

2 2014

6. februar 2014
102. årgang

Sykepleien

Da Silje møtte Tone **36**
Stresset og utbrent **46**
Digger helsevesenet **58**



Retti søpla

Sykepleieforskere får ikke midler.
De skriver for dårlige søknader. 18



«Jeg hjelper deg med bedre forsikringer.»

«De fleste av oss sykepleiere har jo pensjonen vår i KLP, men vi har også mange gode medlemsfordeler innen bank og forsikring. Jeg flyttet innboforsikringen min over til KLP og sparer 1200 kroner i året bare på det»

Lene Ingberg,
sykepleier og KLP-medlem

Dine medlemsfordeler som KLP-medlem:

Du får vår laveste pris på forsikringer, og vår beste rente og laveste gebyrer innen bank- og fondstjenester. Nå får du også Maksdekning til prisen av vanlig kasko på bilforsikringen. **Se alle medlemsfordelene dine på klp.no**



Ett klikk. Én gang i uka.

Penn foretrekkes fremfor sprøyte¹
Mindre smerte ved injeksjon²
Én gang i uka³



Enkel å
bruke

AVONEX
(interferon beta-1a)

Referanser:

1. Philips et al. BMC Neurology 2011, 11:126
2. Beer K. et al. BMC Neurology 2011, 11:144
3. Avonex Preparatomtale 2012

C

Avonex «Biogen Idec»

Interferon.

LO3A B07

ATC-nr.:

INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 30 µg/0,5 ml (6 mill. IE): Hver ferdigfylt sprøyte/penn (0,5 ml) inneh.: Interferon beta-1a 6 mill. IE (30 µg), natriumacetattryhydrat, konsentrert eddiksyrer, argininhydroklorid, polysorbat 20, vann til injeksjonsvæsker. Inneholder ikke humant serumalbumin.

PULVER OG VÆSKE TIL INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 30 µg (6 mill. IE): Hvert sett inneh.: I) Hetteglass med BIO-SET: Interferon beta-1a 6 mill. IE (30 µg), humant serumalbumin 15 mg, dinatriumhydrogenfosfat 5,7 mg, natriumdihydrogenfosfat 1,2 mg, natriumklorid 5,8 mg. II) Ferdigfylt glass-sprøyte: Vann til injeksjonsvæsker.

Indikasjoner: Indisert til behandling av pasienter med diagnosen attackpreget multipel sklerose (MS). I kliniske studier var dette karakterisert ved 2 eller flere akutte forverringer (attakk) i løpet av de 3 siste årene, uten påvist kontinuerlig progresjon mellom attackene. Interferon beta-1a forsinket progresjon av funksjonssnedsettselen og reduserer hyppigheten av attackene. Preparatet er også indisert til behandling av pasienter som har hatt én episode av demyelinisering med en aktiv inflammatorisk prosess, hvis denne er alvorlig nok til å kreve behandling med kortikosteroider i.v., alternative diagnoser er utelukket, før det anses at pasienten har høy risiko for å utvikle tydelig klinisk MS. Behandling med interferon beta-1a bør avbrytes hos pasienter som utvikler progressiv MS.

Dosering: Behandling bør initieres under tilsyn av en lege som har erfaring i behandling av sykdommen. **Voksne:** Anbefalt dose er 30 µg (6 mill. IE) i.m. 1 gang pr. uke. Ved bruk av BIO-SET eller injeksjonsvæske i ferdigfylt sprøyte kan dosen ev. titreres ved oppstart, ved å øke med 1 dose pr. uke, slik at full dose (30 µg/uke) oppnås den 4. uken. Alternativt kan ½ dose gis 1 gang pr. uke, før det økes til full dose, som deretter opprettholdes. Manuelt titreringssutstyr til bruk sammen med sprøyten er tilgjengelig for administrering av redusert dose. Så snart full dose er oppnådd kan ferdigfylt penn brukes etter tilstrekkelig opplæring. Før injeksjon og i ytterligere 24 timer etter hver injeksjon, anbefales det å gi et antipyretisk analgetikum for å dempe de influensalignende symptomene som er forbundet med administrering av interferon beta-1a. Symptomene forekommer vanligvis i løpet av de første behandlingsmånedene. Det er ikke kjent hvor lenge behandlingen bør vare. Klinisk evaluering av pasienten bør gjøres etter 2 års behandling, og ytterligere langtidsbehandling bør avgjøres av behandelende lege på individuelt grunnlag. Behandlingen bør seponeres dersom pasienten utvikler kronisk, progressiv MS. Klinisk erfaring tilsier at MS-pasienter kan få samtidig behandling med interferon beta-1a og kortikosteroider eller ACTH ved attack. **Barn og ungdom: 12-16 år:** Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. Begrensede data indikerer at sikkerhetsprofilen ved bruk av 30 µg i.m. 1 gang pr. uke ligner den for voksne, men ingen doseringsanbefalinger kan gis. **<12 år:** Data mangler. Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. **Eldre:** Ingen dosejustering er nødvendig. **Administrering:** Til i.m.

bruk. Injeksjonsstedet bør endres hver uke. Anbefalt injeksjonssted ved bruk av ferdigfylt penn er øverste del av muskelen på yttersiden av låret. Dette bør også endres hver uke.

Kontraindikasjoner: Oppstart av behandling under graviditet. Tidligere overfølsomhet for naturlig eller rekombinant interferon beta eller noen av hjelpestoffene. Pågående alvorlig depresjon og/eller selvmordstanker. **Pulver og væske til injeksjonsvæsker:** Overfølsomhet for humant albumin.

Forsiktighetsregler: Interferon beta-1a bør gis med forsiktighet ved tidligere eller pågående depressive lidelser, spesielt ved tidligere selvmordstanker. Depresjon og selvmordstanker forekommer hyppigere hos MS-pasienter og i forbindelse med bruk av interferon. Pasienten bør rådes til øyeblikkelig å rapportere alle symptomer på depresjon og/eller selvmordstanker til legen. Pasienter som viser tegn på depresjon bør overvåkes nøye under behandlingen og gis adekvat behandling. Seponering bør vurderes. Interferon beta-1a bør gis med forsiktighet ved tidligere krampeanfallet, og ved behandling med antiepileptika, spesielt hvis epilepsien ikke er tilstrekkelig kontrollert. Forsiktighet bør utvises og nøye oppfølging vurderes ved bruk av interferon beta-1a ved alvorlig nyre- og leversvikt, og ved alvorlig benmargssuppresjon. Leverskade, inkl. forhøyet nivå av leverenzymmer, hepatitt, autoimmun hepatitt og leversvikt er observert, i noen tilfeller ved samtidig bruk av andre legemidler som er forbundet med leverskade. Pasienten bør overvåkes mht. tegn på leverskade, og forsiktighet utvises ved bruk sammen med andre legemidler som er forbundet med leverskade. Pasienter med hjertesvikt, slik som angina, kongestiv hjertesvikt eller arytmi, bør overvåkes nøye mht. forverring av klinisk tilstand under behandling med interferon beta-1a. Influensalignende symptomer som er forbundet med behandlingen, kan være belastende for pasienter med underliggende hjerte problemer. Unormale laboratorieverdier er forbundet med bruk av interferon. Foruten vanlige laboratorieprøver ved kontroll av pasienter med MS, anbefales måling av totalt antall leukocytter med differensialtelling, blodplattell og blodkjemi inkl. leverfunksjonstester. Pasienter med benmargssuppresjon kan ha behov for ekstra overvåking mht. totalt antall blodceller, inkl. differensialtelling og blodplattell. Pasienter kan utvikle antistoffer mot interferon beta-1a. Hos noen av disse kan antistoffene redusere aktiviteten av interferon beta-1a in vitro (nøytraliserende antistoffer). Nøytraliserende antistoffer er forbundet med en reduksjon av de biologiske effektene av preparatet in vivo, og det kan ev. være forbundet med redusert klinisk effekt. Det er anslått at maks. insidens for dannelsen av nøytraliserende antistoffer når etter 12 måneders behandling. Data fra pasienter som har vært behandlet med preparatet i opptil 3 år tyder på at ca. 5-8% utvikler nøytraliserende antistoffer. **Interaksjoner:** Interferon reduserer aktiviteten av hepatisk cytokrom P-450-enzym. Forsiktighet bør derfor utvises når interferon beta-1a administreres i kombinasjon med f.eks. antiepileptika og noen typer antidepressiver.

Graviditet/Amming: Se Kontraindikasjoner. **Overgang i placenta:** Begrenset erfaring. Data tyder på økt risiko for spontanabort. Kvinner i fertil alder må bruke sikker prevensjon. Pasienter som blir gravide eller planlegger graviditet bør informeres om risiko for skadelige effekter, og seponering bør vurderes. Ved høy anfallsfrekvens bør oppstart av behandling, bør risiko for alvorlig anfall etter seponering, veies mot mulig økt risiko for spontanabort. **Overgang i morsmelk:** Ukjent. Pga. faren for alvorlige bivirkninger bør amming unngås eller behandlingen avbrytes.

Bivirkninger: De hyppigste er influensalignende symptomer, slik som myalg, feber, frysninger, svetting, asteni, hodepine og kvalme. Disse er hyppigere i starten av behandlingen. Dosetitrering ved oppstart reduserer intensitet og insidens av influensalignende symptomer. Forbigående nevrologiske symptomer som kan ligne forverring av MS kan forekomme etter injeksjon. Forbigående episoder av hypertoni og/eller alvorlig muskelsvekkelse som hindrer frivillige bevegelser kan forekomme når som helst under behandlingen. Episodene er av begrenset varighet, tidsmessig relatert til injeksjonene og kan oppstå igjen ved senere injeksjoner. I noen tilfeller er disse symptomene forbundet med influensalignende symptomer. Bivirkningsfrekvensen er uttrykt som pasientår. **Svært vanlige (≥1/10 pasientår):** Neurologiske: Hodepine. Øvrige: Influensalignende symptomer, feber, frysninger, svetting. **Vanlige (≥1/100 til <1/10 pasientår):** Gastrointestinale: Oppkast, diaré, kvalme. Hjerte/kar: Flushing. Hud: Utslett, økt svetting, kontusjon. Luftveier: Rhinoré. Muskel-skjelettsystemet: Muskelkrampe, nakkesmerter, myalg, artralgi, smerter i ekstremiteter, ryggsmerte, muskeltivhet, stivhet i muskler og skjelett. Neurologiske: Hypoestesi, muskelpastisitet. Psykiske: Depresjon, søvnløshet. Stoffskifte/ernæring: Anoreksi. Undersøkelser: Redusert antall lymfocytter, leukocytter og nøytrofile, redusert hematokrit, økt kalium i blodet, økt blodurea-nitrogen. Øvrige: Smerter, rødhet og blåmerker på injeksjonsstedet, asteni, smerte, fatigue, sykdomsfølelse, nattesvette. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100 pasientår):** Hud: Alopeci. Kjønnsganer/bryst: Metroragi, menoragi. Undersøkelser: Redusert plattell. Øvrige: Svie på injeksjonsstedet. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000 pasientår):** Luftveier: Dyspné. Bivirkninger med ukjent frekvens: Pancytopeni, trombocytopeni, hypotyroidisme, hypertyreoidisme, selvmord, psykose, angst, forvirring, emosjonell labilitet, nevrologiske symptomer, synkope (vanligvis enkeltpisoder ved behandlingsstart som ikke skjer igjen ved påfølgende injeksjoner), hypertoni, svimmelhet, parestesi, kramper, migrene, kardiomyopati, kongestiv hjertesvikt, palpitasjoner, arytmi, takykardi, vasodilatasjon, leversvikt, hepatitt, autoimmun hepatitt, angionevrotisk ødem, pruritus, vesikuløst utslett, urticaria, forverring av psoriasis, systemisk lupus erythematosus, muskelsvekkelse, artritt, anafylaktisk reaksjon, anafylaktisk sjokk, hypersensitivitetsreaksjoner (angioødem, dyspné, urticaria, utslett, kløende utslett), brystsmerte, vektapp, vektøkning, unormale leverfunksjonstester. På injeksjonsstedet: Reaksjon, inflammasjon, cellulitt, nekrose, blødning og abscess.

Overdosering/Forgiftning: Ingen rapporterte tilfeller av overdosering. Ved overdosering skal pasienten umiddelbart legges inn på sykehus til observasjon og gis egnet understøttende behandling. Se Giftinformasjonens anbefalinger for Interferoner LO3A B side d.

Oppbevaring og holdbarhet: Injeksjonsvæske: Oppbevares ved 2-8°C (i kjøleskap). Må ikke fryses. Kan oppbevares ved romtemperatur (15-30°C) i inntil 1 uke. Beskyttes mot lys. **Pulver og væske til injeksjonsvæsker:** Oppbevares ved høyst 25°C. Bør administreres så snart som mulig etter oppløsning. Ferdig oppløsning kan oppbevares i inntil 6 timer ved 2-8°C (i kjøleskap). Må ikke fryses hverken før eller etter tilberedning.

Pakninger og priser: Injeksjonsvæske: 4 × 0,5 ml (ferdigfylt sprøyte) 017234. 4 × 0,5 ml (ferdigfylt penn) 412547. **Pulver og væske til injeksjonsvæsker:** 4 sett (ferdigfylt sprøyte + hettegl.) 019692.

Sist endret: 29.08.2012

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**





Tema: Forskning

- 20 – Jeg vil vite hvordan de pårørende har det
- 22 Sykepleiere taper kampen om midlene
- 24 – Skal ikke bare produsere kunnskap
- 24 Lite forskning i kommunene



18

Innhold

2 2014 **Sykepleien**

«Konseptet med legestyrkt behandling kan være i endring.» Barth tholens i Aksjonisten side 6

Hva skjer

- 6 Aksjonisten
- 8 Hva skjer – småstoff
- 11 Vi bare spør Tove-Lise Torve
- 12 – Helsesøsterkronene har gått i det store sluket
- 14 Får ikke leie ut vikarer mer
- 15 Forlanger arbeidstøy
- 16 – Sykehus må forebygge mer

Der ute

- 26 Smånytt fra utlandet
- 28 – Jeg vil gi meg selv fred
- 31 Røykestopp i svenske kommuner
- 32 Møtte veggen og klatret over den
- 36 – Jeg husker jeg tenkte: Hun bryr seg faktisk
- 39 Fler spiser sin egen morkake
- 40 Usमित møte
- 44 Min jobb: Anders Røyneberg

Fag og bøker

- 46 Hjelper utbrente sykepleiere
- 49 Færre overliggere i sykehus
- 52 Fedmeoperasjon ingen «kvikkfiks»
- 54 Lærer mer om Huntington
- 56 Fagnyttig
- 58 Kulturintervju: Erlend Røeggen
- 60 Bokanmeldelser
- 62 Helsefremmende pleie krever tid og kunnskap
- 66 Etikkk: Per Nortvedt
- 68 Quiz og kryssord

Mennesker og meninger

- 70 Eli Gunhild By om folkehelse
- 71 Lesermeninger
- 72 Minneord
- 73 Innspill: Anne Marie Pile og Thomas Winter
- 74 Kronikk: Berit Støre Brinchmann
- 76 Tett på Astrid Grydland Ersvik
- 80 Stillingsannonser
- 86 Kunngjøringer



Si din mening på sykepleien.no
Tidsskriftet Sykepleien på Facebook

Sykepleien

Organ for Norsk Sykepleierforbund
PB 456 Sentrum, 0104 Oslo
Tlf.: 02409

E-post: redaksjonen@sykepleien.no

Ansvarlig redaktør Barth Tholens
tlf. 22 04 33 50 / 40 85 21 79
barth.tholens@sykepleien.no

Journalister: Bjørn Arild Østby, Ann-Kristin Bloch Helmers, Kari Anne Dolonen, Marit Fonn, Nina Hernæs, Eivor Hofstad.

Fagartikler: Torhild Apall Dybvik.

Sykepleien Forskning: Anners Lerdal.

Desk: Ellen Morland, Johan Alvik, Susanne Dietrichson.

Grafisk: Hilde Rebård Evensen, Sissel H. Vetter, Nina E. H. Hauge, Monica Hilsen.

Marked: Ingunn Roald, markedssjef (91 60 38 12).
Lise Dyrkoren, Maud P. Kaino, Silje Marie Torper.

Tlf. og e-postadresser på www.sykepleien.no
no/kontakt. Her finner du også Sykepleiens formålsparagraf.

