelser. Hva skjer da?

Når praksis blir personlig

● Tekst og foto **Marit Fonn**

Flere vil bli sykepleier fordi de selv har opplevd kriser. –Særlig i møte med praksis kan disse studentene få utfordringer, påpeker Mia Andresen, studentleder i Norsk Sykepleierforbund (NSF).

Mange av hennes nærmeste venner på studiet har hatt sykdom og død nært på seg: De har opplevd selvmord eller rusproblemer i familien. De har mistet en pappa eller en søster i kreft. De har søsken med handikap.

–For de fleste er det positivt å ta slike erfaringer med seg i utdanningen. Men det er ikke en selvfølge at alle vil takle utfordringene i praksis. Noen har bearbeidet hendelsene, men mange blir innhentet av vanskelige følelser, både i psykiatrisk og somatisk praksis.

Å møte en jente på egen alder som har vært utsatt for incest og har spiseforstyrrelser, kan være ganske «heavy», påpeker hun:

–Det er ikke lett å møte pasienter du kjenner deg selv igjen i når du fortsatt har mye å jobbe med på privaten. Da er det tøft å stå alene uten veiledning.

Andresen vet om en student som søkte psykolog, uten å nå fram.

–Hun sluttet. Noen ganger er det greit å ta en pause i studiet. Og noen kan trenge råd og hjelp for å fullføre.

MISTET LILLEBROR. Andresen vet hva hun snakker om. Da hun var 22 år, mistet hun lillebroren på 17 i en trafikkulykke. Det var da hun bestemte seg for yrket.

Hun synes ikke selv hun ble møtt så godt som pårørende.

–Jeg savnet å bli tatt hånd om da jeg opplevde tragedien i mitt liv.

Men så begynte hun i Fransiskus-hjelpens sorggruppe for etterlatte etter selvmord og brå død. Etterpå ble hun leder i samme sorggruppe og i gruppen for dem som har mistet familie i kreft. Dette gjorde hun i to år parallelt med studiet.

–Dette hjalp meg mye. Jeg har savnet å lære om dette på skolen. Det er viktig å lytte til pårørende for å bli en bedre hjelper.

«Mange blir innhentet av vanskelige følelser i praksis.» Mia Andresen, studentleder

Som student kom hun fort i kontakt med døden. Hun tenkte det var viktig å bli konfrontert tidlig. Det skjedde i andre semester da en pasient på sykehjemmet var døende. Andresen spurte om å få følge pasienten i livets siste fase.

–Det var en mulighet til ikke å la meg skremme av min egen erfaring med lillebror.

– Du fikk veiledning?

–Jeg var åpen på at jeg hadde mistet familie. Jeg visste at jeg måtte bruke tid med pårørende. Sykepleieren veiledet meg tett.

MÅTTE INFORMERE OM DØD. Men hun har også opplevd det motsatte. Det skjedde i sykehuspraksis.

–Jeg hadde ikke fast veileder og fikk ikke sagt fra om egne erfaringer. Denne gangen hadde det skjedd en dramatisk ulykke. Da pårørende kom, ville de møte pasienten. Men pasienten hadde allerede dødd. Da måtte jeg og veilederen fortelle det. Det var en krevende samtale. Veilederen tok for gitt at jeg syntes at det var ok.

–Har du et tips til studentveiledere?

–Start med en forventningssamtale. Da kan studenten si om det er noe veileder bør vite. Man kan jo få hakeslepp i praksis, og det kan gå fort unna. Det er ikke lett, spesielt ikke hvis du har mistet pappaen din i kreft for et år siden. Man trenger tid til å reflektere for ikke å bli skremt. Og vi vil jo beholde dem i yrket.

– Men ikke alle bør bli sykepleier?

–I studiet har jeg møtt sykepleierstudenter som er innlagt på grunn av psykiske plager. Jeg har tenkt mye på at det kunne jo like godt ha vært meg. Studenter som er syke er viktig å følge opp, og de må få tydelig veiledning. Kanskje passer det ikke å bli sykepleier

Fakta ●●●●

Mias praksistips:

- Start med forventningssamtale.
- Spør studenten om personlige erfaringer.
- Husk at det er greit å sette grenser.
- Pass på studentguttene.

Stresset øker – og avtar:

Psykisk stress blant sykepleierstudentenes øker i løpet av utdanningen. Men det avtar det etter noen år i yrket:

- Ved studiestart: Én av fem har psykiske belastninger, som er som befolkningen ellers.
- Ved studieavslutning: Én av tre opplever psykisk stress.
- Tre år etter utdanning: Bare én av åtte har slike belastninger.

Kilde: Professor Per Nerdrum, Høgskolen i Oslo og Akershus

akkurat nå, og dessverre kan heller ikke alle fortsette.

Hun synes det bør legges mer vekt på personlig utvikling i utdanningen.

–Noen skoler er gode på det. Studentsamskipnaden i Oslo har eget psykisk helse-tilbud for studentene. Men studentene bruker det i liten grad. Kanskje skyldes det mangel på informasjon.

ENSOMME GUTTER. Å snakke om egen psykiske helse kan være vanskelig for hjelpere:

–Mange tror det forventes at skal man bli sykepleier, så skal man være sterk. Men det er helt normalt å

«Jeg ville bli konfrontert med døden tidlig.» Mia Andresen

bli personlig berørt av dramatiske hendelser. Å bli sykepleier handler også om å bli forandret som menneske: Det er ikke bare å tilegne seg faktakunnskap, man skal også bli kjent med seg selv. Å bygge sykepleierjeget gjør man gjennom hele yrkeslivet. Det er ikke gjort etter tre års studier.

Hun tror gutter har ekstra vanskelig for å snakke om hvordan de har det:

–Gutter på sykepleiestudiet føler de blir ensomme. Det kan være vanskelig å snakke med veileder, som ofte er en kvinne. Ensomhetsfølelsen kan i verste fall føre til at de slutter på studiet. At gutter tåler mer enn jenter er en myte.

Andresen bruker yoga for å ivareta helsen.

–Vi trenger både mentale bilder og fysisk trening for å motvirke stress og depresjon. Men alle må finne sin måte.

Hun oppfordrer alle studenter til å varsle om mangler i praksis og undervisning.

–Det kan gjelde alt fra trakassering til manglende veiledning. ●
marit.fonn@sykepleien.no



Anbefaler: Mia Andresen har hatt nytte av sorggrupper – både som deltaker og leder.

Sykepleierstudentene mest stresset

BELASTENDE: Professor Per Nerdrum ved Høgskolen i Oslo og Akershus og hans kolleger har undersøkt psykisk stress blant studenter innen sykepleie, fysioterapi og ergoterapi. De har målt ved studiestart, ved studieavslutning og når de har vært tre år i yrkespraksis.

– Sykepleierstudentene skiller seg ut. Målingene viser en klar økning av psykisk stress i løpet av utdanningen sammenliknet med de andre.

Nerdrum påpeker at sykepleierstudentene har det ekstra belastende under utdanningen, blant annet fordi de forholder seg til

alvorlig syke og døende pasienter. De rapporterer også om dårligere studiemiljø og om et mindre forutsigbart utdanningsløp enn studentene på de to andre studiene.

Økt stress under utdanningen er også kjent fra annen forskning. Nytt i Nerdrums undersøkelse er at

«Det psykiske stresset øker i løpet av utdanningen.»

Per Nerdrum, professor

sykepleierne har det betydelig bedre når de har vært tre år i praksis:

–Særlig betyr det mye for bedringen å ha kollegaer som «ser» dem. Den umiddelbare tilbakemeldingen de kan få i arbeidet med pasientene betyr kanskje også mye.

–Vi har ikke funnet ut at sykepleierne tre år etter utdanning får et såkalt praksissjokk i klinikken. Tvert imot blir den psykiske helsen bedre når de begynner å jobbe med pasienter, sier Nerdrum, som underviser på det tverrfaglige masterstudiet i psykisk helsearbeid på Institutt for sykepleie. ●

marit.fonn@sykepleien.no



Omsorgsfulle sykepleiere brenner ut

● Tekst Bjørn Arild Østby

FORVENTNINGER: Sykepleiere som velger yrket av andre grunner enn bare å hjelpe andre, blir mindre stresset, unngår å bli utbrent og er mer motivert for jobben.

Dette er resultatet av en rundspørring *Nurses driven mainly by a desire to help others are more likely to burn out* blant over 700 offentlig godkjente sykepleiere i Ohio, USA. Forskerne tolker resultatene i lys av tradisjonelle kvinneverdier.

STELLE FOR. – Vi forventer at

kvinner velger disse jobbene fordi de elsker menneskene de steller for, og at det er den viktigste motivasjonen, sier sosiologen Janette Dill fra University of Akron.

Ifølge Dill har ikke folk de samme forventningene når de mottar tjenester fra andre yrkesgrupper.

Disse resultatene bekreftes av norsk forskning fra Høgskolen i Oslo og Akershus. Her fant Kjesti Nesse ut at sykepleiere ikke må være spesielt omsorgsfulle for å være engasjert i jobben.

FLERE MENN. Hvis det blir en endring i forventningen om at sykepleiere skal være spesielt omsorgsfulle, kan flere menn bli tiltrukket av yrket, mener Janette Dill.

«Sykepleiere skal være spesielt omsorgsfulle.»

Janette Dill

– De trenger ikke nødvendigvis å føle at de må være fullstendig hengitt til pasientene sine. De kan verdsette jobben sin også av andre grunner, sier hun ifølge en nyhetsmelding fra American Sociological Association.

Forskerne fant også ut at sykepleierne er mer fornøyd med arbeidsgiveren og blir i jobben hvis de både er motivert av livsstilen som yrket gir dem og har muligheten til god kontakt med pasientene. ● bjorn.arild.ostby@sykepleien.no



NY FORSKNING:

Økt proteinbehov for eldre over 65 år¹



RESOURCE

Kosttillegg med høyt proteininnhold bidrar til styrke og restitusjon hos eldre.

1. Bauer J, et al. JAMDA 2013

www.nestlehealthscience.no
Nestlé Kundenservice: 81568332

 **Nestlé Health Science**
NOURISHING PERSONAL HEALTH

Verneplikt for å løse sykepleierkrisen

● Tekst Bjørn Arild Østby

REKRUTTERING: En av tre unge må utdanne seg innenfor helsesektoren de neste årene. Professor foreslår verneplikt for å dekke behovet. Behovet for flere helsearbeidere vil vokse enormt de neste årene. Problemet er at helsesektoren er en av de minst attraktive utdanningsområdene for unge i dag.

– Yrket har ikke høy nok status, og de som jobber i helsesektoren tjener ikke nok. Samtidig vil det koste enormt mye å øke lønningen i den grad som behøves. Jeg tror man må tenke kreativt for å finne andre løsninger, selv om lønningene også vil trenge et løft, sier professor Nils Aarsæther til itromso.no.

Professoren tror den beste løsningen på denne problemstillingen er gjennom dugnad. I dag omfatter verneplikten cirka 15 000 av et årskull på 60 000. Dette mener han er urettferdig for dem som slipper å bli innkalt, samtidig som det finnes et potensial der.

Ideen har vært fremmet tidligere. Hagen-utvalget, et ekspertutvalg utnevnt av regjeringen i 2011, foreslo å innføre verneplikt i helsesektoren, uten at det ble løftet fram i noen nasjonal debatt.

– Det virker som dette er noe som politikerne er redde for å ta i. Men jeg mener vi har et moralsk ansvar ovenfor de kommende eldregenerasjonene for å ivareta deres rettigheter, sier Aarsæther. ●

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no



Frykter sykepleierflukt

● Tekst Bjørn Arild Østby

ØKT VALGFRIHET: Norsk Sykepleierforbund (NSF) er skeptisk til at pasientene fritt skal kunne velge mellom offentlig og privat behandling, slik regjeringen foreslår.

Regjeringen foreslår å innføre fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten som del av en større «behandlingsvalgreform». Ordningen skal først innføres for døgntilrettelagt behandling innen rus og psykisk helsevern, og så gradvis for andre pasientgrupper.

NY POLITIKK. Ifølge regjeringen vil økt bruk av anbud og konkurranseutsetting være et viktig virkemiddel.

NSF er svært bekymret for hvilke konsekvenser politikken regjeringen legger opp til vil få for tilbudet i den offentlige spesialisthelsetjenesten.

– Gjennom høringsnotatet ser vi konturene av en reform som vil legge til rette for et omfang av privat tjenesteyting, og en rolle for private leverandører som vi aldri tidligere har sett i Norge, heter det blant annet i NSF's høringsvar.

Forbundet er grunnleggende uenig i økt bruk av konkurranse. For NSF er målet ikke bare å produsere mest mulig tjenester til en lavest mulig pris, men å skape mest mulig helse for befolkningen.

Det blir best ivarettatt ved at det offentlige ikke bare finansierer, men også står for tjenesteytingen, er tilbakemeldingen fra NSF.

PERSONELLMANGEL. Dersom forslaget blir gjennomført vil det ifølge NSF medføre økt aktivitet og et økt personellbehov i privat sektor. Hvor skal disse hentes?

NSF's forbundsleder Eli Gunhild By frykter at offentlige sykehus vil tappes for nødvendig kompetanse, og at spesialsykepleiere vil søke seg

over til private sykehus.

– Mange operasjoner blir allerede utsatt på grunn av mangel på sykepleiere. Dette kan ramme øyeblikkelig hjelp ved sykehusene.

Eli Gunhild By mener de offentlige sykehusene må gjøre seg mer attraktive for sykepleierne gjennom gode lønns- og arbeidsbetingelser slik at ikke for mange fristes til å gå over til det private.

DÅRLIG FORSLAG. NSF mener fritt behandlingsvalg er et dårlig

«Offentlige sykehus må gjøre seg attraktive.»

NSF's forbundsleder

forslag og konkluderer i sitt høringsvar med følgende negative konsekvenser:

1. En dreining av ressursbruk og tilbud over mot behandling av lettere lidelser på bekostning av pasienter med langvarige og sammensatte behov.

2. Dyrere og mindre effektiv drift av de offentlige sykehusene ved at deler av den elektive virksomheten overføres til private, mens ansvaret for akuttjenestene blir igjen.

3. De offentlige sykehusene tappes for nødvendig kompetanse ved at viktige personellgrupper, herunder spesialsykepleiere, søker seg over til private elektive virksomhet med mindre vaktbelastning.

4. Utfordringer for utdanningssektoren med å legge til rette for praksis i en stadig mer oppsplittet tjeneste.

5. Oppsplitting og utarming av allerede små forskningsmiljøer. ●
bjorn.arild.ostby@sykepleien.no



Leverandør av helse og livskvalitet siden 1995

VELKOMMEN TIL BANDA

Penhygienic med skilt

- finnes i mange farger og varianter; med og uten utstyr



Veil fra 399,-

Kompresjonsstrømper

- når det beste er godt nok



279,-
Veil 334,-

Farge: hvit

JOBST
Comfort, Health and Style!

Stort utvalg uniformer og utstyr til helsepersonell



- søsterur
- id holder
- navnskilt
- m.m.



Joya - verdens mest støtdempende arbeidssko antistatisk og justerbar hælreim



Joya

Veil 1399,-

Utvalget kan variere fra butikk til butikk.

Banda har 50 butikker drevet av høyt kvalifiserte rådgivende helsearbeidere

Vi er store formidlere av sykepleieartikler på blåresept, med tilpasning av produkter, hjemkjøring og opplæring av brukeren som noen av våre gratistjenester.

Vi har også et bredt sortiment av produkter som er beregnet på deg som helsearbeider.

Ta deg en tur og vi kan vise deg vårt sortiment.



Følg oss på Facebook/bandakjeden

Finn din nærmeste butikk på www.banda.no

Besøk vår nettbutikk: www.banda.no/nettbutikk



Brobygger

Valdres. Ledere trenger også tillitsvalgt.
Det mener de iallfall i Nord-Aurdal kommune.

Tekst **Bjørn Arild Østby** • Foto **Erik M. Sundt**

S om eneste i landet har kommunen i Valdres siden 2009 hatt egen NSF-tillitsvalgt blant ledere. Det viser seg å funge som en viktig brobygger mellom administrasjon, ledere og ansatte.

– Ledere er en del av NSF's medlemsmasse. En viktig del. De leder ansatte og skal etter beste evne ivareta administrative og politiske vedtak, sier Gunhild Grythe.

Hun er tillitsvalgt for tolv virksomhets-, tjeneste- og enhetsledere i kommunen, og startet «karrieren» som tillitsvalgt så langt tilbake som 1988.

– Den gangen ble administrasjon og ledere oppfattet som motpart. Men vi kommer ikke langt med holdningen «nei til ja og bort med vekk». Det har vært en lang prosess å snu denne holdningen, sier landets eneste NSF-tillitsvalgt blant ledere.

NSF's hovedtillitsvalgt Jo Inge Fuglesang er enig med Grythe.

– Med en egen tillitsvalgt blant ledere er det i dag mer naturlig å snakke om oss, ikke dem og vi.

LEDERFOKUS. Det er ikke tilfeldig at akkurat Nord-Aurdal kommune har egen tillitsvalgt for ledere. I vinter arrangerte NSF's Landsgruppe for Sykepleieledere i Oppland for 25. gang sitt årlige Fagernes-seminar. Den lokale faggruppa har lenge jobbet for økt

«Kommer ikke langt med «nei til ja og bort med vekk».

Gunhild Grythe

oppmerksomhet rundt ledere som er medlemmer av NSF. Egen tillitsvalgt blant ledere er et resultat av lokalgruppens arbeid.

– Ordningen med egen tillitsvalgt for ledere bidrar til økt trygghet hos alle parter. Særlig i forbindelse med personalsaker og ved omorganiseringer.

– Samarbeidet med hovedtillitsvalgt i kommunen fungerer godt, selv om vi kan ha forskjellig utgangspunkt. Hovedtillitsvalgt informerer meg om hva som rører seg blant medlemmene og spørsmål de sitter inne med. Jeg informerer om saker lederne jobber med og eventuelle nye planer og prosjekter. Hovedtillitsvalgt bringer informasjonen videre til medlemmene, jeg til lederne. På den måten forebygger vi misforståelser og eventuelle rykter, ifølge Grythe.

– Bare idyll!

Samarbeid: Gunhild Grythe er eneste NSF-tillitsvalgt for ledere.



Fakta



Samhandling i Valdres

Prosjektet Samhandling i Valdres startet i 2009 og er beregnet ferdig neste vår. Valdres lokalmedisinske senter (VLMS) på Fagernes vil bli tatt i bruk som felles kommunal tjeneste for 18 000 innbyggerne i de seks kommunene i Valdres-regionen.

Den nye intermedisæravdelingen med kommunale akutte døgnplasser vil samlokaliseres med røntgen, dialyse, spesialistpoliklinikk, jordmortjeneste samt legevaktsentral og legevakt. I tillegg vil Nord-Aurdal kommune blant annet lokalisere sine institusjonsplasser, omsorgsboliger, hjemmetjenester der.

– Selvsagt ikke. Vi snakker om den største arbeidsplassen i kommunen, med forskjellige mennesker og mange yrkesgrupper. Men det er viktig å få eventuell uenighet opp på bordet. Samtidig må vi unngå at NSF blir oppfattet som en organisasjon, og medlemmene som en gruppe, som skyver pasienten foran seg.

INFORMASJON. Kommunen står midt i en omfattende omorganisering i forbindelse med «Prosjektet Samhandling i Valdres» (se faktaboks). Dette vil påvirke arbeidssituasjonen til alle ansatte i virksomhetene som omfattes av omorganiseringen. Det gjelder også ledere på forskjellige nivå.

– Omorganisering skaper usikkerhet, og det oppstår lett rykter. Selv om ingen vil bli oppsagt, vil tidligere stillinger få nytt innhold og nye

oppgaver. Da er det viktig å være i forkant og skape felles forståelse hos ansatte og ledere, sier Gunhild Grythe.

Å få på plass nok og rett kompetanse er og har vært en stor utfordring.

– I denne prosessen er det viktigste stikkordet informasjon.

Grythe sitter i kompetanseutvalget sammen med virksomhetslederne, da i egenskap av tillitsvalgt.

– Et viktig tema for utvalget er hvilken kompetanse som trengs når vi skal fylle de nye stillingene. For mange blir det nesten som å begynne i ny jobb, med nye oppgaver, nye kolleger og nye ledere. Det forutsetter at alle er åpne for endringer. I tillegg har vi samhandlingsreformen å forholde oss til, sier NSF-tillitsvalgt for ledere i Nord-Aurdal. ●

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

Patricia har fått fast jobb

Klarte det. Det tok drøye to år før spanske Patricia Gadea (27) fikk fast jobb som sykepleier i Norge.

● Tekst og foto **Marit Fonn**

Faksimile fra Sykepleien nr 8/2012.



Patricia fikk ikke jobb hjemme i Spania. Landet var hardt rammet av finanskrisen. Arbeidsledigheten blant unge var 50 prosent. 21. januar 2012 satte hun seg på flyet i solfylte Alicante. Mamma og pappa vinket farvel til sitt eneste barn. Hun landet i snøstorm på flyplassen i Rygge. I Oslo ventet kjæresten Jaume.

Sykepleien har fulgt henne fra hun dro fra hjembyen Benilloba for å prøve lykken i Norge som sykepleier. I dokumentaren «Adios, Espania» (Sykepleien 8/2012, se faksimile til venstre) beskrives hennes første halvår som besto av hardt arbeid: Norskurs, ulønnet språkpraksis på sykehjem i Bærum, au-pair- og kaféarbeid. I juni ble hun belønnet med betalt vikarjobb som sykepleier.

Fra sommeren 2012 har arbeidsplassen hennes vært postoperativ avdeling på Ahus. Det ene

vikariatet har avløst det andre, men hun har fra første stund blitt forespeilet fast jobb – på sikt.

FIKK JOBBEN. Da en kollega på avdelingen sluttet i vinter, søker Patricia stillingen, men hun tror ikke det er hennes tur ennå.

Til hennes overraskelse får hun den faste jobben.

– Jeg er så glad! sier hun nå i sensommersol i Oslo.

– Og det er 100 prosent stilling.

På flytende norsk forteller hun at hun nå veileder studenter i intensivsykepleie.

– Det liker jeg godt. Jeg gikk et veilederkurs på Lovisenberg i november. To hele dager. Superbra! Traumekurs har hun også tatt.

LÆRTE NORSK FORT. Det første Patricia gjorde da hun kom til Norge, var å melde seg på



Søkte: Patricia Gadea ble overrasket da hun fikk jobben: – Jeg er så glad!

Fakta

Patricias vei til fast jobb:

- Blir sykepleier i Spania i 2008. Får norsk autorisasjon i januar 2012.
- Flytter fra Spania til Norge i januar 2012.
- Begynner på norskkurs i februar.
- Får ulønnet språkpraksis på sykehjem.
- Sommervikar via vikarbyrå på epilepsisenteret ved OUS.
- Nytt vikariat som intensivsykepleier på postoperativ avdeling på Ahus.
- Består norsksprøve 3 i november 2012.
- Nye vikariater på samme avdeling på Ahus, nå ansatt direkte på sykehuset, i 2013.
- Får fast, full jobb samme sted i mars 2014.

norskkurs. Norsk sykepleierautorisasjon er ikke nok for å få seg jobb, arbeidsgiver må også passe på at språkkunnskapen er på plass før sykepleierne kan jobbe forsvarlig i helsevesenet. Norskklærerer sa hun ville trenge et år for å klare norsksprøve 3, som er et krav for å få jobb i blant annet Bærum kommune. Patricia besto etter ni måneder.

Ambisiøse Patricia gir seg ikke med det. Selv om jobben ikke krever det, vil hun også klare den såkalte bergentesten. I vinter gikk hun derfor et nytt norskkurs og hun meldte seg opp til eksamen. 1. februar var det muntlig.

– Jeg tenkte at muntlig er lett, jeg snakker jo norsk hver dag på jobb. Så mye at det kan være vanskelig for meg å snakke spansk. Men på eksamen spurte de meg om sport. Og jeg snakket nok

«Man må svette selv, ingenting er gratis.»

Patricia Gadea

altfor fort. Jeg merket med en gang at det ikke gikk bra, sier hun

I april var det skriftlig. Grammatikken og lytteprøven gikk bra. Verre var det å skrive referat. Så hun besto heller ikke den skriftlige bergentesten. Litt flaut, synes hun.

– Jeg var så sint på meg selv. Det er vel første gangen jeg har strøket.

– Skal du prøve igjen?

– Jada. Du kjenner meg. Jeg må gjøre det.





Hun lyser opp:

– Jeg har begynt å gå på skil Langrenn.

En kollega har lært meg. Det er så gøy.

GIFTER SEG. Samboer Jaume er også spansk. Han jobber i et it-firma og ble ferdig med doktorgraden i fjor. 12. juli giftet de seg hjemme i Spania.

– Vi giftet oss borgerlig. 300 gjester var med og feiret oss.

Patricia viser fram en enkel ring i hvitt gull. Hun har ikke skiftet etternavn. Det gjør man ikke i Spania når man gifter seg.

– Du vil ikke flytte tilbake?

– Til hva da? Jeg får ikke jobb, selv om det går bedre etter finanskrisen. Men det er vanskelig å få noe fast. Kanskje jeg kan få jobb som privat sykepleier. Men Jaume får heller ikke bra jobb. Tenk deg – en vanlig lønn i Spania er 8 000 kroner i måneden.

Hun ga seg selv et år.

– Hvis jeg hadde vært deprimeret og ikke hatt jobb, ville jeg dradd hjem. Men jeg har jobb, venner, bra lønn. Alt jeg trenger – bortsett fra familien min og venner fra Spania som jeg savner.

– Ser du for deg hele livet her?

– Man skal aldri si aldri. En spansk venn skulle bli her to måneder. Nå har han vært her i 16 år. Men vi planlegger ikke så mye. Og vi er flinke til å snakke om det underveis.

– Det er din egen fortjeneste at du har greid det?

– Det hadde ikke gått uten støtte fra Jaume, mamma og pappa. Og kolleger og venner fra både Norge og Spania. Mamma likte det jo ikke da jeg dro, men hun støttet meg likevel. Da jeg strøk på bergentesten, sa Jaume: «Det er jo ikke så viktig.» Men ja, jeg har gjort mye: Vært sosial, gått til autorisasjonskontoret, vært positiv, lært norsk. Men man blir også lei seg innimellom. Man må svette selv, ingenting er gratis, sier Patricia Gadea.

ANSETTER OFTE VIKARER. Det var Jon Sverre Holten som ansatte Patricia i fast stilling. Han er leder for postoperativ seksjon.

– Vi prioriterer ofte faste stillinger til våre egne. De vi ansetter har ofte vært vikarer her i halvannet til to år, sier Holten, som er intensivsykepleier.

– Hvorfor vil dere ha deres egne?

– Vi ønsker å trygge vikarene våre ved å vise at vi prioriterer våre egne. Men det er en diskusjon om vi skal prioritere spesialsykepleiere eller sykepleiere når vi får en ledig fast stilling. Vi har begge deler på vår avdeling. Alle har behov for å vise til en trygg stilling, for eksempel når de søker banken om boliglån.

Avdelingen har 80 ansatte.

– Det er alltid noe turnover, men vi er nok blant dem som har lavest. Vi har en god stab, mer stabil enn på en sengepost. De som slutter, er gjerne de som blir pensjonister, eller flytter hjem til Sørlandet eller Nord-Norge.

Her jobber de ansatte hver fjerde helg.



Ventet: Her på postop på Ahus er det blitt flere vikariater – men Patricia ble lovet fast jobb.



Sommerbrud: Samboer Jaume har vært en nødvendig støtte. I sommer ble det bryllup. Foto: Privat

– Vi tilbyr alltid 100 prosent fordi vi har anledning til det. Men ganske mange vil være 75, 85 eller 90 prosent av hensyn til familien. Det er helt frivillig, og de vet at de kan øke stillingsbrøken. Det er ikke sånn at de spekulerer i at de kan få betalt overtid på ekstravakt.

«Patricia er dyktig og utadvendt.»

Jon Sverre Holten, leder

– Men Patricia jobber fullt?

– Ja, hun bidrar. Patricia er helt glitrende. Hun er dyktig og utadvendt. Fire kolleger var i bryllupet hennes.

Fakta

Sykepleiere fra Sør-Europa:

I 2013 fikk 165 sykepleiere utdannet i middelhavsland norsk autorisasjon. Tallene for 2012 står i parentes: **Spania 146 (72)** **Hellas 5 (3)** **Italia 3 (2)** **Portugal 11 (4)**

Topp tre:

Disse tre topper listen over sykepleiergodkjenninger fordelt på utdanningsland: **Sverige 1265 (1213)** **Danmark 705 (582)** **Litauen 155 (127)**

Tallene sier ingenting om hvor mange av dem som faktisk jobber som sykepleier i Norge.

Kilde: Statens autorisasjonskontor for helsepersonell

MÅ KUNNE NORSK. Han får mange søknader fra Øst-Europa. Men kaller sjelden inn, på grunn av språket og manglende erfaring fra norske sykehus.

– Det er få eller ingen søkere fra middelhavslandene. Men jeg har ansatte fra Sverige, Finland og Tyskland her.

Blant søkerne er det flere svenske, men ingen fra Danmark. Pendelen svinger:

– For 15 år siden ledet jeg intensivavdelingen på Ahus. Da var det mange danske vikarer fra danske vikarbyrå, men få svensker.

Nylig lyste han ut en hjelpepleierstilling.