ISSN 0806 – 7511

Repro og trykk:
Color Print A/S

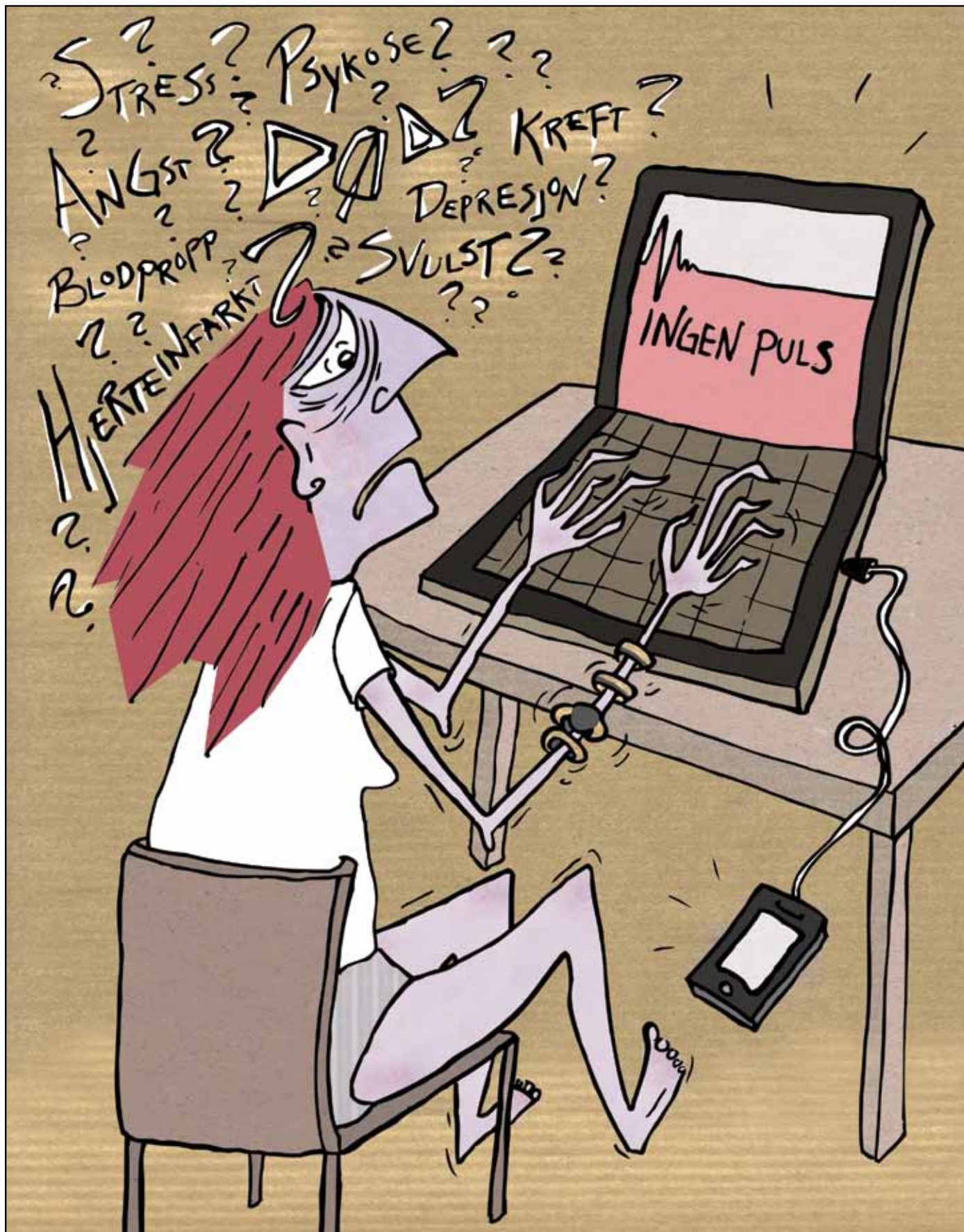




AKSJONISTEN

Barth Tholens

Stilling: Ansvarlig redaktør i Sykepleien
E-post: barth.tholens@sykepleien.no



Illustrasjon: Marie Runderem

Helse for @lle

Vil duppedingsene rive legene ned fra sin trone?

Før internett i det hele tatt var tiltenkt, tilbrakte jeg et år i Midtøsten. Og så ble jeg syk. Jeg følte meg slett ikke så ille, men helt umotivert jeg fikk en pussig hevelse i lysken. Legen som jeg rådførte meg med, syntes derfor det var best å legge meg inn på det lokale sykehuset. Ulikt det inntrykket vi får av reklamen for reiseforsikring («som å spille russisk rullet»), var sykehuset av ypperste kvalitet. Legene studerte hevelsen grundig og nøye, det ble gjort undersøkelser og de gjorde en biopsi. Til stadighet ble fenomenet også vist i gruppesammenheng, til unge mennesker i hvite frakker som jeg antok var studenter. Etter en uke ble jeg sendt ut av porten med en noe kryptisk beskjed om at de ikke hadde funnet ut hva det var, men det kunne umulig være farlig.

En utfordring underveis var at jeg ikke forsto et kvekk av det de sa til meg. Alle måleinstrumentene syntes å fungere optimalt, men når det gjaldt tolkningen av resultatene vanket jeg i det ytterste mørket. Heldigvis er jeg født med et avslappet sinn og naiv tiltro til legevitenskapen. Jeg tenkte at jeg var i de beste hender, og det viste seg å holde stikk.

Fortsatt finnes det mange mennesker som ser på legen sin som et bunnløst orakel. Men utviklingen går definitivt i en annen retning. De fleste av oss vil gjerne vite så mye som mulig både om den diagnosen vi har fått og om mulige behandlingsmetoder. Den informerte pasienten gjorde sitt inntog på legekantorene da bredbånd ble allemannseie. Det har gjort at legenes medisinske abrakadabra er blitt gjort forståelig for Hvermannen – og at vi skjønner hva diagnoser kan føre til. Google-kunnskapen har ikke endret legerollen dramatisk, men legen må i større grad ta hensyn til hva pasienten mener å vite. Det kan påvirke vedkommendes faktiske sykdomsforløp.

Men det stopper ikke her. Den aller nyeste, forbrukerrettete teknologien vil kunne endre hele konseptet på legestyrte behandling, slik vi kjenner det i dag. På helsemesser lanseres det nå nye digitale duppedingser som på en enkel måte kan gjøre den jobben som fastlegene hittil har brukt mye tid på. Små digitale enheter som bæres på kroppen kan fortelle deg nøyaktig om du har ujevn puls eller om fettprosenten avviker fra det normale. Smarttelefonen tas i bruk for å måle hjertefrekvens (EKG). Mobilen gjøres om til en sensor som holdes inntil huden, og vips – viktige data om kroppens funksjoner blir registrert

og lagret. Målingene kan utføres regelmessig og avsløre avvik og forstyrrelser. Ved behov kan dataene sendes til legen eller sykehuset.

Ifølge direktøren i Teknologirådet, Tore Tennøe, er EKG-målere slett ikke det eneste diagnoseverktøyet som nå er «på vei hjem til folk». Blodtrykk, lungefunksjon, verkende trommehinner og mistenkelige føflekker kan dokumenteres og analyseres ved hjelp av mobilen. KOLS-pasienter kan selv overvåke og rapportere sin egen helseutvikling ved hjelp av spesialutstyr i miniformat. Også andre kronikere vil i framtiden kunne rapportere om utviklingen av sine symptomer til behandlende lege. De vil da slippe den slitsomme turen til legekantoret.

«Den informerte pasienten gjorde sitt inntog på legekantorene da bredbånd ble allemannseie.»

Trolig er dette bare begynnelsen på en utvikling hvor stadig mer avansert helsemåler selges i hendig format og til overkommelige priser. Det fascinerende med de nye duppedingsene er ikke bare at risiko-symptomer kan fanges opp raskere. Det vil kunne forebygge mer alvorlig sykdom, som koster mer å reparere. Men teknologien snur også forholdet mellom pasient og lege på hodet. Fram til nå har legen hatt monopol på å ta prøver for å komme fram til en diagnose og dermed en slags enerett på behandlingsforløpet.

Slik behøver det ikke å være i all framtid. Når pasienten nå vil eie sine egne data, vil vedkommende også ha mulighet til å styre sin egen behandling. For alt vi vet får vi i framtiden et «helsetorg» der pasienten dokumenterer sine helseutfordringer og legen kan legge inn sine løsninger. Den legen som responderer raskest og mest adekvat får «tilslaget».

Dette behøver ikke nødvendigvis å føre til et ragnarok. I en kronikk i Aftenposten skiver professor Linn Getz m.fl. at de nye duppedingsene bare vil føre til økt bekymring for egen helse blant folk flest. «Hvor opplyst kan du egentlig forvente å bli av å samle masser av fragmenterte kroppsdata?», spør hun og to andre forskere ved NTNU. Og fortsetter: «Hva kan tenkes å være en mer effektiv markedsføring av opplevd uhelse enn en

vedvarende strøm av mer eller mindre avvikende kroppsmålinger?».

Getz har et poeng. Markedet vil komme opp med noen løsninger som ingen trenger, og noen vil bli redd for å feile noe, selv om de er friske. Men det er ingen grunn til å gjøre selve teknologien til en fiende, slik noen gjorde da først PC-en, så Google og endelig Facebook så dagens lys. Om de nye duppedingsene kan bidra til å rive ned det smått antikvariske forholdet mellom lege og pasient, så bør vi ønske dem velkommen.

Den nye teknologien vil, om den blir brukt riktig og fornuftig, bidra til å bygge opp pasientens selvstendighet. Legestanden rives kanskje litt ned fra sin gulltrone, og helsetjenestens monopol blir

brutt. Men er det så galt? Spør du meg vil det kunne gi et vesentlig bidrag til å sette pasienten mer i fokus – akkurat som festtalene lenge har predikert.

Om jeg den gang, da jeg vandret rundt i Midtøsten uten reiseforsikring, hadde hatt tilgang til en fiks smarttelefon med innebygd hevelse-skanner, kunne jeg kanskje sendt bildene direkte til mitt hjemlige legesenter for konsultasjon. Det hadde kanskje spart meg for en innleggelse. ■■■

Sagt & ment

Det er vanskelig for meg å svare på hvorfor Stoltenberg-regjeringen ikke gjorde det, men denne regjeringen er ikke fremmed for øremerking, hevder statssekretær Lisbeth Normann i en kommentar til Sykepleiens helsesøsterundersøkelse.



NYTT LIV: Aker sykehus i Oslo. Arkivfoto: Erik M. Sundt.

Flere pasienter til Aker sykehus

Oslo Høyre vil sende flere pasienter til Aker sykehus. Det mener helseminister Bent Høie er en god idé.

Oslo-leder Nikolai Astrup sier til Aftenposten det ikke er ønskelig å gjenopprette Aker sykehus slik det var, men vil benytte seg av kapasiteten i større grad enn i dag.

– Helse Sørøst er allerede inne, og de kan øke sengekapasiteten. I tillegg kan vi videreutvikle det kommende tilbudet som er på Aker i dag, sier Astrup til avisen.



Foto: Colourbox

Hemmelige agenter avslørte alternativguru

Robert O. Young (61) er pågrepet etter at helsetilsyn og påtalemyndighet sendte to hemmelige agenter til Youngs helsefarm i California. Han er siktet for 18 ulike lovbrudd knyttet til virksomheten han driver. De påståtte lovbruddene var en rekke tilfeller av kvakksalveri samt grovt tyveri. Young ble godt kjent i Rogaland etter et foredrag i Stavanger Forum våren 2010. Han hevdet at hans såkalte pH mirakelkur kunne helbrede og forebygge alle sykdommer. Alle slags sykdommer skyldes at kroppen er for sur, hevdet han.

Young risikerer opptil 15 år og 8 måneders fengsel dersom han blir funnet skyldig på alle tiltalepunkter.

Stavanger Aftenblad

Gransker dødsfall på sykehjem

En mannlig pasient døde etter å ha fått feil medisin på Birkenes sykehjem.

Fylkesmannen har opprettet tilsynssak. I brevet til Helsetilsynet står det at den mannlige pasienten fikk 30 mg Oxycontin, 1 g Paracet og 25 mg Sobril. Medisinen lå i et glass som ikke var merket med navn.

Feilmedisineringen ble raskt oppdaget, og pasienten satt under observasjon, ifølge Fædrelandsvennen. Noen timer etter døde han.

– Vi kan ikke si med sikkerhet at feilmedisineringen var årsaken til dødsfallet, men tidsforløpet tilsier at det er en sammenheng, sier fylkeslege Anne-Sofie Syvertsen til avisen.

Tre ansatte på sykehjemmet var involvert i medisineringen. De har forklart seg, men forløpet er noe uklart.

Statens helsetilsyn skal nå vurdere eventuelle reaksjoner.

Foto: Colourbox

Hva skjer

Les mer om:

- 11 Tilbake til sykehjemmet ›
- 12 I det store sluket ›
- 16 Må forebygge ›

Tekst **Kari Anne Dolonen**
kari.anne.dolonen@sykepleien.no

sykepleien.no

Følg arbeidsrettssaken om aksjonene på Ahus.



Foto: Colourbox

Politiker-nei til reservasjon

VG har spurt 187 ordførere om de vil tillate fastleger å reservere seg mot å henvise til abort. Flertallet sier blankt nei. Blant dem som sier nei er 19 ordførere fra Høyre.

Helsepersonell har i dag rett til å reservere seg mot å utføre eller assistere ved selve inngrepet. 30. september inngikk KrF, Høyre og Frp en avtale som sikrer at fastleger skal ha mulighet til å nekte å henvise kvinner til abort. Forslaget er nå ute på høring.

VG



Foto: Colourbox

Mindre sykmeldt i utrygg jobb

Sykefraværet falt betydelig i kommunene som ble rammet av Terra-skandalen.

Frykt for å miste jobben kan bidra til mindre sykefravær, slår forskere fast.

Førsteamanuensis Astrid Grasdahl ved Universitetet i Bergen har ledet et femårig forskningsprosjekt om årsaker til sykefravær og uføretrygging. I et av delprosjektene undersøker økonomene Karin Monstad og Espen Bratberg hvordan Terra-sjokket påvirket sykefraværet i de åtte kommunene som ble rammet.

– Sykefraværet sank betraktelig blant de kommunalt ansatte i Terra-kommunene det påfølgende året. Nedgangen er på hele 10 prosent for kvinner, sammenliknet med året før skandalen.

Forskning.no

Antall elever per helsesøsterstilling ved de videregående skolene i Østfold:

Skole	2011/12	2013/14
Borg Sarpsborg	879	882
Greåker Sarpsborg	1079	985
St. Olav Sarpsborg	1284	1318
Kalnes Sarpsborg	1165	980
Frederik II Fredrikstad	1511	1636
Glemmen Fredrikstad	1634	1777
Kirkeparken Moss	1588	1691
Malakoff Moss	1533	1610
Mysen Eidsberg	1270	973
Askim	1603	1282
Halden	1042	641

Kilde: NRK Østfold



Skam, sinne og sårbarhet bak unge menns selvmord

Seks unge menn tar livet sitt i Norge hver måned. Nå er forskere på sporet av hvorfor.

Forsker og psykolog Mette Lyberg Rasmussen ved Folkehelseinstituttet står bak en ny studie av selvmord hos ti menn opp til 30 år, som ikke tidligere hadde vært i kontakt med psykisk helsevern, eller gjort selvmordsforsøk.

Hun sier vi må flytte fokus fra den repeterende risikoforskningen som har dominert mye av selvmordsfeltet, og forsøke å forstå mer av hvorfor mennesker tar livet sitt, uavhengig av eventuell psykisk sykdom. Hun mener det er svært viktig å finne ut mer om hvorfor unge menn som tilsynelatende framstår som velfungerende, plutselig og uventet for omgivelsene, velger å avslutte livet.

Resultatene hennes viser at nære etterlatte ikke så tegn på alvorlig psykisk lidelse, men peker på en særlig sårbarhet hos mennene. Denne sårbarheten handler om at mennene synes å ha lite å gå på dersom de ikke lykkes med målsettinger eller blir avvist. For mennene ble selvmordet en vei ut av en situasjon der de opplevde en uutholdelig mental smerte, påpeker hun og kollegene i studien som består av 61 dybdeintervjuer og 6 avskjedsbrev.

Forskning.no



Foto: Colourbox



KIEV: Erkeengel Michael vokter over uavhengighetsplassen. Foto: Colourbox

Hemmelige sykehus for demonstranter

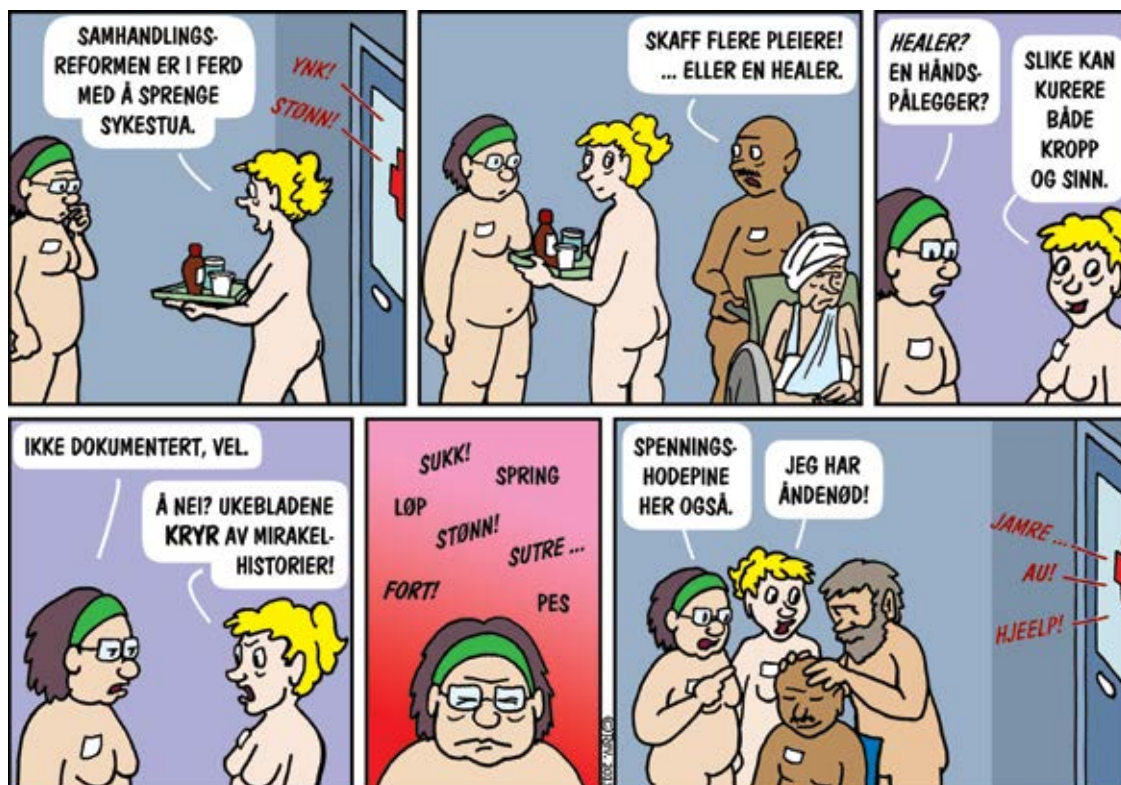
Sårete demonstranter tør ikke å oppsøke Kievs sykehus i frykt for å bli tatt av politiet, skriver Dagbladet.