– Det kom mye forskjellig, også fra Øst-Europa. Inkludert en polsk lege, sier Holten. ●

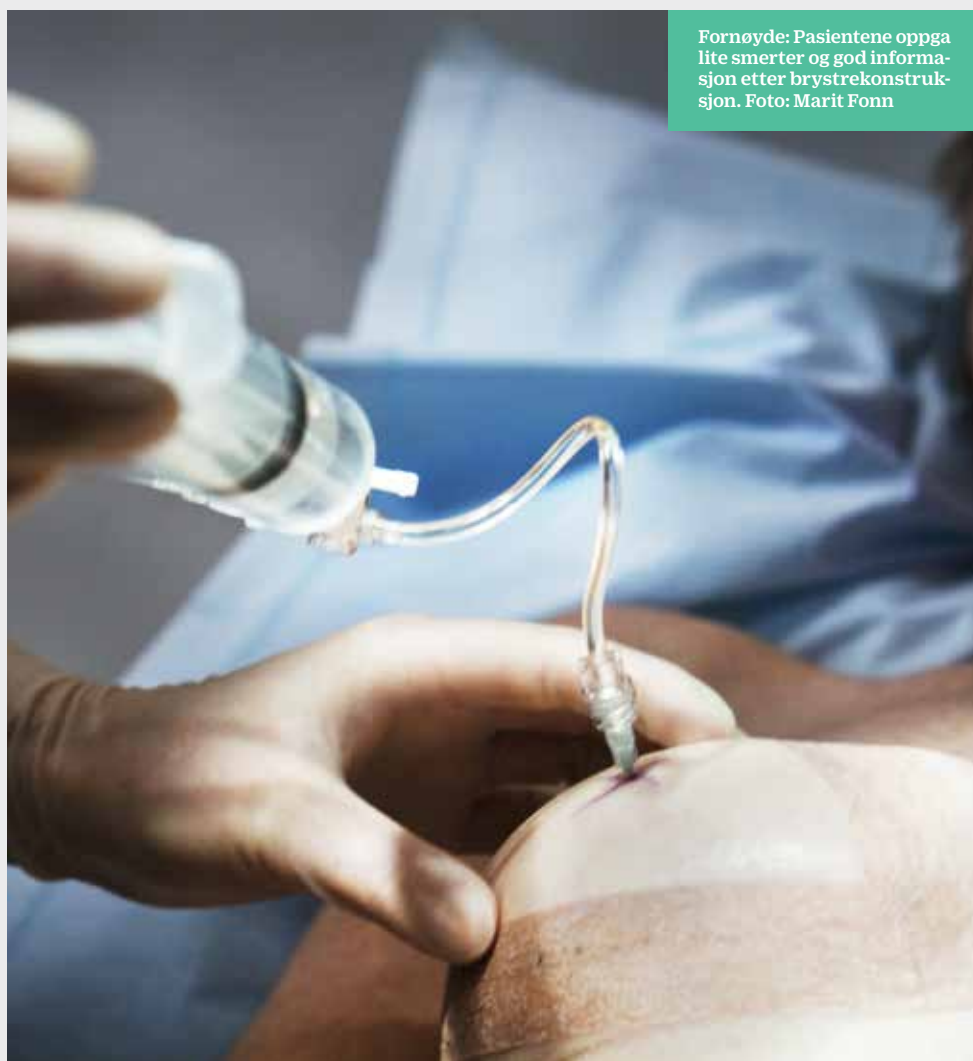
marit.fonn@sykepleien.no



Sykepleie

Del 2 Sykepleien 11 | 2014

Fagartikler – Etikk – Intervju



Fornøyde: Pasientene oppga lite smerter og god informasjon etter brystrekonstruksjon. Foto: Marit Fonn

Etter operasjonen

Brystrekonstruksjon. Pasientene følte seg godt ivaretatt av sykepleierne på posten. **50**



Fagartikkel.

Bedre samhandling med LAR-pasienter. **40**



«Det går helt fint å spørre mange som har demens om deres livskvalitet.» Frødis Kristine Buvik. **48**



Etikk. Makt i sykepleiepraksis. **54**



MENTALISERING GIR BEDRE SAMHANDLING

Rus og psykisk helse. Mentalisering kan bidra til økt forståelse og innlevelse i arbeidet med LAR-pasienter.

AVSLUTTENDE EKSAMEN:

Artikkelen bygger på
40% praksis
60% teori



DOI-NUMMER:

10.4220/sykepleiens.2014.0146



Berit Madsen,
psykiatrisk
sykepleier/
behandler på
ruspoliklinikken
UNN

Hensikten med artikkelen er å gjøre leseren bevisst på begrepet mentalisering og formidle tankene og følelsenes betydning i samhandlingen med LAR (legemiddelassistert rehabilitering)-pasienter. Jeg har brukt egne erfaringer og refleksjoner for å belyse utfordringer ved samhandlingen, samt litteratur av henholdsvis Finn Skårderud om mentalisering og Per Isdal om avmakt. Artikkelen baserer seg også på et intervju med en mannlig informant med sosialfaglig bakgrunn, som jobber innenfor rusbehandling.

LAR-PASIENTER. LAR er for pasienter med opiatavhengighet. De mottar substitusjonsmedisin som buprenorfin eller metadon for sin avhengighet. Pasientene skal som regel observeres mens de tar medisinen, oftest på apotek eller legekontor. Hvor ofte medisinen må tas observert eller om pasienten får den med seg hjem til selvadministrering, varierer fra daglig til ukentlig på bakgrunn av blant annet rusmestring. Vårt ansvar er å sikre at medisinen tas som forordnet og medisinsk forsvarlighet, forhindre misbruk av medisiner, lekkasjer til det illegale markedet eller til tredje person.

Formålet med behandlingen er

ifølge Den Nasjonale retningslinjen for Legemiddelassistert rehabilitering for opiatavhengighet, IS 1701, at pasientene skal få økt livskvalitet og bistand til å endre sin livssituasjon, gjennom gradvis bedring av sitt optimale mestrings- og funksjonsnivå (2). Målet er i tillegg å redusere skadene ved opiatmisbruk og redusere faren for overdosedødsfall (2).

LAR-behandlere bidrar aktivt i rehabiliteringsprosessen i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten, sosialtjenesten og pasienten. Et langsiktig mål er at pasientene skal få mulighet til å leve et selvstendig, rusfritt og verdig liv, både økonomisk og psykososialt.

INFORMANTEN. Min informant tror at alle LAR-behandlere ved Ruspoliklinikken har opplevd ubehagelige samtaler der de blir fortvilte, føler seg mislykte eller uduelige. Informanten har jobbet med rusbehandling i mange år, de andre ansatte har også lang erfaring med pasientgruppen.

Informanten liker best å være flink. Vi enes om at de fleste mennesker liker best å motta anerkjennelse, respekt og positiv bekreftelse. Du som leser, vet kanskje hvilke tanker og handlinger som gleder deg. Det er godt når vi opplever det. Jeg streber også etter å få det godt sammen med andre og forsøker å skape trygghet for å unngå

usikkerhet, frustrasjon eller å bli avvist. Dessverre blir vi ikke alltid likt, og dette kan føre til at vi blir utrygge i relasjonen. I jobben jeg har er det i tillegg skjev fordeling og ubalanse i behandlingsrelasjonen, da jeg som behandler har kontrollfunksjon angående LAR-medisin og medisinsk forsvarlighet.

BEGRENSNINGER. LAR-strukturen setter klare begrensninger for pasienters frihet, og mange har i utgangspunktet mangelfulle livsbetingelser. Pasientene kan oppleve at de ikke har kontroll over livet sitt, at deres integritet er truet og at de er hjelpeløse. Pasientenes autonomi er truet. De får avmaktsfølelse av at de trenger hjelp av andre, samtidig som de ofte mener at de ikke får den hjelpen de trenger.

Mine erfaringer er at alle pasientene er unike og har forskjellige skjebner, utfordringer og behov for hjelp. Jeg vet at mange pasienter har vokst opp i turbulente miljøer og omgivelser. Mange har opplevd betydelig omsorgssvikt, tilkenningsforstyrrelser og mangler sosial kompetanse. Ofte har de erfart at relasjoner brytes, og noen har vanskeligheter med å stole på andre. De kan være mistenksomme og mistroiske til at behandlere har gode hensikter. Noen pasienter har trolig svekkete kognitive funksjoner. Jeg ser at mangel på struktur

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Å få innsikt i mentaliseringsbegrepet i samhandling med LAR-pasienter.

Når hjelpers gode intensjoner blir til frustrasjon, kan man ved kjennskap til mentaliseringsbegrepet forstå hvorfor en selv eller andre reagerer. Mentalisering kan bidra til å forberede hjelper på egne følelser og emosjoner, samt å forstå andres følelser og affekter. God mentalisering kan bidra til bedre følelsesregulering og økt mestring i utfordrende samhandlinger, både for hjelper og pasienter.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider.

- Rusmiddel
- Empati
- Arbeidsbelastning



Avmakt: Opiatavhengige pasienter som mottar legemiddelasistert behandling, føler ofte utrygghet og avmakt, noe som kan skape frustrasjon og aggresjon. Arkivfoto: Stig M. Weston

preger livet til mange pasienter og opplever at det er mange av pasientene som blant annet ikke har kontroll på tid, sted og gjøremål.

MAKTFORHOLD. Informanten sier at uansett hvordan han uttrykker seg i møtet med en pasient har han likevel makt til å gripe inn i pasienten liv og til å styre hans eller hennes hverdag drastisk. Han viser til at når pasienter uteblir fra urinprøvetaking, tolkes det av LAR-behandlerne som at prøvene ville vært positive og at man derfor antar at pasienten har dårlig rusmestring.

Ytterligere innskrenkninger på henteordningen skaper utrygghet for pasientene, fordi de mangler kontroll over livet sitt. De får en følelse av avmakt, at de er hjelpeløse og prisgitt andre som bestemmer, og dette kan skape frustrasjon og aggresjon. Noen ganger er det en feiltolkning fra pasientens side om hvorfor henteordningen innskrenkes. De ser ikke årsaken, som er at de ikke leverer urinprøver, men sammenlikner seg kanskje med andre som har bedre henteordning og som fungerer mye dårligere. De gir uttrykk for at dette er forferdelig

urettferdig, uberettiget og nedverdiggende. Dette kan føre til avmakt for pasienten. Mange føler seg stigmatiserte og krenket og at behandlerne tar avstand fra dem. For en del pasienter vil det å være i LAR gjøre dem i stand til å leve et normalt liv.

«Mentalisering er en egenskap man kan trene opp og utvikle.»

For andre igjen er veien tilbake vanskelig, og mange av disse vil oppleve at de lever på siden av samfunnet.

Jeg opplever at mange pasienter fortsatt har stort sug etter rusmidler og sliter med samhandling uten rusens trygghetsskapende og beroligende effekt. Andre sliter med angst, nerver og depresjoner og har vedvarende sidebruk av illegale stoffer og fortsetter med selvmedisinering.

For informanten var det lettere å samhandle og være i en god pasientrelasjon når han hadde erkjent





ubalansen i maktforholdet. Han nevnte at det var viktig å ta utgangspunkt i maktperspektivet og forholde seg til asymmetrien i LAR-systemet. Informanten sier at det er svært uheldig for relasjonen når han blir presentert som en maktperson i møter, bare på grunn av at han representerer LAR-systemet. Informanten viser til situasjoner der pasienters ønske om bedre henteordning blir avslått og de er sinte og fortviler over LAR-systemet. I slike tilfeller er det LAR-behandleren som eventuelt formidler avslaget. Dette kan være en av årsakene til at pasienter ikke møter opp til neste time, særlig når de vet de ikke har levert urinprøver og vet at det kan bli innstramming i henteordningen.

MENTALISERING. Jeg erfarer at mange behandlere mener rusavhengige er utfordrende å arbeide med, på bakgrunn av at mange pasienter har problemer med regulering av følelser og det kan virke skremmende. Jeg opplever selv at relasjonsbygging mellom pasient og behandler kan være krevende, siden det er mye i samhandlingen som kan utløse utrygghet, misforståelser og skape frustrasjoner.

Mentalisering handler om å forstå behov, ønsker, følelser og motiv for handlinger. Det handler om evnen til å fortolke følelser, tanker og hensikter bak handlinger og ytringer. Mentalisering er en egenskap man kan trene opp og utvikle. Hemmet evne til mentalisering kan gi store utfordringer og avmaktfølelse (2).

Ved hemmet evne til mentalisering kan vi misforstå andre, og misforståelser kan få store konsekvenser for samhandlingen. Den vi snakker med kan føle seg oversett, ikke hørt, feiltolket og bli opprørt over dette. Dårlig mentalisering av en selv innebærer svekket forståelse for egne følelser og at man blir opprørt over dette. Vi blir usikre og begynner å tvile veldig på oss selv, må stadig ha bekreftelse fra andre og overveldes av egne følelser. Kanskje handler man bare uten å tenke seg om og lar impulsene styre. Vi blir satt ut, kollapser og klarer ikke å tenke klart før det «svartner».

RELASJONSBYGGING. Innlevelse og tilstedeværelse er grunnleggende i mentaliseringsbasert tilnærming, for å få til en god relasjon. Dette skaper en trygg base og fremmer en god opplevelse av samhandlingen. Generelt bruker vi både verbal og nonverbal kommunikasjon når vi samhandler. Grunnleggende kompetanse for kommunikasjon og samhandling er basert på respekt, omsorg, empati og tillit (1).

Vi er følsomme og sårbare for hva andre mener om oss. Vi ønsker å bli likt og søker bekreftelser på vår identitet og eksistens. Når relasjonen oppleves som trygg er det mulig å utforske tanker, følelser, håp, ønsker, behov og drømmer (1).

I samhandling skjer en *implisitt* mentalisering, nemlig at vi automatisk legger merke til og observerer kroppsspråk, mimikk, lytter til toneleiet, tilpasser oss og lytter til innholdet i det som blir sagt. Ved vanskelig dialog benyttes *ekspisitt* mentalisering, der man begynner å fortolke. Våre tolkninger vil alltid kunne være knyttet til usikkerhet og medføre misforståelser (1).

FØLELSER. Redsel, hjelpeløshet, usikkerhet, litenhet, utrygghet, glede, sorg og savn er vanlige menneskelige følelser. Hemmet evne til mentalisering gir mange utfordringer, da man risikerer å tolke verden på måter som undergraver god regulering av følelser. Man mister kontroll over følelsene. Utholdelige følelser kan lede oss til å ruse oss, sulte, spise og selvsykning (1).

Svekket eller hemmet mentalisering fører til dårligere forståelse og misforståelser (1). Det samme skjer ved avmakt. Man må arbeide for å vedkjenne seg de følelsene man faktisk har, godta dem og lære seg å uttrykke dem (4).

TOLERANSE. I arbeidet med pasienter med aggresjonsproblemer er det viktig å tolerere avmakt, eller å tolerere følelser generelt. Å arbeide for økt toleranse handler i høy grad om å holde tilbake den første «impulsive» responsen (4).

Å føle seg krenket kan føre til at

man reagerer impulsivt, og dette kan oppfattes som faretruende for den som utsettes for verbal utagering (3). Ved affekter som frykt, sinne og angst vil de som vanligvis mentaliserer godt, få redusert evne til å forstå den andre (1). Mentaliseringsevnen

hemmes av sterke følelser. Om vi stresses nok kan vi oppleve å falle fra sindig refleksjon til utagering; med beskrivelser som at det «gikk i svart», «jeg klikka», «jeg ble blank»,

«mistet besinnelsen» og så videre (1). Målet er at vi skal øke evnen til å tåle uten umiddelbart å måtte handle (3).

Mentaliseringsbasert tilnærming fokuserer ofte på misforståelsen som kan oppstå i samhandling. Det innebærer at man stopper opp og ser seg tilbake og forsøker å lære av feil, samt at man ser verdien av å si unnskyld eller beklage misforståelser. Man engasjerer seg i misforståelsene, og ser betydningen av å rette opp misforståelser og elendighet (1). Informanten ga pasienten mulighet til å si fra om det var noe som var uklart, og tilbød seg å forklare på nytt.

I en god relasjon eller endringsfokusert samtale er informanten opptatt av ikke å være normativ. Han må lytte, gi adekvat feedback og være oppmerksom på hvor pasienten vil hen i dialogen, slik at de sammen kan finne løsning på det som er problemet.

AVMAKT. På spørsmål om hvordan informanten klarte å jobbe innenfor dette feltet i en årrekke, svarte han ydmykt at han lærte masse om seg selv. I tillegg hadde han troen på at han utgjorde en forskjell for pasientene når han virkelig ble kjent med dem og så dem.

Informanten fryktet kjente begreper som utbrenthet, compassion fatigue og sekundærtraumatisering (4). Han fortalte at noen ganger kunne humøret påvirke familielivet. Spesielt konfliktfylte pasientrelasjoner kunne være belastende, og han hadde opplevd at noen truet ham direkte, med blodige hender, og med sanksjoner mot hans

«Vi er følsomme og sårbare for hva andre mener om oss.»

REFERANSER:

1. Straand S. *Samhandling som omsorg*. Oslo: Kommuneforlaget, 2011.
2. «Den nasjonale retningslinjen for Legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet IS 1701.» <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-retningslinje-for-legemiddelassistert-rehabilitering-ved-opioidavhengighet/Sider/default.aspx> (Nedlastet: 20.03.2013).
3. Isdal P. *Meningen med volden*. Oslo: Kommuneforlaget, 2012.
4. Bang S. *Rørt, rammet og rystet*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2006.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

familie. Noen ganger når pasienter ruset seg ukritisk eller hadde dødd, naturlig eller ved selvmord, følte han seg mislykket som behandler, inkompetent og lite flink. Han hadde selv opplevd å få unngåelsesatferd og trekke seg tilbake fra sosiale sammenhenger. Han var klar over faren ved å selvmedisinere seg når han fikk fysiske reaksjoner som hjertebank og søvnproblemer. Det underlige var at han aldri vurderte sykemelding for å få en timeout selv. Han smilte da han sa at han ville veiledet andre til en timeout.

MESTRING. Mestring av avmakt er å identifisere kilden til avmakten og gjøre noe konstruktivt med det. Man må forsøke å forstå i detalj det som skaper avmakt og hva som gjør at man ikke blir forstått eller å få andre til å forstå hvordan man har det. Man må unngå å være forutinntatt

eller forutsette hva som kommer til å skje i negativ forstand (3).

Å arbeide med ny mestring for å få kontroll over følelsene som oppstår, er bevisstgjøring og trening. Man skal forsøke å unngå avmakten to «mestringsgrøfter»: tilbaketrekning eller angrep (3). Informanten pleide å si ifra om han syntes det som ble sagt var ubehagelig, eller om han ble sint, redd, irritert eller ble frustrert selv, eller hvis det ble vanskelig å føre en god og konstruktiv samtale. God mestring av avmakt vil nesten alltid være det å snakke, sette ord på det man mener og føler på en god og klar måte og være lydhør for andres meninger og følelser (3). Gamle reaksjonsmønstre som før har vært virksomme eller nødvendige for å holde ut en følelse, på tross av at den ikke lenger virker eller er konstruktiv, skal endres til å finne

nye måter å mestre og tåle følelser på (3). Mentalisering bidrar til å forstå våre følelser bedre og å se disse i sammenheng. Gode mentaliserende egenskaper gir oss hjelp til å regulere følelser. Når vi er preget av sterke følelser som redsel, frykt, opphisselse eller sinne, så synker vår evne til å mentalisere (1). Det er i tillegg en åpenbar sammenheng mellom å være ruset og ha svekket mentaliseringsevne.

KONSTRUKTIVT. Jeg har erfart at kjennskap til mentaliseringsbegrepet kan lære oss å bli mer konstruktive og bedre i samhandling med andre mennesker, da det kan bidra til å kontrollere egne følelser og forstå andres følelser og affekter. Ved hjelp av mentaliseringsbasert tilnærming kan vi møte andre med ytterligere innlevelse og forståelse. Vi lærer å forstå oss selv utenfra og den andre

innenfra. Ved kjennskap til begrepet mentalisering vil tjenesteyteren kunne være bedre forberedt på følelsene og emosjonene som kan oppstå i møtet. Ved å lytte ekstra godt, vise innlevelse og engasjement, ved å utforske følelsene og å forsøke å forstå avmakten i møtet, kan pasienten oppleve samhandlingen positivt og ny læring utvikles. Rusfeltet trenger terapeuter med tålmodighet, som gjennom økt personlig kompetanse og faglighet, kan tilby behandling av høy faglig standard til pasientene.

Jeg tror kunnskap om mentaliseringsbegrepet vil være nyttig for meg i møte med LAR-pasienter i fremtiden, for å forstå utfordringene og avmakten i samhandlingen. Ved hjelp av mentalisering, sunn fornuft og kunnskap om de uskrevene reglene kan jeg se, lytte og forstå pasientene bedre og bli en bedre, profesjonell behandler. ●

Få sår til å gro raskere med



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

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

Tilgjengelig her
biotec.no/wbg



BARMHJERTIGHET I SYKEPLEIEN

Etikk. Hva rommer begrepet barmhjertighet, og kan en utvidet forståelse inspirere til utøvelse av god sykepleie?

FAGARTIKKEL:

Artikkelen bygger på
50% praksis
50% teori



DOI-NUMMER:

10.4220/sykepleiens.2014.0147



Toril Beate Masvie, høyskolelektor, Institutt for sykepleie, Sandnessjøen Høgskolen i Nesna

Troskap mot enten systemet eller pasienten er en aktuell problemstilling. Gjennom en språklig forståelse av barmhjertighetsbegrepet, og gjennom praksiserfaringer ønsker jeg å vise at barmhjertighet som begrep kan være nyttig for å bevare lojalitet til pasienten.

EN HISTORIE. En kollega opplevde at svigermoren falt og brakk lårhalsen. I det øyriket vi bor i innebærer transport til sykehus også båttransport. Svigermoren ble fraktet til et sykehus der hun kunne få hjelp. Lårhalsen ble operert, men hun var noe forvirret etter operasjonen. Min kollega hadde lagt merke til at svigermoren den siste tiden hadde blitt så tunghørt og mistenkte at grunnen var ørevoks. Skulle hun kunne komme seg etter operasjonen, var det viktig at hun hørte godt. Kanskje dette var noe de kunne sjekke mens hun lå inne? Hun ringte sykehuset for å spørre om noen kunne undersøke svigermorens ører og eventuelt øreskylle henne. Det viste seg å være vanskelig. Etter flere telefoner ble det slått fast at verken sykepleiere eller leger kunne sjekke svigermorens ører. Ved utskriving var svigermor fremdeles litt forvirret. Hun kom hjem, og etter noen dager ble hun fraktet til en annen helseinstitusjon. Der fant de ørevoks, som de

fjernet ved en enkel øreskylning. Svigermors forvirring forsvant.

Sykepleiere og leger henviste til at det ikke var deres oppgave på en kirurgisk avdeling å se etter ørevoks. Svigermors behov for hjelp og forvirringen hennes etter operasjonen ble ikke tatt hensyn til. Det er legitimt å spørre seg om rutinene tjente pasienten eller de ansatte. Det er også legitimt å undre seg over hvorfor ingen trosset systemet for å hjelpe pasienten. Lot sykepleiere og leger seg berøre av pasientens behov og situasjon? Hva skjer når man som profesjonell hjelper blir mer lojal mot et system enn mot den enkelte pasients behov?

DEN BARMHJERTIGE SAMARITAN. Barmhjertighet har vært sentralt i vår norske sykepleierutdanning siden den første norske sykepleierskolen, Diakonissehuset, ble opprettet i 1868. Kallet til å tjene Gud og mennesker var tett sammenvevd. Sykepleierne skulle være barmhjertige fordi de hadde en barmhjertig Gud. Barmhjertighet innebar kjærlighet. Elisabeth Hagemann skrev i 1930: «Det er kjærligheten som må være den drivende og bærende kraft i sykepleien» (1). Denne kjærligheten var uløselig knyttet til den kristne barmhjertighetstanken. I dag er barmhjertighet som begrep nedfelt i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere:

«Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene og være kunnskapsbasert» (2, s. 5).

Barmhjertighet som begrep blir ansett som vesentlig i dagens sykepleierutdanning. Begrepet kommer fra den bibelske fortellingen om den barmhjertige samaritan. Sykepleier og filosof Kari Martinsen beskriver denne fortellingen som selve grunnfortellingen i sykepleien. Når jeg har undervist om barmhjertighet har jeg oppdaget at begrepet i mange miljøer ikke er en del av dagligtalet, og at mange mangler forståelse for hva barmhjertighet er. Liknelsen om den barmhjertige samaritan er for mange unge ikke en del av allmennkunnskapen.

BEGREPET. Barmhjertighet som begrep har jødiske og kristne røtter. Når jeg nå beskriver begrepet nærmere har jeg hatt hjelp av professor Torleif Elgvin med hebraisk og av førstelektor emeritus i gresk/NTB Bjørn Helge Sandvei.

I Det gamle testamentet finner vi på hebraisk ordet «rachamim» som tilsvarer vårt barmhjertighet. Rachamim er avledet av morsliv eller livmor. Morsliv forbindes med morskjærlighet. Her er det altså morskjærligheten som har vært forbildet til den språklige forståelsen av barmhjertighet. En mors ømhet for sitt barn er barmhjertighetens

Fakta ●●●

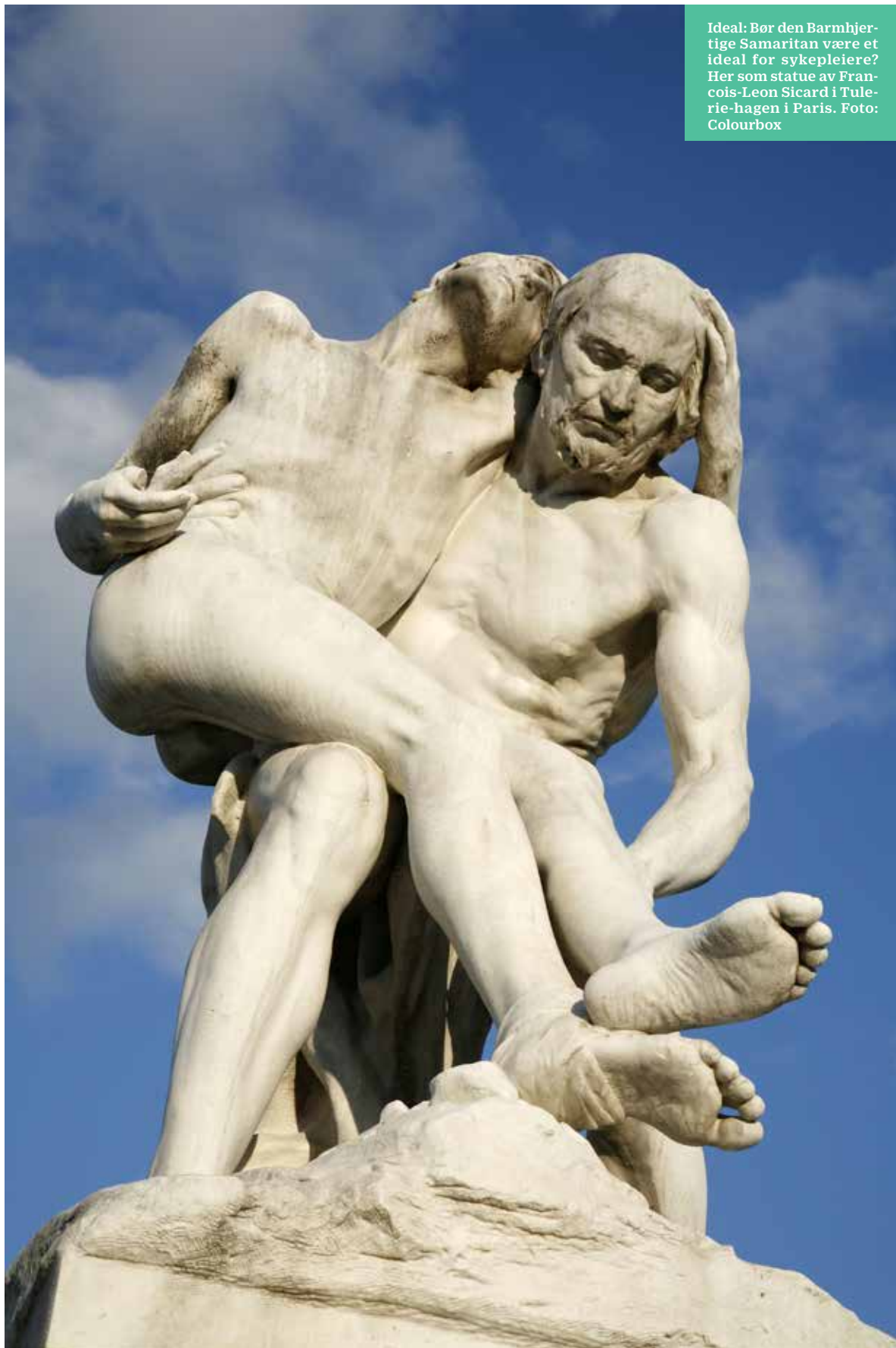
Hovedbudskap

Hensikten med denne artikkelen er å vise at en utvidet forståelse av begrepet barmhjertighet kan være med på å gi inspirasjon til å utøve god sykepleie. Målgruppen for artikkelen er sykepleiere og sykepleiestudenter.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- Empati
- Etikk
- Sykepleie



Ideal: Bør den Barmhjertige Samaritan være et ideal for sykepleiere? Her som statue av Francois-Leon Sicard i Tulerie-hagen i Paris. Foto: Colourbox

forbilde. En mors kjærlighet til sitt barn kan aldri være passiv. Morskjærlighet er en stadig aktivitet for å dekke barnets behov. Et nyfødt barn er hjelpeløst og trengende. Ofte treffer barnets totale avhengighet av andre mennesker den nybakte moren sterkt og dypt i hjertet. Flere beskriver møtet med den nyfødte som en uventet følelsesmessig opplevelse. Man visste ikke at man rommet så mye ømhet. Man visste ikke at det man før kunne oppleve som uvedkommende; andres barn, skulle føre til en helomvending når det gjaldt ens eget barn. Morsliv, mors beskyttelse og omsorg for sitt barn er feminine begreper. Det hebraiske språket sammenlikner barmhjertighet med de myke kvinnelige verdier som går på omsorg for det hjelpeløse og avhengige, en omsorg som leder til handling. Barmhjertighet i form av gode tanker og rette meninger blir meningsløst, barmhjertighet er ikke et passivt begrep, men et aktivt begrep.

DET NYE TESTAMENTET. Det er interessant å se at på hebraisk har barmhjertighet et kvinnelig opphav. Når barmhjertighet oversettes til gresk skifter perspektivet. Nå får begrepet et mannlig opphav. I det nye testamentet oversettes barmhjertighet på gresk til *splanchnizomai*. *Splanchnizomai* er avledet av *splanchna*, som betyr de verdifulle indre delene av mannen; mannens lunge, hjerte, lever og tarm. I disse indre delene mente grekerne at mannens dypeste følelser satt.