Sammenstøtene mellom demonstranter og opprørspolitiet er forverret, og frivillige leger og sykepleiere på demonstrantenes side har fått mye mer å gjøre.

– Da jeg jobbet på akuttmottaket på et sykehus her i byen var vi pålagt å melde fra til politiet om alle former for mistenkelig voldsbruk, forteller legen Aleksandr Pyvovarov (32).

Videoer som ble lagt ut på internett viser hvordan politiet raider akuttmottaket på et av byens sykehus og pågriper sårete aktivister mens de ligger i sykesengene sine.

TERAPI av Bodil Rønhaug



Meninger fra www.sykepleien.no



Har krav på arbeidstøy og garderobe

” Jobber selv i hjemmesykepleien, har i mange år etterspurt uniform, men fått til svar at det vil koste mye penger ...

Reidun Haldal

Empati – ulike forståelser

” – Det var en gang i historien at somatikerne ikke visste mer om blodet enn at det var rødt, like lite vet psykiatrien i dag om følelser.

Jan Olaf Ellefsen

KICKSTART DET NYE ÅRET

- FÅ MED DINE KOLLEGER PÅ EN
AKTIVITETSKONKURRANSE!

13. FEBRUAR - 2. APRIL



Vinn
reisegavekort
på opptil
9000 kr

AKTIVITET, GLEDE & FELLESKAP!

Aktivitetskonkurransen i regi av Dytt.no passer for alle og skaper både glede og aktivitet på jobben. Målet er å klare 10 000 skritt om dagen og krysse Sydpolen på 50 dager.

PRIS

Kun 299,- per deltaker!

Eks mva. Inkl. skritteller.

Vis at helsesektoren er sprekest!

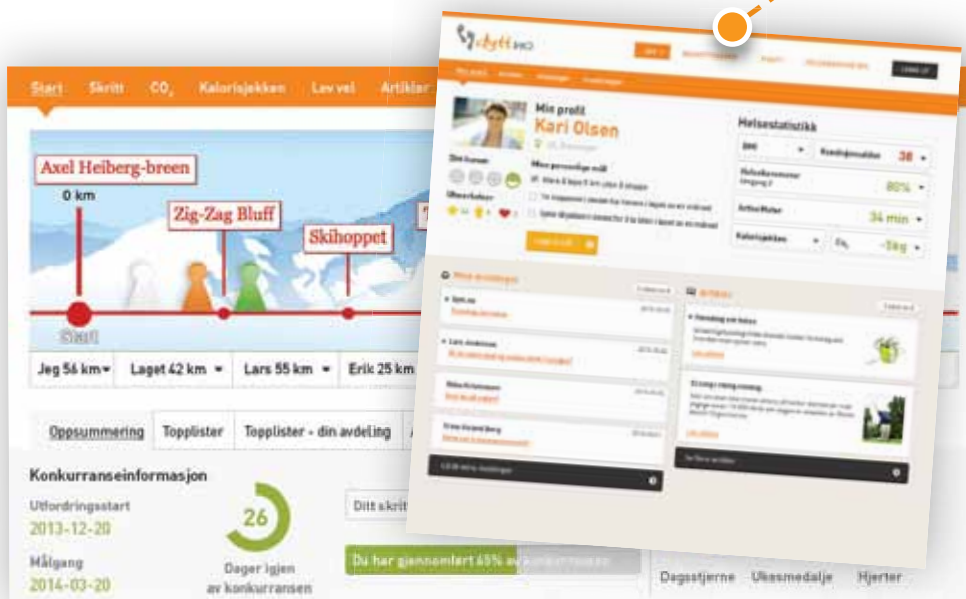
Les mer og meld dere på: www.dytt.no/nyttar2014

Nyhet:
Dytt-App!



Du får en skritteller
som hjelper deg
på veien!

Nyhet:
Personlig profil!



Friskere og Gladere medarbeidere

MELD DERE PÅ HER: WWW.DYTT.NO/NYTTAR2014

Påmeldingsfrist 10. februar!

Tove-Lise Torve

Aktuell som: Sykepleier og politiker (Ap)

Alder: 49 år

BAKGRUNN:

Tove-Lise Torve var på Stortinget fra 2009 til 2013, som Ap-representant fra Møre og Romsdal. Nå er hun 1. vara. Tidligere var hun ordfører i Sunndal. Nå er hun tilbake på golvet hos demenspasientene.

Tilbake til sykehjemmet

Hvordan var det ikke å bli gjenvalgt til Stortinget?

– I utgangspunktet nedtur, selvsagt. Men meningsmålingene viste at mandatet mitt var ut-satt. Så jeg var forberedt.

Da måtte du omskolere deg?

– Heldigvis ikke, jeg var skolert fra før. Men jeg brukte litt tid på å finne ut hva jeg ville gjøre framover. Jeg blir jo 50, ikke sant. Jeg måtte lytte til hva hjertet sa.

Hva sa hjertet?

– At jeg skulle gå tilbake til røttene mine: Sykepleie på golvet. Jeg ville ha pasient- og pårørende kontakt.

Så du søkte jobb?

– Jeg ville selvsagt ha full stilling. Jeg har jobbet både på sykehjem, sykehus og i hjemmesykepleie. Nå ville jeg til demensomsorgen, den er jo så aktuell. Så jeg søkte den nyeste demensavdelingen i Sunndal.

Og fikk jobb?

– Ja, på Sunndal Helsetun. Jeg begynte 2. januar.

Lest mye fag?

– Jeg er trygg på den grunnleggende sykepleien. Den ligger i hjernebarken. Men jeg var spent på to ting: For det første alle de nye medikamentene. Jeg har ikke praktisert siden 2003, og det har kommet mange synonympreparater siden da. Dette bruker jeg tid på å lære.

Og det andre?

– Demensbehandlingen og demensomsorgen.

Fant du noe nytt?

– Jeg fant ut at nettsiden til nasjonalforeningen er veldig god og har brukt den mye til å repetere og oppdatere meg.

Hvilken respons har du fått på valget?

– Bare hyggelig. Mange sier de respekterer valget. Jeg hadde jo andre muligheter: næringsliv, styreverv, administrasjon. To ting var viktigst: Jeg ønsket ikke å pendle mer, og jeg ville lytte til hjertet.

Hvordan går det i jobben?

– Jeg stortrives, går med et stort glis om munnen. Jeg er glad for å ha full jobb. Her er bare tre andre sykepleiere, og de jobber deltid. Her er dyktige hjelpepleiere med lang erfaring. Kjekt å ha pasientkontakt.

Hva er forskjellen på sykehjem og storting?

– Her føler jeg ro og balanse, og jeg har mer direktekontakt og oversikt. På Stortinget var det heseblesende. Mer upersonlig. Mange tidsfrister.

Hva synes du om at bare 7 prosent av nyutdannete sykepleiere vil jobbe på sykehjem?

– Jeg blir lei meg. Jeg gjorde nettopp det, begynte i yrket på sykehjem i Stavanger. Har aldri angra. Der fikk jeg helhetlig sykepleie inn med teskje. Jeg ble trygg.

Kan du forstå dem?

– Ikke egentlig. Kanskje de har feil forestilling om hva sykehjem er. Det kan ha med praksisen de har hatt å gjøre. På sykehus er det mer prosedyrer, men ikke så helhetlig sykepleie.

Du er fortsatt politiker?

– Jeg er første vara på Stortinget. Jeg har allerede vært inne. Ellers er jeg aktiv i partiet hjemme og på sosiale medier.

Hva er hjertesaken?

– Eldreomsorg. Både politisk og faglig. Det er også viktig å framsnakke sykepleieryrket.

Du har tre sønner. Noen som har valgt som deg?

– Eldstemann blir politi. De to neste vet ikke ennå.

Hva er viktig for å bedre eldreomsorgen?

– Å rekruttere nok sykepleiere og andre fag-lærte. Det er den aller, aller viktigste oppgaven for Kommune-Norge. Det vil bli en tøff kamp om arbeidskraften.

Hva er viktig i demensomsorgen?

– Hos oss legger vi vekt på at det er rolig stemning. Alle er ute i avdelingen sammen med pasientene, vi er kun på vaktrommet under rapport. Og vi har et dagsenter der vi tidlig blir kjent med framtidige pasienter.

Lettere å gi gode tilbud i små kommuner?

– Det handler mest om hvordan man organiserer den enkelte avdeling, ikke om størrelsen på kommunen.

Ellers?

– Jeg anbefaler alle nyutdannete å starte i sykehjem. Det er blitt flere medisinske tekniske prosedyrer, som intravenøs antibiotikabehandling og bruk av smertepumper. Det er også tett samarbeid med tilsynslege. Det skjer mye interessant i kommunene for tiden. ■■■

Tekst **Marit Fonn** Foto **Arbeiderpartiet**

marit.fonn@sykepleien.no



– Helsesøsterkronene har

Ålesund kommune fikk 1,5 millioner statlige kroner for å styrke helsesøstertjenesten.

Ikke en krone har gått til formålet. Tekst Ann-Kristin Bloch Helmers og Kari Anne Dolonen Foto Ann-Kristin Bloch Helmers

Sykepleien har bedt alle landets kommuner rapportere inn hvorvidt de har hatt en økning i helsesøsterårsverk fra 2013 til 2014.

356 kommuner – som til sammen fikk tilført i overkant av 160 millioner kroner – har svart. Til sammen har det vært en økning på rundt 135 helsesøsterårsverk i disse kommunene. Det betyr at under halvparten av beløpet som ble bevilget har gått til flere helsesøsterårsverk.

– Det er for dårlig, og viser med all tydelighet at disse pengene skulle vært øremerket til helsesøstre, sier leder i Norsk Sykepleierforbund, Eli Gunhild By.

Hun hadde på forhånd en forventning om at

de 180 millioner kronene skulle resultere i minimum 325 nye helsesøsterstillinger.

Skuffet

Ålesund kommune er altså en av flere som har brukt pengene til andre formål enn å ansette flere helsesøstre. Det hjelper ikke de barna som fortsatt vil møte stengt helsesøsterdør flere dager i uka.

– Vi er veldig skuffet, sier Guri Maaseide, ledende helsesøster i Ålesund.

I høst ble det kjent at Ålesund kom til å få 1,5 millioner kroner av de 180 millioner kronene som var bevilget ekstra til helsestasjon- og skolehel-

setjenesten over statsbudsjettet for 2014. Helsesøstrene tok sjansen på å slippe jubelen løs.

– Dette var såpass konkret at vi turte å begynne å planlegge hvor pengene skulle gå. Vi regnet ut at de ekstra midlene kunne tilsvare en styrking av skolehelsetjenesten med to og en halv helsesøsterstilling.

– Men dere har ikke sett noe til pengene?

– Nei, dessverre. Pengene forsvant. Vi var til stede under budsjettforhandlingene. Det ble ikke engang nevnt at disse pengene var kommet, og at de var tiltenkt helsestasjon- og skolehelsetjenesten.

– Lite til stede

De ekstra helsesøsterkronene var sårt tiltrengt. Ålesund kommune ligger langt under normtalene til Helsedirektoratet: Flere av skolene i kommunen har lav helsesøsterdekning. Blant andre har Voldsdalen barneskole med over 300 elever kun en 30 prosent helsesøsterstilling. Normtalene tilsier minimum en hel stilling per 300 elever – og da forutsettes det merkantile ressurser i tillegg.

– En annen skole i kommunen, som er en forsterket barneskole med barn med funksjonshemninger, har en 45 prosent helsesøsterstilling fordelt på om lag 450 barn.

– Vi er lite til stede på skolen der barna er. Det er ved å være til stede vi kan avdekke behov. Derfor er det med tungt hjerte vi konstaterer at det ikke ble prioritert å styrke helsesøstertjenesten denne gangen heller.

– I det store sluket

Rådmann Jarle Bjørn Hanken bekrefter:

– Nei, det er helt riktig. Ingen av disse midlene har gått til det som var intensjonen fra statlig side.

– Hvor har de ekstra midlene blitt av?

– De pengene har dessverre gått i det store sluket. Kommunen har de siste 12–13 årene slitt med store underskudd, og vi måtte bruke disse pengene på å dekke inn det.

På grunn av den svartmalte økonomiske situasjonen har kommunen havnet på den såkalte Robek-lista, eller svartelista, som rådmannen selv kaller den.

– Det betyr at vi ikke har råd til å investere i noe nytt, nå handler det bare om ikke å måtte

«Dette var såpass konkret at vi turte å begynne å planlegge hvor pengene skulle gå.»

Guri Maaseide, ledende helsesøster i Ålesund



SKUFFET: Guri Maaseide, ledende helsesøster i Ålesund, er svært skuffet over at det ikke har blitt flere helsesøsterstillinger i kommunen.

gått i det store sluket



Faksimile fra Sykepleien nr. 2/2013



Faksimile fra Sykepleien nr. 3/2013

kutte altfor mye. Dette er en svært frustrerende situasjon. Selv om vi har en god folkehelseprofil i dag, er det helt klart at manglende forebygging blant barn og unge kan komme tilbake til oss om noen år, sier han.

– Lang vei å gå

Helsedirektoratet har tidligere anslått at det mangler om lag 850 helsesøsterårsverk for å oppfylle normtallene.

– Det er en lang, lang vei å gå før vi er oppe i det antallet helsesøstre som Helsedirektoratet selv har regnet seg fram til, sier hun.

– Hvorfor er det så viktig at pengene går nettopp til flere helsesøstre? Kan ikke også andre gjøre denne jobben?

– Helsesøstre er det beste lavterskeltilbudet når det kommer til forebygging. Undersøkelser viser at der det er lett tilgang på helsesøstre, blir

tjenesten brukt mye. Men helsesøstertjenesten er allerede svært presset, og har i mange år opplevd et stadig større misforhold mellom oppgaver og ressurser

– Det er tverrpolitisk enighet om at helsesøstertjenesten må styrkes. Da må det nye – og øremerkede – bevilgninger til, sier hun.

HOD er fornøyd

Helsedepartementet skriver i eget brev fra oktober i 2013 at de forventet å få 300 nye årsverk for de 180 millionene.

Statssekretær Lisbeth Normann sier likevel hun er fornøyd. Hun sier regjeringen vil fortsette å satse på barn og unge, og er heller ikke fremmed for å øremerke midler.

Les mer om undersøkelsen og finn din kommune ved å gå inn på www.sykepleien.no IIII

kari.anne.dolonen@sykepleien.no

Normtallene fra Helsedirektoratet – per 100 prosent helsesøster:

Helsestasjon: 65 fødsler pr. år
Barneskole: 300 elever
Ungdomsskole: 550 elever
Videregående: 800 elever
 (Tallene forutsetter merkantil ressurs i tillegg)



Se video fra Ålesund og les flere helsesøstersaker på sykepleien.no

Støttestrømper

Til jobb og fritid

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



xwear.no

Får ikke leie ut vikarer mer

Nurse Partner Norge AS får ikke lenger leie ut vikarer etter at HINAS har avdekket brudd på arbeidstidsbestemmelsene hos tre av fire kontrollerte vikarer. Tekst Bjørn Arild Østby

Helseforetakenes Innkjøpsservice (HINAS) og de regionale helseforetakene har inngått nasjonale rammeavtaler med flere vikarbyråer for innleie av helsepersonell. For å sikre kvaliteten er det gjennomført revisjon av flere av vikarbyråene.

Revisjonen hos Nurse Partner Norge AS viser brudd på en rekke av reglene om arbeidstid for vikarene innleid fra vikarbyrået. Dette gjelder reglene om antall arbeidstimer per døgn, arbeidstid per uke, reglene om daglig og ukentlig hviletid og søndagsfri. Til sammen er det påvist ett eller flere brudd hos 76 prosent av de kontrollerte vikarene.

Manglene er så store at HINAS ikke aksepterer

at vikarbyrået får levere nye vikarer før feilene er rettet opp. Oppdrag bestilt før 22. januar kan slutføres, men Nurse Partner er pålagt å avvise alle nye bestillinger. Helseforetakene er informert om at vikarbyrået ikke vil svare på bestillinger. Dersom Nurse Partner tilbyr vikarer etter 22. januar anses dette som et så vesentlig mislighold at det gir grunnlag for heving av avtalen uten ytterligere varsel.

Det er satt en frist på fire uker til å dokumentere at tilstrekkelige effektive rutiner er etablert i tråd med kravene i rammeavtalen. HINAS vil foreta besøk for å få systemene og rutinene demonstrert. Dersom dette ikke er på plass vil rammeavtalen med Nurse Partner bli hevet uten ytterligere varsel.

for at Rent-a-nurse formidler vikarer som ikke er kvalifiserte for oppgavene. For en vikar er det for eksempel ikke sjekket om vedkommende har norsk autorisasjon, og for en annen er det ikke gjennomført kontroll. Også kontroll av referanser var mangelfull for fem av fem reviderte vikarer. For tre vikarer er det ikke utført noen kontroll. For en vikar er det kun sjekket en eneste referanse, og for den siste vikaren er det kun utført to referansesjekker, men ingen fra nærmeste overordnede.

Det er alvorlig «at det er tilbudt vikarer som ikke er intervjuet, ikke referansesjekket og i noen grad ikke kontrollert for autorisasjon og merknader» heter det i revisjonsrapporten.

Rent-a-nurse har fire uker på seg til å foreta korrigeringer av kvalitetssikringssystemet.



TELEFONRÅD

- Elektronisk beslutningsstøtteverktøy for håndtering av pasienthenvendelser til legevakter og allmennlegekontorer.
- Dekker rådgivning ved generelle allmennmedisinske problemstillinger, samt tidskritiske henvendelser med krysshenvisning til Norsk indeks for medisinsk nødhjelp.
- Kan også brukes i opplæring.
- Gratis tilgjengelig fra www.helsebiblioteket.no. Her finner du også hefte med opplæringsoppgaver.

 **uni Helse**
Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
legevaktmedisin.no
 **helsebiblioteket.no**

Gjelder flere vikarbyrå

Også Rent-a-nurse Skandinavia AB har fått varsel om alvorlige funn. Revisjonen avdekket flere alvorlige brudd mot rammeavtalens krav til kvalitetssikring av vikarer som tilbys. Det er også avdekket brudd på reglene om arbeidstid blant 8 av 16 vikarer innleid fra Rent-a-nurse.

Mangel på kvalitetssikringssystemer utgjør en fare

Tydelige krav

– Det er i rammeavtalen satt tydelige krav til leverandørene av vikarer. Dette er viktig for å sikre kvaliteten på prosessene internt hos vikarbyråene, ikke minst skal kravene til lønns- og arbeidsforhold etterleves. Kravene til kvalitet på tjenesten skal gi sykehusene trygghet for at de kjøper kvalitetssikrede tjenester fra kompetente og seriøse vikarbyråer, når de har behov for ekstra personell, sier personal- og organisasjonsdirektør i Helse Vest RHF og leder av styringsgruppen for Vikar-tjenester helsepersonell, Hilde Christiansen. ■■■

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

Nydelig indisk mat

Velkommen til et hyggelig måltid
på Jaipur indisk restaurant midt i Oslo

Ta med annonsen og få en GRATIS smaksrik overraskelse!
Drevet av sykepleier Sarabjit Kaur Brar

Karl Johans gt 18 c
Telefon 22 42 53 11
www.jaipur.no



JAIPUR
Indian Restaurant/Bar
Family operated since 1996





Arkivfoto: Erik M. Sundt

Forlanger arbeidstøy

Hjemmetjenesten i Røros kommune mangler garderobe, og ansatte får ikke utlevert hensiktsmessig arbeidstøy. Nå truer Arbeidstilsynet med tvangsmulkt.

Tekst Bjørn Arild Østby

Under tilsyn med hjemmetjenesten i Røros kommune kom det fram at ansatte i Hjemmetjenesten ikke hadde tilgang på garderober. Arbeidsmiljøloven krever tilgang på garderober for å skifte fra privat tøy til arbeidstøy.

Risiko for smitte

Arbeidstakere på sykehjem og i hjemmesykepleien kan komme i kontakt med mange ulike kjemikalier, og de har kontakt med sykere pasienter enn tidligere som kan være smittebærere. Dette dels på grunn av økt levealder blant pasientene og større forekomst av sammensatte og kroniske sykdommer, i tillegg til endret behandlingstilbud utenom sykehus.

Arbeidsgiver har ifølge arbeidsmiljøloven ansvar for å vurdere hvilke arbeidstakere som risikerer å bli utsatt for smitte. Arbeidstilsynet mener arbeidsgiver, som et minimum, må inkludere ansatte i hjemmesykepleien og ved sykehjem

som aktuelle risikogrupper.

Truer med tvangsmulkt

Det gikk videre fram av tilsynet at de ansatte kjøper eget arbeidstøy og får deler av utgiftene refundert av kommunen, i forhold til stillingsprosent. Det ble opplyst at privattøy blir benyttet og at de ansatte vasker tøyet hjemme.

Dette bryter med arbeidsmiljøloven, som krever at arbeidsgiver sørger for at ansatte får utlevert og blir pålagt å bruke hensiktsmessig arbeidstøy og personlig verneutstyr der dette er nødvendig. Og arbeidstøy skal tas av når arbeidsdagen er slutt, og deretter desinfiseres og rengjøres før det tas i bruk igjen. Man skal ikke vaske arbeidstøy hjemme.

Røros kommune har fått frist til 3. mars med å innfri påleggene, etter det vil Arbeidstilsynet vurdere tvangsmulkt. ■■■

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no



Magnesium fremmer en normal muskelfunksjon

Floradix Formula er et flytende magnesiumpreparat uten vitaminer for maksimum opptagelse i organismen med sine lettfordøyelige varianter av magnesiumforbindelser. Her får man full utnyttelse uten å måtte ta med tapsvurderingen ved inntak i tablett/kapsel form. Oppløst i fruktjuicer og urter kan det lett taes opp i kroppen, samtidig som smak og virkning er god, velsmakende og lett å svelge. Les mer om magnesium på våre web sider www.naturimport.no

- **Magnesium fremmer redusert tretthet og slapphet**
- **Magnesium fremmer opprettholdelsen av normale ben**
- **Magnesium fremmer et normalt funksjonerende nervesystem**

OBS! Uten konserveringsmidler!

Floradix
Magnesium®
kjøpes hos:



Se våre
facebook
sider



Ole Deviks vei 18, 0666 Oslo • Tlf. 23 37 37 40 • Faks 23 37 37 59
E-mail: post@naturimport.no • www.naturimport.no

– Sykehus må forebygge mer

– Sykehus må tenke mer helsefremmende, mener Ida Bukholm og Else Karin Rong Kogstad fra Ahus. De rekrutterer sykehusavdelinger til internasjonal studie innen forebyggende helse.

Tekst og foto **Eivor Hofstad**

Etter at samhandlingsreformen kom, tror sykehusene at forebygging er noe bare kommunene skal drive med, sier sykepleier Else Karin Rong Kogstad.

Hun er leder for avdeling for helsefremmende arbeid på Akershus universitetssykehus (Ahus). Lege og professor Ida Bukholm er enig. Hun synes det er trist at dagens norske sykehus konsentrerer seg så mye om å reparere.

Screeener

– Holdningen er «hvorfor skal vi tenke helsefremmende på et sykehus?» Det er det liksom bare fastlegene som skal gjøre. Til nød kirurgene. Det er på høy tid med en holdningsendring. Det sykehuslegen sier til pasientene har mye større betydning enn det fastlegen eller sykepleieren sier, og det potensialet må vi utnytte mer, mener Bukholm.



PIONÉR: Jeff Kirk Svane fra det Internasjonale HPH-nettverket i Danmark sier dette er første gangen man tester klinisk effekt av en sertifiseringsordning i en randomisert kontrollert studie.

Hun er spesialist innen generell, gastroenterologisk og brystendokrin kirurgi, og har for tiden permisjon fra kirurgisk avdeling for å være i akuttmottaket. Der har hun argumentert for screening av alle som kommer inn med diffuse brystmerter, diffuse magesmerter og endokrinologiske tilstander, samt alle fra innvandrerbefolkningen. De blir målt på høyde, vekt og blodsukker.

Denne studien er del av doktorgradsarbeidet hans, og er initiert av Verdens helseorganisasjons Collaborating Centre (WHOCC) i København, i samarbeid med det internasjonale nettverket for HPH (se faktaboks).

– Meg bekjent er det ikke tidligere gjort randomiserte kontrollerte studier som ser på om en sertifiseringsprosess vil kunne gi kliniske resultater i form av flere helsefremmende aktiviteter og bedre helse for pasienter og personale, sier Svane.

Målet er at studien skal være ferdig i 2016.

– Kan forbedre sykepleierjournalene

I disse dager reiser Bukholm og Kogstad rundt i Norge for å rekruttere sykehusavdelinger. Foreløpig er ortopediske avdelinger og akuttmottak ved Lovisenberg Diakonale Sykehus, Ahus og Haukeland universitetssykehus kommet lengst i forberedelsene, og kan sannsynligvis starte opp i mars. Interesse er også meldt fra Sykehuset Vestfold, Sykehuset Innlandet, Universitetssykehuset i Nord-Norge og Nordlandssykehuset.

– Hvordan kan enda flere skjemaer gi bedre helsetjenester og bedre helsen til både pasienter og personale?

– Når man krysser av for om man har gjort noe, skjer en erkennelsesprosess som kan gi en holdningsendring som igjen kan gi endring av praksis, sier Bukholm.

– Og for sykepleierne ligger det en ekstra bonus her: Disse skjemaene kan både forenkle og forbedre sykepleierjournalene, som vi vet ofte er altfor lange med mye uvesentlig informasjon i. Her blir det avkrysning i stedet for milelange skriverier, sier Else Karin Rong Kogstad.

Bedre helse for personalet?

Bukholm merker at personalet ofte tenker at å innføre livsstilsrelaterte screeninger og samta-

«Skjemaene kan både forenkle og forbedre sykepleierjournalene.»

Ida Bukholm

HPH:

Health Promoting Hospitals and Health Service (HPH) er et internasjonalt nettverk med over 950 sykehus som medlemmer. De driver med ulike aktiviteter innen forebygging og helsefremming. Norge har 12 medlemmer, deriblant flere sykehus. Det norske HPH-sekretariatet er på Ahus, hvor Ida Bukholm er nasjonal koordinator. I Sverige er alle fylker medlemmer av HPH, mens i Norge er det ikke avsatt midler til dette arbeidet over statsbudsjettet. Det norske nettverket får midler til én stilling gjennom Helse Sør-Øst.

Les mer om HPH i Norge på nettet: www.ahus.no/norsk-hph

– Oppdager vi noe der og starter intervensjon med én gang, kan vi kanskje forhindre utvikling av diabetes, hjerte-karsykdom og kreft, sier hun.

88 sykehusavdelinger

Studien de to kollegene fra Ahus nå rekrutterer til, er både stor, internasjonal og delt i en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe (se faktaboks). Til sammen skal det være 88 sykehusavdelinger med. Så langt er noen og førti rekruttert fra hele verden.

– Vi håper å få med åtte avdelinger fra Norge også. Norge blir i så fall det første skandinaviske land som blir med, sier stipendiat Jeff Kirk Svane i København.



BONUS FOR SYKEPLEIERE: Noen av skjemaene som skal fylles ut i studien kan både forenkle og forbedre sykepleierjournalene, tror både Ida Bukholm (til venstre) og Else Karin Rong Kogstad på Åhus.

ler tar ekstra tid. Men hun sier selv at det ikke koster henne så mye.

– Når vi bruker en halvtime på å gå gjennom betablokkere og annen medisinbruk som har marginal effekt, må vi ta oss tid til å diskutere livsstilsfaktorer med pasienten, legger hun til.

– Hvordan vil personalet merke at avdelingene skal gjøre arbeidsplassen mer helsefremmende?

– De vil merke det tydelig fordi det er mer fokus på dette i avdelingen og hos ledelsen, mener Bukholm.

– All oppmerksomhet på helseforebygging for pasientene vil forhåpentligvis smitte over på personalet også, tror Kogstad.

– Bør bli nasjonal standard

Både Bukholm og Kogstad er sikker på at de vil se positive resultater av undersøkelsen. Kogstad tror det blir færre svingdørspasienter, særlig innen rusproblematikk.

– Sykehusinfeksjoner kommer til å gå ned, særlig hos de ortopediske pasientene. Et av punktene vi må se på i denne HPH-standarden er jo ernæring. I dag tar ikke sykehusene mye hensyn til det. Pasienter som ligger og venter på operasjon faster dag etter dag og får en stresshormonfrigjøring som på ingen måte er bra for kroppen, sier Bukholm.

– Menn som får alvorlig kreftsykdom, blir

Dette er HPH-sertifiseringsstudien:

Deltakerne skal bruke et verktøy for sykehus som vil jobbe forebyggende og helsefremmende. Det baserer seg på fem standarder utviklet av WHO:

1. Ledelse
2. Pasientvurdering
3. Pasientinformasjon og -intervensjon
4. Helsefremmende arbeidsplass
5. Kontinuitet og samhandling.

Målet er å se om en sertifiseringsprosess vil gjøre implementeringen lettere og føre til flere helsefremmende aktiviteter og bedre helse hos både pasienter og personale.

Dette skal gjøres i studien:

- › Sertifiseringsprosessen består i at avdelingene krysser av på selvevalueringskjemaer om hvordan de jobber med de fem standardene. På standard 2 og 3 vil man spesielt se på røyking, alkoholinntak, ernæring og fysisk aktivitet.
- › Hver avdeling skal sjekke 50 journaler ved studiestart, og 50 journaler ved studieslutt. I tillegg skal både pasienter og ansatte fylle ut et spørreskjema om fysisk, mental og sosial helsestatus både ved start og slutt.
- › Avdelingene i kontrollgruppen vil ligge ett år etter intervensjonsgruppen. Et år etter inklusjon vil man da vite hvordan intervensjonsgruppen ligger an sammenliknet med en avdeling som bare har fortsatt som normalt. Etter to år vil man se om det vil ha noe for seg med revidering og kontinuitetsarbeid.
- › Etter et år med implementering får avdelingene et besøk fra HPH som skal validere resultatene. Hver avdeling får et sertifikat som viser resultatene hos den enkelte avdeling. Det kan variere fra basic, bronse, sølv og gull.

redde for å dø og drikker seg til mot i ukene før de skal inn til operasjon. Ikke alle sykehus er nøye nok på å fortelle pasientene at de selv kan redusere farene for komplikasjoner etter operasjon med å kutte ut alkohol og røyk og trappe opp fysisk aktivitet før operasjonen, sier Kogstad.

– Hva blir konsekvensene hvis resultatene av studien viser god effekt av sertifiseringen?

– HPH-sertifisering bør bli en nasjonal standard, men vi kommer til å trenge hjelp fra myndighetene til å si at vi skal gjøre dette, sier Bukholm til ivrige nikk fra Kogstad. ■■■

eivor.hofstad@sykepleien.no

- 20 – Jeg vil vite hva pårørende sliter med ›
- 22 Sykepleiere taper i kampen om midlene ›
- 24 – Skal ikke bare produsere kunnskap ›
- 24 – Lite forskning i kommunene ›

Sykepleiere som forsker sliter med å forsvare prosjektene sine. De finner ikke relevante nok problemstillinger. Dermed får de avslag når de søker midler.

Tekst **Kari Anne Dolonen** Foto **Erik M. Sundt**

Søknad avslått





«Jeg vil vite hva pårørende sliter med.

Hanne Alfheim, doktorgradsstipendiat

85 prosent av medisinsk forskning kan være bortkastet, hevder grunnleggeren av det internasjonale forskningsnettverket Cochrane. Tekst **Kari Anne Dolonen** Foto **Erik M. Sundt**

Cochrane

Verdensomspennende nettverk som samler forskningsresultater fra helsefeltet og gjør sammenlikninger av forskning på samme områder. Forskningsresultatene er samlet i en database.

Jeg håper min studie vil føre til at pårørende til intensivpasienter får det bedre, sier intensivsykepleier og doktorgradsstipendiat Hanne Alfheim.

Alfheim er i datainnsamlingsfasen av sin studie. I dag jakter hun på forskningsobjekter på en av Rikshospitalets intensivavdelinger. Hun vil finne ut mer om hvordan det er å være pårørende til intensivpasienter. 200 pårørende trenger hun til studien. Nå er hun halvveis.

Sløsing

På verdensbasis investeres rundt 600 milliarder kroner i medisinsk forskning hvert år. 85 prosent av den er bortkastet, ifølge forsker Sir Iain Chalmers. Han er en av grunnleggerne av Cochrane-databasen og en av forfatterne av boka *Testing treatments – Hva virker?*

Mange av pengene sløses bort på forskjellige stadier av forskningsprosessen. Man stiller gale spørsmål, planlegger for dårlig, gjør unødvendige studier, publiserer ikke forskningsresultatene eller gjør dem ikke tilgjengelige i sin helhet. Resultatet er at det produseres fordreide og unyttige forskningsrapporter (se side 23).