Splanchnizomai uttrykker den sterkeste opplevelse av kjærlighet eller medfølelse. *Splanchnizomai* i fortellingen om den barmhjertige samaritan uttrykker en holdning til og total vilje til å imøtekomme den andre ved å bruke hele sin overbevisning, tid, styrke og sitt liv for å hjelpe den andre i nødens stund (3).

FORNUFT OG FØLELSER. På den tiden da den kristne barmhjertighetstanken vant fram hadde den greske borger lite til overs for å bli grepet av følelser. Følelser var tegn på svakhet. Ideallet var å bevare fornuften





og handle rasjonelt etter grundig overveielse. Splanchnizomai ble en motsetning til dette følelsesløse idealet. De kristne tankene om barmhjertighet kom i sterk konflikt med grekernes tankegang. For det første innebar barmhjertighet en handling basert på en følelse. Følelser som årsak til handling ble løftet opp og verdsatt i kontrast til det følelsesløse greske idealet. For det andre skulle man utøve barmhjertighet til den fremmede, den som ikke kunne gjengjelde ens omsorg, uavhengig av hvor i den sosiale rangstigen den fremmede var. For det tredje lå ikke begrunnelsen i handlingen hos den som ga hjelpen. Det handlet ikke om å edle ens egen karakter, det handlet om den andres nød. Begrunnelsen for å utøve barmhjertighet lå hos den fremmede. Det handlet ikke om meg og mitt behov, men om den andres behov, den fremmedes behov. Oppsummert kan vi si at barmhjertigheten har tre grunnpillarer:

- Bygger på følelser
- Inkluderer også den fremmede
- Begrunnes i den andres behov

Disse tre grunnpillarene var helt sentrale ved starten av sykepleie som egen profesjon.

INNLEVELSE. Når jeg tenker tilbake på min første studentpraksis på sykehjem kjenner jeg på forlegenhet over egen manglende innlevelse i pasientenes behov. Dette var på midten av 80-tallet på et sykehjem i Oslo. To dager i uken var det klyxdag. Da fikk alle pasientene som ikke hadde hatt avføring de to siste dagene klyx. Stemningen på vaktrommet om morgenen var trykket. Klyxdager var ikke populære arbeidsdager. Man fokuserte på å få jobben gjort, og spurte ikke etter hva pasientene opplevde og følte. Jeg lot meg innlemme i systemet uten kritiske tanker. På en firesengstue fikk alle damene klyx, og når jeg gikk ut av stua lå alle damene og ventet på resultatet. Jeg hadde ingen alarmerende følelser. Jeg hadde ikke etablert kontakt med den gamles sårbarhet.

Begrepet barmhjertighet, både på hebraisk *rachmamim* og gresk *splanchniomai*, forutsetter at den

som utøver barmhjertighet har kontakt med egne følelser. En mors ømhet for sitt barn er ikke en ømhet uten følelser, og en mann som blir rystet i sine innvoller kan ikke erfare denne rystelsen uten følelser. Barmhjertighet forutsetter følelser. Det neste spørsmålet blir da; hva kan legge til rette for, og hva hindrer sykepleieren i å ha kontakt med egne følelser? Skal barmhjertigheten være en byggestein for oss sykepleiere, må følelser også være en del av det som opptar vår faglighet slik at vi kjenner igjen de følelsene som berører oss og som fører til handling.

AVVISNING. Som sykepleier i hjemmebasert omsorg på 90-tallet skulle jeg bade en eldre kvinne som bodde alene i sitt gamle hus på landet. Selve oppdraget med å hjelpe til med bading gikk greit, også det å rulle opp den gamle kvinnens hår. Men etterpå, når jeg skulle gå, ville ikke den lille gamle kvinnen slippe taket i hånden min. Blikket sa meg «ikke gå fra meg, ikke la meg være alene her i det store huset». Blikket traff meg i magen og jeg kjente meg som en mor som overløt et lite barn til seg selv og sin egen engstelse. Jeg tenkte «det skulle ikke vært lov å forlate et engstelig gammelt menneske alene i et stort hus på landet», men jeg hadde ikke noe valg, andre ventet på meg, jeg måtte gå. Å forlate noen som trenger mer enn du kan gi, er noe man kjenner i sin egen kropp. Det gjorde noe med deg. Gjentatte slike opplevelser kan tappe deg for krefter. Skal du orke å forlate noen gang på gang må du lære deg å tåle følelsene din avvisning medfører. I ettertid kan jeg undre meg over at vi ble overlatt til å mestre dette alene. Det var ingen som spurte hvordan det gikk, ingen veiledningsgruppe. Vi fokuserte på oppgavene vi skulle gjøre; medisinerne og rapporteringen. Det var ikke satt av tid til å snakke om hvordan vi som hjelpere opplevde å utføre disse oppgavene. Hva gjorde det med meg når barmhjertigheten jeg følte ikke fikk lede til handling?

HANDLING. En samtale jeg nylig hadde med en erfaren sykepleier

illustrerte konflikten mellom systemtroskap og pasientenes behov. Sykepleieren jobbet i hjemmebasert omsorg og der opplevde hun en forskyving fra selvstendig ansvar til oppdragstenkning basert på vedtak. For eksempel ved at fru Hansen får tildelt sju minutter til bleieskift tre ganger om dagen. Å arbeide etter et detaljert oppgaveskjema der tiden til pasientene var inndelt i minutter, ga henne en opplevelse av at det ikke lenger var bruk for hennes sykepleiefaglige selvstendighet og dømmekraft. Lederens lojalitet var forankret til toppledelsen og økonomi, i stedet for til ansatte og pasienter. Dette

gjorde at hun opplevde det som nytteløst å si ifra. Barmhjertighet innebærer handling, og når denne handlingen blir detaljstyrt hindres sykepleieren i å handle ut ifra egen kunnskap og dømmekraft. Skal barmhjertighet være et ideal må man

også gi rom for den barmhjertige handling.

«Barmhjertighet som begrep innebærer følelse og handling.»

AVSLUTNING. Barmhjertighet som begrep innebærer følelse og handling. Dette er viktig for sykepleierens identitet. Jeg tenker at vi trenger en større forståelse for at sykepleie bygger på barmhjertighet, i dagens helsevesen, der de ansatte presses til systemtroskap. Vi trenger også en større forståelse av hva barmhjertighet egentlig innebærer. Dette tror jeg kan være med på å gi sykepleiere mot til å la seg berøre og mot til å være lojale mot pasienten. ●

REFERANSER:

1. Martinsen K, Wyller T. Etikkk, disiplin og danning; Elisabeth Hagemans etikkbok – nye lesinger. Oslo: Gyldendal akademisk, 2003.
2. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo: Norsk Sykepleierforbund, 2001.
3. Brown C. Dictionary of New Testament Theology Vol. 2. UK: The Paternoster Press, 1976.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no



Magnus Berge

Hjelper syke i Oslo by

Fortalt til **Susanne Dietrichson** • Foto **Stig M. Weston**

Fakta

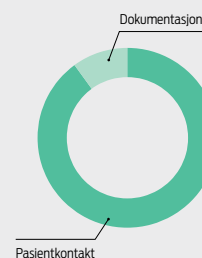
Magnus Berge

37 år

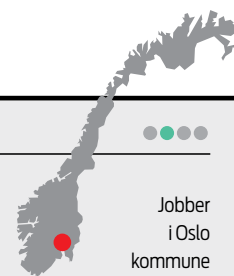
CV

2006: Utdannet sykepleier
2006–2008: Observasjonsposten, Oslo kommunale legevakt
2008–2012: Vår Frues Hospital
2012–: Oslo kommunale legevakt

Når jeg jobber driver jeg med ...



Jobber i Oslo kommune
60°N



Legevakten er delt inn i forskjellige områder, noe som gjør jobben variert og spennende. Jeg møter alt fra lille «Jens» på seks dager, til mann og kvinne på 90 år som trenger enkle råd eller aktiv hjerte- og lungeredning. Man kan egentlig ikke forberede seg 100 prosent, man må ta pasient for pasient og takle det som kommer.

Legevakten er delt inn i flere områder. «Grovsorteringen» er det området folk først møter når de kommer inn på legevakten. Her fordeler vi pasientene etter hva slags skader eller sykdommer de kommer inn med.

På Allmen, der jeg jobber, tar vi oss av sykdomsdelen. Etter dette triagerer vi pasientene etter hastegrad. Vi bruker fargekodene rød– for dem som trenger snarlig legetilsyn– oransje, gul, grønn og blå. Blå pasienter blir som oftest sendt hjem med et godt råd, for eksempel mot søvnløshet, eller med beskjed om å henvende seg til fastlegen dagen etter.

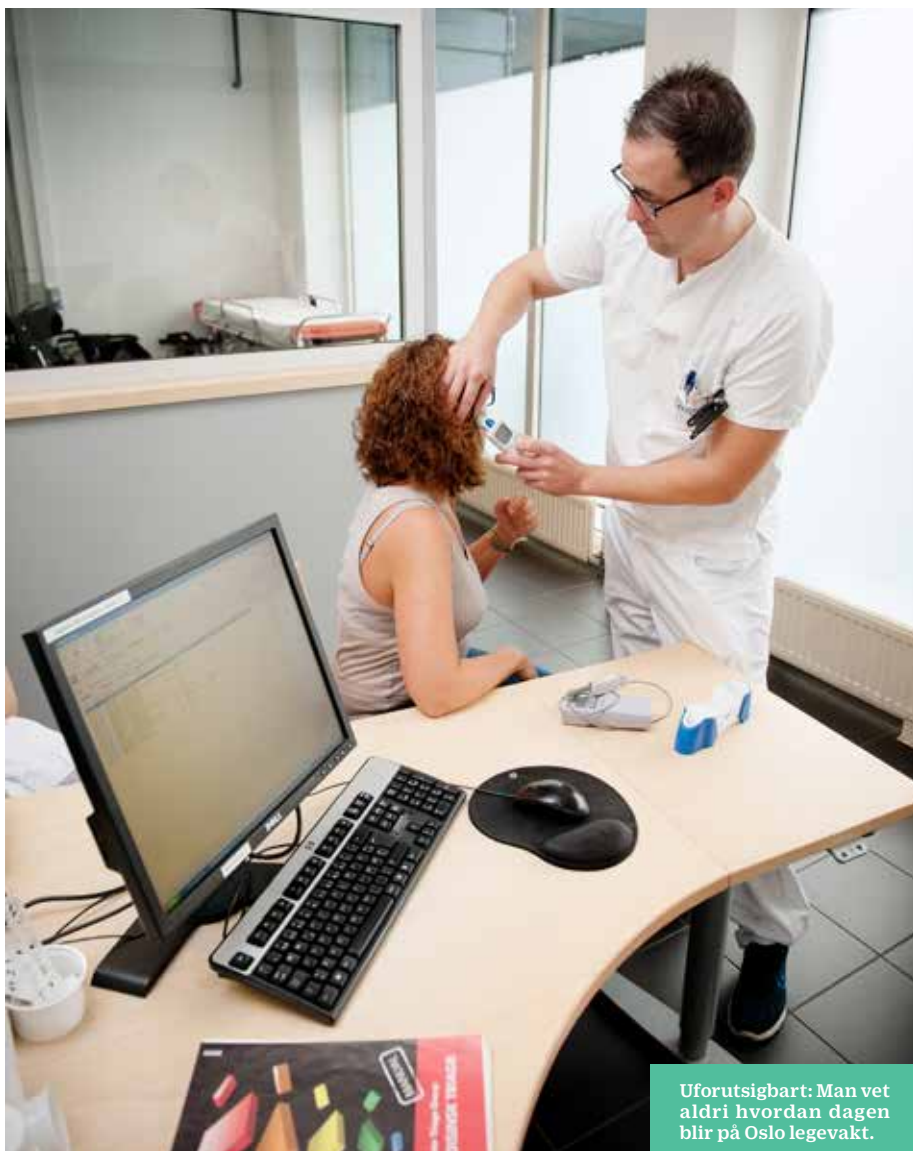
På Allmenn er det mange forskjellige arbeidsoppgaver. I begynnelsen av vakten blir vi plassert i forskjellige områder. Det kan være å ha logistikkfunksjon; som vil si at man skal ha oversikt over alle pasienter og leger på avdelingen. Vi må vite hvem som gjør hva til enhver tid.

Andre oppgaver er ansvar for rus- og intokspasienter, laboratorium, venterom og å ta imot ambulanser og barneavdelingen på dag og kveldstid. Å sitte på telefonsentralen og gi råd og veiledning til pasienter, samt ha kontakt med AMK og andre hjelpeinstanser, er også en del av jobben. På telefonsentralen er også en av oppgavene å koordinere sykebesøk i Oslo.

Det er mange solskinnshistorier. En mann kommer inn med brystsmarter, plutselig blir han borte for oss og vi må sette i gang med aktiv hjerte- og lungeredning. Vi jobber aktivt med å redde ham, ambulansen kommer og frakter ham til sykehus, og han overlever. Eller en liten gutt som kommer inn med feberkramper og blir sendt på sykehus for en liten sjekk. Han blir helt frisk.

Jeg er veldig glad i barn, så en ting jeg synes kan være vanskelig med jobben er å se barn som har det vondt. ●

susanne.dietrichson@sykepleien.no



Uforutsigbart: Man vet aldri hvordan dagen blir på Oslo legevakt.



Frøydis Kristine Bruvik

Løfter frem pasientens stemme

Tekst **Nina Hernæs** • Foto **Bjørn Erik Larsen**

Studie. Pårørende til de med demens vurderer deres livskvalitet som dårligere enn de selv gjør.

Demens påvirker evnen til innsikt, likevel må vi ikke glemme å spørre dem selv, sier Frøydis Kristine Bruvik.

Hun disputerte i vår med en avhandling om personer med demens og deres pårørende.

SVAR. En informant sa dette om sin hukommelse: «Den er ikke så dårlig som de andre vil ha det til. Men den er ikke så god som den var». En annen skulle svare på spørsmålet «har du problemer med hukommelsen». Han svarte «nei. «Du har jo Alzheimer», sa kona. «Ja, det vet jeg, men du hjelper meg med hukommelsen», svarte mannen.

– Kanskje har noen av personene med demens selv akseptert diagnosen og lært seg å leve med det, sier Bruvik.

DELTAR. I Storbritannia er det vanlig at de med demens er aktive i pasientorganisasjoner, i motsetning til i Norge, der det er flest pårørende. Bruvik forteller om en konferanse i London der personer med demens holdt innlegg. En dame gikk opp på podiet og sa: Jeg husker ikke hva jeg skal si, men jeg har skrevet det ned».

– Da hun hadde holdt innlegget, var hun så inne i det at hun kunne svare på spørsmål etterpå, forteller Bruvik.

Hun presiserer at alle deltakerne med demens hadde med seg en venn, de var avhengig av hjelp.

MÅLT. Hun har jobbet med demens i mange år.

– Kunnskapen pårørende og helsepersonell besitter er så avgjørende for hva man får til av samtale, kontakt og mulighet for å tilrettelegge, sier hun.

I doktorgradsarbeidet har hun studert mennesker med lettere til moderat grad av demens.

Deres livskvalitet ble målt ved hjelp av spørreskjema som er utviklet også til bruk for personer med alvorlig grad av demens. Spørsmålene er konkrete.

– For å kunne svare på spørsmål om livskvalitet, må man forstå spørsmålet, sier Bruvik.

– Da jeg intervjuet personer med demens på nytt etter 12 måneder, opplevde jeg at dette ikke var tilfellet for alle. Da satte jeg strek. Men min oppfatning er at det går helt fint å spørre mange som har demens om deres livskvalitet.

BELASTNING. Opplevelsen av livskvalitet er det funnet som har vakt størst interesse i Bruviks doktorgradsarbeid. Men det var ikke hovedpoenget med studien hun gjorde. Hypotesen var at støttetiltak for pårørende ville gjøre deres situasjon lettere.

At demens kan være en stor utfordring for de pårørende, er kjent. I Norge bor svært mange med denne diagnosen hjemme og blir tatt vare på av ektefeller, barn eller andre pårørende. De er blant annet utsatt for depresjon, sosial isolasjon og økonomiske problemer.

– Dette er familier som opplever stor

«Dette er familier som opplever stor belastning.»

Fakta

Avhandlingen

Frøydis Kristine Bruvik disputerte i mai med avhandlingen «Persons with dementia and their family carers – quality of life, burden of care, depression and the effect of psychosocial support».

Hun har gjennomført en kontrollert, randomisert studie med 230 par av personer med demens og deres pårørende for å undersøke om psykososial støtte forebygget depressive symptomer.

belastning, påpeker Bruvik.

Det bekrefter hennes funn.

KONTROLL. Hun fant også at kvinner opplever større belastning enn menn. Og at graden av belastning ikke alltid forklares med hvor mye man stiller opp. Det oppleves også mer belastende å være pårørende til en yngre enn til en eldre person med demens.

At atferdsendringer oppleves som belastende er kjent fra før, men Bruvik fant at egen opplevelse av kontroll var det som hadde mest innvirkning på graden av belastning.

– Dette er viktig, fordi det er ikke så mange som har sett på hva som påvirker de pårørendes mestringsevne, sier hun.

FORSKET. Men man vet for lite om hva som kan forebygge problemer hos de pårørende. Studier har vist at ulike tiltak, som rådgivning, kan ha effekt.

Bruvik gjorde derfor en kontrollert, randomisert undersøkelse. Hypotesen var at psykososial støtte ville forebygge depressive symptomer.

230 personer med demens og deres pårørende



Frustrert: Frødis Kristine Bruvik fant ikke det hun trodde hun ville finne.

ble delt i to grupper, en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe. Deltakerne kom fra 19 forskjellige kommuner.

Intervensjonsgruppen fikk undervisning, individuell rådgivning, opplæring i problemløsning og gruppesamtaler for henholdsvis pårørende og personer med demens. Kontrollgruppen fikk kommunens ordinære tilbud, men informasjon om mulige hjelpetiltak de selv måtte ta initiativ for å få.

SKUFFENDE. Etter 12 måneder var det ingen forskjeller i forekomsten av depressive symptomer mellom de to gruppene.

– Det var veldig overraskende og også skuffende, sier Bruvik.

– Jeg er helt sikker på at tiltakene hadde effekt for noen, men det var ikke nok til at vi påviste en statistisk signifikans.

I et delprosjekt intervjuet hun 20 pårørende som mottok intervensjonen, og de var tydelige på at tiltakene hadde effekt.

Hun sier det diskuteres hvor hensiktsmessig det er med en så streng design som kontrollerte, randomiserte studier krever. For eksempel at man ikke tar hensyn til om noen i kontrollgruppen har bedt om mer hjelp.

– Vi ser også at det er stor variasjon på gruppenivå, forteller Bruvik.

– Dette er data jeg ønsker å jobbe videre med.

«For å kunne svare på spørsmål om livskvalitet, må man forstå spørsmålet.»

I et delprosjekt intervjuet hun 20 pårørende som mottok intervensjonen, og de var tydelige på at tiltakene hadde effekt.

FRUSTRERENDE. Hun presiserer at forskningen ikke har vist at ulike psykososiale tiltak ikke virker. Men den har ikke klart å måle effekten.

– Vi vet at disse familiene trenger oppfølging, presiserer hun.

Som forsker er det en del av spillet at hypoteser blir forkastet.

– Som sykepleier er det frustrerende, sier hun.

– Motivasjonen for å forske er å gagne pasientgruppen. Jeg har vært bekymret for at manglende effekt i vår studie skulle brukes som argument for å la være å hjelpe denne gruppen. Det ville være helt forferdelig. ●

nina.hernes@sykepleien.no



ERFARINGER VED BRYST-REKONSTRUKSJON

Pasientopplevelser. Halvparten av kvinnene oppga lite smerter og kvalme etter operasjonen.

SPØRREUNDERSØKELSE:

Artikkelen bygger på
60% praksis
40% teori



DOI-NUMMER:

10.4220/sykepleiens.2014.0148



Linda Årnes Stoen, Sykepleier, master i Klinisk sykepleievitenskap, Plastikkirurgisk sengepost, Oslo universitetssykehus



Nina Lindberg, Fagutviklingssykepleier, master i ernærings, helse og miljøfag, Plastikkirurgisk sengepost, Oslo universitetssykehus



Marie Bergkåsa, Sykepleier, Plastikkirurgisk sengepost, Oslo universitetssykehus

I 2012 var det om lag 700 kvinner som ventet på brystrekonstruksjon etter brystkreft ved Oslo universitetssykehus (OUS). Den lengste ventetiden var for rekonstruksjon med DIEP (Deep Inferior Epigastric Perforator)-lapp. Helseforetakene fikk økte midler for å redusere ventetiden (1) og antall operasjoner ved Avdeling for plastikk- og rekonstruktiv kirurgi OUS ble økt fra en til fire operasjoner i uken. Vi har gjennomført en anonym spørreundersøkelse der hensikten var å få mer kunnskap om pasientgruppens erfaringer før og etter operasjon.

REDUSERT SELVBILDE. I 2011 fikk 3094 kvinner i Norge brystkreft (2). Mange opplever å måtte fjerne et eller begge bryst. Å fjerne bryst kan føre til redusert selvbilde, engstelse, depresjon og frykt. Brystrekonstruksjon er viktig for langtidshelse og velvære for mange kvinner (3). Det eksisterer ulike rekonstruksjonsmetoder: implantat, stilket lapp eller fri lapp. Den mest anvendte metoden på vår avdeling der vi benytter fri lapp, kalles DIEP. Her blir huden på magen brukt til å danne nytt bryst. Det er en tidkrevende operasjon der kirurgene benytter mikrokirurgisk teknikk (3,4).

PASIENTFORLØP. Pasientene får tilsendt informasjonsbrosjyre om

forløpet før innleggelsen. På innleggesdagen får de samtale med sykepleier, mottakslege, fysioterapeut, anestesilege og kirurg. Det blir tatt blodprøver, CT angio av magen og foto. Tømmeregime består av preoperativ lett kost og klyx kvelden før operasjon. Pasientene skal dusje og faste fra midnatt. Under operasjonen blir det lagt inn dren i mage og bryst. Pasientene får urinkateter og arteriekran. Første natten er pasientene på postoperativ avdeling. Det nye brystet blir overvåket hyppig de første dagene for å kontrollere sirkulasjonen. Vi tilstreber mobilisering så raskt som mulig, og pasientene skal helst stå ved sengen første postoperative dag. Smertebehandlingen er standardisert og består av Paracet og Oxynorm. Ved kvalme erstattes Oxycotin med Tramadol. Før hjemreise får pasientene på seg en støttende BH og kompresjonspanty (4).

SPØRREUNDERSØKELSE. Et spørreskjema med 16 spørsmål om informasjon, smerter, mobilisering, for-døylelse, kvalme, innleggelseslengde og opplevelse av å være ivaretatt ble utarbeidet. Svaralternativene var organisert på en Likert-skala fra 1 til 6, der 1=liten grad og 6=stor grad. I tillegg var det åpne kommentarfelter til hvert tema. Spørreundersøkelsen var anonym og frivillig. Pasientene fikk skriftlig informasjon om

spørreundersøkelsen. Personvernombudet på OUS ble konferert angående hensynet til personvern, og undersøkelsen ble godkjent av avdelingsleder.

Pasientene leverte utfylte skjemaer i en låsbar postkasse i avdelingen før hjemreise. Utvalget besto av norskspråklige pasienter som ble operert med DIEP-lapp ved Avdeling for plastikk- og rekonstruktiv kirurgi, i perioden oktober 2012 til november 2013. Alle pasienter som ble operert med bilateral eller kontralateral DIEP-lapp ble fortløpende inkludert i undersøkelsen. Tre pasienter ønsket ikke å delta. 85 spørreskjema ble utdelt og 75 ble besvart. Resultatene ble lagt inn i Excel. Svarskalaen ble slått sammen der 1 og 2 ble organisert som «liten grad», 3 og 4 som «moderat grad» og 5 og 6 som «stor grad».

INFORMASJON. Ifølge Pasientrettighetsloven har pasienter rett til medvirkning og informasjon om innhold i helsehjelpen (5). Videre har sykepleiere ansvar for å gi tilstrekkelig tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (6). Resultatene i denne undersøkelsen viste at 93 prosent (n=69) av pasientene opplevde høy grad av tilfredshet når det gjaldt informasjonen de fikk av sykepleierne under sykehusoppholdet, mens 7 prosent (n=5) var moderat tilfredse. På spørsmål om informasjonen de mottok før

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Brystrekonstruksjon etter brystkreft er viktig for langtidshelse og velvære for mange kvinner. En anonym spørreundersøkelse har gitt økt innsikt i hvordan pasienter som gjennomgår brystrekonstruksjon med DIEP-lapp erfarer sykehusoppholdet. Resultatene skal brukes til å videreutvikle praksis slik at pasientene får den beste behandlingen.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisning på våre nettsider.

- Kreft
- Kvinne
- Operasjon



Informasjon: De fleste pasientene syntes de fikk god informasjon under innleggelsen. Arkivfoto: Marit Fonn

operasjonen samsvarte med erfaringene de hadde postoperativt, svarte 81 prosent (n=59) i stor grad og 16 prosent (n=12) moderat grad. 3 prosent (n=2) syntes informasjonen samsvarte i liten grad.

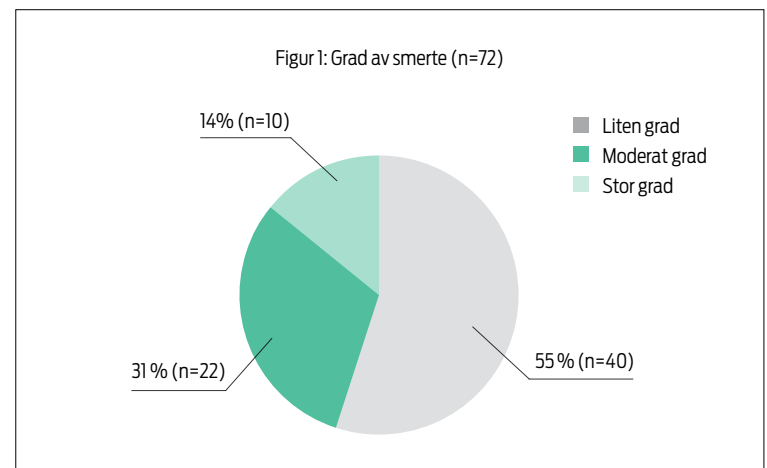
SKRIFTELIG OG MUNTLLIG. For å bedre pasienters oppfatning av informasjon i forbindelse med kirurgiske inngrep, blir det anbefalt å benytte både skriftlig og muntlig informasjon (7,8). En svensk studie om kvinners erfaringer etter brystrekonstruksjon, viser at kvinnene erfarte at informasjonen var mangelfull i hele prosessen (9). Videre viser en norsk studie at brystkreftpasienter kan bli overveldet av for mye informasjon (10). Tilbakemeldingene fra pasientene i vår undersøkelse kan tyde på at den skriftlige informasjonen de mottok var hensiktsmessig: «Flott informasjonsbrosjyre som kom på forhånd, veldig bra brosjyre. Fikk svar der».

FORBEREDT. En årsak til at pasientene rapporterte om høy grad av

tilfredshet med informasjonen kan være at de har ventet lenge på operasjon og hatt tid til å forberede seg. Det er i tråd med Tørstad og Iversen (2004) som viser at elektive pasienter, som var forberedt på operasjon både mentalt og praktisk, var mer fornøyd med informasjonen enn øyeblikkelig-hjelp-pasienter (8). Selv om pasientenes tilbakemeldinger er positive, viser kommentarene at det også kan være vanskelig å forberede seg: «Ingen kan helt forestille seg hvordan det vil bli før en har vært opptatt selv».

Kommentarene viser også at pasientene selv er aktive med å etterspørre informasjon: «Det er viktig å spørre mye selv for å få svar». Det er i tråd med det Grønnestad og Blystad har funnet; at pasientenes egne ressurser og initiativ er avgjørende for å få dekket informasjonsbehovet (11).

FORMÅL. Behandling av postoperativ smerte har flere formål. Det skal fremme pasientens velvære, legge til rette for mobilisering og forebygge



postoperative komplikasjoner knyttet til lunge og hjerte (12). God postoperativ smertebehandling ser også ut til å senke risikoen for å utvikle kroniske postoperative smerter (13). I vår undersøkelse opplevde litt over halvparten av pasientene liten grad av smerte, mens resten av pasientene opplevde smerte i moderat eller stor grad (figur 1): «Har nesten ikke

hatt smerter, så veldig bra medisinert.» Og: «Bedre etter hvert. Fremdeles meget vondt ved hoste spesielt».

De fleste pasientene i undersøkelsen mente at smertelindrende behandling hadde effekt i stor grad (figur 2, se neste side): «Sykepleiere var tydelig på at smertestillende må





tas før toppene nås. Veldig bra! Det trengte jeg».

SMERTER. Man kan se resultatet i relasjon til en norsk tverrsnittsstudie, der 215 inneliggende pasienter fordelt på 14 sykehus ble undersøkt for smerte det første postoperative døgnet (14). Til tross for at mange opplevde høy grad av smerte, viste resultatene at mer enn 90 prosent av pasientene var fornøyd med den postoperative smertebehandlingen. Forfatterne av studien mener at fornøyd pasienter ikke må brukes som et argument for at behandlingen er god nok og at ulike forhold kan ha betydning for pasientenes tilfredshet (14). I vår undersøkelse fylte pasientene ut skjemaet rett før hjemreise, noe som kan bety at de på det tidspunktet hadde fått avstand til de sterkeste smertene.

Figur 3 viser hvor på kroppen pasientene hadde smerter. De fleste hadde vondt i operasjonssåret på magen mens operasjonssåret på brystet var mindre vondt. En stor andel av pasientene hadde vondt i ryggen, noe som kan ha sammenheng med leiring under operasjonen, lang tid på operasjonsbordet og mange timer uten mobilisering. Eventuelle ryggplager før operasjonen ble ikke registrert.