– Dette burde engasjere alle, både forskere, de som finansierer forskningen, helsepersonell, skattebetalere og fremfor alt alle pasienter, sa Iain Chalmers da den norske oversettelsen av boka ble lansert i høst.

Må lete etter svar

Professor Monica Wammen Nortvedt er enig med Chalmers.

– For å unngå sløsing med begrensede forskningsressurser, og for å spare pasienter for unødig deltakelse i prosjekter, bør fors-

Tøft å være pårørende

– De pårørende er i en tøff situasjon og de håndterer det forskjellig. Som sykepleier har jeg tenkt at jeg gjerne skulle gjort mer for dem, men da må jeg vite hva de sliter mest med, sier doktorgradsstipendiat Hanne Alfheim.

Hun har laget spørreskjemaer om blant annet stress, søvn, angst og livskvalitet. De som blir med i studien blir fulgt opp i ett år og må fylle ut det omfattende skjemaet fem ganger. Disse dataene skal Alfheim så analysere.

– Resultatene vil forhåpentligvis føre til at apparatet rundt de pårørende blir bedre. Hva som bør gjøres blir enklere å ta stilling til når vi vet mer om hvordan de har det, sier hun.

Ikke alene

Alfheim får god hjelp. Noe hun selv sier hun er avhengig av.

– Jeg har blant annet to gode veiledere og et godt og stort fagmiljø rundt meg. I tillegg støtter ledelsen prosjektet. Det viktigste i fasen jeg er i nå, er hjelpen jeg får av sykepleierne som jobber på de fire intensivavdelingene hvor jeg «jakter» på pårørende som vil bli med i studien, sier hun.

Alfheim får informasjon fra sykepleierne om hvilke pårørende som kan være aktuelle å spørre.

– Uten den hjelpen ville datainnsamlingen tatt mye lengre tid, sier hun.

Når Alfheim kommer i kontakt med en pårørende, tar hun personen med seg på et eget rom for å fortelle hva studien går ut på, og hva som forventes av de som deltar.

Alfheim vet at kampen om forskningsmidler er tøff.

– Hvorfor tror du at akkurat ditt prosjekt har fått penger og ressurser?

– Noe er tilfældigheter, som for eksempel å treffe de rette folkene som er opptatt av det samme som deg og som har et nettverk og vil hjelpe. Andre ting kan man planlegge.

– Jeg tror det er viktig å samarbeide med flere fagmiljøer og jobbe internasjonalt. I tillegg må man være nysgjerrig og ha et ønske om å gjøre ting bedre. Men man må også være villig til å inngå noen kompromisser på veien, sier hun.

I sin egen verden

Medisinsk forskning resulterer i en million forskningsartikler per år, ifølge Sir Iain Chalmers. Hva er det som gjør at forskning er god, dårlig eller rett og slett bortkastet?

Geir V. Berg, forskningsveileder ved Sykehuset Innlandet og førsteamanuensis ved Høgskolen i Gjøvik, mener Chalmers synspunkter både er interessante og viktige.

«Forskning bør ikke gjennomføres hvis spørsmålet allerede er besvart.

Monica W. Nortvedt, professor

kning ikke gjennomføres hvis spørsmålet allerede er besvart, sier hun.

Sammen med andre forskere introduserer hun begrepet «kunnskapsbasert forskning».

– Kunnskapsbasert forskning er å basere forskningsspørsmål på en systematisk oppsummering av tidligere forskning og fortolke nye resultater opp mot helheten av tidligere forskning, sier Nortvedt, som jobber ved Senter for kunnskapsbasert praksis ved Høgskolen i Bergen.



– Er årsaken late forskere?

– Jeg tror ikke forskere er late. Jeg tror det dreier seg om at forskere sitter i sin egen verden, på godt og vondt. Kommer du for nær forskningsfeltet, kan du miste den kritiske refleksive diskusjonen over funn. På den annen siden kan du bli for virkelighetsfjern, sier Berg.

Han mener det også kan være slik at forskere, som andre, styres av kommersielle trender og forsker på temaer som gir større autoritet og penger, slik man ser i legemiddelforskning.

– Det er ikke den samme etterspørselen etter sykepleierrelaterte temaer som det gode stellet eller omsorg til langtidspasienter i sykehjem.

Noe av årsaken til at bortkastet forskning forekommer er

manglende dialog mellom praksis og forskning, mener Berg.

– Forskerne må i større grad være interesserte i å være med på å utvikle praksis enn det de er i dag. Og praktikerne må i større grad være interesserte i å ha kontakt med forskerne. Det ideelle må være en balansert dialog og samvirke, mener Berg.

Skadelig

– Hvilke konsekvenser kan dårlig forskning få?

– Pasientene, klinikerne og samfunnet kan gå glipp av viktig kunnskap som kunne forbedre og utvikle helsetjenesten. I verste fall kan man igangsette eller videreføre en praksis som på sikt kan være skadelig.

kari.anne.dolonen@sykepleien.no

Dette bør det forskes på:

Hvert år publiserer Kunnskapssenteret en oppsummering over kunnskapshull som de finner i sine systematiske oversikter og metodevurderinger. Kunnskapshullene er langt på vei de samme fra år til år.

Kliniske kunnskapshull 2012:

- › Effekt av forebyggende tiltak og organisering av helsetjenester.
- › Norske studier på blant annet tvangsbruk, og antibiotikabehandling ved borreliose.
- › Effekt av langtids mekanisk ventilasjon for pasienter med svikt i sentral respirasjonsstyring.

- › Effekt av tidlig ultralyd på kvinnens beslutninger og psykiske helse.
- › Effekt av seksualterapeutiske intervensjoner.
- › Effekt av tverrfaglig behandling ved revmatiske sykdommer.

Forskningsmetodiske kunnskapshull for 2012:

- › Endepunkter som pasienter mener er viktige bør rapporteres, og pasienter bør i større grad delta ved planlegging av forskning.
- › Det er et generelt behov for studier med god design, relevante og validerte endepunkter og tilstrekkelig lang oppfølgingstid.
- › Det er behov for studier som sammenlikner ulike tiltak med hverandre (comparativ effectiveness).





HAVNER HER: Lege og seniorforsker Signe Flottorp jobber for Forskningsrådet og ser sykepleiernes søknader. Det langsiktige arbeidet med å utvikle sterke forskningsmiljøer er en viktig forutsetning for å heve sykepleieforskningen mener hun.

Sykepleierne

– Søknadene er ikke gode nok, sier Signe Flottorp i Forskningsrådet.

Tekst **Kari Anne Dolonen** Foto **Erik M. Sundt**

Legene er den gruppen som stikker av med mesteparten av pengene innen helseforskning.

Forskningsveileder ved Sykehuset Innlandet og førsteamanuensis ved Høgskolen i Gjøvik, Geir V. Berg, gir følgende eksempel:

– I 2013 hadde vi fire millioner kroner til forskning. De ble fordelt på 16 prosjekter. 13 har leger som ansvarlige. Av de tre siste gikk til doktorgradsstipender til sykepleiere, sier han.

– Hvorfor er det slik?

– Sykepleierne søker, men når ikke helt opp. Søknadene er gjennomgående for dårlige. Forskningsspørsmålet er for dårlig eller ikke relevant, og forskningsmetoden som brukes er ofte kvalitativ og når derfor ikke opp til gullstandarden, sier han.

Signe Flottorp er lege og seniorforsker ved Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten. I tillegg er hun leder for Program for helse- og omsorgstjenester i Forskningsrådet. Det betyr at søknader om forskningsmidler fra sykepleiere havner på hennes bord.

– Søknadene er ikke gode nok, bekrefter hun.

– Hvor glipper det?

– Forskning gjort av sykepleiere har med noen unntak fått relativt dårlig omtale ved ekstern evaluering. I tillegg har søknader fra sykepleiefaglige miljøer problemer med å nå opp i konkurranse om forskningsmidler. Å finne et godt og relevant forskningsspørsmål er avgjørende for å få penger til forskningsprosjekter.

Tenk nytteverdi

Flottorp mener det kan være flere årsaker til at sykepleiernes søknader ikke er gode nok.

– Det viktigste er langsiktig arbeid for å utvikle sterke forskningsmiljøer, utvikle tverrfaglig samarbeid og allianse med sterke miljøer som har erfaring med å skrive gode søknader, samt å jobbe målrettet med å utarbeide relevante søknader av høy kvalitet.

– Så hva er et godt forskningsspørsmål?

– Svaret på spørsmålet må være til nytte. Pasientene bør ha vært involvert i å definere spørsmålet slik at svaret er relevant også for dem. I tillegg bør man tenke: Hva er det de som har pengene ønsker seg.

– De beste prosjektene søker etter svar som kan ha betydning for praksis og bygger på gode oppsummeringer av eksisterende forskning.

Bruk god tid

Flottorp har flere råd til sykepleierne:

– Sjekk utlysningsteksten, programplan og andre strategiske dokumenter nøye. Skaff gjerne godkjenninger fra REK og registre du skal bruke.

Når man har funnet spørsmålet, er det på tide å finne den forskningsmetoden som er best egnet.

– Ett annet tips er å gjøre det så enkelt som mulig.

– Hva skjer med en forskningssøknad?

– Søknader til forskningsprogrammene i Forskningsrådet blir først

taper i kampen om midlene

fagfelle-vurdert av eksterne fageksperter før programstyrene avgjør hvilke søknader som skal få støtte, sier Flottorp.

– For at forskningsprosjekter i det hele tatt skal ha en sjanse, må de ha god kvalitet. I tillegg må de være relevante. Men det er alltid et element av lotteri. Vi får flere støtteverdige søknader enn vi har midler til å finansiere.

Flottorp sier at det er bra at Norsk Sykepleierforbund (NSF) vil satse på forskning og har laget en egen forsknings- og utdannings-plattform.

– Her er det flere gode forslag for å styrke både kvalitet og bredde i forskning utført av sykepleiere. Men selve begrepet sykepleieforskning er litt problematisk. Det er viktig å unngå et snevert, profesjonssentrert perspektiv, sier hun.

Må jobbe tettere med praksis

Monica Wammen Nortvedt sier de som har de gode forsknings-spørsmålene ofte jobber i praksis og ikke nødvendigvis er opptatt av forskning.

– Vi som forsker sitter på kontorene våre og lager forskningsspørsmål som passer oss. Litt satt på spissen, men sant, sier professoren.

Men hun tror dette bildet kommer til å endre seg.

– Det vil bli et krav at forskere jobber tettere med dem som jobber klinisk, nettopp for å sikre at forskningsspørsmålene er relevante.

Blir for «ulne»

Når det gjelder påstanden om svak forskningsmetode, er Wammen Nortvedt langt på vei enig. Hun sitter selv i tildelingsutvalget i Helse Sør-Øst og har lest sin andel forskningssøknader både fra leger og sykepleiere.

– Når jeg leser de gode medisinske søknadene som inneholder faglige termer jeg ikke nødvendigvis forstår, skjønner jeg likevel ut ifra metodebeskrivelsen hva de har tenkt å gjøre, og hvordan de har tenkt å gjennomføre forskningen for å gi svar på sitt forsknings-spørsmål. Mange av forskningssøknadene fra sykepleiere blir for «ulne». Jeg forstår rett og slett ikke hvordan de skal gjennomføre forskningen og svare på forskningsspørsmålet. Da skårer de lavt, og får ikke penger. Hvis man vil ha forskningsmidler må man oppfylle søknadskriteriene. Dersom man ikke klarer å få andre til å forstå hva man skal gjøre, hjelper det lite at man selv synes søknaden er god.

Trenger robuste miljøer

– Det er nok riktig at sykepleierne taper i kampen om forsknings-midlene. For å nå helt opp bør sykepleierne i større grad samarbeide med andre forskningsmiljøer både nasjonalt og internasjonalt, sier spesialrådgiver i NSF's fag- og helsepolitiske avdeling, Elisabeth Holm Hansen.

At sykepleiere ikke stiller gode nok forskningsspørsmål, er hun usikker på om stemmer.

– Men jeg er enig i at det er viktig med tett samarbeid med praksis og at relevante forskningsspørsmål må finnes i praksis, sier hun.

Om forskningsmetode sier Holm Hansen at sykepleiere har tradisjon for å bruke kvalitativ metode, som i noen miljøer ikke når helt opp.

– Det er imidlertid i ferd med å endre seg. Vi har fått mer bredde i metodebruk ut ifra forskningsspørsmålet som stilles. Det tror jeg er bra, sier hun.

kari.anne.dolonen@sykepleien.no

Fire tips

Signe Flottorp har fire tips til sykepleiere om hvordan de skal nå opp i kampen om midlene:

1. Et godt og relevant forskningsspørsmål
2. Les utlysningsteksten nøye
3. Bruk tid og skriv godt
4. Etabler samarbeid – erfaring er nødvendig

Sløsing i fire stadier:

Kilde: Iain Chalmers, Paul Glasziou. Lancet 2009;374:86-89 og boken «Testing treatments- Hva virker?». Boka kan lastes ned gratis på www.kunnskapssenteret.no

Relevante spørsmål for leger og pasienter

Det forskes på spørsmål som er mindre viktige

Viktige effektmål blir ikke vurdert

Helsepersonell og pasienter er ikke med på å prioritere forsknings-spørsmålene



Hensiktsmessig forskningsmetode

Flertallet av studiene planlegges uten referanse til systematiske oversikter over eksisterende forskning

Mer enn halvparten av studiene gjør ikke nok for å redusere feilkilder. For eksempel skjult fordeling av studiedeltakere til behandlings- eller kontrollgruppe



Tilgjengelig, fullstendig publisering

Over halvparten av studiene blir aldri publisert i sin helhet

Skjevrapportering når resultatene er skuffende



Objektiv og nyttig rapport

Nesten en tredel av tiltakene i studiene blir ikke beskrevet utførlig nok

Mer enn halvparten av planlagte resultatmål blir ikke publisert

Nye forskningsfunn sees som oftest ikke i sammenheng med resultater fra systematiske oversikter over eksisterende forskning



Hvordan penger til medisinsk forskning sløses vekk i ulike stadier av forskningsprosessen.

– Skal ikke bare produsere

Mye forskning kunne vært mer nyttig, men er likevel ikke bortkastet, mener Jacob Hølen.

Tekst **Kari Anne Dolonen**

Jacob Hølen er sekretariatsleder for Den nasjonale forsknings-etiske komité for medisin og helsefag. Han er langt på vei enig i at mye forskning er «bortkastet».

– Men jeg stiller spørsmål vedrørende realismen bak idealet om superforskning, sier Hølen.

– *Hvorfor er det urealistisk?*

– Delvis fordi forskningen har andre positive effekter enn maksimert kunnskapsproduksjon. Jeg har nevnt utdanning av nye forskere og lærere. Forskningen sysselsetter også mange mennesker, forskningsmidler brukes som virkemiddel i distriktpolitikk og for å kunne tilby forskningsbasert undervisning ved høyskoler og universitet, sier han.

Hva er best?

Hølen mener det kan diskuteres hva som er den «beste» forskningen. Men han mener det er viktig å etterstrebe idealet om å maksimere kvaliteten og tilrettelegge for at forskningen blir publisert.

«Også kritikerne innrømmer at det er lettere å være etterpåklok enn forutseende. *Jacob Hølen*

– Det vil redusere tilfellene av gjentatte forsøk med lite nyttepotensial, sier han.

Ikke 85 prosent

Ifølge Hølen er det ikke grunnlag for å si at så mye som 85 prosent av medisinsk forskning er bortkastet, slik Sir Iain Chalmers hevder (se side 20).

– Derimot er det klart mye forskning kunne vært mer nyttig.

Samtidig er det slik at en betydelig andel norsk medisinsk forskning gjennomføres av for eksempel forsker-stipendiater eller studenter. Disse prosjektene vil kunne ha samfunnsnytte gjennom opplæringen av fremtidige forskere, selv om prosjektet i seg selv kanskje bidrar med begrenset ny kunnskap, sier han.

Også spesialrådgiver i NSF's fag- og helsepolitiske avdeling, Elisabeth Holm Hansen, er skeptisk til påstanden om at 85 prosent av medisinsk forskning er bortkastet.

– Jeg vet ikke om det er hold i en slik påstand. Selv om en del forskning ikke er anvendt forskning, men såkalt grunnforskning, er den helt nødvendig for å kunne generere ny og anvendt forskning, sier Holm Hansen.

Mer bevisst

Hølen mener de som finansierer forskningen bør være mer bevisst på hva som er kunnskapspotensialet og nytten og litt mindre på hvem som søker.

– Jeg vil gjerne gi et tenkt eksempel: I starten av en forskers karriere kan det valgte feltet ha kunnskapshull, og forskningen vil være nyttig, men etter hvert når feltet og forskernes evner metning. Da kan det være fristende å fortsette på det man kan og har bygget opp kompetanse på, i stedet for å bevege seg over i nytt terreng. Seniorforskeren vil på dette tidspunktet ha en betydelig publikasjonsliste, stor kompetanse på feltet og muligens også et internasjonalt nettverk å vise til. Forskningsrådet eller andre som finansierer forskning kan da lett la seg friste til å gi videre finansiering til seniorforskerens velsmurte maskineri fremfor en juniorsøker som mangler erfaring og nettverk, men som kanskje har mer samfunnsnyttige forskningsspørsmål, sier Hølen.

Lett å være etterpåklok

– Også kritikerne innrømmer at det er lettere å være etterpåklok

Lite forskning i kommunene

Forskningens kår er mye bedre på sykehus enn i kommunen. Tekst **Kari Anne Dolonen**

Det er til tross for at Forskningsrådets Program for helse- og omsorgstjenester skal prioritere forskning i kommunehelsetjeneste.

Signe Flottorp i Forskningsrådet oppfordrer sykepleierne til å ta eierskap over forskning i kommunene.

– Her kan sykepleiere bidra, sier hun.

Men tradisjonen for å forske er mye svakere i kommunene enn i spesialisthelsetjenesten. Sykehusene har et lovpålagt krav om forskning. Det har ikke kommunene. Flottorp mener Norsk Sykepleierforbund kan bidra til å bygge opp flere gode forskningsmiljøer ved å kreve lovhjemlet krav om forskning også her.

Helse Sør-Øst brukte 1,7 milliarder til forskning i 2011.

kunnskap

enn forutseende når man vurderer forskningens kvalitet og nytte, sier Hølen.

Ved de norske universitetssykehusene er det i nyere tid opprettet forskningstøtteavdelinger og lagt til rette for samarbeid mellom klinikere og fagpersoner i medisinsk metode og statistikk.

– Dette er nyttige tiltak for å øke kvaliteten og rydde unna feil som følger av valg av gal metode eller feil fortolkning av analyseresultater. Hvis forskerne til slutt følger rådet om alltid å oppsummere og drøfte egne resultater mot relevante metastudier, vil forhåpentligvis forskningen bli enda mer nyttig, sier han.

– Bør det bli et krav at alle som søker om forskningsmidler har gjort systematiske kunnskapsoppsummeringer?

– Nei, det blir for strengt. Det å gjennomføre en systematisk review er et selvstendig og meget omfattende arbeid. Det som bør kreves er at forskeren gir en redegjørelse for forskningsfronten, begrunner de forskningsspørsmål som stilles og sannsynliggjør at man har valgt egnet design og metode for å besvare dem, sier Hølen.

kari.anne.dolonen@sykepleien.no



– Det er 60 prosent av alle midler til helseforskning i Norge. I konkurranse med sterke medisinske forskningsmiljøer i sykehusene og på universitetene er det vanskelig for prosjekter ledet av sykepleiere å nå opp, sier hun. ■■■

kari.anne.dolonen@sykepleien.no



POSITIVT: Man bør ikke glemme at forskningen også har andre positive effekter enn selve resultatene, for eksempel at det utdanner nye forskere og kan være et politisk virkemiddel, mener Jacob Hølen.



Der ute

Les mer om:

28 Maler og får fred ›

32 Møtte veggen og klatret over den ›

36 Jeg tenkte: Hun bryr seg ›

40 Usminket møte med Zambia ›

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

Blodet drypper i STORBRITANNIA

Storbritannias sykepleiere får nå ordinere blodtransfusjoner etter å ha tatt et fire dagers kurs godkjent av det offentlige NHS Blood and Transplant. Tradisjonelt har det vært en legeoppgave å bestemme om en pasient skal få blodoverføring og hvilket blodprodukt vedkommende skal få.

Klinisk ekspertsykepleier Steve Wright jobber ved kirurgisk avdeling på et sykehus i London. Han tok et firedagers kurs i fjor vår og er nå en av Storbritannias første sykepleiere som får lov til dette. Før måtte han vente opptil flere timer for å få en lege til å forskrive blodtransfusjonen.

– Nå får pasienter det blodet de trenger mye raskere og det kan gjøre hele forskjellen, sier han til bladet Nursing Standard.

Kurset han tok, skal nå rulleres ut over hele Storbritannia.



AMERIKANSK kampanjesuksess

En nasjonal tobakksutdanningskampanje i USA lansert i 2012 har vært en suksess. 1,6 millioner amerikanere forsøkte å slutte med en gang, mens 200 000 klarte det. De var fremdeles røykfrie ved opptellingen i 2013, gjort av Folkehelseinstituttet i USA (CDC). Disse resultatene overgikk kampanjens mål, som var 500 000 forsøk og 50 000 vellykkete røykeslutforsøk.

Kilde: Centers for Disease Control



FATTIGE BARN: Rundt 500 000 greske barn lever under fattigdomsgrensen.

Helsehjelp til HELLAS

Ifølge nye tall fra Eurostat er Hellas det landet i EU med størst risiko for å bli fattig. I 2012 hadde hver fjerde greker en inntekt som var under den offisielle fattigdomsgrensen i landet. Det vil si 2,4 millioner mennesker, blant dem rundt 500 000 barn.

I Aten har det også vært en kraftig økning i rusmisbrukere og hivsmittede. Norge har derfor blitt enige med Hellas om å

prioritere fattige og hjemløse i den greske hovedstaden når Norge gir over 40 millioner kroner av EØS-midlene til Hellas.

Pengene blir fordelt på et solidaritets-hus i kommunal regi som hjelper 14 000 mennesker med mat, klær og hygieneartikler, samt et hjelpesenter som skal tilby helsetjenester, juridisk rådgivning og arbeidssøkerhjelp.

Kilde: Europaportalen

Kjefter på STOCKHOLMS jordmødre

Filippa Reinfeldt er foruten ekskone til Sveriges statsminister, også helse- og omsorgspolitiker for Moderaterna i stockholmsregionen. I januar forårsaket hun kritikerstorm ved å hevde at personalkrisen på Stockholms fødeavdelinger skyldes at jordmødrene jobber mer deltid enn andre yrkesgrupper.

«Filippa Reinfeldt løser barnmorskebristen med att barnmorskor ska jobba mer. En bättre lösning vore kanskje om Reinfeldt slutade jobba helt?», lød en av twitterkommentarene.

Sykepleiernes fagforbund, Vårdförbundet, sjekket tallene som ga Reinfeldt rett i at jordmødre jobber mye deltid: Over halvparten (52 prosent) av Stockholms jordmødre jobber deltid. Til sammenlikning er det gjennomsnittlig omkring 14–15 prosent av samtlige yrkesgrupper ansatt i stockholmsregionen som jobber deltid.

Men jordmødrene har svart Reinfeldt at forklaringen er at de rett og slett ikke orker jobbe fulltid som jordmor slik helsetjenestens arbeidsmiljø ser ut i dag.

Kilde: Vårdfokus



MINDRE SYKE: Sykefraværet på grunn av ryggsmarter har sunket fra 123 dager til 22 dager i Slagelse kommune i Danmark.

Mindre syk med bedre løfting i DANMARK

Hjemmetjenesten i Slagelse kommune har fått Arbeidsmiljøprisen for 2013 i kategorien muskel- og skjelettpåvirkninger. Ansatte i pleie- og omsorg i Slagelse kommune hadde over fem ganger så høy risiko for å få en arbeidsskade ved forflytting av en pasient som ansatte som jobbet med mennesker med funksjonshemninger og psykiske lidelser. Og ansatte i hjemmetjenesten hadde igjen fire og en halv gang større risiko for denne type skader enn ansatte på pleiesentrene.

Etter å ha blitt opplært innen nye løfte-teknikker og fått instruksjonene tilgjengelig på arbeidstelefon og pc, har sykefraværet på grunn av ryggsmarter sunket fra 123 dager til 22 dager. På samme måte falt også sykefraværet på grunn av problemer i knær, nakke og skulder.

Kilde: www.arbejdsmiljoepriisen.dk



Helsetpersonell bes snakke om alkohol i USA

«Alkoholscreening og -rådgiving er en effektiv og for lite brukt helsetjeneste», skriver den amerikanske folkehelse, Centers for Disease Control (CDC) på nettsiden sin. Minst 38 millioner voksne i USA drikker for mye alkohol, og flesteparten av disse oppfattes ikke som «alkoholikere». Alkohol fører til rundt 88 000 dødsfall og koster samfunnet rundt 224 milliarder dollar i året. Dersom helsetpersonell screener og rådgir pasienter om alkohol, vil det kunne redusere drikkingen med 25 prosent. Men kun en av seks har noensinne snakket med legen eller annet helsetpersonell om alkoholkonsumet sitt. Derfor ber nå CDC helsetpersonell om å bli flinkere til dette.

Kilde: Centers for Disease Control

Praksis-suite i BRIGHTON

Sykepleier- og jordmorstudentene ved universitetet i Brighton har fått et nytt simuleringsrom som er topp utstyrt for 250 000 pund. Lærerne kan sitte bak en glassvegg og følge med på hvordan studentene utfører ulike oppgaver på ulike pasienter. Derfra kan de også gi instruksjoner.

– Denne «state of the art»-suiteen er blant landets mest velutstyrte. Studentene setter pris på å lære i omgivelser som likner på virkeligheten, sier professor Shirley Bach i en pressemelding fra universitetet hvor hun leder sykepleier- og jordmorutdanningen.



FRA NORGE: Også norske studenter kan teste ut det nye simuleringsrommet. Universitetet i Brighton samarbeider nemlig med høyskolene i Østfold og Sør-Trøndelag. (Foto: University of Brighton)



Sømløst for hjemløse i ENGLAND

I Gloucestershire fylke i Sørvest-England er sykehussykepleiere i gang med et seks måneders prosjekt for hjemløse mennesker. De skal bygge bro mellom første- og andrelinjetjenesten. Det gjør de gjennom å kontakte dedikerte helseteam som tar seg av hjemløse i kommunen. Teamene består av hjemmesykepleiere og fastleger som besøker sykehusene for å bedømme hva pasientenes behov vil være ved utskriving.

Kilde: Nursing Standard

SKOTTE oppsagt for dårlig håndhygiene

Mellom 2011 og 2013 ble én sykepleier oppsagt for å bryte håndhygienereglene i Skottland, viser tall framlagt av partiet De skotske konservative. De 14 helsestyrene i Skottland har svart på en spørreundersøkelse hvor dette kom fram. Helseansvarlig hos de skotske konservative, Jackson Carlaw, syntes nok det burde vært flere, siden han kommenterte funnet slik: «Det virker som om verken helsestyrene eller skotske myndigheter tar dette viktige området tilstrekkelig alvorlig.»

Kilde: Nursing Standard



Riskhospitalet



Gjennom billedterapi kan man bli bevisst det ubevisste.

Tekst og foto Ingrid Kvitrud

– Jeg vil gi meg selv fred

Videreutdanning i billedterapi

Videreutdanningen er et delstudium over to år som gir 60 studiepoeng. Opp-takskravet er at man har fullført treåring utdanning enten som sykepleier, lærer, sosionom, barnevernspedagog eller fysioterapeut. I tillegg må man ha minst to år relevant praksis etter utdanningen.

Kilde: hioa.no

En mann og en kvinne kommer inn døra. De plasserer seg i hver sin ende av bordet. Kvinnen har håret i hestehale. Hun sitter rett i ryggen med hendene i fanget. Mannen har sort hår. Han vipper seg bakover på stolen, tar fatt i to pensler og trommer med dem på lårene.

På det duklagte bordet mellom dem står akryltuber, vannmaling, fettstifter, kull og kritt i alle farger. Samtlige farger kan man finne igjen på duken som spor etter at følelser og tanker er blitt overført til papir. Den grå desemberkvelden kan man bare finne igjen utenfor vinduet. Det er siste billedte-

rapitime før jul på et botilbud i Oslo.

– I denne søte juletid, som kan være både og, er det mye gavestyr. Så hva ville du ha gitt deg selv til jul? Det er det jeg vil dere skal tegne i dag, sier Kari Støren, som er psykia risk sykepleier og videreutdannet i billedterapi.

Dype pianotoner fra Bugge Wesseltofts album *It's Snowing on My Piano* settes på av Støren i bakgrunnen. Musikken skal sette i gang de kreative følelsene.

– Må det være en fysisk gave? spør mannen.

Han tegner en firkant med smal blyantstrek. Dama tar en grønn fettstift og tegner mange, tykke streker.

Reflekterer sjelelivet

Støren og Tine Myksvoll, som også er sykepleier og videreutdannet i billedterapi, startet opp med billedterapien i oktober 2012. Billedterapitimene begynner alltid med avspenning, så får brukerne en oppgave om å male noe, og deretter skal det være en samtale om det de har malt.

Terapien går ut på å gi et visuelt uttrykk til følelser og tanker. Bildet skal fungere som et kommunikasjonsverktøy.

– Det er mindre intenst å uttrykke seg gjennom et bilde, fordi da er det bildet, og ikke personen, som er i fokus. Målet er at brukerne skal bli bevisst følelsene sine og snakke om dem, sier Støren.

Hver torsdag holder hun og Myksvoll halvannen time billedterapi for tre til fire faste brukere. Mannen og kvinnen som er med i dag, har vært med siden starten. I dag er det Støren som leder gruppen, og Myksvoll har blant annet ansvar for å passe tiden.

En ramme til bildene

– Dere har som vanlig en halvtime til å male bildene deres, sier Myksvoll mens hun ser på armbåndsuret sitt.

Også hun og Støren tar fatt på tegnesakene. Wesseltofts julemusikk er den eneste lyden i rommet. Kvinnen pusser bort grønne, oransje og røde fargerester fra arket. Mannen kvesser blyanten. Tegningen er i sort hvitt.

– Nå er det igjen fem minutter, sier Myksvoll rolig.

Da er kvinnen ferdig og har samlet hendene i fanget igjen. Mannen tar tak i en gulfarge.

– Vi er nøye med tiden, for faste rammer gir trygghet. Hvis brukerne er utrygge, kan det hindre dem i å gå inn i seg selv. Når de er trygge, kan bildet av og til avdekke følelser man ikke engang visste at man hadde, sier Støren med noen nikk.

Hver av brukerne får ti minutter viet til bildet sitt. Her er det ikke den som roper høyest som får mest plass. Myksvoll forteller videre at et viktig mål med terapien for brukerne går på å vite at de blir sett.

– Vi er skapt for å uttrykke oss og



SELVPORTRETT: Å tegne et portrett av hvordan man oppfatter seg selv kan være krevende, forteller sykepleier og billedterapeut Kari Støren. Her har mannen tegnet seg selv.



GRAVSTEINER: Forskjellige typer gravsteiner får plass i mannens bilde. Både et mausoleum, en ateiststein, og en for dem som ikke har noen etterlatte: «På vegne av venner».

kommunisere. Da er det viktig at vi får tilbakemeldinger på uttrykkene våre, sier hun.

– Jeg føler fred på kirkegårder

– Er det noen som vil begynne? etterlyser Støren.

Mannen melder seg frivillig.

– Det er en kirkegård. Jeg føler en veldig fred på kirkegårder. De som ligger der er ferdige med dette livet. Livet er jo hardt for alle, sier mannen mens han ser ned i bordet.

– Forbinder du det med fred? spør Støren.

– Ja, det var derfor jeg valgte det. Gaven var å gi meg selv fred. Jeg unner meg selv mer fred enn det jeg får, svarer mannen.

Det blir klart hvorfor mannen spurte om han måtte tegne en konkret gave.

– Det minner meg litt om skygger?

undres Myksvoll og peker på at det er ekstra sort rundt gravsteinene.

– Jeg tror jeg bare var litt hardhendt med fargestiften, svarer mannen som

for det: Noen ganger bommer de, og andre ganger treffer de. Og noen ganger treffer de noe som brukeren ikke er helt klar for å snakke om.

«Av og til kan bildet avdekke følelser man ikke visste at man hadde.»

Kari Støren, psykiatrisk sykepleier og videreutdannet i billedterapi

om han ikke hadde sett det selv.

– Det er ikke noen skikkelser? spør Myksvoll videre.

– Nei, men når du sier det så kunne det ha vært det. Jeg har jo en slik fyr som dukker opp på rommet mitt, sier mannen.

Støren og Myksvoll kaster ut spørsmål som «åter» for å hjelpe brukerne til å snakke om følelser hvis de er klare

– Vi kommenterer forsiktig og stiller åpne spørsmål, det er et viktig billedterapeutisk redskap, sier Myksvoll.

Støren innrømmer at når hun først så bildet av kirkegården, kunne det være lett å tenke at det var et trist bilde. Men hun har lært å kjenne mannens måte å uttrykke seg på med tiden. Billedterapeutene må være bevisst sine egne erfaringer og holdninger, fordi disse





SAMTALE: Sykepleier og billedterapeut Kari Støren spør om det hun ser på bildet, og lar mannen forklare.



EKSPERIMENTERER: Tidligere tegnet kvinnen i jevnere felter, nå vil hun være mer leken, og bruker derfor mer sjatteringer

gjør gjerne spiller inn når de tolker bildene til brukerne.

– Vi skal også være forsiktige med å tolke for mye, men vi må jo tolke noe for å stille spørsmål. Vi skal likevel gi brukerne selv mulighet til å reflektere rundt den billedskapende prosessen og det ferdige bildet. Brukeren eier bildet og bestemmer hva det han eller hun har tegnet betyr, sier Støren.