MOBILISERING. Undersøkelsen viste at 83 prosent (n=61) av pasientene var oppe og sto ved sengen første postoperative dag. De aller fleste var oppe 20 minutter til sammen på andre eller tredje dag. Tidlig mobilisering etter operasjon er viktig for forebygging av postoperative komplikasjoner og for en hurtigere rehabilitering, eller rekonvalesens (15). De fleste pasientene i denne undersøkelsen ble mobilisert første postoperative dag, noe som er i tråd med vår prosedyre. Likevel er det 16 prosent som ikke var oppe dagen etter operasjon. Vår erfaring er at det kan være komplikasjoner eller plager som smerte, kvalme og svimmelhet som gjør at pasientene ikke mobiliseres første postoperative dag.

FORDØYELSE. Tabell 1 viser at de fleste av pasientene hadde lite plager

med fordøyelsen før innleggelse og operasjon, men at plagene økte etter operasjonen. Det kan tyde på at faktorer knyttet til innleggelse og operasjon påvirket pasientenes fordøyelse. Fordøyelsesbesvær kan tolkes ulikt. Det er imidlertid kjent at luftsmerter og obstipasjon forekommer relativt ofte etter kirurgiske inngrep (16). Flere av pasientene kommenterte at de måtte få ulike typer avføringsmidler postoperativt: «Fikk miniklyx 1 uke etter operasjonen».

For å forebygge fordøyelsesbesvær skal pasientene ifølge prosedyren ta klyx kvelden før operasjon. I undersøkelsen svarte 74 (n=74) pasienter at de hadde tatt klyx preoperativt. Seks pasienter rapporterte at klyx ikke hadde effekt. Flere kommenterte at de ønsket hjelp til å administrere klyx: «Men tror ikke jeg fikk full effekt, fordi jeg satt det selv»: Og: «Kunne tenke meg å få hjelp til dette».

Berntzen (16) mener at tarmtømming før tarmoperasjoner og andre inngrep gjøres sjeldnere nå enn tidligere, og at det ikke er holdpunkter for at tømming av tarmen reduserer omfanget av postoperative komplikasjoner. På bakgrunn av dette og funn i undersøkelsen, må vi vurdere om klyx preoperativt er et hensiktsmessig tiltak.

POSTOPERATIV KVALME. Postoperativ kvalme og oppkast (POKO) er et av de hyppigste og mest plagsomme problemene hos pasienter etter kirurgi. Forekomsten av POKO varierer fra 20 prosent til 80 prosent i løpet av første postoperative døgn. Årsakene kan relateres til pasienten selv, til inngrepet og til behandlingen (17). I vår undersøkelse rapporterte 25 prosent (n=18) av pasientene om stor grad av kvalme, 18 prosent (n=13) om moderat grad av kvalme, mens 57 prosent (n=40) i liten grad var plaget av kvalme. Det viste at forekomsten av postoperativ kvalme og oppkast var i tråd med ovennevnte studie og at pasientene erfarte plagene i ulik grad: «Kvalmen var det verste. Smertene var marginale sammenliknet med ubehaget ved å kaste opp på operert mage». Og: «Har vært så heldig å unngå

kvalme, etter operasjonen. Har vanligvis ikke lett for å bli kvalm».

Langvarige inngrep og bruk av opioider som smertelindrende medikamenter disponerer også for POKO (18). Kommentarer i undersøkelsen tyder på slike erfaringer: «Men fant ut at jeg ble kvalm av opiat, helt fin når jeg sluttet».

På spørsmål om kvalmestillende medikamenter hadde effekt, svarte 59 prosent (n=31) at medisinene de fikk mot kvalme i stor grad

hadde effekt, 15 prosent (n=8) oppnådde moderat effekt og 26 prosent (n=14) hadde effekt i liten grad: «Fikk lindring med en gang jeg sa jeg var kvalm, og ble aldri liggende kvalm lenge.»

Ræder (2005) gir uttrykk for at ingen medikamenter alene har fullgod effekt på postoperativ kvalme. Det beste man kan oppnå er effekt hos 20–50 prosent fra ett medikament. Effekten kan imidlertid økes ved å kombinere flere forskjellige medikamentelle prinsipper (17). I tillegg til ubehaget postoperativ kvalme medfører, kan brekninger også gi økt belastning på sårflater med risiko for smerter og blødning (18).

IVARETATT. Funnene i undersøkelsen viste at pasientene opplevde å bli godt ivaretatt av sykepleierne under oppholdet (96 prosent, n=69). Kommentarene ga utfyllende informasjon om hva pasientene la vekt på. Trygghet var et begrep som ble gjentatt: «De tar seg tid, svarer utfyllende på spørsmål, var faglige trygge og viser omsorg». Og: «Fantastisk ivaretatt av engler i hvitt. Trygghet fra første dag, noe som for meg er viktig i en slik situasjon. Ingen ting å klage på».

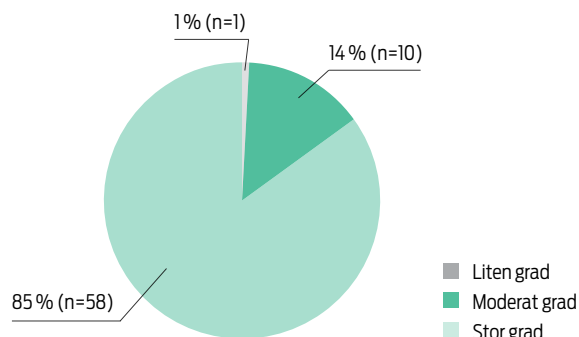
Kommentarene viser igjen betydningen av god informasjon, og at det er knyttet til trygghet. Det blir bekreftet i tidligere studier som viser at det viktigste med god informasjon er at det gir trygghet og håp (8,10). Profesjonalitet og positivitet blir også trukket frem i kommentarene: «Jeg har sjelden møtt en så positiv og profesjonell stab som her: de

«Det er viktig å spørre mye selv for å få svar.»

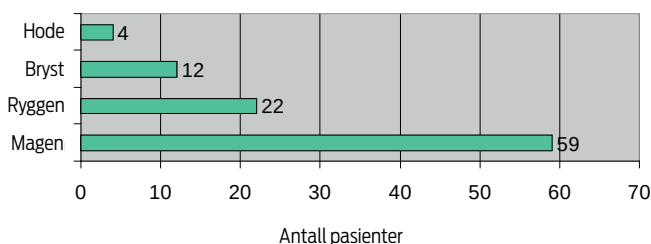
FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til
torhild.apall@sykepleien.no

Figur 2: Effekt av smertestillende (n=69)



Figur 3: Lokalisasjon av smerteområde



Tabell 1: Rapportert fordøyelsesbesvær pre- og postoperativt.

	Før operasjon (n = 73)	Etter operasjon (n = 72)
Lite plager	78 % (n = 57)	37 % (n = 27)
Moderate plager	10 % (n = 7)	32 % (n = 23)
Store plager	12 % (n = 9)	31 % (n = 22)

har tid til den enkelte, alt blir fulgt opp umiddelbart, alle er positive, hyggelige og medmennesker og veldig trygge og profesjonelle i jobben».

OMSORG. En norsk spørreskjemaundersøkelse med 528 pasienter fra medisinske og kirurgiske avdelinger viser at det er personrelaterede forhold som er de sterkeste prediktorer for pasienters erfaringer med helsetjenestekvalitet og pasienttilfredshet (19). Vår undersøkelse viser at det er noen spesielle mellommenneskelige kvaliteter som betyr mye. At sykepleierne viste omsorg, var hyggelige og serviceminded ble framhevet. Latter og glede ved sykesengen ble også kommentert: «Jeg

følte meg godt ivaretatt under hele innleggelsen. Takk for at dere fins. Mye latter og glede i all smerten underveis. Serviceminded og mye omsorg hos dere til kravstore pasienter. Tusen takk, vil aldri glemme dette».

Studier som fokuserer på brystrekonstruksjon, har vist at sykepleiere har en viktig rolle i å ivareta fysiske og psykososiale behov, samt være støttespillere (20, 21). Sykepleiere har et ansvar i å utøve helhetlig omsorg for den enkelte pasient (6). Tilbakemeldingen fra pasientene kan tyde på pasientene fikk denne erfaringen.

Å føle seg godt ivaretatt kan være et uttrykk for lettelse over at

operasjonen er over, og at det nye brystet oppleves som en avslutning på kreftsykdommen. De positive kommentarene kan også tyde på at pasientene ønsket å takke, noe som de da fikk anledning til: «Stor takk til alle på denne posten – jeg vil huske oppholdet som bare positivt når glemselens velsignelse har visket ut alt som var vondt».

LIGGEDØGN. Antall liggedøgn varierte fra fire til elleve, mens gjennomsnittet var sju dager. De fleste var innlagt i seks og sju dager (n=42), mens 19 pasienter var innlagt i ti dager. Det kan tyde på at pasienter som var inneliggende i ti dager, eller mer, hadde inkludert dagen før operasjon og eventuell permisjon i helg. Alder, tilleggssdiagnoser og komplikasjoner kan erfaringsmessig påvirke antall liggedøgn.

BEGRENSNINGER. Vi har ikke registrert pasientenes alder, eventuelle tilleggssdiagnoser, legemidler eller om det har oppstått komplikasjoner underveis. Videre har spørsmål og svarskala gitt premisser for pasientenes svar og kommentarer. Spørreskjemaet ble besvart under innleggelse og rett før hjemreise. Svarene og kommentarene kan derfor være farget av den følelsesmessige tilstanden pasientene var i på det tidspunktet. Disse faktorene begrenser undersøkelsens gyldighet. Undersøkelsen har allikevel hatt betydning for avdelingen og har gitt oss verdifulle tilbakemeldinger.

OPPSUMMERING. Undersøkelsen har gitt oss innsikt i noen av pasientenes pre- og postoperative erfaringer i forbindelse med sykehusoppholdet etter en DIEP-operasjon. Pasientene var fornøyd med skriftlig informasjon preoperativt, og informasjonen de fikk av sykepleierne under sykehusoppholdet. Informasjonen de fikk før operasjonen, samsvarte i stor grad med deres egne erfaringer. Litt over halvparten av pasientene hadde lite smerter og lite kvalme postoperativt. Mobilisering foregikk i tråd med prosedyren. Pasientene hadde mer fordøyelsesbesvær etter operasjonen enn før. Å

få hjelp til å administrere klyx var etterspurt. De følte seg godt ivaretatt av postens sykepleiere. Pasientenes skriftlige kommentarer bidro i stor grad til å nyansere svarene.

Vi ser behov for at vi i større grad baserer vår praksis på kunnskap, slik at vi tilbyr pasientene den beste behandlingen. Resultatene fra undersøkelsen skal benyttes til å revidere tverrfaglige rutiner, prosedyrer og informasjonsmateriell. Videre vil vi arbeide for en systematisk registrering og dokumentasjon av postoperativ smerte, samt å få økt fokus på håndtering av kvalme og fordøyelsesbesvær. ●

REFERANSER:

1. Nye tiltak for brystrekonstruksjon. Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo: Pressemelding, 22. (23.03.2013).
2. Cancer Registry of Norway. Cancer in Norway 2011 – Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway. Oslo: Cancer Registry of Norway, 2013.
3. Tindholdt TT, Tønseth KA, Solberg US, Mesic H, Busic V, Begic A. Brystrekonstruksjon etter mastektomi. Tidsskrift for Den norske legeforening 2004;12:1629–32.
4. E-håndbok / Prosedyre. Kirurgi og nevrofag / Avd plastikk og rekonstruktiv kirurgi. Brystrekonstruksjon med fri lapp av eget vev 2012.
5. LOV 1999-02-07-63 Lov om pasient- og brukerrettigheter
6. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICN's etiske regler. 2011. Norsk Sykepleierforbund, Oslo.
7. Gabrielsen AK, Nord R. Kreftpasienters erfaringer med preoperativ informasjon. Nordisk sykepleieforskning 2012;01.
8. Tørstad S, Iversen ES. Informasjonsbehov ved utskrivning fra kirurgisk avdeling. Sykepleien 2004; 92:44–8.
9. Fallbjørk U, Frejeus E, Rasmussen B H. A preliminary study into women's experiences of undergoing reconstructive surgery after breast cancer. European Journal of Oncology Nursing 2012; 16:220–226.
10. Dragset S. Mestring før kreftoperasjon. Sykepleien 2013;14:60–2.
11. Grønnestad B K, Blystad A. Pasienters opplevelse av informasjon i forbindelse med en operasjon – En kvalitativ studie. Vård i Norden 4/2004;74:244–8.
12. Jensen TS, Dahl JB, Arent-Nielsen L. Smerter – baggrund, evidens og behandling. København: FADL's Forlag; 2013.
13. Kehlet H, Jensen TS, Woolf C. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. Lancet 2006;367:1618–25.
14. Fredheim OMS, Kvarstein G, Undall E, Stubhaug A, Rustøen T, Borchgrevink PC. Postoperativ smerte hos pasienter innlagt i norske sykehus. Tidsskr Nor Legeforen 2011;131:763–7.
15. Fearon KCH, Ljungqvist O, Von Meyenfeldt M, Revhaug A, Dejong CHC, Lassen K, Nygren J, Hausel J, Soop M, Andersen J, Kehlet H. Enhanced recovery after surgery: A consensus review of clinical care for patients undergoing colorectal resection. Clinical Nutrition 2005;24:466–77.
16. Berntzen H, Almås H, Bruun AMG, Dørve S, Giskemo A, Dávøy G, Grønseth R. Perioperativ og postoperativ sykepleie i Almås H, red. Stubberud DG, Grønseth R. Klinisk sykepleie 1. 4. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2010.
17. Ræder J. Postoperativ kvalme og oppkast. Tidsskr Nor Legeforen 2005;125:1831–2.
18. Valeberg B.T. Postoperativ kvalme og oppkast i Anestesi-sykepleie. 2. opplag. Hovind IL, red. Oslo: Akribe forlag; 2004. s. 278–84.
19. Grøndahl VA. Pasientens oppfatning av pleieforhold og tilfredshet med pleiens kvalitet i sykehus. Sykepleien Forskning 2012; 7:96.
20. Hill O, White K. Exploring women's experiences of TRAM flap breast reconstruction after mastectomy for breast cancer. Oncology nursing forum 2008;25:81–8.
21. Hughes S, Edward K-L, Hyett B. Enhancing nursing practice potential: breast free flap reconstruction following mastectomy. Australian Nursing Journal 2011;19:30–3.



Empati forsvinner. Det er viktig å se farene i makten man har i sykepleiepraksis.

Makt kan føre til ondskap



Fakta

Per Nortvedt

Professor ved seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo

For en tid tilbake ble temaet ondskap i sykepleien og i profesjonell pleie mer generelt, satt på dagsorden i en bok av Kristin Heggen og Barbro Sætersdal. Ondskap ble i boken i hovedsak definert som ulike former for maktovergrep og krenkelser som enten med vitende og vilje ble utført av pleiere for å skade pasienten, eller som ofte er mer vanlig, krenkelser som følge av uvitenhet, slitasje på personalet, ressursmangel osv. Heggen reiste også senere kritikk mot et for stort fokus på «den gode sykepleier», på læring av omsorgsidealer og altruisme i sykepleien. Hun hevdet det unødig kunne bidra til å idyllisere sykepleiefaget, til ikke se realiteten og farene i den makt man besitter i utøvelse av den kliniske praksis. Filosof Tove Pettersen og forsker Marit Helene Hem ved Universitetet i Oslo, og også omsorgsteoretiker Kari Martinsen, har fremmet denne kritikken. Martinsen mener at for mye fokus på empati og egenskaper i den enkelte sykepleier kan lede til forglemmelse av den makt som ligger i utøvelse av faglært sykepleie.

VILLET KRENKELSE. Men virkelig ondskap i sykepleien er ikke forglemmelser eller krenkelser i den daglige pleien. Ondskap er som Arne Johan Vetlesen sier: «Med hensikt å påføre et annet menneske smerte og lidelse, mot dets vilje og med den hensikt å påføre han eller henne ubotelig skade». Slik ondskap utøves av sykepleiere også i dag, når sykepleiere deltar i tortur

offisielt stoppet av Hitler på grunn av motstand fra den katolske kirken og i befolkningen, men fortsatte likevel i det skjulte. Og sykepleiere deltok på alle områder av nazistenes utryddelsesprogram og i en rekke ulike funksjoner.

Det var sykepleiere som brakte flest kvinner i direkte kontakt med holocaust. De var veiledere i rasehygiene. Sykepleiere var med å selekttere mentalt og psykisk handikappete til asylene, eskorterte dem til gasskamrene og ga de dødelige injeksjonene. Sykepleiere deltok gjennom det tyske Røde Kors i felttoget på Østfronten og bistod ved å holde kampmoral oppe og gi psykisk støtte til soldater og politifolk som deltok i massemyrderier med opp til 30000 drepte sivile hver dag. De deltok i seleksjonene av jøder til leirene, inpsiserte helsetilstanden i ghettoene og besøkte ghettoer av ren nysgjerrighet. De stod på perrongen og bevitnet fortvilte innesperrete voksne og barn i togvognen på vei til henrettelser. Sykepleiere var kort og godt primære vitner, tilskuere og deltakere i holocaust i Europa. Heinrich Himmlers kone var selv en stolt sykepleier.

Nesten ingen sykepleiere ble dømt i rettssakene etter krigen. Også svært få av dem som direkte deltok i drap under eutanasi-programmet ble dømt. De som ble dømt ble sluppet ut av fengslene etter noen få år og fortsatte sin virksomhet. Det tok mange år før den tyske legestand og legeforening tok et offisielt oppgjør med legenes deltakelse i holocaust. Et offisielt oppgjør fra den tyske sykepleierstands representanter har jeg i skrivende stund ikke kunnskap om, men det skal herved undersøkes.

INGEN BLE TVUNGET. Akkurat som med medisinen, så perverterte naziregimet sykepleiens opprinnelige idealer om respekt for liv og medfølelse med den syke. Tradisjonelle dyder som oppofrelse, disiplin og lojalitet skulle tjene Tysklands totale krig, og styrke kampånden blant soldater og i befolkningen generelt. Empati og medfølelse ble sett på som noe mindreverdige og ødeleggende for rasen og det tyske folks utvikling. Det er mange forklaringer på hvordan et slikt moralsk sammenbrudd kunne skje, og dette er forklaringer som vi kan lære av i dag. Blind lydighet mot autoriteter, makthierarkier og mangel på kritisk bevissthet bidro til sykepleiens deltakelse i

«Læring av omsorgsidealer og altruisme i sykepleien kan bidra til å idyllisere faget.»

og i henrettelser på fanger i fredstid og i krig. Og virkelig ondskap i stor skala så vi utført av sykepleiere som deltok i naziregimets ulike aktiviteter.

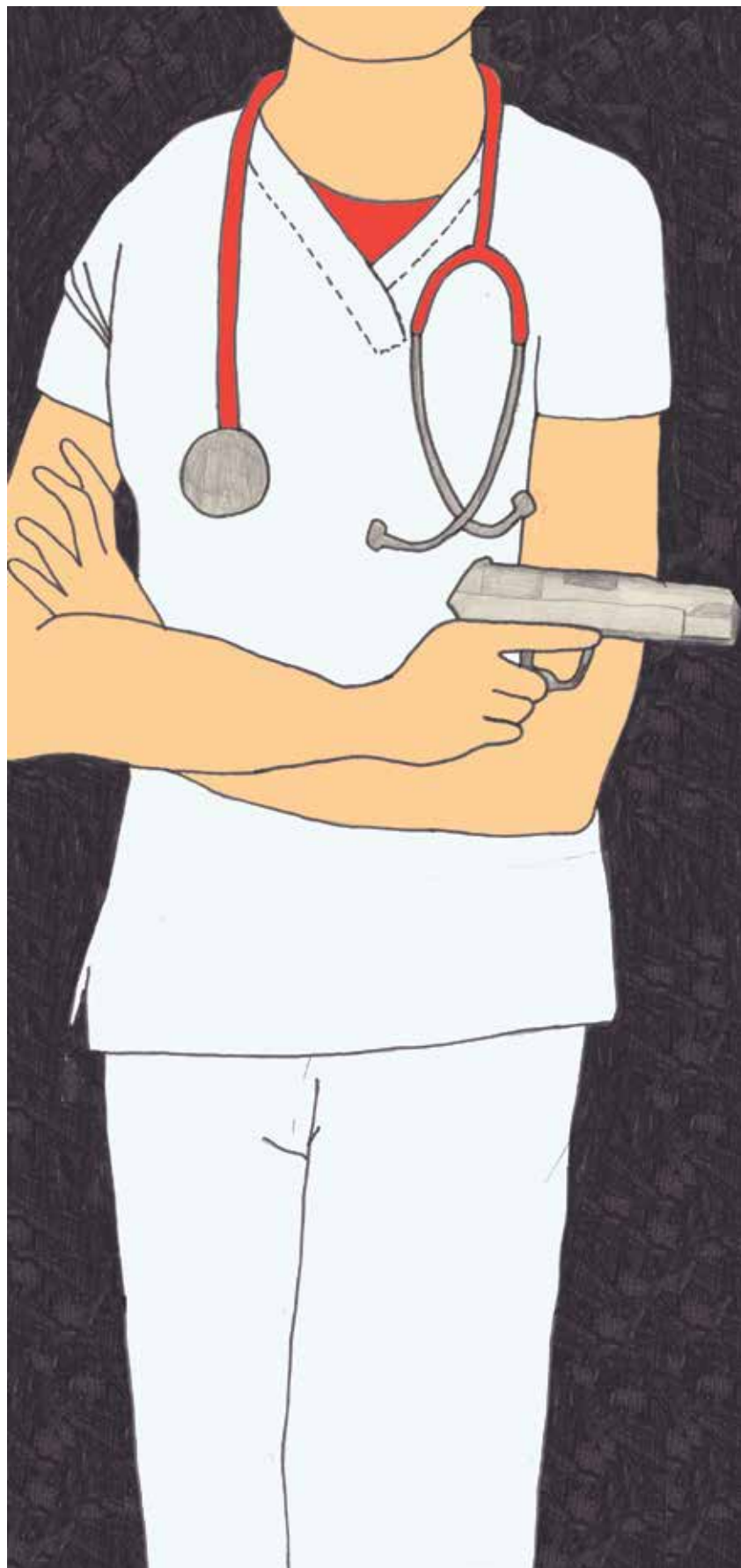
HOLOCAUST I EUROPA. Sykepleieren i førkrigstidens Tyskland og under den annen verdenskrig deltok ikke bare i utryddelsen av handikappete, barn og eldre i eutanasi-programmet fra 1941–1943. De deltok også videre i perioden som kalles «Wild Eutanaisa», som varte fra 1943 til krigens slutt. Programmet ble

myrderiene. Andre forklaringer er ideologi, sadisme og empativikt. Lydighet mot legens var kanskje den viktigste grunnen sykepleierne oppga som forklaring på sin deltakelse i eutanasiprogrammet. Likevel var all deltakelse frivillig. De få som nektet ble ikke møtt med noen represalier, de fikk bare en annen jobb.

Særlig bør sykepleieetikken diskutere hvordan empativikt og følelsesmessig avstumping kan forhindres. Det er også bekymringsfullt at etiske prinsipper så lett omtolkes og bidrar til å tjene illegitime og umoralske hensikter. Ikke minst viser mye sosialpsykologisk forskning og empiri fra holocaust og folke-mord at følelsesmessig avstumping inntreffer forholdsvis raskt ved gjentatte handlingsmønstre, og at menneskets tilpassingssevne til å begå handlinger de ellers «normale» omstendigheter ikke ville ha gjort, er betydelig. Det tok en SS-lege i Auschwitz normalt to uker til han kunne delta i seleksjonene av jøder, kvinner og barn til gasskamrene uten nevneverdige problemer. Sykepleiere kunne etter hvert bidra til å ta livet av pasienter gjennom utsulting, injeksjoner og gassing relativt friksjonsløst. Vanens makt synes også stor når det gjelder å avlære empatievne og menneskelige hemninger mot å utøve drap. Det er kanskje enda mer urovekkende at omtrent ingen, verken leger eller sykepleiere, innrømmer noe ansvar eller ga uttrykk for anger eller skyld i ettertid.

ETIKKEN ER SKJØR. Nærhetsetikk sier at møtet med ansiktet forbyr en å drepe. Sykepleiens omsorgsetikk sier at i relasjonen til et annet menneske forpliktes man moralsk, og at grunntemaet i menneskelige relasjoner er tillit. Men det kan synes som om dette lett blir tomme ord i møte med bestemte samfunnsmessige realiteter og sosiale omveltninger. I dag er uroen i verden stor. Det er voldsomme omveltninger i Midtøsten, og mennesker kastes fra glede og trygghet den ene dagen og ut i nød og fortvilelse den neste. For mange mennesker ramler tilværelsen sammen på en dags varsel. Da er det urovekkende at det sivilisatoriske elementet i etikken og de etiske grunnvilkår i vår tilværelse synes å være så skjøre og veien til barbariet tilsynelatende så kort.

Illustrasjon: Kathrine Kristiansen



EN HELT NY LESEOPPLEVELSE



Les Sykepleien
uansett hvor du er!

Vinn
reisegavekort
VERDI 10.000,-

Vi trekker 3
vinnere!

SYKEPLEIEN – NÅ OGSÅ PÅ NETTBRETT

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

Vinn reisegavekort **VERDI 10.000,-**

Vi trekker 3 vinnere av et reisegavekort til en verdi av kr 10.000,- blant alle som laster ned Sykepleien i AppStore eller Google Play innen 30. november 2014.

Last ned appen i dag! **GRATIS** for medlemmer i NSF



Appen er tilgjengelig både for iPad og Android.
Les mer om hvordan du kommer i gang på sykepleien.no. Trenger du hjelp kan du også ringe 22 04 33 33 eller sende en e-post til bss@nsf.no



Sykepleien



Påfyll

Del 3 Sykepleien 11 | 2014

Bøker – Kultur – Fakta



Autoritetsfrykt

Alkohol. Tegnehanne fikk problemer med å møte blikket til dr. Bartland på legevisittene etter personalfesten. **59**



Fakta. Slik fungerer yrkesskade-gruppa. **64**

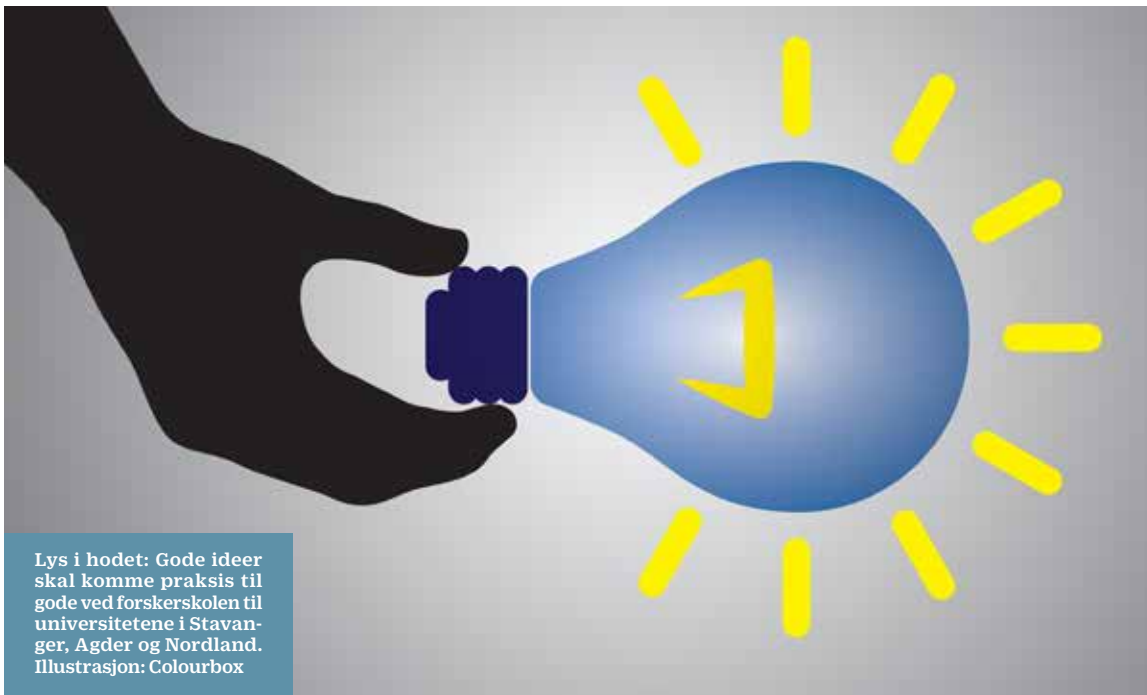


«Kunst får meg til å tenke videre. Ikke gå for det opplagte.»

Edith Roth Gjevjon. **60**



Quiz. Er escharotomi en type lobotomi? Test dine ferdigheter. **66**



Lys i hodet: Gode ideer skal komme praksis til gode ved forskerskolen til universitetene i Stavanger, Agder og Nordland. Illustrasjon: Colourbox

Starter forskerskole

FREMTID: Universitetene i Stavanger, Agder og Nordland går sammen om å sikre god velferd i fremtiden. Det gjør de ved å opprette en forskerskole for helse, velferd og utdanning.

Alle de tre universitetene er tidligere høyskoler med ansvar for utdanning til yrker som har kjerneoppgaver i velferdsstaten. Som sykepleiere, sosionomer, barne-

vernspedagoger, førskolelærere og lærere.

– Disse fagene har en del sosiale og praktiske utfordringer til felles. Derfor oppretter vi en felles forskerskole, sier Febe Friberg, helsefagprofessor ved Universitetet i Stavanger til universitetets nettsider.

Forskerskolen skal være praksisnær og blant prosjektene det forskes på er jobbtrening for personer

med langvarig sykdom, pårørende som ressurs, forebygging av mobbing, fysisk aktivitet i skolen og hvordan eldre kan bo lengst mulig hjemme.

Forskerskolen er for dem som er i gang med doktorgrad, og de skal delta på samlinger, kurs og symposier. Dette skal skape et forskerfellesskap. 18 stykker er med.

Kilde: Universitetet i Nordland og Universitetet i Stavanger

En av tre feilmedisineres på sykehjem

Sykehjemsbeboere bruker i snitt syv ulike medisiner. Det fører blant annet til sløvheter, trøtthet, og flere fallulykker. SINTEF utvikler et it-basert verktøy som kan gå gjennom sykehjemsbeboerens legemidler.