Langt fra sort til gult

– Jeg ser du har tegnet stjernehimlen du er så glad i? sier Støren og peker på stjernene på mannens bilde.

De og månen er det eneste på bilde som har fått farge: Gul. Mannen har

refleksjoner i gjennomgangen til brukernes hverdag.

– For eksempel kan vi tenke at hvis en person plutselig begynner å tegne mer lekent, så betyr det kanskje at personen er litt mer leken i hverdagen også. Dette er en del av prosessen, sier Støren.

Støren og Myksvoll ser etter både farger, former, avstander mellom elementer, størrelser og forhold mellom elementer når de skal gå inn i bildene. De er enige om at billedterapi er en prosess som må gå over tid.

– Så det fungerer ikke å gjøre billedterapi én gang?

– Det fungerer på den måten at du kan få en hyggelig opplevelse med å mestre og å bli sett der og da, men det tar tid å snakke om vanskelige ting og å forstå dem, sier Støren.

– Det skal ikke være pent

Kvinnens bilde henges opp på lerretet. Hun har tegnet tulipaner som gave til seg selv.

– Men jeg ville liksom ikke bare tegne tulipaner, så jeg tegnet blomstene som hjerter. Det symboliserer glede, sier hun.

– Tegner du deg glad? spør Myksvoll.

– Ja, når jeg er her. Noen ganger har jeg det tungt, og det kan være tungt å komme rett etter jobb. Men jeg føler meg alltid lettere til sinns etter å ha vært her.

Hun er svært fornøyd med bildet sitt denne gangen. Myksvoll og Støren er likevel bevisst på ikke å skryte for mye av bildene til brukerne. De vil heller

rette oppmerksomheten mot brukerens opplevelse av bildet.

– Det tar tid å få tillit til tegningen sin og legge fra seg «flink pike-syken» med at alt skal se så fint og riktig ut. Det skal ikke være pent, men et uttrykk for følelser. Dette er ikke en malegruppe, men billedterapi, sier Støren mens hun setter en finger bestemt ned i bordet.

– Passer billedterapi for alle?

– Ikke alle føler seg hjemme i det å uttrykke seg i bilder, men tegneferdigheter har ingenting å si, er Støren og Myksvoll enige med hverandre i. ■■■

redaksjonen@sykepleien.no

«Jeg unner meg selv mer fred enn det jeg får.»

Bruker på botilbud i Oslo, mannen

tegnet stjernehimlen på flere andre tegninger gjennom året. Han har fortalt at gjennom oppveksten fikk det å se på himmelen på natten ham til å føle seg trygg. Støren og Myksvoll forteller at i starten tegnet ikke mannen med noen farger, og at de tolker det som en utvikling at mannen nå bruker gul oftere og oftere.

– Hva gjør dere når dere ser forandring?

– Vi spør om det vi ser, og om brukeren ser det samme. Endring kan ofte bety at de er blitt tryggere, sier Støren.

Mange ganger relaterer Støren og Myksvoll det som kommer frem ved



GLEDE: Kvinnen har kalt bildet sitt «glede». Hun liker å kjøpe tulipaner i gave til seg selv når hun har en dårlig dag.

Gjør godt for budsjettene.

Tekst Eivor Hofstad

Røykestopp i svenske kommuner

Siden januar i år har det vært forbudt å røyke på kommunale arbeidsplasser i 200 av Sveriges 290 kommuner. Målet er å hjelpe de ansatte med å slutte å røyke og forbedre helsen deres.

Økonomisk vil det være en fordel også, siden samfunnsøkonomer har beregnet at en røyker koster arbeidsplassen sin cirka 45 000 kroner i året, ifølge Göran Boethius hos Tobaksfakta. Det handler om tapt arbeidstid på grunn av røykepauser og opp imot åtte fler sykedager i året i forhold til ikke-røykere.

Spørreundersøkelser hos kommuner som har innført røykeforbud tidligere, har vist varierende resultater. I Håselholms kommune sluttet 2 prosent

å røyke, mens på Gotland sluttet 25 prosent av mennene og 10 prosent av kvinnene. Til og med snusingen minsket med en femtedel. I Visby har sosialforvaltningen spart inn 13 millioner svenske kroner etter at arbeidsplassene ble røykfrie.

Men ikke alle er like fornøyde. Mot-tala kommune ble røykfri i 2007, og der var 54 prosent negative til beslutningen om røykfri arbeidsplass to år etterpå.

Statens folkhälsoinstitut gjorde i 2009 en undersøkelse som viste at kommunene kunne spare 2,6 milliarder svenske kroner per år om de alle hadde røykfri arbeidstid.

Kilde: Duojobb.se

eivor.hofstad@sykepleien.no



SYKERE: Røykere har oppimot åtte flere sykedager enn ikke-røykere, ifølge svenske Tobaksfakta. Illustrasjonsfoto: Colourbox



Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høgskole i logistikk

FRAMTIDSRETTEDE STUDIER – ETTERSPURT KOMPETANSE

HiMoldes helse- og sosialfagsutdanninger er kjent for høy kvalitet, både i teori- og praksisundervisning, med tett oppfølging av studentene og gode praksisplasser.

Høsten 2014 tilbyr vi tverrfaglige master- og videreutdanninger innen følgende områder:

- Videreutdanning i psykisk helsearbeid
- Videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge
- Videreutdanning i aldring og eldreomsorg
- Videreutdanning i omsorg ved alvorlig sykdom, og død
- Videreutdanning i miljøarbeid og tverrprofesjonalitet
- Master i helse- og sosialfag

Søknadsfrist 15. april | www.himolde.no

Viktoria Minsaas (19) ble introdusert for klatring på sykehuset.

Tekst Eivor Hofstad Foto Lena Knutli

Møtte veggen og klatret over den

«Jeg har lagt bak meg perfektionismen og prestasjonsjaget. Det perfekte finnes ikke.»

Viktoria Minsaas

Nei, utbryter Viktoria Minsaas (19) og stopper opp et lite øyeblikk i klatreveggen, en meter over bakken i Trønderhallen i Levanger.

– Jo da, det er rett! Fine bevegelser, oppmuntrer Eddi Tausvik, driftskoordinator og psykiatrisk sykepleier ved seksjon psykosier ved Sykehuset Levanger.

Han har akkurat klatret ei lita rute sideveis bortover veggen som Minsaas skal kopiere. For hver gang de bytter, legger Tausvik på et steg og et grep videre. Oppvarming må til, spesielt i fingre og armer, så man kan gå løs på mer loddrette utfordringer med sin egen fantasi, uten å være hermegås.

Pushet grenser

Minsaas har ikke klatret på en stund, men har tatt turen til hallen for å snakke med Sykepleien når gamle kjenninger fra sykehuset har sin faste ukentlige totimers ettermiddagsklatring. Hun benytter anledningen til å prøve seg i veggen igjen, og det tar ikke mange sekunder før hun er smilende varm i trøya.

I dag tar Minsaas opp igjen fag fra videregående samtidig som hun jobber på bensinstasjon og spiller piano og synger. For to år siden var hun en flink pike, men selvutslettende og usikker og følte at hun ikke mestret livet så godt. Til slutt fikk hun en real knekk og ble innlagt på avdelingen hvor Tausvik jobber.

– Jeg har alltid vært veldig pliktopp-

fyllende og samvittighetsfull. Alltid å skulle oppfylle andres krav og forventninger ble til slutt for mye. Det var én av grunnene til at det sa stopp, sier Minsaas.

På sykehuset ble hun introdusert for klatring for første gang. Det var full klaff, selv om hun ikke regner seg som ei typisk sportsjente.

– Klatring er en konkret ting hvor det er lett å pushe egne grenser. Jeg klarte ikke å ha så mye sosial kontakt på den tiden, og det slapp jeg her, sier hun.

Tverrfaglig klatregruppe

De fem i personalgruppa ved seksjon psykosier som driver med klatring er sykepleiere, en fysioterapeut og en ergoterapeut. De rullerer på å være to med hver gang, og samtlige har tatt både Brattkort og instruktørutdanning fra Norges Klatreforbund. Det vil si at de kan både instruere og godkjenne Brattkort for andre. Et Brattkort dokumenterer at man kan bruke klatreveggen på en sikker måte. Tausvik har også avansert til trener-1, og kan nå undervise andre klatreledere.

Pasientene fikk klatring som fritidstilbud i 2004, og i dag er klatringen en av flere aktiviteter som brukes på avdelingen i utredning og behandling av psykosier. Om sommeren prøver de seg i små fjellvegger utendørs, og drar også på grottevandring.

Klatring i utredning

– Hvordan bruker dere klatring i psyko-seutredning?

– I starten av en utredning er det viktig å bli kjent med pasienten. Klatring egner seg som en aktivitet der vi kan observere hvordan pasienten fungerer sosialt og fysisk, hvordan vedkommende klarer å konsentrere seg og samhandle, sier Tausvik.

Det er ikke alltid pasienten opplever seg selv på samme måte som personalet gjør. Diskrepansen ser de ofte på konsentrasjon.

– Mange har ufattelig mye som foregår oppi hodet. I klatring er det ikke plass til det. Noen synes det er positivt, men de sykeste klarer ikke å konsentrere seg. Et typisk eksempel er at de klatrer før de har fått utstyret på seg, sier Tausvik.

Ga mestringsopplevelse

For Viktoria Minsaas ble klatringen et positivt drypp hver mandag som var med på å jage de negative tankene vekk. Når det negative ble mindre framtrædende i hodet, ble også sykdommen og symptomene mindre. Hun gledet seg til klatringen. Det beste var følelsen av mestring og at hun fikk gjøre noe hun likte.

– Å endelig nå den toppen kan være det som løfter akkurat den dagen, og kanskje noe som du bærer med deg langt ut i uka. En god mestringsopplevelse er uansett viktig, særlig i spesielle faser i et sykdomsforløp, sier hun.

– Hvordan opplevde du å bli vurdert av de ansatte under klatringen?

– Jeg hadde så mye urolige tanker i hodet på den tida at akkurat







HERMEGÅSA: Oppvarmingen kaller Eddi Tausvik for hermegåsa. Da klatrer han in lita rute først nært bakken, som Viktoria Minsaas må herme.



SIKRINGSSJEKK: Viktoria og Eddi sjekker hverandres knute, karabiner og taubrems før de klatrer.



dét tenkte jeg ikke så mye på. Sykepleierne forholdt seg dessuten til oss på en så mild og god måte uten å være påtrengende, at det ikke ga noen følelse av å være under observasjon, sier Minsaas.

tene modigere. Noen av opplevelsene fra klatreveggen er til og med rørende.

– En plagdes en hel høst med å komme over overhenget. Da han en-

de ikke trodde var mulig på forhånd, kan overføres til andre situasjoner, sier hun.

Krever hard jobbing

Tausvik er ikke i tvil om at klatringen gir resultater, men både han og Minsaas understreker at hard jobbing må til.

– Vil du prøve deg? spør han og rekker Minsaas de røde klatretauene så hun får heftet seg fast.

De sjekker begge at knuten sitter og at karabineren og taubremsen fungerer som den skal, før hun starter på den 12 meter høye veggen med overheng utover i rommet mot toppen. Hun rykker oppover veggen som en firfisle og når toppen etter litt over et minutt. Så slipper hun taket og lar seg

«Å endelig nå den toppen kan være det som løfter akkurat den dagen.»

Viktoria Minsaas

En allianse med pasienten

Tausvik sier klatringen er med på å gi personalet en allianse med pasienten.

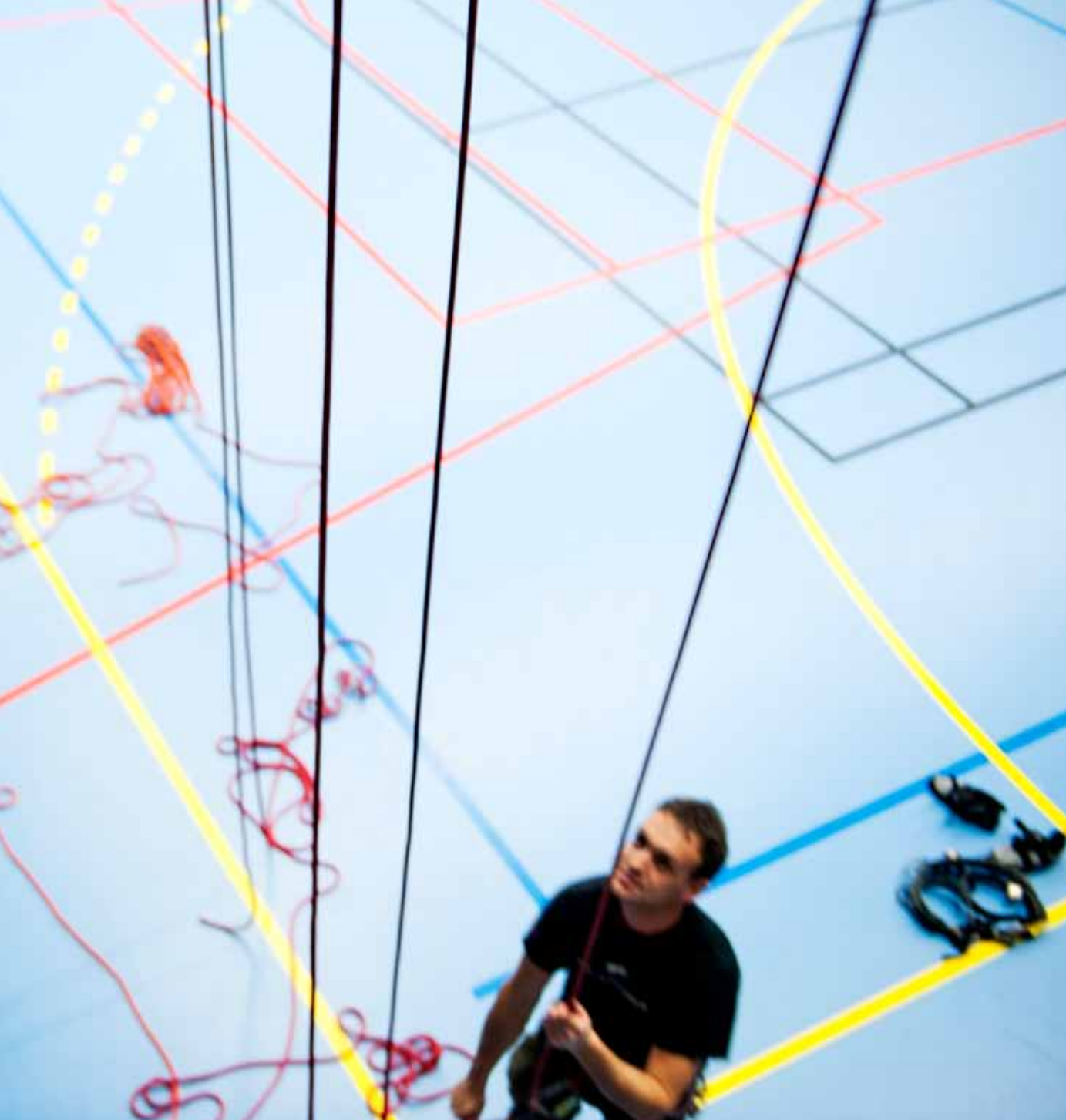
– Hvis det er en som gruer seg til å møte mora si, kan vi si: «Du trodde ikke du skulle klare å nå toppen i klatreveggen heller, men det gikk bra».

Han ser at klatringen gjør pasien-

delig klarte det, ble han fryktelig glad og stolt og tok med seg opplevelsen inn i andre situasjoner.

Minsaas mener klatringen er med på å sortere tankene når man har problemer med å skille hva som er reelt og ikke reelt.

– Å pushe grenser og oppnå det



PUSHER: – Klatring er en konkret ting hvor det er lett å pushe egne grenser uten å måtte ha så mye sosial kontakt, sier Viktoria Minsaas. Eddi Tausvik passer på å sikre nede på gulvet.

fire ned av Tausvik mens hun sitter i tauet og ler litt.

– Hvor kjenner du det?

– Her og her, sier hun og peker på underarmene og brystet.

Ikke for alle

Klatring er blitt den mestvoksende særvidet i Norge, men fra psykoseavdelingen i Levanger er det ikke alle pasientene som prøver seg i vegg.

– De overvektige og de godt voksne blir ikke med. Den eldste vi har hatt med var litt over 40 år, forteller Tausvik.

Noen synes også det er skummelt å risikere at de kan møte på kjenninger i Trønderhallen. Da kan de bli gjenkjent sammen med personalet fra psykoseavdelingen.

– Da har vi gjerne rollespill på det i forkant, der de får trene på hva de vil si i en slik situasjon.

Noen fortsetter etter utskriving

Noen av pasientene har likt klatringen så godt at de har fortsatt med det etter utskriving fra sykehuset.

– To av dem har til og med tatt Brattkort, sier Tausvik.

Den ene av de to er Viktoria Minsaas. Hun har utstyret liggende hjemme og klatrer av og til sammen med en hun ble kjent med på Brattkort-kurset.

– Jeg har lagt bak meg perfektjonismen og prestasjonsjaget. Det perfekte finnes ikke. Det er når du slipper taket, slipper opp kontrollen, at den virkelige deg kommer frem.

Hun har også lært seg å lytte mer til

«Mange har ufattelig mye som foregår oppi hodet. I klatring er det ikke plass til det.»