Gemini

100 utdanningsstillinger ved OUS

Oslo universitetssykehus OUS har vedtatt å videreføre 100 utdanningsstillinger for sykepleiere som vil videreutdanne seg i 2015-2016. OUS tilbyr 100 prosent lønn under utdanning.

Vil ikke merke kylling

Det er påvist antibiotikaresistente E. coli-bakterier i kylling. Frykten er at mennesker vil bli bærere av resistente bakterier. Men foreløpig er det ikke aktuelt å merke kylling som risikoprodukter.

Kilde: fhi.no



App mot kriser



Sørlandet sykehus har sammen med det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet laget en elektronisk plan for å forebygge og håndtere selvmord, overdose og selvskading. I Danmark har man gode erfaringer med en slik type app. Den norske versjonen heter MinPlan Norge.

Kilde: Sørlandet sykehus

Selv mord blant eldre

SELMORD: Selvmord blant eldre krever innsikt i aldringsproblematikk. Eldre er i en fase av livet der de må tåle store endringer samtidig som de får dårligere motstandskraft. I boken *Eldre og selvmord* vises forekomsten av selvmord blant eldre og hvem som er mest utsatt. Boken er basert på ny forskning og forsøker blant annet å gi svar på om det er mulig å forstå selvmord. Forfatter er Ildri Kjølheth.



Det som ikke skal skje

TABBER: Når noe går galt er fortellinger om skam, skyld og ansvar i helsetjenesten. Boken handler om hvordan helsearbeidere opplever det når noe går galt. Forfatter er Terje Mesel, og hans hensikt er å bidra til en profesjonsetikk som både ivaretar berørte helsearbeidere, pasienter og pårørende.

Boken bygger på intervjuer med leger, psykologer og sykepleiere.



Folkehelse på norsk

FORSKNING OG PROSJEKTER: Folkehelse i et norsk perspektiv tar for seg temaer som fysisk aktivitet, kosthold, sosial ulikhet og psykosomatisk helse. Betydningen av frivillig innsats og helsesøsters rolle blir også tatt opp.

Boken tar for seg norske rammevilkår og norsk forskning, og det vises til tiltak og erfaringer fra prosjekter igangsatt i Norge.

Forfatter er Ursula Småland Goth.



«Løsningen på autoritetsfrykt?»

Av Tegnehanne



Noen sier alkoholen fjerner all sunn fornuft. Vet dere hva den også fjerner? Respekt for autoriteter.

Jeg har tidligere skrevet om min autoritetsfrykt, og hvordan den overskygger alle potensielle relasjoner



med mennesker jeg anser som bedre enn meg. Dette er spesielt uheldig siden jeg jobber på sykehus, hvor hierarkiet er så pass åpenbart.

En personalfest avslørte at alt som skulle til var to shots sambuca og



et lass med øl for å få samtalen i gang. Jeg og min kollega dr. Bartland utviklet på få timer et forhold som i det virkelige liv ville tatt år å fremkalle. Det er det jeg tenker på når vi nå i ettertid unngår blikkene til hverandre på legevisitter.



Sykepleien APP

Mer Tegnehanne på nettbrett

Tegnehanne lages av Hanne Sigbjørnsen, som er sykepleier og tegneserieskaper. Last ned Sykepleiens app fra Appstore eller Google Play eller følg lenken fra sykepleien.no



Edith Roth Gjevjon

Til Bollywood med homofili

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

Film. Hun bruker feel-good for å si noe viktig.

Om noen måneder går Edith Roth Gjevjon og kona Tonje ned den røde løperen i Bollywood. De er forberedt på reaksjoner. For i filmen *Life is a Moment* skildrer de homofil kjærlighet, som er forbudt i India.

SAUNA. Pakistanske Ayan kommer til Norge for å gifte seg. Men siden bruden shopper i London, får han to dagers pusterom til å leve ut sin homoseksualitet. På homsesauna møter han kjærligheten i prostituerte Ashley.

– Bollywood er mye følelser, sier Gjevjon og smiler.

– Hjerter, smerte og mye tårer møter norsk innadventhet og det Tonje kaller pietisme. Et fantastisk utgangspunkt og et skikkelig kulturkrasj.

KYSSE. Det er første gang filmfolk fra Bollywood samarbeider med nordmenn. Og andre gang en Bollywood-film tar opp homofili. Den første, *DunnoY*, skal være den første indiske filmen der to menn kysser. Den vekket sterke reaksjoner og krav om sensur. En av skuespillerne ble for en periode gjort arveløs.

På en festival for homofil og lesbisk film i Tel Aviv, møtte Gjevjon og kona skuespillerne fra *DunnoY*. De fant tonen og bestemte seg for å samarbeide. Først om en musikkvideo, så om spillefilm. Det ble fort klart at temaet skulle være homofili. Manuset skrev de sammen.

SYKEPLEIE. *Life is a Moment* ble filmet i løpet av 25 hektiske dager i fjor sommer. 30 filmfolk fra Bollywood, både lavkaste og høykaste, flyttet inn i husene til Gjevjon og svigerforeldrene. Det ble mange krangler, men det ble også laget film.

Da var Gjevjon i innspurten på doktorgrad om kontinuitet i hjemmesykepleien. Hun har jobbet som sykepleier i mange år. Nå er hun førsteamanuensis på høyskolen Diakonova, forsker ved Universitetet i Oslo og performanceartist.

Siden 2006 har hun vært med i *The Hungry Hearts*, som har sju medlemmer og ledes av kona Tonje. De opptre jevnlig på ulike arrangementer og lager musikken selv. Det var Tonje som lokket frem kunstneren i henne. Nå er kunst en selvfølgelig del av hverdagen. Gjevjon

«Filmen måtte spilles inn i Norge, fordi her er det greit å være homofil.»

mener den også hjelper henne når hun forsker.

– Kunst har gitt meg flere perspektiver og utfordrer meg til å tenke annerledes. Det er nyttig i forskning, hvor man leter etter svar og alternative forklaringer. Kunst får meg til å tenke videre. Ikke gå for det opplagte.

PÅVIRKE. I *Life is a Moment* har hun en av de bærende rollene. Hun og Tonje spiller et lesbisk vennepar av Ayan og Ashley, og er ikke redde for å vise hvem de er når den indiske storfamilien ankommer for å feire bryllup.

– Filmen måtte spilles inn i Norge, fordi her er det greit å være homofil. Vi ville vise hvordan det er, og vi ville påvirke, sier hun alvorlig.

– Det har vært viktig for oss. Vi har alle rettigheter og tar dem for gitt. Noen sier homokampen i Norge er over. Da mener jeg vi må rette blikket ut.

POLITISK. I India og Pakistan er homofili forbudt. I India ble forbudet opphevet for noen år siden, men gjeninnført i fjor. I Bollywood er det ikke én skuespiller som står åpent frem. Bare det å spille homofil er en påkjønning.

– Kapil Sharma, som spiller Ayan, og Yuvraaj Parashar, som spiller Ashley, er ekstremt tøffe, understreker hun.

– De er begge kjente skuespillere i India og vil få mye oppmerksomhet for denne filmen.

– Hvorfor tør de å ta opp homofili?

– De er klare på at dette er en politisk kamp for dem. Noen må alltid gå foran, og de tør å gjøre det.

KAMP. Filmen er dedikert til Kim Friele og Wenche Lowzow.

– De gikk foran, og vi trenger å bli minnet på hva de gikk gjennom. Kampen de kjempet har kanskje noen paralleller til India i dag. Det har vært et politisk skifte som kan føre til at forbudet blir opphevet. Jeg tror heller ikke det er lenge til Bollywood får sin første åpne homofile.

– Er filmen kontroversiell i Norge også?

– Ikke på grunn av temaet, men hvordan filmen fortelles. Vi utfordrer genrer og blander Bollywood med norsk performanceuttrykk. Det oppleves nok annerledes.

Blant annet opphører følelsen av tid. Ashley og Ayan opplever ufattelig mye på de to dagene



Fakta

Edith Roth Gjevjon

Aktuell med:
Life is a Moment

de har sammen, dersom man ser handlingen lineært. Men tiden oppløses, og det er vanskelig å vite om man ser hva de faktisk opplevde, hva de kan komme til å oppleve eller hva de drømmer om å oppleve.

– Tonje er bildekunstner og vant til å gå ut av rammene. Det vi prøver å formidle, er en følelse.

Mye følelser sto Bollywood-skuespillerne for. Gjevjon peker på at mannsrollene er mykere enn i mye annen samtidsfilm. De er ikke redde for å stirre tårevått inn i kamera. De hulker og lengter. Men de er også gode til å pakke inn. Kjærlighet antydes.

– Vi ville gjøre det mer eksplisitt.

Det er kyssing og halvnakne kropp. *The Hungry Hearts* gjør performance med sanger som *The International Lesbian Anthem (In Your Face)* og *You're just a Cocksucker*.

– Vi har laget nye tekster til de numrene, for å få filmen gjennom sensuren i India, men håper vi slipper å bruke dem.

FEELGOOD. Filmen er vist to ganger på Operaen i Oslo. Over jul har den premiere i Bollywood, og Gjevjon håper den også kommer på norske kinoer.

– Dere kaller det en *feelgood*?

– Ja, det er inderne som bruker det begrepet, men vi er enige. Vi vil ikke ha med tragedier og faenskap i filmene våre. Tonje har sagt at det er det nok av i virkeligheten.

Etter mange tårer ender det godt også for Ayan og Ashley.

– Kunne det gått sånn i virkeligheten også?

– Ja, det kunne det, sier Edith Roth Gjevjon og smiler. ●

nina.hernes@sykepleien.no



Fakta

Mannen som ikke ville hjem

Av Roger Pihl
Juritzen Forlag, 2014
237 sider, ISBN:
978-82-8205-595-6

Anmelder: Ingrid
Ovlien-Mikalsen,
spesialsykepleier i
psykisk helsearbeid

Treffende og varm satire

ANMELDELSE: Ingen forpliktelser og lenge etterlengtet hvile. Pleie og omsorg fra vennlige sykepleiere. Det kan være rent behagelig å være innlagt på sykehus, og noen har det slett ikke travelt med å komme seg tilbake til hverdagen som venter. Men det må alle før eller sener. Eller ...?

Valdemar Vågen er en gründer som har begravet seg i arbeid etter at han mistet familien i en bilulykke. Syklen på vei til jobb blir han påkjørt av en bil og ender på sykehus. Her opplever han noe som forandrer ham for alltid.

På sykehuset får Valdemar omsorg for første gang på mange år, og kjemper hardt for å beholde den. Hvor lenge kan man utsette å bli frisk? Hvilke hemmeligheter skjuler seg i sykehusgangene?

Roger Pihl er en anerkjent forfatter som selv er gründer. Han har skrevet en lettlest og humoristisk roman, med en hovedkarakter som er lett å like. Han lar også leseren treffe andre sympatiske karakterer, ikke minst et knippe pliktoppfyllende og omsorgsfulle sykepleiere. Språket er lett slentrende, noe som kler historien godt. At

historien ikke kan anses som like troverdig hele veien har ingen betydning, og er mest sannsynlig heller ikke forfatterens intensjon.

Mannen som ikke ville hjem er underholdende lesning, og gir samtidig et nyttig skråblikk på norsk helsevesen og dets store prosesser. Viktigheten av å være opptatt av god behandling av pasienter, og ikke kun på penger og budsjetter, understrekes.

Denne boken kan passe for alle som er ute etter humoristisk og lettlest lektyre; og ikke minst for de med pasient- eller helsefaglig erfaring. ●



Fakta

En lesebok. Tekster i utvalg 1969–2014

Av Per Fugelli
Univ.forlaget, 2014,
576 sider, ISBN
9788215020914

Anmelder: Liv Wergeland
Sørbye, professor

Ord fra grasrotas talsmann

ANMELDELSE: Per Fugelli har i mange år vært en av våre fremste samfunnsdebattanter. Han er kunnskapsrik, veltalende og kontroversiell. Politisk sparker han både til høyre og venstre.

I denne boken starter han med en kjærlighetserklæring til allmennmedisinen, deretter hevder han at politikk ikke er noe annet enn medisin i stort. Han beskriver tidens sykdommer som tidens sjel og avslutter med medisinen og døden. Helt til sist reflekterer han over sin egen rolle som medisiner og samfunnsdebattant.

Fugelli lar seg lett begeistre og forarge. Den norske velferdsstaten er bra,

men han påpeker noen områder som er blitt forsømt: Familie, religion og kultur. De er viktige «institusjoner» som er med å skape identitet, mening og samhold. Fugelli vektlegger at det å tilhøre et fellesskap – en flokk – er viktig for helse og trivsel. Han er bekymret for at den samfunnsmedisinske tradisjonen skal bli borte i diagnosekoder og medikamentelisering.

Han angriper det han kaller himmelsyken. Han mener en aldri kan få et fullkomment samfunn. Nullvisjoner beskriver sosialdemokratiets ønske om å fjerne alle farer.

Fugelli er åpen om egen sykdom og framtidsutsikter. Han er kritisk til

den palliative medisinen som lover en smertefri død. Døden vil alltid være vanskelig. Når Fugelli deler sine tanker om hva livets avslutning betyr, skriver han mer om tvil enn håp.

De fire andre bidragsyterne viser til den unike rollen han har hatt som professor og grasrotas talsmann. Både de og Fugelli selv er noe usikre på om framtidens akademia gir rom for menn med tversoversløyfe og kjendisstatus som bedriver massiv kritikk av sentrale politikere.

Fugelli har en evne til å kombinere vitenskap, kunst og livsvisdom når han formidler helsepolitiske utfordringer. Dette er engasjerende lesning. ●

Hva
leser du
nå?

Bård Nylund Ville skrive til Tove Nilsen

LITTERATUR: – Jeg har akkurat kjøpt en novellesamling av Alice Munro, og har store forhåpninger, sier Bård Nylund.

Ellers slapper han gjerne av med krim.

– Det er ikke alltid jeg husker handlingen etterpå, men det er fin avkopling på sengekanten.

En bok som har gjort inntrykk er Tove Nilsens *Sommer 2005*.

– Den handler om en dame på 50 år, skilt og med gamle foreldre, som møter kjærligheten på nytt.

Kanskje ikke umiddelbart gjenkjennelig for en mann på 30, med unge foreldre.

– Men hun fikk meg til å gjenopplive minner fra da besteforeldrene mine var gamle og syke. Og så beskriver hun tvilen og usikkerheten ved å date – skal man sende tekstmelding eller ikke, og hvor raskt skal man svare – som man kan kjenne seg igjen i uavhengig av kjønn, alder og seksuell orientering. Det er en av de få gangene jeg har lest en bok og tenkt at jeg ville sende brev til forfatteren. ●

nina.hernes@sykepleien.no



Alder: 33 år

Yrke: Leder i Landsforeningen for homofile, lesbiske, bifile og transpersoner

«Jeg påberoper meg utilregnelighet!»

ANMELDELSE: Om ikke denne setningen er uttalt av tiltalte så presist som dette, så er den allmenne oppfatningen rundt tematikken muligens slik. At tiltalte selv ønsker å erklære seg utilregnelig, og dermed blir regnet som ikke strafferettslig ansvarlig for sine handlinger. Et unntak var den tiltalte bak 22. juli-angrepet, som erklærte seg tilregnelig, og som bidro til å gi rettspsykiatrien i Norge en god del oppmerksomhet.

Lovverket rundt tematikken er knapt endret siden 1800-tallet, men er resultat av minst tusen års arbeid. Boka *Hundre år med hodebry* presenterer en rekke historier fra blant annet amerikanske rettssaker, som saken mot den tidligere amerikanske president James Garfields attentatmann, Charles Julius Guiteau. Guiteau endte riktignok sine dager i galgen, etter å ha vært gjennom en rettssak der hans forsvarere prosederte på hans «moral insanity», i et forsøk på å få ham frikjent. Moral insanity må vel i ettertid heller ses på som en psykologisk idé, snarere enn en psykiatrisk diagnose.

Andre ting som er verdt å nevne fra boka, er diskusjonen fra den anglosaksiske juridiske tradisjon, der den nedre kriminelle lavalder er så lav som ti år, som i England, Wales, Australia og Canada.

I tillegg presenterer boka det

psykologiske prinsipp. Det klassiske eksempel er de såkalte «McNaughtan rules». Mannen som fikk sitt navn heftet ved denne standarden, forsøkte i 1843 å skyte statsministeren. Standarden fikk raskt fotfeste i den anglosaksiske del av verden, og den er fortsatt i bruk i flere stater i USA og Storbritannia. Det er kort sagt en test på tilregnelighet, og skal finne ut om den tiltalte kan skille rett og galt. Det må den tiltalte kunne skille mellom, for å kunne bli idømt en straff.

I boka ønsker jeg å fremheve del 3 om nordisk utilregnelighet, der de nordiske land har noe ulike praksiser på feltet. I Norge praktiserer man et medisinsk prinsipp i tilregnelighets-spørsmål, som har som konsekvens at rettspsykiatrien tar over dommerkappen. I Sverige er praksis at man ikke ser på tilregnelighet som en del av selve skyldspørsmålet, men trekker spørsmålet om tilregnelighet inn når man skal velge reaksjonsform etter en fellende dom.

Boka gir et innblikk i en hverdag og tankesett, som sikkert er fjernt fra mange, men den er absolutt å anbefale som ferielektüre, dersom man er interessert i sykdom, historie og sosiologi. Alt i alt en lærerik bok, som viser at det er en lang historie bak dagens juspraksis som regulerer straffenivået blant psykisk syke mennesker. ●



Fakta

**Hundre år
med
hodebry.
Utilregne-
lighetens
historie.**

Av Bernt Gran
Cappelen Damm
271 sider
ISBN 978-82-02-4-
2099-4

Anmelder: Bjørn Rogne
Christensen, operasjons-
sykepleier og master i
sykepleievitenskap

**«Den største kulturelle opplevelsen jeg
kan ha er en god fotballkamp. Tett fulgt
av en veldig god bok.» Anne Holt**



Yrkesskade. Skadet eller syk som følge av jobben?

Kanskje Yrkesskadegruppa i NSF kan bistå deg.

Millioner utbetalt i erstatning

Tekst Bjørn Arild Østby • Foto Stig M. Weston

Yrkesskadegruppa i Norsk Sykepleierforbund (NSF) består av tre advokater i NSF's forhandlingsavdeling og fem spesialiserte rådgivere på fylkeskontorene (se Fakta). Yrkesskadegruppa bistår medlemmene dersom de blir skadet eller får sykdom som følge av jobben. Gruppa hadde i fjor rundt 175 løpende saker til behandling. Samlet utbetaling til medlemmene i fjor var 17 millioner kroner.

Behovet for hjelp varierer fra medlem til medlem, men vanligvis bistår gruppen medlemmer overfor NAV og forsikringsselskapene for å sikre riktige ytelser og erstatning. Blant sakene er det mange løft- og fallskader, men det er også en del skadesaker knyttet til vold fra pasienter, samt smitte, eksempelvis MRSA og Hepatitt.

SISTE EKSEMPEL. NSF gikk tidligere denne måneden til sak for et medlem som er blitt påført flere yrkesskader hos flere forskjellige arbeidsgivere, blant annet mens hun jobbet i Oslo kommune.

Oslo kommune ville ikke betale engangserstatning etter overenskomstens bestemmelser om yrkesskadeerstatning for andelen uførhet knyttet til medlemmets skade påført da hun jobbet i kommunen. Arbeidsretten uttalte imidlertid: «På grunnlag av trygdens vedtak foreligger det en yrkesskade som har medført arbeidsuførhet som gir rett til engangserstatning etter overenskomsten.»

Den nærmere utmålingen av erstatningen tok ikke Arbeidsretten stilling til. Dette vil NSF følge opp videre.

TARIFFAVTALER. Alle sykepleiere i Norge er dekket av yrkesskadeforsikringsloven, som på nærmere vilkår gir rett til erstatning ved skade og sykdom forårsaket av arbeidet. De aller fleste medlemmene har også gode rettigheter etter

tariffavtalene NSF har inngått. Tariffavtalene gir blant annet rett til 15 G (nær 1,3 millioner kroner) ved 100 prosent uførhet som skyldes yrkesskade/yrkessykdom, uavhengig av alder og deltid.

«Yrkesskadesaker er ofte kompliserte, og det er mange forhold å passe på. Det kan derfor være lurt å be om bistand fra spesialiserte rådgivere og advokater i NSF. Det er gratis for NSF's medlemmer. Ta kontakt med ditt fylkeskontor dersom du ønsker hjelp», er oppfordringen fra Yrkesskadegruppa.

De fleste saker løser seg uten at det blir nødvendig med rettslige skritt. Dersom det likevel blir nødvendig med rettsak vil NSF etter en konkret vurdering kunne føre saken for deg.

Ta kontakt med ditt fylkeskontor dersom du trenger bistand. Fylkeskontoret vil henvise deg til en av forbundets spesialiserte yrkesskadesaksbehandlere.

BEDRE RETTIGHETENE. I tillegg til at Yrkesskadegruppa behandler enkeltsaker, driver den også informasjonsarbeid og påvirkningsarbeid for å bedre yrkesskadeordningen for medlemmene. Gruppa skriver høringer til myndighetene, følger med på ny forskning på yrkesskadeområdet, deltar i utvalg med mer.

NSF har lenge kjempet for at belastningslidelser skal gi rett til erstatning. Et annet eksempel er arbeidet for at brystkreft etter mangeårig nattarbeid skal kunne godkjennes som yrkessykdom,

som i Danmark. Disse sakene arbeider gruppen fortsatt med.

De jobber også for en mer kjønnsnøytral yrkesskadeordning. For fortsatt er ni av ti som får godkjent yrkessykdommer i norsk arbeidsliv menn, og sju av ti av dem som får godkjent yrkesskade er menn tross for at like mange kvinner melder skader.

HUSKELISTE. Hva bør du gjøre hvis du blir skadet?

Rapportér skaden. Du bør samme dag sørge for at skaden blir registrert. Intern skademelding bør skrives samme dag som skaden skjer, eller så snart som mulig. Sjekk at arbeidsgiver sender inn skademelding til NAV, eventuelt må du gjøre det selv. Send også skademelding til forsikringsselskapet.

Selv om skademeldingsskjemaene ikke legger opp til inngående beskrivelse av skadehendelsen, er det viktig å nedtegne hvordan skaden skjedde i detalj. Beskriv også hvor du mener du er skadet, nevne alle berørte kroppsdelene og ikke bare de med verst smerter. Dersom det var vitner til uhellet bør du oppgi navn. Be om kopi av arbeidsgivers rapport. Skriv gjerne selv en rapport om hendelsen.

Gå til legen. Sykepleiere har ofte høy terskel for å oppsøke lege. Ikke nøl med å oppsøke lege, heller en gang for mye enn en gang for lite. Gi legen en detaljert beskrivelse av skadeforløpet, og husk å nevne at skaden skjedde på jobb. Detaljer som kan synes bagatellmessige i skadeøyeblikket kan være avgjørende for om skaden godkjennes som yrkesskade. Spør om du kan få se eller høre hva legen har notert, for det kan oppstå feil i kommunikasjonen med legen.

Det er viktig at du også seinere holder legen din

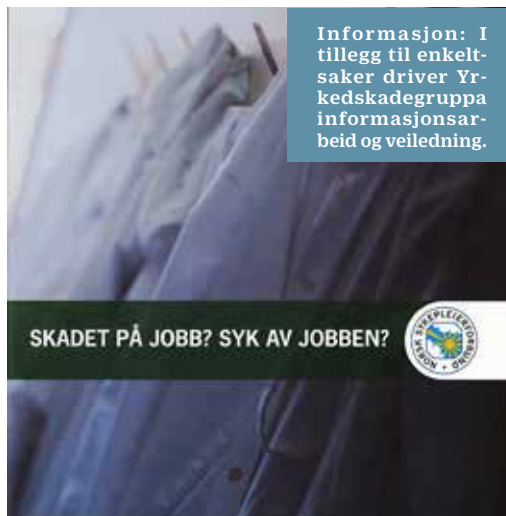
«Ta kontakt med ditt fylkeskontor dersom du ønsker hjelp.»
Yrkesskadegruppa



Arbeidsretten: Så seint som 1. september i år fikk et medlem av NSF medhold om engangserstatning i Arbeidsretten. Foto: Bjørn Arild Østby.



FN-opppdrag: Stig Steinkjer ble utført av malariamedisin. I 2005 fikk han 2,6 millioner i yrkesskadeerstatning. Foto Marit Fonn



Informasjon: I tillegg til enkelt-saker driver Yrkesskadegruppa informasjonsarbeid og veiledning.

oppdatert om skaden din. Hvis du «lider i stillhet» og undertrykker behov for behandling/legesøking kan du senere bli møtt med manglende dokumentasjon for «brosymptomer». Du kan da miste retten til erstatning.

Skaff deg oversikt og meld krav. I tillegg til den lovfestede yrkesskadeforsikringen forekommer det at arbeidsgiver har tegnet tilleggssikringer som gir utvidet dekning. De fleste sykepleiere har utvidete rettigheter som følger av tariffavtalen. Meld krav til forsikringsselskapet som administrerer tariffdekningen. Gjennom

medlemskap i NSF har du en gruppelivsforsikring med uførekapital, dødsfalls- og familieulykkesforsikring. Du kan også ha egne forsikringer som kan komme til anvendelse.

Husk at det løper frister i forhold til alle forsikringer. Du må selv sørge for å melde krav.

Ta vare på kvitteringer. Hvis du har utlegg eller utgifter på grunn av skaden er det viktig at du tar vare på kvitteringer slik at utgiftene kan dokumenteres. ●

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no



REGIONALE SAKSBEHANDLERE I YRKES-SKADESAKER:

Rogaland, Hordaland, Sogn og Fjordane – **Stina Gustafson**, NSF Rogaland. Aust-Agder, Vest-Agder, Telemark, Vestfold – **Kristin Håkonssen**, NSF Aust-Agder. Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag, Møre- og Romsdal – **Mona Stene**, NSF Nord-Trøndelag. Oslo, Akershus – **Grete Follestad**, NSF Akershus. Nordland, Troms, Finnmark – **Yvonne E. Frøen**, **Marit Gjerdalen**, **Tore Dahlstrøm**, NSF Forhandlingsavdeling.

YRKESKSADE:

Som yrkesskade regnes skade etter en ulykkeshendelse som skjer i arbeid på arbeidstid i arbeidstiden. Ulykkesbegrepet omfatter ikke bare alvorlige og dramatiske hendelser som eksplosjoner, fall fra store høyder og lignende. Dersom du sklir på et glatt underlag eller kommer i en forkjært stilling fordi et tak glipper, er dette også å regne som ulykke i lovens forstand. Vil-kåret er at det oppstår en plutselig og uventet hendelse, eller en markert hendelse som ligger utenfor arbeidets alminnelige ramme.

YRKESYKDOM:

En del yrkessykdommer er likestilt med yrkesskade og gir rett til erstatning. Det er opplyst i forskrift hvilke sykdommer som kan godkjennes som yrkessykdom, de kalles gjerne «listesykdommer». Etter forskriften kan det godkjennes sykdommer som skyldes forgiftning og kjemisk påvirkning, allergiske og idiosynkratiske hud- og lungesykdommer, stråleskader, hørselskader, lungeskader som skyldes finfordelte stoffer, vibrasjonsbetingete sykdommer i armer og hender, sykdommer som skyldes endring i barometertrykket, som skyldes smitte, som skyldes yrkesrelatert vaksinasjon, klimasykdommer og epidemiske sykdommer.



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

1 Hvor stor andel av alle skader som behandles i helsevesenet er idrettsskader?

- A 5 prosent
- B 10 prosent
- C 20 prosent

2 Hva slags skader er mest vanlige i idretten?

- A Bløtdelsskader
- B Skjelettskader
- C Hodeskader

3 Hvorfor brukes ofte is på en akutt idrettsskade?

- A Det begrenser inflammasjon
- B Det er smertedempende
- C Det beroliger idrettsutøveren

4 Hva skyldes skaden «jumpers knee»?

- A For mye løping
- B Vridninger
- C Støt og hopp

5 Hvem blir oftest rammet av såkalt «tennisalbu»?

- A Menn mellom 30 og 40 år
- B Kvinner over 40 år
- C Menn over 40 år

6 Hvor mye av alt sykefravær skyldes muskel- og skjelett-plager?

- A 20 prosent
- B 35 prosent

C 50 prosent

7 Hvor er det vondt med et karpal tunnel-syndrom?

- A I hånden
- B I nakken
- C I øynene

8 Hvilken av disse lidelsene gjorde nylig at syriske flyktninger ble nektet opphold i Norge?

- A Tuberkulose
- B Ryggproblemer
- C Hiv

9 Hva er escharotomi?

- A Snitt som gjøres for å tømme tarmen.
- B En type lobotomi
- C Snitt som letter på trykket ved vevslekkasje.

10 Hvilken faggruppe i Sykepleierforbundet er størst, med 3 200 medlemmer?

- A Helsesøstrene
- B Jordmødrene
- C Medisinske sykepleiere



Lider pasienten av karpal tunnel-syndrom, mon tro? Foto: Colourbox

- 😊 10 poeng: Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)
- 😊 6-9 poeng: Lovende. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.
- 😊 3-5 poeng: Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?
- 😞 0-2 poeng: Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

Svar: 1B, 2A, 3A, 4C, 5B, 6C, 7A, 8B, 9C, 10A

Randis hypokonderkryssord

😊	SYKD.	ORGA- NER	BIBEL- DEL	SLEM	LEVER	STAM- CELLEN INSEKTET		MÅL	GEN- PREF.		ORGAN FASE		FORF.	SKIPS- FORK.	HINNE ELV		SPILL (FORK.)	KRYR	ORGAN	UT- ÅNDET
PNEUMO- KOKK- SYKD.																				
SYKD.																SNACK ROM- MET				
VE			ARVE- ANLEGG		SELSK. ENZYM			GLO			RI			SYKD. TRYG- LET			LIK			
AVKOM BRUK!						BAKKE			KAMME ROM						BIBEL- DEL		KLOR! STOFF			
								MÅL				VEKST	ORGAN					YTRE SOBER		
ARVE- ANLEGG				KJAS		VÅR BOKST.					TRAN- SPORT- MIDDEL		PRON.	MISTE SKRIK					SPILL	
LIKE			GROV		NÅ TITTE			SIER UKJENT							PLASS.	FINE WC				
VERAN- DAENE												UT- FORS- KER								
TENA- BLEIE																				

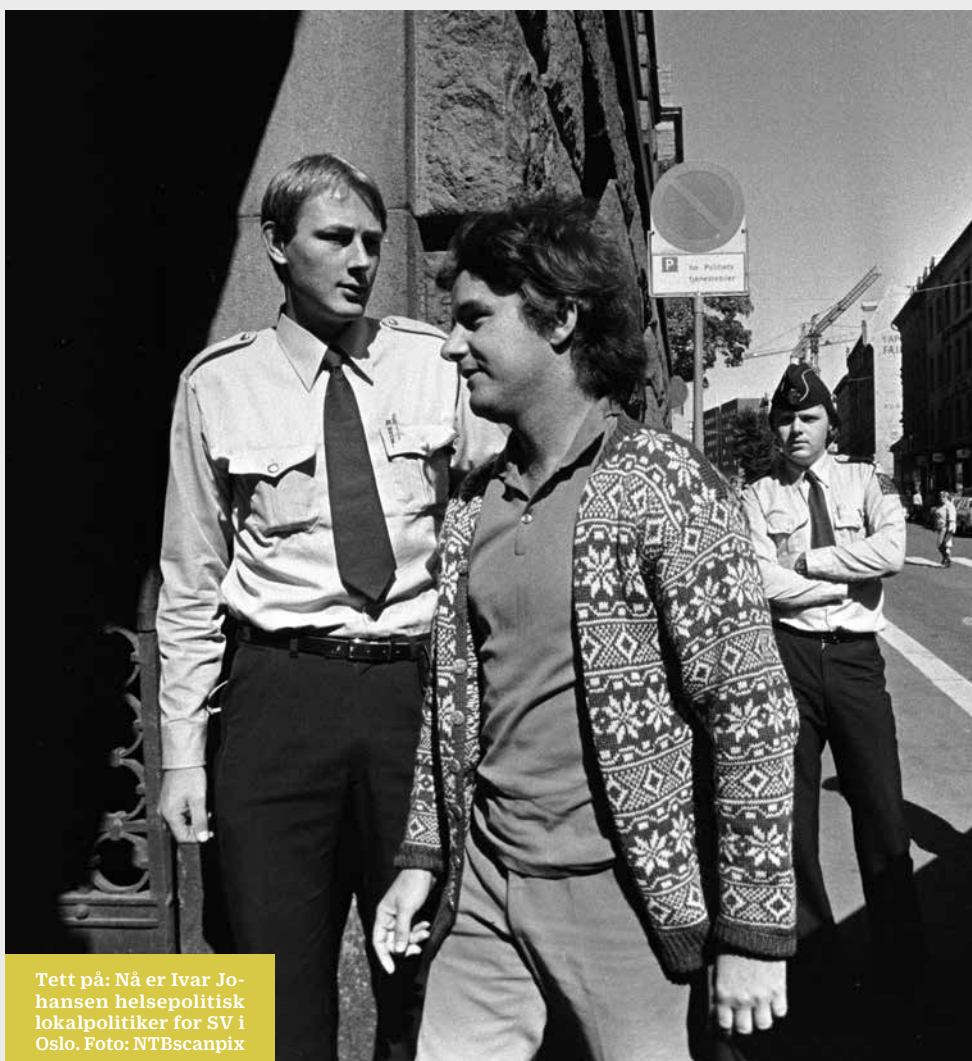
Se løsning på kryssord side 69



Meninger

Del 4 Sykepleien 11 | 2014

Kronikk – Leserinnlegg – Portrett



Tett på: Nå er Ivar Johansen helsepolitisk lokalpolitiker for SV i Oslo. Foto: NTBscanpix

Gir aldri opp

Aksjonist. Ivar Johansen har ingen planer om å dempe seg etter 50 år i politikken. **76**



Rekruttering. By liker ikke regjeringens nye forslag. **68**



«I sin «edru» tilstand, det vil si med mindre medisiner i kroppen, ble det ingen skilsmisse.»

Kari H. S. Breilid. **74**



Palliasjon. Helsepersonell må si sannheten! **72**



Rekruttering. Helseminister Bent Høie får ikke drahjelp av arbeidsminister Robert Eriksson for å nå sine politiske målsettinger.

Ønsketenkning

Mulighetene for måloppnåelse og kvalitet i helsesektoren er avhengig av tilgang på tilstrekkelig og kompetent arbeidskraft. I dag er det mangel på sykepleiere og spesialsykepleiere både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Manglende samsvar mellom oppgaver og ressurser fører til høyt sykefravær, tidligpensjonering, frafall fra yrket og sektoren og mange deltidsarbeidende.

For knapt et halvt år siden etterlyste jeg i denne spalten en overordnet og samlet strategi fra regjeringen for å løse arbeidskraftutfordringene i helsesektoren. Jeg pekte på at helsepolitiske målsettinger må ses i sammenheng med utdannings-, arbeidslivs- og familie- og likestillingspolitikken. Skal målene nås, er det ikke nok med gode intensjoner – det trengs også gode virkemidler. Svaret fra regjeringa synes å være såkalt modernisering av arbeidsmiljøloven. Men når moderniseringen innebærer å gi økt styringsrett for arbeidsgiver på bekostning av vernet av arbeidstakerne, er det grunn til å spørre seg om man er på ville veier.

ALVORLIG. Økt bruk av lange vakter, mer overtid og hyppigere arbeid på søn- og helgedager vil ikke, slik det fremstilles, bidra til frihet

for enkeltmennesket, styrking av familien eller mer «heltidskultur». Derimot er det all grunn til å tro at en slik endring vil få negative følger når det gjelder å beholde og rekruttere sykepleiere. Jeg ser svært alvorlig på at regjeringa foreslår endringer som særlig vil ramme en gruppe arbeidstakere som fra før har belastende arbeidstidsordninger og høyt sykefravær. Vi får ikke mer arbeidskraft på denne måten.

De foreslåtte endringene i arbeidstidsreglene vil heller ikke utvide det mulighetsrommet som allerede finnes i dagens lov. Loven åpner for å gjøre vidtrekkende unntak fra lovens hovedregler og etablere ordninger som er tilpasset ulike virksomheter og behov. Lokale og sentrale avtaler om lengre timetall per dag og per uke og kortere hviletid mellom vaktene inngås da også i stort monn. For å verne arbeidstaker mot uheldige belastninger og for å ivareta sikkerhetshensyn, stiller imidlertid

«Forslagene er i stor grad ideologisk betinget, uten krav til empirisk belegg.»

dagens lov krav om fremgangsmåter som sikrer at unntak gjøres etter grundige vurderinger av organisasjoner som kjenner bransjen og har kontakt med tillitsvalgte i virksomheten. Regjeringens forslag bygger ned dette vernet.

SVEKKES. Forslagene innebærer en kraftig svekkelse av organisasjonenes innflytelse og myndighet i forbindelse med etablering av arbeidstidsordninger. Forslagene vitner om en sterk mistillit til arbeidslivets organisasjoner og en holdning om at organisasjonene primært har en annen agenda enn ivaretagelse av helse-, miljø- og sikkerhetshensyn.

Regjeringsplattformen slår fast at regjeringen vil bygge sin politikk på respekten for kunnskap. I den foreliggende høringen ser vi derimot at forslagene i stor grad enten går på tvers av eksisterende kunnskap eller at kunnskapsgrunnlaget er ukjent eller kontroversielt.

Vi må kunne konkludere med at forslagene i stor grad er ideologisk betinget, uten krav til empirisk belegg, og tilsynelatende resistente mot både dokumentasjon og argumentasjon som går i motsatt retning. At de foreslåtte endringene vil bidra til å løse arbeidskraftutfordringene i helsesektoren er ren ønsketenkning. ●



Fakta

Eli Gunhild By

Forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund



Maten er halve føda ...

ERNÆRING: Fagartikkelen om ernæringsarbeid i Sykepleien 10/2014 var interessant. Undertegnede er politisk leder i Kost- og ernæringsforbundet, en yrkesorganisasjon i Delta, og representerer kokker og kjøkkensjefer på institusjoner. Jeg har noen tanker om ernæringsarbeid for eldre og svake grupper, sett fra et kjøkkenståsted.

Utgangspunktet burde være det beste. Jeg har ennå til gode å møte noen som ikke er enige i at mat og ernæring er viktig for en god helse, enten man er ung eller gammel, frisk eller syk. Man skal lete lenge for å finne en politiker, uansett partifarge, som ikke har god mat til de eldre høyt oppe på agendaen. Deretter går det i utforbakke.

I Storbritannia går 10 prosent av helsebudsjettet til behandling av underernærte, og om 25 år regner de med at 17 prosent av budsjettet, rundt 20 milliarder pund, vil gå til behandling av overvekt og diabetes type 2. Dessverre ser vi utviklingen også i Norge. Fire av ti eldre på institusjon lider av underernæring. Behandling av diabetes type 2 la beslag på syv prosent av helsebudsjettet i 2012, tallet hadde da fordoblet seg de siste fem årene. Helsedirektoratet forventer at tallene vil øke i fremtiden, da flere utvikler overvekt, flere eldre får diabetes og folk lever lenger.

Dette betyr at kostholdsrelaterte lidelser i fremtiden kommer til å legge beslag på en urovekkende stor del av helsebudsjettet. Verdens

helseorganisasjon forteller dog at forekomsten av disse lidelsene kan reduseres med 30 prosent, ved å justere kostholdet og aktivitetsnivået. Det betyr at om man klarer å snu trenden, så vil det brukes mindre penger på kostholdsrelaterte lidelser, og pengene kan brukes til andre helseformål. Bedre sykehus, flere sykehjemsplasser, bedre utstyr og bedre arbeidsvilkår.

Som leder av en yrkesorganisasjon som arbeider med mat ønsker jeg selvsagt at samfunnet skal satse på mitt felt, blant annet ved å innføre skolemat, som vil gi ungdommen gode kostvaner. Jeg vil tro at Norsk Sykepleierforbund mener det samme om sitt fag. Politikerne tenker dog økonomi. I den forbindelse mener vi at ting må ses i et større perspektiv. Satsing på den offentlige maten vil på sikt gi investeringen tifold tilbake.

I festtaler snakkes det mye om viktigheten av at de eldre har gode spiseforhold. At rammen rundt måltidet er hyggelig, at spiseområdet er pent, at maten ser delikat ut, at man har selskap og ro rundt måltidet. På den måten vekkes appetitten, og de eldre får i seg den næringen de trenger, noe som fører til økt livskvalitet og bedre helse. Det høres fint ut, men virkeligheten er ikke alltid slik.

For noen uker siden besøkte jeg et større sykehjem, for å se hvordan de løste måltidslogistikken. De fleste avdelingene hadde en form for spiserom, men på én avdeling var det kun satt opp

to slitte bord nederst i en i trang korridor. Der satt de eldre og spiste, med personalet hastende forbi, og utsikt til medisinsk utstyr plassert langs veggen og varmetrallen med mat. En enkel papierserviett var plassert midt på bordet, i et forsøk på å pynte opp. Det er det tristeste jeg noen sinne har sett.

I dag er offentlig kjøkkendrift organisert slik at det ofte er et sentralkjøkken som lager maten. Maten fraktes kald til institusjonen, der den varmes opp på avdelingen. Nå skulle jeg gjerne hatt kjøkken på hver en tue, men slik er ikke verden lenger. Problemet er at når man fjerner kjøkkenet fra institusjonen, så fjerner man også kokkene. Så hvem tar seg av maten?

Kjøkkenfagpersoner bør ta seg av maten. «Kokken må følge maten frem til pasienten!» Uttrykket betyr ikke bokstavelig at kokken skal leie kasserollen fra produksjonskjøkken til post, men vi mener matkvaliteten best ivaretas om kjøkkenpersonell tar seg av slutttilberedningen. Å lage ernæringsriktig mat til svake grupper er et fag. Det dreier seg om matsikkerhet, allergier, spesialkost, bevaring av næringsstoffer og sensorikk. Men ofte er det sykepleiere som gjør arbeidet.

Slik jeg ser det har sykepleiere nok arbeidsoppgaver, om de ikke i tillegg skal utføre andre faggruppers arbeidsoppgaver. Servering av middag er én ting, men det dreier seg jo også om tilberedning av frokost, lunsj, kvelds- og mellommåltider, for ikke å glemme oppdekking, rydding og vasking, utpakking, bestilling, samt registrering av temperaturer, alt ifølge næringsmiddel forskriftene. I sum brukes mye tid til matrelaterte oppgaver samt avbrytelser, når dette skal utføres innimellom pleieoppgaver.

For å skape en best mulig eldreomsorg, må faggrupper samarbeide på tvers. Et sted må man begynne, så jeg oppfordrer sykepleiere og kjøkkenpersonell til å snakke sammen, for å finne gode løsninger lokalt. Så kan våre respektive forbund snakke sammen på politisk nivå, for å finne gode løsninger i samråd med helsemyndighetene.

Så lenge vi ikke glemmer at hovedpersonen er pasienten, så har jeg tro på at verden kan bli kanskje litt bedre.

Arnt Steffensen, leder i Kost- og ernæringsforbundet, en yrkesorganisasjon i Delta

Løsning på kryssord i nr. 11/2014 (se side 66)



Sykepleien.no

Hva mener du?

Si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no



Siden sist

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



Nr. 10 | 2014

Abort engasjerer

Er det virkelig greit? Hver femte gravide i Norge velger å avbryte svangerskapet gjennom abort. Er det greit, spurte Sykepleiens redaktør Barth Tholens i siste utgave av Sykepleien (10/14). Han fikk mange kommentarer på Facebook.

Tholens skriver... « Men hvor perfekt skal barnet, omstendighetene, økonomien og timingen egentlig være for at vi skal si ja til et ufødt liv? ». Og som alltid er svaret - det er det BARE den gravide som kan og skal vurdere, og ingen andre.

Mette Celius-Forwald

Man har sjøl et ansvar fører å bruke prevensjon om man ikke vil bli gravid. Slurve man med blir det ei lettvinnt løsning å ta abort.

Mailen Grønvold

Det er ikke okei å bruke abort som et middel til prevensjon.. Om uheldet først er ute så er det den gravide som burde bestemme.. Ingen andre (inklusive leger) skal kunne si noe annet! Men det er lov å bruke hodet! Ønsker man ikke barn så beskytter man seg!

Lisa-Marie Karlsen

Virker som om folk her ikke helt forstå at noen ganger fungerer ikke prevensjon, av ulike årsaker..! Skal man da få dette barnet man prøvde å ikke få..!? (...) La kvinnen bestemme selv..!! Dette er ikke noe å diskutere engang...!

Ida Tidemann

Hvis det bare er kvinnen som setter standarden for hva som er legitim grunn til abort, hvorfor reageres det da, også fra abortforkjempere, når den ene «legitime» grunnen er feil kjønn?

Vilhelm Viksøy

Det finnes uttallige grunner til at kvinner velger å ta abort. En annen side av det er at det er ikke så lett som bare å ta en pille, det er først 1 pille 1 dag, så, 2 dager etter, et regime med flere piller som skal taes på ulike måter til bestemte tidspunkter. Med dette følger gjerne en del smerter og psykiske utfordringer i det å faktisk ta en abort. Noen ganger virker ikke dette, da prøver de ofte en dag til med det samme regimet, og går ikke det må de opereres (utskrapning). Så jeg kjenner jeg blir litt provosert når det blir fremstilt som så enkelt som «å bare ta en pille»...

Eli Nilsen

Diskusjonen har nok ikke som mål å endre retten til selvbestemt abort, men spørsmålet er jo om vi i dagens samfunn er blitt så vant til retten til abort og hvor enkelt det faktisk er at vi utsetter familieførskelsen til vi mener det passer «helt perfekt». Joda, det er flere enn én pille som må tas, men det er fremdeles veldig mye enklere og mindre ubehagelig fysisk enn før, og mye mer lettvinnt enn 18 års bar-

neoppdragelse. Er vi blitt så vant til å skulle ha full kontroll over alt at ingen lengre skal bli gravide uten at barnerommet allerede er malt og permisjonssøknader ferdigskrevet?

Lars Martin Jensvoll

Jeg er i tvil om at det er så mange som tar abort fordi det «ikke passer å få barn». (...) Folk som tror at abort ikke er en kjempe belastning på en kvinne, får oppsøke en gyn. pol, jeg tror de fleste som tar aborter, ikke akkurat gjør det med en likegyldighet. Jeg er enig at abort tallene er høye, og som de fleste andre inngrep i helsevesenet, bør man gjøre det man kan for å få disse tallene ned...

Ida Tidemann

Det er kanskje derfor det er viktig å ta diskusjonen innimellom. Paradoxet er at når man argumenterer for at kun den gravide kvinnen i den gitte situasjonen kan gjøre det riktige valget legger man da det fulle ansvaret på en person som kanskje befinner seg i sitt livs største krise. Boblende over av følelser og tanker om fremtiden er man stilt ovenfor valget om hvorvidt man skal begi seg ut på sitt livs største forandring, låst fast til sin mannlige partner på livstid (det være seg et stabilt forhold eller en onenight-stand) med avkall på mye av det livet man kjenner, eller ta noen piller for å glemme det og late som ingenting. Satt på spissen så klart, men det er forståelig at mange velger utveien. Det er en stor belastning, men det skal det også være når man velger å avslutte et påbegynt liv

Lars Martin Jensvoll



Faksimile fra Sykepleien nr. 10/14.

71



Kurs. Dialogen mellom leger og pårørende spiller en nøkkelrolle i livets vanskelige faser. Legene bør kanskje sendes på informasjonskurs?

Syk kommunikasjon

Palliasjon er et fint ord. Betydningen er lindring gjennom smertereduksjon. I praksis brukes det om pleie av mennesker uten fremtid. Pasienter som er spesielt sårbare. Jeg liker å tro at personalet i palliative avdelinger har noen egenskaper som kommer pasient og pårørende til gode. Min lille erfaring tilsier dessverre noe helt annet.

Sommeren 2010 ble min mor diagnostisert med kreft. Utbredt, småcellet lungekreft. Fastlegen oppdaget uregelmessigheter og fikk henne til en sjekk. Deretter gikk det hele hurtig. Aker sykehus, Ullevål, Radiumhospitalet. Høy faglig kompetanse, svært gode sykepleiere og adekvat behandling. Men det var noe som ikke stemte. Noe som skurret med enhver forventning om lederkompetanse i helsevesenet.

Vi tar det fra starten: I juni 2010 ble vi innkalt til et klassisk skjebnemøte med overlege ved Aker sykehus. Testene er over, og man har slitt seg ut i ukevis med spekulasjoner og krevende tanker. Nå fikk pasienten og hennes nærmeste familie beskjeden som snudde alt opp ned. På profesjonelt og skånsomt vis fikk vi en gjennomgang av testresultatene. Men det var noen spørsmål som ikke ble besvart – de om prognoser og utsikter. Jeg sluttet å spørre, og noterte heller medisinske begreper og nøkkelord fra overlege og sykepleiere, og antok at slikt var enkelt å undersøke.

Noe det selvfølgelig også var.

Vi forlot Aker sykehus overbevist om at vår mor og ektefelle skulle kjempe mot sykdommen, og desto mere overbevist om at hun kunne leve i årevis. Og ingen var mere kamplysten enn henne selv. Hjemme foran pc-en sent denne vakre junikvelden, gjorde jeg noe jeg aldri trodde jeg skulle oppleve. Jeg unner ingen å måtte researche den sannsynlige levetiden til sine nærmeste. I dag har vi den triste fasiten i hånden, og den stemte ganske nøyaktig overens med statistikken jeg enkelt fant frem til. Denne uønskete kunnskapen satte meg i et grotesk dilemma: Forteller man slikt til familien, eller til den det gjelder? Jeg valgte å ikke gjøre det, delvis fordi jeg antok at legene skulle informere oss tilstrekkelig etter hvert. Det skjedde aldri. Og informasjonen som ble gitt varierte drastisk fra sykehus til sykehus og fra lege til lege. Selv fem måneder etter diagnosen levde min mor i villfarelsen om at hun skulle bekjempe kreften. Hvorfor forteller ikke leger, sykepleiere og teamet rundt pasienten sannheten?

Så kom den siste tiden, da hun ble overført til palliativ enhet. Selv

da ble vi ikke informert om at slutten nærmet seg. Vi måtte selv trekke slutninger om hva plassering på en slik avdeling betydde. Et par uker inn i oppholdet tok jeg kontakt med overlege, fordi vi manglet informasjon. Slik fikk jeg for første gang beskjed om at min nærmeste skulle dø. Vi kunne få henne fraktet hjem, så ville vi se en rask forverring over et par uker, før hun endelig forlot oss. Denne informasjonen fikk jeg på eget initiativ, og nærmest litt tilfeldig. Jeg spurte om ikke overlegen skulle informere hele familien? Nei, det passet ikke. Det fikk jeg ta meg av. Hva i all verden, stusset jeg. Helt uten medisinsk erfaring eller objektiv distanse ble jeg altså tvunget til å ha samtaler om dette med flere av mine nærmeste. På oppfordring fra legen måtte jeg også fortelle familien at hun trolig ville oppleve en form for sterk demens når kreften gikk løs på hjernen.

Jeg vet at dette er en vanskelig oppgave for leger og sykepleiere. Kommunikasjon om liv og død har ingen fasit. Man kan også forstå informasjonsflyten på en filosofisk måte. Kanskje er det en planlagt pedagogikk i å villedde pasient og pårørende for å gi den kreftsyke en bedre avslutning på livet? Det passer dog dårlig med klassisk legeetikk. Men nettopp fordi det er så vanskelig for alle parter, må man forvente en helhetlig strategi og en viss åpenhet. For vårt tilfelle er langt fra unikt. ●



Fakta

Anlov P. Mathiesen

Stilling: Sosial gründer og skribent, styreleder i Fønix Ruspolitisk Tenketank og tidligere redaktør av gatemagasinet «Oslo. «Årets redaktør» i 2012. Mathiesen er fast skribent i Sykepleien.

«Vi måtte selv trekke slutninger om hva plassering på en slik avdeling betydde.»



Organisering. Fagfolk får stadig mindre handlingsrom for å utføre sine oppgaver.

Opprør blant våre fagfolk

Tre av fire lærer stemte nei til arbeidstidsavtalen med sin arbeidsgiver KS. Dette er et sterkt uttrykk for misnøye med arbeidsgiver. Det virker som det i tillegg til denne aktuelle arbeidskonflikten er en underliggende konflikt. Lærerne gir uttrykk for en sterk opplevelse av detaljstyring og mistillit fra arbeidsgiver. Dette føyer seg inn i en utbredt misnøye med all testing, målstyring, rapportering og annet byråkratipreget arbeid som fortrenger faget deres. Lærerne føler de ikke blir hørt og ikke gitt de rammebetingelsene som må til for å utføre jobben de er utdannet til, på en faglig forsvarlig måte. Dette skaper et arbeidsmiljø som ikke får frem det beste i lærerne, og fjerner fokus fra elevene som de skal betjene.

LEGEOPPRØR. I sommer gjorde 42 leger opprør ved Universitetssykehuset i Tromsø, UNN, og 3 overleger gikk i protest. Legene føler at de ikke har tillit til ledelsen, de blir ikke hørt av sin arbeidsgiver når de uttrykker bekymring om uforsvarlig pasientbehandling. Manglende rammebetingelsene, som blant annet for få sykehussenger etter nedleggelse av flere sykehus, gjør at legene ikke får utført en faglig forsvarlig jobb. De legene som åpent kritiserte ledelsen fikk represalier eller ble truet med tap av

jobb. Leger og helsearbeidere er underlagt samme mål og resultatstyring og rapporteringshysteriet som lærere, politiet, forsvaret, ja nesten alle offentlige ansatte.

«De ledes ikke, de styres ovenfra.»

Anne Karin Gammelsrud

MÅL OG RESULTAT. Tidligere forsvarsminister Sverre Diesen har tidligere i år gått ut med knallhard kritikk av denne mål- og resultatorganiseringen som også er innført i Forsvaret.

Dette styringsparadigmet som store deler av vår offentlige sektor er utsatt for, er kopiert etter en modell av vareproduserende samlebånd i et marked; New Public Management. Denne organiseringen er markedsstyrt og svarer svært dårlig med forskning på ledelse i kunnskapsintensive virksomheter, der man arbeider med mennesker. Nå foregår det en kamp mellom fag og en styring på økonomiske og administrative premisser. Fagfolkene får langt mindre handlingsrom for å utføre sine oppgaver ut ifra egne faglige vurderinger. De ledes ikke, de styres

ovenfra. De må rapportere alt oppover i et system som setter målene langt fra de, pasienter og elever, som fagfolkene skal serve. Fagfolket taper, byråkratene vinner, og politikerne synes dessverre å ha abdisert. Politikerne synes nå å ha invadert profesjonenes praksisfelt med detaljstyring.

BYRÅKRATI. Min bønn til våre politikere: slank byråkratiet, ta tilbake politikernes egentlige oppgaver, nemlig å definere tydelige overordnede rammebetingelser og viktige prioriteringer, og la fagfolka som har kompetansen, gjøre jobben sin. Mindre detaljstyring og kontroll kan bare skje gjennom økt tillit til dem som jobber ute i systemet. Tillit betyr at politikerne må stole på at våre fagfolk er kompetente, tar ansvar og ønsker å bidra til vårt felles beste. Det er det de ønsker. ●



Fakta

Anne Karin Gammelsrud

Pensjonert spesialsykepleier



Sykepleien.no

Hva mener du?

Si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no



Medisiner. Er helsepersonell sitt ansvar bevisst når det gjelder å gi god nok informasjon om legemidler?

Medisinbruk må følges opp bedre



Fakta

**Kari
Henriette
Simensen
Breilid**

Sykepleier NBRR,
Diakonhjemmet
Sykehus

Etter diverse uheldige investeringer og lån blant privatkunder, ble bankpersonell pålagt å gi bedre informasjon til sine kunder. Senest i 2010 påla Finansavtaleloven bankene å gi standardisert informasjon for å sikre at alle bankkunder i EU fikk den samme informasjonen. I tillegg er alle kunderådgivere pålagt å gjennomgå et kurs i kundeveiledning.

Hvordan står det til med oss helsepersonell – er vi flinke nok til å gi informasjon om medisinen til våre pasienter, og forsikre oss om at de har forstått konsekvensene når de putter en ny pille i munnen?

Som en lege sa i et foredrag; «All medisin som har en virkning, har også bivirkning». Det er selvfølgelig forskjell på alvorlighetsgraden etter hvilke type medisiner man tar. Det å ta medisiner mot depresjon eller Parkinson har større konsekvenser enn å ta medisiner mot hodepine. Enkelte medisiner stopper bivirkningene når man seponerer medisinen, mens andre medisiner gjør det ikke. Da vil pasientene ha disse bivirkningene for resten av livet. Skummelt, synes jeg.

LOVEN. Pasienter har samme lovbeskyttelse gjennom Pasientrettighetsloven som bankkundene har vis-à-vis Finansavtaleloven. I § 3-2 står det at pasienten «skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger». Videre i samme lov, § 3-3: «Dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes.»

«Hvis jeg hadde vært pasient, ville jeg ønsket å få vite om alle bivirkningene.»

Så kan man diskutere hva som er «nødvendig informasjon». Det står imidlertid eksplisitt i loven: «mulige risikoer og bivirkninger», og det tolker jeg som alle risikoer og bivirkninger som er kjent og står i Felleskatalogen.

FELLESKATALOGEN. Hvor flinke er vi til å ta ut informasjon fra Felleskatalogen hver gang en pasient skal begynne med en ny medisin? På min avdeling gir vi ut informasjon hver gang pasienten skal starte med et nytt preparat, som regel skriftlig og muntlig, og da ofte gitt av farmasøyt. Ut ifra hva jeg hører andre kolleger og pasienter forteller, gjøres dette ikke som en vanlig rutine. Mange pasienter orker heller ikke å lese Felleskatalogen. Noen på grunn av alle bivirkningene som står der, og da blir de redde for å ta medisinen, eller fordi de rett og slett ikke orker på grunn av at Felleskatalogen har et språk som er vanskelig å forstå. Mange tenker også at det er sjelden bivirkninger oppstår og at det sikkert ikke skjer med dem.

Av den grunn blir det svært viktig hva helsepersonell informerer om, både av risiko og bivirkninger. Ettersom sykepleierne har en viktig rolle med å være bindeleddet mellom lege og pasient, er det viktig at sykepleieren snapper opp hva pasienten vet og ikke vet, hva pasienten lurer på og trenger å vite, slik at dette kan videreformidles til lege og eventuelt farmasøyt.

TO EKSEMPLER. Jeg vil fortelle om to eksempler på manglende oppfølging og informasjon fra min nærmeste vennekrets og hva slags konsekvenser det fikk for dem. Når du har lest disse to historiene kan du stille deg spørsmålet om nødvendig informasjon og oppfølging er gitt.

Mine to venninner er pårørende til parkinsonsyke. Jeg har ingen intensjon om å «henge ut» medisiner som blir brukt for behandling av Parkinson. Medisinen kan oppleves som et mirakel, men med de alvorlige bivirkninger som ofte følger, «må pasienten følges nøye opp», som det står i Felleskatalogen. Og her slurves det!

Min venninne «A» har en far som fikk Parkinson rett etter han ble pensjonist. Da han ble syk var han allerede enkemann, så min venninne og hennes søster ble hans nærmeste pårørende. Han begynte med en dopaminantagonist for behandling av Parkinsons sykdom. De første fem årene som syk administrerte faren medisinen sine selv, og døtrene vet ikke hvor ofte faren var til kontroll hos sin nevrolog i den tiden. Først etter fem år ble bivirkningene synlige for døtrene. Han fikk flere

personlighetsforstyrrelser som forvirring, følte seg forfulgt og fikk blant annet forferdelige drømmer som for ham fortonte seg som virkelige. (Dette er symptomer som står beskrevet som bivirkninger i Felleskatalogen). Han ringte min venninne flere ganger på arbeidet og fortalte alt han så og hørte og var livredd. En ny medisin ble prøvd uten at det forandret symptomene. Etter de fem første årene ble faren brått mye verre, han fikk Alzheimer og ble pleiepasient. Under siste kontroll hos nevrologen var både min venninne og søster med. Det var gått cirka ett år siden forrige kontroll. På den tiden var faren veldig urolig og oppførte seg merkelig. Nevrologen forklarte at han var i en psykose på grunn av for stor dose med medisinen. Nevrologen reduserte dosen bare litt, og det gjorde store forandringer til det bedre for faren.

Det er vanskelig å forutse fremtiden, men kanskje hadde faren sluppet å bli så brått syk hvis han oftere var på kontroll hos nevrologen, og doseringen av medisin var blitt fulgt nøyere opp.

VILLE SKILLES. Min venninne «B» har en ektemann som fikk Parkinson i slutten av 40-årene og har hatt sykdommen i cirka 6 år. Det siste året viser det seg at mannen har vært mye på internett om natten fordi han var for urolig til å kunne sove. På internett «chattet» han med en dame som viser seg å være en svindler. Jeg skal gjøre fortellingen kort med å si at hun hadde klart å svindle ektemannen til min venninne «B» for 2 millioner kroner, og han hadde tatt opp lån fra familie, bank og kredittselskap. I tillegg ville han skilles.

Da dette kom opp ble min venninne «B» med sin mann til nevrologen og fortalte om det som hadde skjedd, og at han nå ville skilles. «Da skal du i hvert fall være «edru» når du tar slike avgjørelser,» sa nevrologen til ektemannen.

I Felleskatalogen står det nevnt at 1 prosent av dem som tar medisinen kan få ekstrem seksuell atferd kombinert med spilllegalskap. Kanskje noe på siden av dette tilfellet – men tapte penger hadde han i hvert fall gjort. I sin «edru» tilstand, det vil si med mindre medisiner i kroppen, ble det ingen skilsmisse.

Ettersom ekteparet mener at hele denne gjeldshistorien skyldes hans medisiner, hadde de håpet på å få noe av de tapte pengene igjen i form av erstatning fra Norsk Pasientskadeerstatning. Noe de ikke fikk. Banken har gitt dem en nedbetalingsordning så de skal klare å beholde huset. Kunne mye av dette vært unngått hvis min venninne og hennes mann ble bedre informert og fikk en større forståelse for hva som kan skje i fremtiden når man går på slike medisiner? Burde ikke nevrologen i sitt første møte med ekteparet anbefalt at ektefelle bør være med på fremtidige møter for å fortelle det hun observerte av forandringer, så nevrologen ikke bare hadde pasientens ord? For ektemannen hadde bare fortalt nevrologen at han hadde det «kjempefint». Med større innsikt ville kanskje også ekteparet laget en avtale med banken/kredittinstitusjon om at ingen nye lån skal gis uten at begge ektefeller samtykker.

OPPFØLGING. Hvis jeg hadde vært pasient, ville jeg ønsket å få vite om alle bivirkningene. Før jeg bestemmer meg for å ta medisinen, kan jeg for det første veie alle fordeler opp mot ulemper. For det andre kan jeg ta forholdsregler og være mentalt og fysisk forberedt på hva som kan skje under medisineringen. Jeg ville ha ordnet det slik at jeg fikk tett samarbeid med fastlegen/spesialist ved å gå jevnlig til kontroll, være åpen med

mine nærmeste om hva som kan skje under medisineringen og be dem være observante for eventuelle forandringer.

Problemet er å få tett oppfølging, som medisinprodusentene skriver i Felleskatalogen. Hvis det er vanskelig å få tett oppfølging hos spesialist, kan man opprette en telefonvakt slik man har gjort på poliklinikken for revmatiske pasienter. Der kan pasientene ringe for å få svar på sine spørsmål innenfor medisiner og symptomer. Det er sykepleieren som har denne telefonvakt, og hun har en revmatolog til disposisjon en viss time på formiddagen for å svare på de spørsmål sykepleieren ikke har kompetanse om. Dette er et populært tilbud.

«Felleskatalogen har et språk som er vanskelig å forstå.»

En annen løsning kan være en ordning med primærsykepleier. Samtidig som pasienten begynner med medisiner (potente medisiner som kan føre til alvorlige bivirkninger), får pasienten «utdelt» en primærsykepleier som kan være pasientens kontaktledd til spesialisten. Denne sykepleieren setter opp konsultasjon for eksempel hver 6. uke (alt avhenger av hva slags medisin), og pasient og pårørende får muligheten til å ringe vedkommende hvis det skulle oppstå noe i mellomtiden.

Så min henstilling til alle kollegaer; sett deg inn i pasientens situasjon og tenk på hva du ville ha ønsket hvis det var deg som var syk. Jeg appellerer til større bevissthet om dette og at leseren tar denne diskusjonen med videre inn på vaktrommet så en frisk debatt kan starte blant kollegaer. ●

Kunst for demente

GAIA

...og litt ekstra for dere som stiller opp...

Vi gjør dagen litt triveligere for både beboere og ansatte, med kunst spesielt tilpasset syke og demente. Sjekk vårt store utvalg i Tea Forté te og tekopper for deg som løper til og fra!

www.helsekunst.no





Ivar Johansen

Hvorfor: Etter manges mening landets mest kjente helsepolitiske lokalpolitiker.
Stilling: Kontorsjef Gyldendal Norsk Forlag
Utdanning: Realskole og folkehøgskole.
Alder: 63 år

Vakt- hunden

I folkets tjeneste. Ivar Johansen er engasjert. Men helst håper han å skape politisk engasjement hos andre.

Tekst Bjørn Arild Østby • Foto Erik M. Sundt



Åpner opp: Å kjempe for større åpenhet har vært en rød tråd i Ivar Johansens politiske engasjement.





I var Johansen – på Wikipedia har han fått benevnelsen (politiker) etter navnet sitt. Ikke fordi han lever av å være politiker. Han lever for politikk. Etter manges mening i dag kanskje landets mest kjente helsepolitiske lokalpolitikker.

Jobben hans er å være kontorsjef i Gyldendal Norsk Forlag. Det er mindre kjent.

På minuttet avtalt tid kommer han. Vi møtes på Kaffebrenneriet på hjørnet av Universitetsgata/Kr IV gate i Oslo. Med utsikt mot det juridiske fakultet. Et fagfelt han har blitt godt kjent med gjennom sitt politiske arbeid.

I år er det femti år siden han som 14-åring deltok i sin første valgkamp. Den gang for Arbeiderpartiet. I forbindelse med folkeavstemmingen om norsk EF-medlemskap i 1972 tok han avskjed med sosialdemokratiet. Ikke med politikken. Han tok bare et steg til venstre – til SV. Der befinner han seg fortsatt. Som bystyreprerrepresentant i hovedstaden.

LANDSKJENT. Selv om mange i dag forbinder Ivar Johansen med helse og sosial, er det på et helt annet område han først ble kjent. Nemlig for graving i norsk etterretningsvirksomhet på 70-tallet.

I 1977 ble han arrestert i forbindelse med den såkalte «Listesaken». Johansen hadde ved hjelp av åpne kilder kartlagt ansatte, organisering og virksomheten til Politiets Overvåkningstjeneste (POT), som tilsvarer dagens PST – Politiets Sikkerhetstjeneste og Forsvarets Etterretningstjeneste. Han tilbød materialet til avisa Ny Tid. Det førte blant annet til politirazzia i avisens redaksjon. Det endte med at Johansen fikk en dom på ett år, hvorav 60 dager i fengsel. De tre andre tiltalte i saken fikk betingete dommer.

«Fortsatt er det slik at taler om åpenhet forblir prat.»

– Det ble et møte med en del av det norske velferdssamfunnet som er ukjent for de fleste, sier han om de 57 dagene han sonet i fengsel. Det gjorde ham ikke mindre engasjert. Tvert om.

De siste tiårene er han mest omtalt for sitt politiske engasjement knyttet til helse og sosiale problemstillinger.

– Det blir ofte sagt at man må være frisk for å være syk. Det er dessverre mye sant i det, mener Johansen.

De som ikke har ressurser til å kjempe sin egen kamp trenger en stemme. Han vil være en slik stemme.

Unge Johansen fikk tidlig nær kontakt med helsevesenet. Han vokste opp i en personalbolig på det som på folkemunne er kjent som «Veum», et psykiatrisk sykehus utenfor Fredrikstad. Det ble et tidlig møte med et lukket samfunn. Moren var sykepleier og faren reparatør ved sykehuset.

ÅPENHET. En rød tråd gjennom hans politiske engasjement har vært, og er, å kjempe for større åpenhet. Samme om det er snakk om hemmelige tjenester, selvopptatte politikere og støvete byråkrater.

– Det forekommer altfor mye hemmelighold om ting som har stor betydning for hver enkelt av oss. Mye mer enn det som er verdig et demokrati.

Siden 1987 har han sittet i bystyret i Oslo for Sosialistisk Venstreparti (SV). I landets kanskje mest lukkede kommune, ifølge Johansen. Han har fått støtte for påstanden fra flere journalister.

– Det er fattet flere vedtak om mer åpenhet i Oslo kommunen. Greie vedtak. Men praksisen er strammet inn. Fortsatt er det slik at taler om åpenhet forblir prat.

Noen år tilbake ønsket byråkrater og politikere å holde hemmelig en rapport om feil og urett som var begått overfor de fattige i hovedstaden.

– De ansvarlige ville holde hemmelig den urett de selv hadde bidratt til.

Johansen bidro til at rapporten ble offentliggjort.

Åpenhet var også stikkordet da han opprettet «Folkevalgdbasen». Her finnes telefonnummer og e-post til blant annet stortingsrepresentanter, medlemmer i stortingskomiteene, landets ordførere og folkevalgte i de største byene.

– Folkevalgte skal være tilgjengelige for innbyggerne og velgerne, og ikke skjule seg bak hemmelige numre. Det er viktig at vi politikere får det løpende korrektiv som innspill fra publikum representerer, mener Johansen.

Ved siden av koppen med varm sjokolade ligger Ipaden. Kanskje hans viktigstemedarbeider. Johansen er aktiv på de fleste sosiale medier: Facebook, Blogg, Twitter, Surfebrett, Osloombudet, Nyhetsbrev. Før de fleste har kommet på jobb og fått slått på PC-en har han publisert nyheter og innspill.

– Sosiale medier er en viktig arena for kommunikasjon. Et sted hvor man får innspill og et sted hvor man kan gi andre en stemme.

Han avslutter alltid nyhetsbrevet med følgende melding: «I folkets tjeneste». Hans kjennemerke.

Responser er stor. Taket for venner på Facebook er for lengst sprengt. 35 000 står på e-postlisten for Nyhetsbrev. 10 000 følger han regelmessig på sosiale media, og bloggen har hatt 350 000 besøkende siste år.

– Sosiale medier er en viktig kanal for å få spredd informasjon, sette dagsorden og å få folk til å engasjere seg. Det skjer ikke gjennom festtaler.

ORGANISASJONENE. Fagforbund og frivillige organisasjoner er også viktige medspillere.

– Jeg får mange henvendelser fra helsepersonell. Ansatte som sitter på mye dokumentasjon, men som er redde for å si fra av redsel for å få sparken.

– Hva med Norsk Sykepleierforbund?



Liste-saken 1977: Ivar Johansen blir ført til forhørsretten med politieskorte. Foto: Bjørn Fjærtøft/ Aftenposten



Oslo byrett 1978: Fra rettssaken mot Svein Blindheim (t.h.). Her i samtale med Ingolf Håkon Teigene (i midten). Foto: NTB/Scanpix

– NSF er raske på banen når det er snakk om stillinger og penger. Jeg savner større engasjement om alle brukerne som ikke får det de trenger og har krav på. NSF må høyere opp på banen og bli en tydeligere stemme. Det gjelder alle fagforeningene, mener Johansen.

– Medlemmene har mye kunnskap, og sitter på enorm dokumentasjon som bør fram. Det bør NSF benytte i sitt arbeid for et bedre helsetilbud og tryggere arbeidsmiljø. Det er lettere for en organisasjon enn enkeltmedlemmer å sette dagsorden.

Da byrådet i 1988 fremmet forslag for bystyret om å nedbemanne alle hovedstadens sykehjem, fikk de svar på tiltale fra ansatte og fagforeningene. Det ble argumenter med at bemanningen ved sykehjemmene i Oslo lå over gjennomsnittet i landet. Med bistand fra tillitsvalgte i NSF la Johansen fram en rapport som dokumenterte at dette ikke var tilfellet. Byråden måtte gå.

Et engasjement Johansen gjerne skulle sett mer av.

Han er kontroversiell, men også hyllet. Blant flere som

verdsetter Johansens arbeid er Norges Handikapforbund (NHF) Oslo.

– Er det noen som virkelig fortjener heder og ære for sitt uoppslitelige engasjement for enkeltpersoner og gruppers kamp for likeverd og likestilling i Oslo, så er det Ivar Johansen. Ivar er i en «elitedivisjon» når det gjelder viljen og evnen til å

«Norsk Sykepleierforbund må bli en tydeligere stemme.»

omsette sin ombudsrolle i politikken til praktisk handling for mennesker og menneskeverd, sa generalsekretær i NHF, Lars Ødegård, da forbundets hederspris ble tildelt han i 2011.

Det grafiske trykket av kunstner Per Kleiva henger over sofaen i stua hjemme på Lindeberg.





KOMMUNE-NORGE. Ivar Johansen er fast medlem i hovedstyret i kommunenes organisasjon (KS). Også en posisjon hvor han har i flere saker har utgjort mindretallet. Nå sist i forbindelse med arbeidsgiverorganisasjonens konflikt med lærerorganisasjonene i striden om lærernes arbeidstid.

Mens streiken pågikk skrev han en kronikk i Dagbladet, «Til lit, framfor konflikt», hvor han klart ga til kjenne at eksisterende arbeidsavtale bør videreføres. Stoppeklokke-styringen har gått altfor langt. Det er tid for en tillitsreform, var budskapet

– Det var ikke lett å skrive den kronikken. For det var et klart ønske i hovedstyret om at ingen skulle markere et avvikende syn i den pågående lærerstreiken. Jeg hadde fått mange henvendelser fra journalister om hvordan jeg stilte meg til konflikten, og mente og mener at det er min plikt å si hvor jeg sto i saken. Gjennom å skrive kronikken hadde jeg selv kontroll på hva som kom på trykk. Og unngå tabloide vinklinger.

«Innbyggerne er våre virkelige arbeidsgivere.»

Samme dag kronikken stod på trykk var det møte i hovedstyret. På dagsorden stod drøfting av forhandlingsutvalgets mandat.

Da vedtaket ble kunngjort etter møtet var meldingen: «Ikke enstemmig.» Johansen avholdt seg fra å stemme.

– Det er forskjellige syn på mange av sakene som blir behandlet i hovedstyret, også om lærerstreiken. Det er viktig å lytte til offentlig sektor. Selv om vi sitter som arbeidsgivers representanter, er det til sjuende og sist innbyggerne som er vår virkelige arbeidsgiver.

Johansen mener folkevalgte på alle nivåer må ha sin lojalitet overfor innbyggerne.

ANBUDSHYSTERI. Rundt omkring i landets kommuner skjer det økt konkurranseutsetting innen eldreomsorgen. Ikke minst i hovedstaden. Her er 23 sykehjem i dag privat drevet.

– Det er mye snakk om økt mangfold. I Oslo betyr anbud stadig færre tilbydere, sier Johansen.

– Denne informasjonen er en forutsetning for om sykehjemsbeboere får reell mulighet til å benytte seg av retten til selv å velge sykehjem, etter at det er gjort vedtak om langtidsplass, påpeker Johansen.

Bemanning er avgjørende for kvaliteten. Det samme er kompetansen den enkelte ansatte har. Å gå god for at dette er forretningshemmeligheter er helt uforståelig for Johansen.

Han har fremmet forslag for bystyret om at «Det legges til rette for full åpenhet og innsyn i sykehjemmenes bemanning, uavhengig av sykehjemmenes eierskap eller driftsform. Åpenheten skal være total: Fra sykehjemmets totalbemanning og ned på bemanning per yrkesgruppe for hver avdeling og hver vakttype.»

Behandlingen av forslaget er stadig blitt utsatt.

Ideologisk er Johansen helt klart mot konkurranseutsetting av velferdstjenester. Han reagerer også på de korte anbudsrunderne, som vanligvis er fire år.

– Det gir liten mulighet for å skape kontinuitet i tilbudene. I tillegg kreves mye ressurser bare det å gjennomføre en



Engasjert: Ivar Johansen er mot konkurranseutsetting av velferdstjenester.

anbudsrunder. Hvis kommunen vedtar å sette tjenester på anbud, må tidsperspektivet være minst ti år. Så får vi heller akseptere at tilbudene blir låst for en lengre periode. Beboerne og de ansatte trenger ro.

Johansen jobbet en kort periode som miljøarbeider på et behandlingshjem for autistiske barn. Lenge nok til å se hvor viktig det er med kontinuitet og stabile omgivelser. Det samme er tilfellet i arbeid med eldre demente, beboere som kan oppleve det at sykehjemssengen flyttes fra en vegg til en annen som svært truende.

POLITIKK. Ivar Johansen blir omtalt som kunnskapsrik og svært metodisk. Men utdanning har det blitt mindre av. Lite vil mange hevde. Realskole og folkehøgskole.

– Var skolelei. Kort og godt.

Yrkeserfaring innen helsesektoren får heller ikke stor plass på CV-en. Da han i 1973 flyttet fra Fredrikstad til Asker jobbet han et år ved et behandlingshjem for autistiske barn. Der stopper det.

Den politiske CV-en er derimot lang. Og han har nettopp sagt ja til å stille for en ny periode. ●

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

JOB

Del 5 Sykepleien 11 | 2014

Stillinger – Kunngjøringer



Se flere stillinger
på nett: sykepleien.no



NYOPPRETTEDE STILLINGER FOR AUTORISERTE SYKEPLEIERE.

12,7 årsverk fast som autorisert sykepleier ved Valdres Lokalmedisinske Senter (VLMS) ledig fra april 2015. Vi søker etter positive, engasjerte, medmenneskelige, ansvarsbevisste, dyktige og fleksible sykepleiere som ønsker å være med å bygge opp et nytt og spennende tilbud i Valdresregionen.

Ønsker du ytterligere opplysninger om stillingen kontakt avdelingssykepleier Stine Mari Skrindsrud Nordaas, tlf. 995 39 117, stine.mari.skrindsrud.nordaaas@nord-aurdal.kommune.no eller virksomhetsleder Toril Naustdal, tlf. 970 43 084 eller e-post: toril.naustdal@nord-aurdal.kommune.no

Elektronisk søknad sendes via: www.nord-aurdal.kommune.no/ledige-stillinger. Her finner du også fullstendig kunngjøringstekst.

Søknadsfrist: 15. oktober 2014

MODUMBAD 
- en kilde til liv



Modum Bad er en diakonal, ideell stiftelse som skal fremme psykisk helse og livskvalitet, familierelasjoner og samliv ved behandling, forskning og forebygging.

Psykiatrisk sykepleier

Modum Bads Traumepoliklinikk i Oslo

Ved avdelingen er det ledig 100 % stilling som psykiatrisk sykepleier.

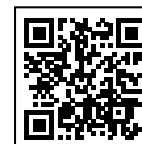
Tiltredelse: 1. januar 2015.

**KONTAKTPERSON: Avdelingsleder
Marianne Klouman, tlf. 22 77 19 42**

Søk elektronisk via

www.modum-bad.no.

Her finner du også
fullstendig utlysningstekst.



Søknadsfrist: 6. oktober 2014

www.modum-bad.no



Røst kommune

Røst er kjent for vakre fugleffjell og landets største sjøfuglebestand. Kommunen har full barnehagedekning. Samferdselsmessig er det god kontakt med fylkeshovedstaden Bodø med to daglige flyavganger. I sommerhalvåret er det daglig fergeforbindelse til og fra Bodø og Lofoten. Om vinteren er fergeforbindelsen til Lofoten noe redusert.

Sykepleier i helse- og omsorgsenheten

Det er ledig 100 % stilling som sykepleier i Røst kommune, kombinert sykehjem og hjemmesykepleie.

Sykepleieren inngår i turnus dag/aften.

Vi søker etter en dyktig og engasjert person med utdanning som sykepleier.

Vi verdsetter fleksibilitet og gode samarbeidsevner.

Røst kommune bidrar aktivt til likestilling mellom kjønnene i samsvar med likestillingslovens bestemmelser og oppfordrer derfor menn til å søke stillingen.

Lønn etter avtale og 6 mnd prøvetid.

Tilsettingen skjer i henhold til avtaleverket mellom partene i arbeidslivet, arbeidsavtale for Røst kommune, øvrige lovbestemmelser og retningslinjer.

Kommunen er behjelpelig med:

- Barnehageplass
- Hjelp til å skaffe bolig
- Pensjonsordning I KLP
- AFP
- Gode permisjons ordninger
- Flyttegodtgjørelse

SØKNADSRIST SNAREST OG SENEST 1. november 2014

For nærmere opplysninger om stillingene kontakt:

Avdelingsleder Åse Munkvold tlf. +47 760 50 532 eller Helse- og omsorgssjef/Rådmann Randi Gregersen tlf. + 47 760 50 506

Skriftlig søknad m/cv og bekreftede attester sendes:

Røst kommune, v/tilsetningsutvalget, 8064 Røst



SEKSJONSLEIAR, fast 100 % stilling ledig frå 01.01.2015

Stillinga er plassert ved psykiatrisk poliklinikk i Førde.

Seksjonen har ansvar for drift av polikliniske tenester i opptaksområdet til Sunnfjord og Ytre Sogn. Opptaksområdet har omlag 40 000 innbyggere over 18 år. Psykiatrisk klinikk skal satse på god heilskapleg klinisk fagverksemd, brukarmedverknad og utvikling av faget, til beste for pasientar. Vaksenpsykiatrisk poliklinikk har ein sentral seksjon i dette arbeidet, og har nye fagutviklingssatsingar i arbeid. Seksjonsleiar vil ha tilgang til støttefunksjonar i arbeidet mot desse måla. Seksjonen har mange dyktige medarbeidere.

Kontaktinfo: Svein Ove Alisøy, tlf. 578 39 470/918 16 510 eller Lillian Sætre, tlf. 578 39 175.

For fullstendig utlysingsstekst og søknadsskjema, gå inn på www.helse-forde.no – ledige stillingar

Referansenummer: 2322703982

Søknadsfrist: 5. Oktober 2014

- Trygghet når du trenger det mest

Sørlandet sykehus HF er regionens største kompetansebedrift, med over 5000 ansatte fordelt på ulike institusjoner i begge Agderfylkene. Vi har ansvar for spesialisthelsetjenesten innen somatikk, psykiatri og avhengighetsbehandling. Spesialisthelsetjenestens hovedoppgaver er pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.

Kristiansand

Anestesisykepleier - Anestesiseksjonen

Anestesiavdelingen består av seksjonene Anestesi, Intensiv, Akuttinntak og Dagkirurgi.

Det er ledig 100 % st. fast som spesialutdannet sykepleier med videreutdanning i anestesi. Tiltredelse etter avtale. Ved intern tilsetting kan andre stillinger i seksjonen bli ledig.

Opplysninger: Enhetsleder, Ann-Helen Dolsvåg, tlf. 38 07 37 20 eller ass. enhetsleder, Steffen R. Meiholt, tlf. 38 07 36 75

Søknadsfrist: 09.10.2014

Søknad og CV registreres elektronisk i vårt søknadsprogram.

Informasjon og fullstendig utlysning finnes på www.sshf.no/jobbok

Ønsker kun kontakt med søkere til stillingen.



Lovisenberg diakonale høgskole (LDH) er en virksomhet innenfor den ideelle stiftelsen Diakonissehuset Lovisenberg, og er etablert som et eget aksjeselskap. LDH tilbyr utdanning som fører frem til bachelor i sykepleie og har utdanningstilbud for helsepersonell på master- og videreutdanningsnivå. Vi holder til i tradisjonsrike omgivelser ved St. Hanshaugen i Oslo. Høsten 2013 flyttet vi inn i nytt bygg utstyrt med moderne IKT-løsninger for ansatte og studenter.

Førsteamanuensis

For å styrke fagmiljøet ved masterstudiet i avansert klinisk sykepleie og høgskolens videreutdanninger utlyser LDH 20% engasjement for perioden 1.1.2015-31.12.2016. Til stillingen søker vi fortrinnsvis personer med førstekompetanse rettet mot ulike aldersgrupper, i akutt-, intensiv- og/eller allmennsykepleie.

Ansvarsområder og arbeidsoppgaver

- Videreutvikle masterprogrammet i avansert klinisk sykepleie og kliniske videreutdanninger
- Undervisnings- og veiledningsoppgaver, inkludert klinisk veiledning
- Eksamensarbeid og evaluering av høgskolens totale studietilbud
- Bidra til høgskolens forskningsvirksomhet som kan involvere masterstudenter

Ønskede egenskaper

- Personlig egnethet
- Evne til å bygge relasjoner og trekke veksler på kompetanse i team
- Evne til å inspirere gjennom kvalitet og faglig entusiasme

Søknadsfrist 17. oktober 2014.

Se fullstendig utlysning på ldh.no/stillinger.



Lovisenberg diakonale høgskole (LDH) er en virksomhet innenfor den ideelle stiftelsen Diakonissehuset Lovisenberg, og er etablert som et eget aksjeselskap. LDH tilbyr utdanning som fører frem til bachelor i sykepleie og har utdanningstilbud for helsepersonell på master- og videreutdanningsnivå. Vi holder til i tradisjonsrike omgivelser ved St. Hanshaugen i Oslo. Høsten 2013 flyttet vi inn i nytt bygg utstyrt med moderne IKT-løsninger for ansatte og studenter.

Flere ledige stillinger i avdeling for bachelor i sykepleie

LDH utlyser følgende stillinger:

- fast 100% stilling med tiltredelse 5.1.2015
- vikariat i 100% stilling for perioden 5.1.2015 -31.12.2015
- vikariat i 50% stilling for perioden 5.1.2015-31.07.2016.

I tillegg har LDH behov for timelærere som kan tenke seg kortere engasjement og vikariater.

Ansvarsområder og arbeidsoppgaver

- Undervisnings- og veiledningsoppgaver, samt eksamensarbeid og evaluering knyttet til studieprogrammene
- Aktiv deltakelse i videreutvikling og kvalitetssikring av høgskolens utdanningstilbud
- Styrke sammenheng mellom fagutvikling/forskning og utdanning
- Samarbeid med praksisfeltet om kvalitet i kliniske studier

Søknadsfrist 8. oktober 2014.

Se fullstendig utlysning på ldh.no/stillinger.



Lovisenberg diakonale høgskole (LDH) er en virksomhet innenfor den ideelle stiftelsen Diakonissehuset Lovisenberg, og er etablert som et eget aksjeselskap. LDH tilbyr utdanning som fører frem til bachelor i sykepleie og har utdanningstilbud for helsepersonell på master- og videreutdanningsnivå. Vi holder til i tradisjonsrike omgivelser ved St. Hanshaugen i Oslo. Høsten 2013 flyttet vi inn i nytt bygg utstyrt med moderne IKT-løsninger for ansatte og studenter.

Professor/førsteamanuensis

For å styrke fagmiljøet ved mastergradstudiet i avansert klinisk sykepleie og høgskolens videreutdanning utlyser LDH 20-40% engasjement for perioden 1.1.2015-31.12.2016. Til stillingen søker vi fortrinnsvis lege med medisinsk faglig kompetanse innen allmennmedisin eller store pasientgrupper med varige helseutfordringer.

Ansvarsområder og arbeidsoppgaver

- Undervisnings- og veiledningsoppgaver
- Programutvikling
- Bidra til høgskolens forskningsvirksomhet

Kvalifikasjoner

- Akademisk kompetanse på høyt vitenskapelig nivå
- Bred klinisk erfaring
- Erfaring fra studentundervisning og veiledning innen helsefag

Søknadsfrist 17. oktober 2014.

Se fullstendig utlysning på ldh.no/stillinger.



Lovisenberg Diakonale Sykehus

Pionér i kompetanse og omsorg

Lovisenberg Diakonale Sykehus AS er Norges største private sykehus, med en årlig omsetning på ca. 1,5 mrd.kr. og ca. 1280 årsverk. Sykehuset eies av de diakonale stiftelsene Diakonova og Diakonissehuset Lovisenberg, har driftsavtale med Helse Sør-Øst RHF og er lokalsykehus for 170 000 innbyggere i flere sentrumsbydeler i Oslo innen indremedisin og psykiatri. Sykehuset har en omfattende planlagt kirurgi samt særskilte funksjoner som hospice og det nasjonale oralmedisinske kompetansesenteret TAKO. Sykehuset er basert på et diakonalt verdigrunnlag med ikke-kommersielt formål. Se www.LDS.no.

Avdelingssykepleier, Medisinsk poliklinikk

Vi søker ny avdelingssykepleier til vår medisinske poliklinikk. Medisinsk poliklinikk består av poliklinisk virksomhet innen fagområdene hjerte, gastroenterologi, lunge, endokrinologi, hematologi og infeksjon, i tillegg til en dagmedisinsk enhet. Poliklinikken har også ansvar for Pasient- og pårørendeopplæringen i Klinikk for medisin. Poliklinikken har i overkant av 20 000 konsultasjoner per år og 26,4 årsverk.

Se full utlysningstekst på www.LDS.no

Søk via www.LDS.no innen 15.10.2014

Det forventes at alle ansatte bidrar til at vi lever opp til våre kjerneverdier kvalitet og nestekjærlighet. Sykehuset har sosiale ordninger tilsvarende statlige helseforetak. Sykehuset foretrekker elektronisk søknad, men den kan eventuelt sendes pr. post til Lovisenberg Diakonale Sykehus, personalavdelingen, 0440 Oslo. Innsendte papirer og attester returneres ikke.



MHH
1936

Martina Hansens Hospital

Martina Hansens Hospital er et spesialsykehus i ortopedisk kirurgi og revmatologi. Hospitalet har 100 sengeplasser, 12 tekniske senger, driver omfattende poliklinisk virksomhet og har ca. 330 ansatte. Se sykehusets hjemmeside: www.mhh.no

OPERASJONSSYKEPLEIER

Fast 100 % stilling ledig ved operasjonsavdelingen, dagvakter, ingen helg- eller høytidsvakter, ledig for snarlig tiltredelse.

Kvalifikasjoner

- Autorisasjon som off. godkjent sykepleier
- Videreutdanning i operasjonssykepleie
- Erfaring fra ortopedi

Personlige egenskaper

- Fleksibilitet, egnethet og motivasjon
- Stabilitet og samarbeidsevne

Vi tilbyr

- Høyt faglig nivå
- Faglig og personlig utvikling
- Internundervisning
- Opplæring

Nærmere opplysninger vedrørende stillingen kan fås hos oversykepleier **Ruth A. Moe**, tlf.: 67 52 17 90.

Søknad, CV og attester sendes helst på e-mail til: postmottak@mhh.no eller Postmottak, Martina Hansens Hospital, Postboks 823, 1306 Sandvika.



Oslo universitetssykehus er lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, regionssykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst og har en rekke nasjonale funksjoner. Sykehuset er landets største med over 20 000 ansatte og har et budsjett på 20 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for størstedelen av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.

ER DU SYKEPLEIER OG HAR LYST TIL Å ARBEIDE I UTLANDET EN PERIODE? -SEKSJON FOR BEHANDLINGSREISER HAR LEDIGE ENGASJEMENTSSTILLINGER.

Sesongen 2015 har vi ledige engasjementsstillinger ved to behandlingssteder i utlandet; Balcova (Izmir, Tyrkia) og Igalo (Montenegro). Varighet: Balcova ca 1. april til 30. oktober, Igalo ca 15. april til 15. oktober. Behandlingsreisereisens team på hvert behandlingssted består av en avdelingssykepleier og 5-6 sykepleiere. Pasientgruppen er voksne med revmatisk diagnose som er på 4 ukers behandlingsopphold. Teamet samarbeider med leger, sykepleiere, fysioterapeuter og andre behandlere på behandlingsstedet.

Arbeidsoppgaver

- Variert arbeid som omfatter forberedelse og mottak av pasientgrupper, individuell oppfølging av pasientene, undervisning, oppfølging av rutiner og prosedyrer samt ivareta sosiale og trivselsskapende tiltak.

Kvalifikasjoner

- Minimum 3 års erfaring etter endt grunnutdanning. Vi oppfordrer spesielt sykepleiere med erfaring innen revmatologi å søke. Det er ønskelig at søker har erfaring med undervisning. Det kreves at man behersker grunnleggende bruk av PC. Arbeidsspråk: norsk og engelsk.

Utdanningsretning

- Sykepleie

Utdanningsnivå

- Høyskole / Universitet, Diplom- / Bachelorgrad

Personlige egenskaper

- Vi søker sykepleiere som kan jobbe selvstendig og målrettet. Det er viktig å vise stor fleksibilitet. Søker må ha gode evner til samarbeid, kommunikasjon og teamarbeid. Han/hun må være komfortabel med å undervise/snakke i plenum. Personlig egnethet vektlegges.

Språk

- Engelsk
- Norsk

Vi tilbyr

- Fri reise fra/til Norge - arbeidsstedet i utlandet, gratis bolig og forsikringsordning. Arbeidstid 35,5 timer/uke. Turnusarbeid med bakvakt hjemme. Lønn etter ansiennitet (Spekter). Ubekvemt arbeidstid kompenseres med et fast kronetillegg. Det trekkes 2% lovfestet pensjon til KLP. Det holdes 2 introduksjonsdager i Oslo før avreise og ca 10 dagers opplæring på behandlingsstedet før første pasientgruppe ankommer. Det utbetales ikke kostgodtgjørelse. For mer informasjon om behandlingsreiser, se vår hjemmeside: www.oslo-universitetssykehus.no/behandlingsreiser. Vi gjør oppmerksom på at det meste av kommunikasjon vedrørende stillingene vil skje via e-post.
- Kun søkere som søker elektronisk via WebCruiter vil bli vurdert.

Full utlysningstekst og søknadskjema finnes på:
www.oslo-universitetssykehus.no/jobb

Kontaktinfo: Kari Berg ass.seksjonsleder, kariberg@ous-hf.no
tlf: 22067856/91606980

Søknadsfrist: 12.oktober 2014



Tjøme kommune

SYKEPLEIERE HVOR ER DERE ☺

FASTE ansettelser, 50,70 og 86 % stillinger,
lønn 419 500 kr direkte plassert, – Saksnr 14/429

Vi trenger flere dyktige sykepleiere, da noen hos oss nå har gått over i pensjonistenes rekker.
Sykehjemmet yter tjenester på et høyt sykepleiefaglig teknisk nivå.
Velkommen til Tjøme kommunes nettsider for utfyllende opplysninger og ikke minst til å søke! www.tjome.kommune.no ledige stillinger.
Nærmere opplysninger om stillingen ved henvendelse
Høisæther, Sissel Irene tlf: 33 06 79 02, epost: sho@tjome.kommune.no
Søknadsfrist: 03.10.2104

Sykehuset Østfold gir spesialisthelsetjenester innenfor somatikk, psykisk helsevern og rus. Vi samarbeider med fastleger, kommunehelsetjenesten og andre helseforetak for å gi Østfolds befolkning et best mulig helsetilbud. Vi er et sykehus i utvikling. Nytt sykehus på Kalnes i Sarpsborg vil stå ferdig i 2015, og Sykehuset Østfold Moss er oppgradert. Dette skal, sammen med helsetjenester i Østfolds fem regioner, gi gode helsetjenester til befolkningen i fremtiden. Vi er en av Østfolds største arbeidsplasser med 4800 medarbeidere, og er lokalisert i Fredrikstad, Moss, Halden, Sarpsborg, Askim og Eidsberg.

DPS Halden-Sarpsborg

Fagutviklingsrådgiver

80 % fast stilling ledig fra 1. desember 2014

Kontaktinfo: Avdelingssjef Andreas Joner eller seksjonsleder Ingrid Muhle Dahl, tlf. 69 86 59 00.

Referansenr.: 2321647280 Søknadsfrist: 26. oktober 2014

Fullstendig utlysningstekst finnes på
www.sykehuset-ostfold.no og www.nav.no. Søknad sendes elektronisk via link på www.sykehuset-ostfold.no.



SYKEHUSET ØSTFOLD

CAPPELEN DAMM

Ledige stillinger

Danskspråklig sykepleier i Norge?

PPS søker redaktør

Redaktøren skal primært jobbe med dansk versjon av PPS og inngår i et redaksjonsteam som samarbeider på tvers av språkversjoner. Arbeidet omfatter både nyutvikling og oppdatering av innhold.

Stillingen rapporterer til redaksjonssjef og avdelingssjef i PPS, og innebærer et tett samarbeid med fagsjefen på PPS-kontoret i København. Stillingen er lokalisert i Oslo.

Vi søker deg som

- er utdannet sykepleier med kandidatur/mastergrad i sykepleievitenskap eller tilsvarende
- har erfaring med kunnskapsbasert fagutvikling
- har erfaring med kunnskapsformidling gjennom digitale støttesystemer
- behersker både norsk og dansk
- kjenner til dansk helsevesen

Full annonse og søknadsskjema på finn.no, kode: 51751774



Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten

IKT / E-helse Utviklingsleder til PPS

PPS er i stadig vekst og utvikling, og vi arbeider kontinuerlig med å videreutvikle effektive og fremtidsorienterte teknologiske løsninger, i takt med kundenes behov og utvikling i helsesektoren.

Stillingen er lokalisert i Oslo og inngår i lederteamet til PPS. Stillingen har ikke personalansvar.

Vi søker deg som har

- høyere utdanning innen IKT og erfaring med ledelse av prosjekter
- erfaring med utvikling og implementering av e-helseløsninger

Utviklingslederen får blant annet ansvar for

- å lede teknologiske utviklingsprosjekter, i samarbeid med eksterne og interne IKT-leverandører
- bestilling, kravspesifikasjon og evaluering av tekniske og funksjonelle løsninger
- integrasjon med andre IKT-systemer for helse- og undervisningssektoren

Full annonse og søknadsskjema på finn.no, kode: 51755588



Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten

Redaktør for sykepleie og helsefag

Helseredaksjonen i Cappelen Damm Akademisk i Oslo søker deg som

- har høyere utdanning innenfor sykepleie eller annet helsefag
- har stor interesse for faglig formidling – og gjerne undervisningserfaring
- kan samarbeide godt med forfattere og interne og eksterne samarbeidspartnere
- kan lede og koordinere prosjekter
- kan bygge nettverk ved utdanningsstedene

Som redaktør får du ansvar for å

- utvikle nye bøker og e-læringsressurser for høyere utdanning og profesjonsmarkeder
- videreutvikle vår eksisterende portefølje av bøker og e-læringsressurser
- jobbe sammen med våre erfarne og dyktige redaktører i helseredaksjonen
- samarbeide med PPS-teamet og våre digitale utviklere

For den rette kandidaten har stillingen store utviklingsmuligheter.

Full annonse og søknadsskjema på finn.no, kode: 51756558

CAPPELEN DAMM
AKADEMISK

Som medarbeider i PPS og helseredaksjonen får du arbeide i skjæringspunktet mellom fag, kunnskapsformidling og teknologi. Du blir en del av et kompetent og innovativt fagmiljø, og får samarbeide med dyktige kollegaer og bidragsytere i Norge og Danmark. Du får være med på å utvikle fremtidsrettete produkter og tjenester.

Spørsmål om stillingene i PPS kan rettes til avdelingssjef Ann Kristin Rotegård, +47 414 77 113

Spørsmål om stillingen i helseredaksjonen kan rettes til redaksjonssjef Hilde Lærum, +47 970 97 732

Cappelen Damm AS er et av Norges ledende forlagshus, med et utgivelsesprogram som omfatter lærebøker, digitale læremidler, fagbøker, skjønn- og generell litteratur, verk og kart.

Cappelen Damm Akademisk er et eget forretningsområde og ledende utgiver av bøker og digitale produkter for høyere utdanning og profesjon. Forlagsenheten har 40 ansatte, fordelt på avdelinger i Oslo, Kristiansand og København.

Den digitale tjenesten PPS (Praktiske prosedyrer i sykepleietjenesten) har en ledende posisjon i Norge og i Danmark, og flere land står for tur. PPS er en avdeling i Cappelen Damm Akademisk, med hovedkontor i Oslo og avdelingskontor i København.



Søknadsfrist for alle stillinger er **20. oktober**

Les mer på www.ppsinfo.no / www.ppsinfo.dk og www.cda.no



Lovisenberg diakonale høgskole (LDH) er en virksomhet innenfor den ideelle stiftelsen Diakonissehuset Lovisenberg, og er etablert som et eget aksjeselskap. LDH tilbyr utdanning som fører frem til bachelor i sykepleie og har utdanningstilbud for helsepersonell på master- og videreutdanningsnivå. Vi holder til i tradisjonsrike omgivelser ved St. Hanshaugen i Oslo. Høsten 2013 flyttet vi inn i nytt bygg utstyrt med moderne IKT-løsninger for ansatte og studenter.

Forskningsleder

Det utlyses nå en 50% stilling som forskningsleder. Funksjonen kan eventuelt kombineres med en stillingsandel som førsteamanuensis eller professor ved høgskolen.

Kvalifikasjoner

Må ha

- Vitenskapelig kompetanse på minimum doktorgradsnivå
- Helsefaglig utdanning med relevans for høgskolens utdanningsprogram
- Dokumentert erfaring med veiledning og prosjekt-/forskningsledelse
- Tilknytning til relevante faglige nettverk

Bør ha

- Evne og vilje til å legge til rette for vekst for forskere i ulike faser av en vitenskapelig karriere
- Dokumenterte resultater i konkurranse om ekstern forskningsfinansiering, enten som prosjektleder eller som vesentlig bidragsyter til prosjektbeskrivelse
- Personlig egnethet for stillingen

Søknadsfrist 17. oktober 2014.

Se fullstendig utlysning på ldh.no/stillinger.

Nord-Gudbrandsdal



Lokalmedisinske Senter

Nord-Gudbrandsdal Lokalmedisinske Senter (NGLMS) tilbyr kommunale og interkommunale tjenester, regionale oppgaver og prosjekt i tillegg til spesialisthelsetjenester. Senteret har egen sengeavdeling med 6 korttidsplasser for Sel kommune, 3 regionale øyeblikkelig-hjelp plasser og 6 regionale intermediære sengeplasser. NGLMS har ansvar for alarmtjenester for 9 kommuner, legevaktssentral for 8 kommuner, legevakt fra kl. 1600 til 0800 hverdag og hele helg og høytid for 6 kommuner. Otta legekantor drives av Sel kommune med 5 fastlegepraksiser, 1 turnuslege og 6 stillinger for helsepersonell.

Avdelingsleder og sykepleiere søkes

Avdelingsleder ved sengeavdelingen 100 % fast stilling

Vi søker etter autorisert offentlig sykepleier, gjerne med videre-/etterutdanning fra høyskole/universitet innen administrasjon og ledelse. Avdelingsleder har ansvar for daglig koordinering og drift av sengeavdelingen, i tett samarbeid med de øvrige enhetene i NGLMS.

Faste stillinger som offentlig autoriserte sykepleiere

40 %, 50 % og 60 % faste stillinger som sykepleiere på sengeavdelingen. 20 % fast stilling som sykepleier på helg. 75 % vikariat som sykepleier fordelt på legevakt/sengeavdeling.

Søknadsfrist 01.10.2014

For mer informasjon om stillingene se:
www.nglms.no / www.sel.kommune.no



Evenes kommune

EVENES KOMMUNE ligger helt nord i Nordland, men både Harstad og Narvik mindre enn en time unna. Her bor vi landleig – Midt i Opplevelsen – med lett tilgang til byenes tilbud.

Vil du bli vår nye helse og omsorgsleder?

Vår dyktige helse- og omsorgsleder gjennom mange år går av med pensjon, og vi søker hans etterfølger med tiltredelse snarest mulig.

Du vil hovedsakelig få ansvar for Evenes syke og bygdeheim, Hjemmetjenesten, Miljøtjenesten, Barnevernstjenesten (interkommunal tjeneste), Helsesøstertjeneste og Psykiatritjenesten. Helse- og omsorgsleder leder psykososialt kriseteam.

Vi søker helse- og omsorgsleder med relevant universitets- eller høyskoleutdanning, og helst erfaring med ett eller flere av fagområdene. Du må være en «gjennomfører», fleksibel, effektiv og med gode samarbeidsevner. Lønn etter avtale.

Nærmere opplysninger om stillingene kan fås ved henvendelse til helse- og omsorgsleder Gunnar Bergvik, tlf. 918 63 212, eller rådmann Steinar Sørensen, tlf. 76 98 15 01.

Fullstendig utlysning på kommunens hjemmeside og Jobbnorge.no

Søknad sendes på fastsatt skjema som hentes på www.evenes.kommune.no, og sendes: Evenes kommune, postboks 43, 8539 Bogen i Ofoten **innen 9. oktober 2014.**

Jobbnorge.no



Kommunalavdelingen for helse og omsorg i Voss kommune søker:

OMRÅDELEIAR VEST Institusjons- og heimebaserte tenester

Til å leie og utvikle område vest søker vi ein leiar med lyst på nye utfordringar. Du vil få leie kompetente medarbeidarar, leggje til rette for fagleg høg standard på tenestene, god flyt og brukarane i fokus.

Du har

- høgare utdanning – helsefagleg bakgrunn er ein fordel, men ikkje ein føresetnad
- strukturfokus, heilskapleg tilnærming og gjennomføringsevne
- forståing for utfordringar i kommunehelsetenesta i grensene mellom fag og økonomi
- evne til å motivera og skape resultat saman med andre

Les meir på www.voss.kommune.no
Frist for søknad er 12. oktober.

For spørsmål om stillingane, ta kontakt med kommunalsjef Radina Trengereid, tlf. 930 56 727, eller Thomas Gimse i Agenda Kaupang, tlf. 916 97 080.





Avdelingsleder

Klinikk psykisk helse og avhengighet

Avdeling psykisk helse, nasjonale og regionale funksjoner har ledig stilling som avdelingsleder.

Avdelingen søker en samlende og målrettet leder. Som avdelingsleder har du faglig, administrativt og økonomisk ansvar for avdelingen.

Avdelingsleder rapporterer til klinikkleder og er en del av klinikkens ledergruppe.

Kontaktinfo: Marit Bjartveit, klinikkleder, tlf. 908 64 267 eller Karin Erlimo, HR-leder, tlf. 916 18 316

Ref.nr. 2341763735

Søknadsfrist: 27.10.2014

frantz.no

For fullstendig annonse se: www.oslo-universitetssykehus.no

Oslo universitetssykehus er lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, regionssykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst og har en rekke nasjonale funksjoner. Sykehuset er landets største med over 20 000 ansatte og har et budsjett på 20 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for størstedelen av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.

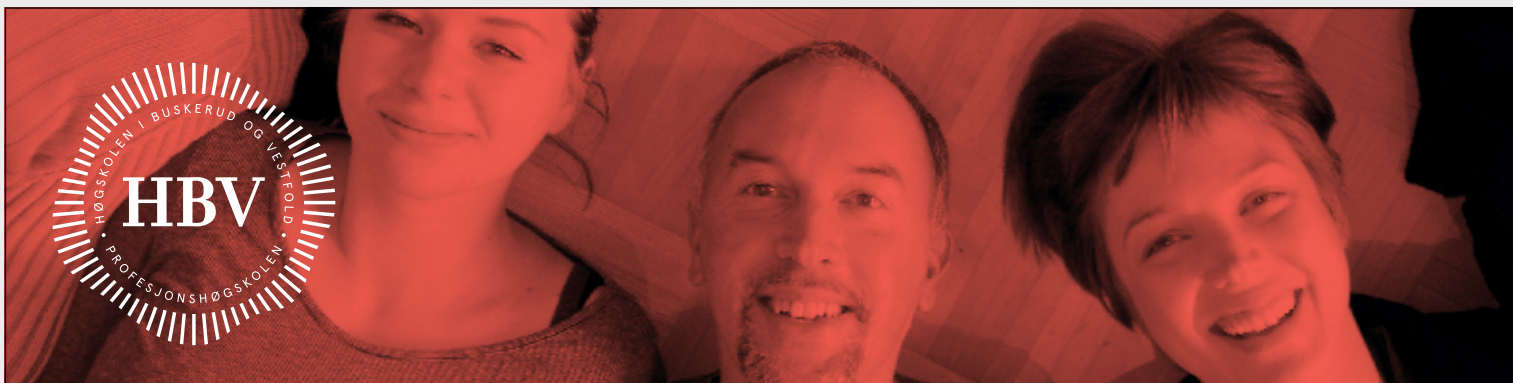


MEDIYOGA - medisinsk yoga

Utdannelse for helsepersonell

OSLO - BERGEN - BODØ - KARMØY
TROMSØ - TRONDHEIM - STAVANGER

mediyoga.no +46 85 40 882 80



Psykoterapi: Integrativ terapi

Høgskolestudium • Samlingsbasert deltid 60 studiepoeng

Studiet passer for deg med helsefaglig bachelor som vil bli psykoterapeut.

I tillegg kan studiet inngå som en mastermodul i Klinisk helsearbeid. Oppstart august 2015.

Integrativ terapi er en helhetlig psykoterapeutisk retning som integrerer metoder fra ulike terapiformer, med vekt på bl.a. kreative medier og kropporientert forståelse. Terapiformen har solid teoretisk og faglig forankring. Studiet egner seg for deg som er trygg nok i din egen profesjonalitet til å utvikle deg videre personlig og profesjonelt

sammen med andre. Du lærer metoder bl.a. via selverfaring i grupper. Studiet er både akademisk og praksisnært.

For mer informasjon:

Anne Grethe Steinsvåg / 32 20 64 65 / anne.grethe.steinsvag@hbv.no
eller Jan Sjøberg / 99019707

hbv.no/psykoterapi



ETTER- OG VIDEREUTDANNING VED UNIVERSITETET I BERGEN

SORGUTDANNING

15 studie-
poeng

Universitetet i Bergen tilbyr videreutdanning i sorg med oppstart i november 2014

Sorg kan ha alvorlige helsemessige konsekvenser og sorgområdet vies stadig mer oppmerksomhet. Sorgutdanningen skal gi et godt grunnlag for å møte faglige utfordringer på dette feltet. Målgruppen er helsepersonell og andre yrkesgrupper som kommer i kontakt med sørgende etter dødsfall.

Undervisningen er samlingsbasert og går over fire semestre.

Søknadsfrist: 20.10.2014



UNIVERSITETET I BERGEN



4.000 har lastet ned
Sykepleiens app! Prøv du også!

Har du iPad eller Android er det bare å søke på Sykepleien i App Store eller Google Play. Det er den første som kommer opp.

Sykepleien



Videreutdanning vår 2015

Fakultet for helsevitenskap

Demens og alderspsykiatri 30 stp.

Kvalitetsledelse: Styring og ledelse av kvalitet i offentlige og private virksomheter 20 stp.

Helseledelse 30 stp.

Psykisk helse og rusrelaterte problemer 60 stp.

Dermatologisk sykepleie 30 stp.

Katastrofe- og krisehåndtering 15 stp.

Samarbeidsbasert forskning i psykisk helsearbeid 15 stp.

Øyesykepleie 60 stp.

Tverrfaglig videreutdanning i smertebehandling 30 stp.

Søknadsfrist 15. november 2014

Vi har noen ledige studieplasser på

Revisjonsledelse av styringssystemer for kvalitet og miljø
10 stp. høst 2014.

Kontaktperson

Anne Grethe Steinsvåg / 32 20 64 65 /
anne.grethe.steinsvag@hbv.no

hbv.no/videre

PASIENTSIKKERHET

Oppstart høsten 2014

Vi har alle erfaringer som pasient eller pårørende i tilknytning til ulike typer helsetjenester. Emnet handler om hvordan pasienters sikkerhet forstås, forklares og ivaretas når de har behov for helsetjenester.

Hvem passer kurset for?

Kurset retter seg mot alle som er opptatt av sikkerhet i norsk helsevesen, det være seg helsepersonell, utdannings- og forskningsinstitusjoner, offentlig forvaltning, arbeidstakerorganisasjoner, samt studenter, pårørende, politikere og andre med interesse for pasientsikkerhet. Kurset vil likevel være spesielt nyttig for helsepersonell, enten de er ledere, arbeidstakere, tillitsvalgte, stabsansatte eller engasjert i tilsynsvirksomhet.



Universitetet
i Stavanger

Påmeldingsfrist: 15.oktober 2014

Påmelding på: www.uis.no/pluss

UNIK TVERRFAGLIG UTDANNING MED FOKUS PÅ
ELDREOMSORG, DEMENS OG PALLIASJON:

OMSORG VED LIVETS SLUTT – EN VERDIG ALDERDOM?

Skaft deg kompetanse og trygghet og bli en viktig ressursperson. Våre deltakere vil i løpet av studiet få faglig støtte til å etablere prosjekt på egen arbeidsplass. Utdanningen er ettårig. Undervisningen er fordelt på 3 samlinger, totalt 9 dager.

1 deltager 6.000,-

2 deltagere 10.000,-

Ytterligere deltagere 4.000,- per person.

Studiet er for øvrig finansiert av Helsedirektoratet og Fagforbundet.

Ledelse: overlege Stein Husebø og tverrfaglig team ved Verdighetsenteret i Bergen.

OPPSTART:

Kull 15: 27. – 29. januar 2015

www.verdighetsenteret.no

Ta gjerne kontakt:

sykepleier@verdighetsenteret.no

Olaug Finsrud tlf.: 55 39 77 35

Silje B. Eikemo tlf.: 55 39 77 27



Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE

NSFs nasjonale ledelseskongress 2014

«LEVENDE LEDELSE»

**Gode ledere leder - levende ledelse gir liv til medarbeidere
- levende ledelse gir levende organisasjoner og fornøyde pasienter.**

Tid: 27. og 28. november 2014

Sted: Clarion Hotel & Congress Oslo Airport, Gardermoen

Målgruppe: Alle ledere, på alle nivå i helse- og omsorgssektoren

Se www.nsf.no for program og påmelding

Deltakeravgift: Kr 2500,- for medlemmer av NSF

Kr 4000,- for ikke-medlemmer av NSF

Velkommen til en konferanse med fokus på engasjement, rolle og fag

Arrangør: Norsk Sykepleierforbund, NSFs Landsgruppe for sykepleieledere og Sentralt Fagforum i NSF





LEDELSE OG KVALITET

Gjør sykepleier en forskjell?

23. oktober 2014 har Norsk Sykepleierforbund Oslo og - Akershus gleden av å ønske velkommen til gratis fagseminar for ledere og tillitsvalgte på Håndverkeren Kurs – og konferansesenter i Oslo.

Ledelse og kvalitet i helsetjenesten er alltid et aktuelt tema. Nylig forskning viser at det er en sammenheng mellom antall sykepleiere og pasientskader. Er det slik at det er lavere dødelighet der det er flere sykepleiere på jobb? Hvilken betydning sykepleiere har på kvaliteten i helsetjenesten og lederens rolle i dette, er noe av det vi ønsker å belyse på seminaret. Vi håper dagen vil være en kilde til inspirasjon og at ledere og tillitsvalgte vil jobbe sammen mot et felles mål. Velkommen til et inspirerende fagseminar.

Seminaret er meritterende med 5 timer som klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie. Kursbevis vil bli utdelt på seminaret.

MELD DEG PÅ INNEN 6. oktober. Gå inn på www.nsf.no. Under fanen «kurs og konferanse» finner du fagseminaret på 23. oktober.

NSF Oslo og NSF Akershus ønsker deg velkommen!



UTSTYR TIL DEG SOM HELSEARBEIDER

Vaktrommet A/S leverer utstyr til legekontor, sykehjem, alle små og store helseinstitusjoner og til deg privat. Besøk vår nett-butikk:

www.vaktrommet.no



www.vaktrommet.no
post@vaktrommet.no
Tel: 926 97 497

Lik oss og vær med i trekninger!

Vi tilbyr høgskoleutdanning innen hudpleie og kosmetiske behandlinger for sykepleiere



Senzie Akademiet satser på videreutdanning av sykepleiere innen hudpleie og medisinske behandlinger. 15 studiepoeng pr studie, og studiestart vår og høst.

Vi tilbyr to høgskolestudier:

- Hudpleie for sykepleiere
- Kosmetisk dermatologisk hudbehandling

Vi har anerkjente forelesere og leger til å undervise på Kosmetisk dermatologi. Vi har blant andre dr. Bjørn Tvedt fra Akademiklinikken, dr. Michael Zangani fra hudavdelingen på Rikshospitalet, og den anerkjente legen Kieren Bong fra Skotland.

Les mer på www.senzie.no eller kontakt oss på tlf: 911 007 99

senzie
akademiet



“ - Skolen har gitt meg ny inspirasjon og jeg har lært utrolig mye. Jeg har vært så heldig å få undervisning av dyktige hudleger og sykepleiere som har delt raust av sine kunnskaper!

Kristin Waage, sykepleier på Sørlandet Sykehus i Kristiansand og en av våre tidligere studenter.

Nytt studie i 2015:
“Ledelse og drift av helse- og velværeklippiker.”
Følg med på www.senzie.no



Fire land
– én reise!

KUN KR

24 998,-

Magiske Sør-Amerika

Argentina, Uruguay, Paraguay og Brasil: lidenskapelig tango, fossende vannfall og to av verdens vakreste storbyer – med Albatros-reiseleder, 13 dager

Albatros Travel og Sykepleien har satt sammen en rundreise som kombinerer de berømte storbyene Buenos Aires og Rio de Janeiro, med de imponerende Iguazú-fallene og en avstikker til både Uruguay og Paraguay.

I Buenos Aires venter byvandring i de elegante kvarterene og et lidenskapelig tangoshow. I Rio tar vi oss til Copacabana, tar taubanen opp til Sukkertoppen og beundrer den berømte Kristusstatuen. Dessuten har vi to dager ved de mektige Iguazú-fallene, der vi virkelig har sjansen til å bli i ett med naturen.

Avreise 7. mars 2015

Kr 24 998,-

Enkeltromstillegg kr 4 498,-

Prisen inkluderer: Norsk/svensk reiseleder, utflukter ifølge program, fly Oslo–Buenos Aires og Rio de Janeiro–Oslo, fly Iguazú–Rio de Janeiro, fly Rio de Janeiro–São Paulo, innkvartering på gode hoteller i delt dobbeltrom, 1 overnatting i førsteklasses nattbuss, frokost daglig, middag dag 4 og lett middag i nattbussen dag 5, skatter og avgifter.

DAGSPROGRAM

- Dag 1** Avreise fra Norge
- Dag 2** Buenos Aires. Byrundtur
- Dag 3** Båttur fra Buenos Aires til Colonia, Uruguay
- Dag 4** Buenos Aires. Byrundtur og tangoshow
- Dag 5** Buenos Aires. Tid på egen hånd og nattbuss mot Paraguay
- Dag 6** Posadas – Encarnación, Paraguay. Utflukt til jesuitt-misjonsbyer
- Dag 7** Encarnación–Ciudad del Este–Iguazú
- Dag 8** Iguazú-fossefallet, den argentinske siden
- Dag 9** Iguazú-fossefallet, den brasilianske siden – Rio de Janeiro, Brasil
- Dag 10** Rio de Janeiro. Corcovado-fjellet, Kristusstatuen og spasertur på Copacabana
- Dag 11** Rio de Janeiro. Sukkertoppen og rundtur i Santa Teresa-kvarteret
- Dag 12** Rio de Janeiro – hjemreise
- Dag 13** Ankomst til Norge



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

Les mer på www.albatros-travel.no/SYK

info@albatros-travel.no. Vennligst opplys reisekode LR-SYK

Åpent man–fre 8:30–17:00 & lør–søn 10:00–15:00. Ring på tlf.: 800 58 106

Albatros

Nye

Uracyst®

– 2% løsning kondroitinsulfat 400mg



Uracyst® reparerer det ødelagte beskyttelseslaget i blæren

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

Uracyst® har i tillegg dokumentert effekt ved:

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

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

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

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

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

 **Navamedic**