Eddi Tausvik, psykiatrisk sykepleier

sitt eget hjerte og sin egen magefølelse i stedet for hele tiden å danse etter andres pipe.

– Tjener du deg selv, kan du også være en god støttespiller for andre og en ressurs for samfunnet. Du må huske å ha det gøy, sier jenta som møtte vegg og klatret over den. ■■■

eivor.hofstad@sykepleien.no

Silje Marie Strandberg ble frisk etter ti år på psykiatrisk døgninstitusjon. Et helt spesielt møte ble vendepunktet.

Tekst og foto **Susanne Dietrichson**

– Jeg husker jeg tenkte: Hun bryr seg faktisk.

Jeg glemmer aldri første gang jeg så deg ... jeg hata deg! En stram dame på høye hæler, du struttet av en selvtilitt jeg bare kunne drømme om!

Silje Marie Strandberg sender et strålende smil til psykiatrisk sykepleier Lone Viste Fagerland.

– Du provoserte meg enormt.

Strandberg hadde vært innlagt i psykiatrien i sju år med diagnosen schizoaffectiv lidelse, da hun første gang møtte Fagerland, et møte som skulle bli avgjørende for at hun i dag er helt frisk.

– Du hadde vel liten tillit til kvinner generelt, sier Fagerland.

– Ja, jeg har vokst opp i en familie

klar over hvor ille hun hadde det.

– Jeg ble funnet av noen medelever. En lærer kjørte meg til ungdomspsykiatrisk hvor jeg var innlagt i sju år, forteller hun.

– Jeg var bare hjemme i korte perioder. Behandlerne kom ingen vei med meg. Jeg hallusinerte, skadet meg selv og var suicidal.

– Ja, du var vanskelig å få kontakt med, medgir Fagerland.

– Men du ga meg aldri opp, sier Strandberg.

Møtet mellom de to utviklet seg til noe mer enn et vanlig terapeut-pasient forhold. Fagerland innrømmer at hun

mennesker i de årene jeg var innlagt som jobbet hardt for at jeg skulle bli bedre. Det ble satt opp mål og behandlingsplaner ble fulgt, men jeg ble bare verre, forteller Strandberg.

– Lone fikk meg til å stole på henne og turte å stille krav til meg. Og så var hun fysisk med meg når jeg trengte det.

– Akkurat det er jo veldig omdiskutert, skyter Fagerland inn.

– De fleste fagfolk er enige om at det er viktig å opprettholde en terapeutisk distanse. Også fordi pasienter kan ha vært utsatt for seksuelt misbruk. Men noen ganger følte jeg veldig sterkt at Silje Marie trengte en hånd og holde i, og da stolte jeg på magesfølelsen min.

– Og av og til bare satt du der, med ryggen din mot min. Det betød enormt mye for meg, sier Strandberg.

Fagerland kom inn i bildet på et tidspunkt hvor Strandberg stadig ble mer skjermet. Hun skadet seg selv og var suicidal. Fagerland mente likevel det var riktig å gi henne tillit og stille krav.

– Jeg trodde ikke at Silje Marie ønsket å dø. Ikke egentlig, forteller Fagerland.

– Og om så var så tenkte jeg at vi måtte ta sjansen på at det kunne gå galt. Situasjonen var uansett uutholdelig.

«Lone fikk meg til å stole på henne og turte å stille krav til meg.»

Silje Marie Strandberg, tidligere pasient på psykiatrisk institusjon.

hvor man er helt annerledes; litt mer «unnskyld at jeg er til». I tillegg var det jentemobbing som gjorde meg psykisk syk, forteller Strandberg.

Fra skolen til ungdomspsykiatrisk

For ti år siden kollapset hun på skolen etter en norsk tentamen. Hun gikk i sjette klasse og hadde sultet seg i flere dager. Mobbingen hadde vart i ett år, og verken lærere eller foreldrene var

ble berørt som menneske, ikke bare som fagperson.

– Merket du at hun reagerte negativt på deg i starten?

– Nei, ikke egentlig. Jeg er vant til å møte motstand og avvisning hos pasienter, så jeg tok det uansett ikke personlig og ble ikke såret.

– Hva var det Fagerland gjorde som ikke andre behandlere klarte?

– Jeg møtte veldig mange flotte





VIKTIG STØTTE: For Silje Marie Strandberg (t.v.) var det avgjørende at psykiatrisk sykepleier Lone Viste Fagerland turte å være fysisk med henne når hun var på det dårligste.

– Egentlig ville jeg bare vekk. Det var som å være levende død, sier Strandberg.

Klare avtaler og mål

Fagerland ga henne gradvis mer tillit og tok henne med på stadig lengre turer utenfor institusjonen.

– Vi snakket om hva som skulle skje på forhånd og hadde klare avtaler og mål, forteller Fagerland.

De er enige om at det oppsto en gjensidig trygghet dem imellom.

– Jeg ønsker å være tydelig overfor pasientene mine. Det er også en del av min personlighet, sier Fagerland.

– Silje Marie var vant til å tolke alt som ble sagt og var veldig utrygg og mistenksom. Jeg ville at hun skulle stole på meg, slippe å analysere det jeg sa til henne.

å holde avtaler. På den måten viser jeg pasientene at han eller hun er verdt min tid, mener Fagerland.

– Som behandler er jeg opptatt av å representere en kontinuitet. Jeg insisterer på at det alltid er håp.

Men hun vil ikke fremstå som Mor Teresa. Og mener media ofte framstiller psykiatrien på en måte hun ikke kjenner seg igjen i.

– Jeg opplever at de fleste som jobber i psykiatrien står veldig på for pasientene sine og gir det lille ekstra i mange situasjoner. Jeg er ikke unik i så måte, mener Fagerland.

– Jeg har også opplevd at relasjoner til pasienter har blitt for nære, men jeg har lang erfaring og er trygg på meg selv som fagperson. Jeg vet når og hvor jeg skal sette grenser. Min faglige

verktøy, sier Fagerland.

– Men jeg tenker samtidig at kjemien ikke er avgjørende. Når kjemien er dårlig må man bare jobbe mer med saken, bruke sin profesjonelle side i større grad.

Hun mener likevel at resultatet av behandlingen blir det samme.

– Av og til opplever jeg at kjemien mellom pasienten og meg er veldig dårlig, andre ganger veldig god, men stort sett er den helt vanlig.

– Har du aldri tenkt at denne pasienten kan jeg ikke jobbe med?

Jeg har av og til tenkt: Dette går ikke! Men stort sett har jeg også opplevd at det har snudd. For eksempel i form av en samtale eller en felles opplevelse som gjør at vi endrer holdning og ser hverandre i et nytt lys.

Fagerland mener relasjonen mellom henne og Strandberg er et eksempel på at kjemien kan endre seg underveis.

– Silje Marie reagerte negativt på meg i starten. Hvis hun hadde fått velge meg bort til fordel for en annen kontaktperson, så hadde hun kanskje gjort det, sier hun.

– Dårlig kjemi handler ofte om andre ting. Om vonde opplevelser i barndommen, om å bli avvist, som igjen fører til motstand og avvisning av behandler. Nettopp derfor mener jeg det er viktig at man som behandler blir i relasjonen, og vise at man tåler og bli avvist. Jeg tror på kontinuitet og lange relasjoner i psykiatrien, at det virker helende.

susanne.dietrichson@sykepleien.no

«Jeg opplever at de fleste som jobber i psykiatrien står veldig på for pasientene sine.»

Lone Viste Fagerland, psykiatrisk sykepleier.

– Ja, du kom alltid når du sa du skulle og sa alltid ha det til meg før du gikk, sier Strandberg.

– Jeg husker jeg tenkte: Hun bryr seg faktisk. Først ble jeg sint, opplevde det som truende; hvorfor skal hun bry seg? Etter hvert satte jeg pris på det, det ga meg trygghet.

– Jeg mener det er normal høflighet

bakgrunn er fundamentet i jobben jeg gjør. Personligheten er krydderet.

– Hvor viktig tenker du at kjemien i forholdet mellom behandler og pasient er i psykiatrien generelt?

– Jeg tenker at god kjemi gjør jobben lettere. Det gjelder jo i alle typer jobber der mennesker samarbeider, men særlig der du bruker deg selv som

Kjemi mindre viktig

Det viktigste er at terapeuten gir av seg selv. Tekst **Susanne Dietrichson**

Jon Vidar Strømstad, psykiatrisk sykepleier og assisterende avdelingsleder ved Sola DPS, sengepost, har lang erfaring som miljøterapeut. Han mener kjemi mellom terapeut og pasient er sekundært.

– Jeg er opptatt av at miljøterapeuten heller skal jobbe for å få frem sin egen nysgjerrighet på pasienten, enn

å kjenne på kjemien mellom seg og pasienten, mener han.

– Pasienten har behov for å bli anerkjent, og når behandler viser oppriktig interesse og respekt mener jeg grunnlaget for en god terapeutisk relasjon er til stede.

Strømstad er opptatt av at helsepersonell gir litt av seg selv i relasjon

til pasienten.

– En terapeut som tør å by på seg selv vil stort sett oppnå tillit. Jeg tror det stikker dypere enn kjemi, som jeg ser på som et mer overflatisk fenomen. Vi ser ofte at terapeuter som insisterer og ikke gir seg overfor pasienter, ofte når frem før eller siden.

– Men kan det av og til være en idé

å gi seg, at man overlater en pasient til en annen terapeut fordi det ikke fungerer?

– Ja, vi ser jo at pasienten knytter seg lettere til noen enkelte behandlere enn andre, og vi prøver å ta hensyn til slike ting når vi fordeler pasienter. ■■■

susanne.dietrichson@sykepleien.no

I USA er det blitt stadig vanligere å spise morkaken sin etter fødselen. Men OBS-OBS: Morkake kan være like farlig som den ser ut.

Tekst **Eivor Hofstad**

Fler spiser sin egen morkake

Den svenske familienettsiden Familjeliv har utropt morkespising til den siste trenden innen forløsning i USA. Trenden skal ha kommet etter at foreningen Placenta Benefits ble grunnlagt i 2006 i Las Vegas. Flere Hollywood-kjendiser har også gått ut med sine vitnesbyrd til fordel for morkakespising.

I Norge skrev KK.no om fenomenet i sommer, og da kunne jordmor Sigrild Larheim ved ABC fødeavdelingen ved

Oslo universitetssykehus fortelle at de opplever fire-fem ganger i året at kvinner ber om å få morkaken med hjem siden de ønsker å plante den i hagen. Omtrent like ofte ber kvinner om å få spise morkaken.

Mangler forskning

Morkaken sies å smake som en blanding mellom lever og nyre, og påberopes å hjelpe mot fødselsdepresjon, hjelpe melkeproduksjonen og livmoren samt

tilføre jern, vitamin B-12 og visse hormoner moren mistet under graviditeten. Men forskningen verken støtter eller forkaster påstandene, den er rett og slett manglende.

Placentaphagia, å spise morkaken, ble i USA først populært på 70-tallet, ifølge Mark Kristal, en forsker innen nevrovitenskap og psykologi ved Universitetet i Buffalo, som har forsket på fenomenet i over 20 år. Han ble sitert i New York Magazine sin artikkel om emnet i 2011: «The Placenta Cookbook», og mener dette er en trend som dukker opp hvert tiende til tjuende år.

«Vi bør gjøre det fordi andre pattedyr gjør det. Til og med de som ellers er vegetarianere», er argumentasjonen, sammen med påstander om at morkaken inneholder viktige næringsstoffer. I tradisjonell kinesisk medisin selges den tørket, blandet med urter, og sies å hjelpe mot både impotens og ammeproblemer.

Kristal avviser ikke at det kan finnes komponenter i morkaken som demper fødselsdepresjon hos mor, og vansker med å etablere nær tilknytning til barnet, men sier at det mangler forskning på det hos mennesker. Hos dyr er det vist at morkakespising kan styrke morbarn-samspillet, stimulere omsorgsferd hos moren, samt øke muligheter for ny befruktning.

Giftstoffer

Skuespiller January Jones, som spiller kona til Don Draper i Mad Men, fortalte i mars 2012 at hun spiste sin morkake. Alenemoren hadde inntatt den frysetørret i kapsler, og mener den hjalp mot fatigue og fødselsdepresjon. Hun var tilbake i jobb allerede seks uker etter å ha født en sønn i 2011.

Catherine Collins, en ledende ernæringsfysiolog ved St. George's Hospital i London, mener det næringsmessig ikke er noe å hente på å spise sin egen morkake, og advarer mot å gjøre det.

– Bortsett fra jern, som lett kan finnes



NAM-NAM: Kokt med urter, mikset rå som drikk eller frysetørret i kapsler? Uansett hva du velger mangler forskning både på effekt og bivirkninger. Foto: Colourbox

i andre matvarer eller kosttilskudd, vil morkaken inneholde toksiner og helseskadelige stoffer som den har forhindret at barnet fikk i seg som foster, sa hun til Huffington Post i desember 2012.

Lotusfødsel

En annen voksende trend er lotusfødsel. Det vil si at barnet ikke navles etter fødselen. Navlestrengen og morkaken får sitte igjen på barnet til alt løsner av seg selv etter noen døgn.

Jordmor Cayenne Ekjorth, jordmor ved BB Stockholm, sier til Dagens Sjukskoterska at hun har møtt en kvinne som ønsket dette.

– Men det var veldig upraktisk. Navlestrengen ble stiv som en pinne. Hun klippte den av etter to dager, sier hun. ■■■

Kilder: Familjeliv, Dagens sjukskoterska, KK.no, New York Magazine, The Huffington Post

eivor.hofstad@sykepleien.no



FRYSETØRRET VERSJON: Alenemor January Jones, kjent som Betty Draper i tv-serien Mad Men, spiste morkaken sin frysetørret i kapsler etter at hun fødte sønnen Xander høsten 2011. Hun mener det hjalp mot fødselsdepresjon.

På praksis i Zambia møter den norske sykepleierstudenten Mansharan Sehra en fremmed virkelighet.

Tekst og foto Christine Lenes Rosenberg

Usminket møte

Utteksling i utlandet

- » Høyskolen i Oslo og Akershus har utveksling i både hele semestre og i 3 måneders praksisstudier.
- » I 2013 var totalt 67 studenter ute.
- » Studentene reiser ut i enten 4. eller 5. semester.
- » I 5. semester er det hovedsakelig i sykehuspraksis i 3 måneder.
- » I 4. semester kan studentene ta 3 måneder prosjektstudier/ forebyggende helsearbeid som f. eks. på Cuba eller i hjemmebaserte tjenester ved enkelte samarbeidspartnere i Afrika m. fl.
- » I 4. semesteret kan man ta et semester i Australia, København eller Stockholm.
- » Studentene som utveksler til University of Zambia har 3 måneders sykehuspraksis.

Lusakas tørre varme slår mot meg da jeg går ut av flyplassen i Zambias myldrende hovedstad.

– Taxi miss, miss taxi, ropes det.

En hyggelig og håpefull zambesier vinker meg bort til sin taxi. Jeg forhandler ikke om pris slik jeg senere lærer at man skal gjøre før man setter seg inn.

Taxien er drepende varm, og jeg ruller ned vinduet for å få luft. Et tørt, gult landskap farer forbi, med stråhyttelandsbyer, damer med barn knyttet med tørkle på ryggen og med diverse ting bærende på hodet. Nærmere hovedstaden blir bebyggelsen mer moderne. Lusaka har 2 millioner innbyggere.

Mansharan Sehra (28) tar en bachelorgrad i sykepleie ved Høyskolen i Oslo og Akershus (HiOA) og har nå kirurgisk praksis på universitetssykehuset i Lusaka. Hun har to uker igjen av praksisen før hun skal tilbake til Norge for å ta eksamen. Mansharan har selskap av seks andre norske utvekslingsstudenter fra HiOA. De deler en 3-roms leilighet som ligger like bak sykehuset.

vekslingen i samarbeid med universitetssykehuset her nede, forteller hun.

– De sier at utvekslingen til Zambia er en av de vanskeligste utvekslingene høyskolen har. Det er et mye fattigere land enn mange av landene som er på utvekslingsprogrammet vårt. Her møter du problematikk som lite ressurser, både menneskelige og materielle.

Mansharan reiste ut for å få nye inntrykk.

– Utveksling er en veldig fin måte å komme seg ut i verden på. Motivasjonen for å velge utveksling er også at jeg har lyst til å jobbe i utlandet når jeg er ferdig. Da er dette en fin måte å sjekke om jeg tåler å se den virkeligheten som er her, helt usminka.

Mansharan har vært i praksis på universitetssykehuset de to siste månedene. På veien dit advarer hun meg om at vi må gå forbi noe hun kaller de skrikende bussjåførene. Når vi runder hjørnet fra hotellet skjønner jeg hva hun mener. Der står minibuss etter minibuss, og det er en flokk av bussjåfører som roper og plystrer etter oss. «Taxi, oi, taxi, muzungus», som er et ord jeg skal få ropt etter meg mye. Jeg får vite at det betyr «hvite mennesker».

Travelt sykehusområde

Resten av veien til sykehuset er nesten øde med unntak av noen mennesker som ser ut som de er på vei til jobb og noen fruktselgere som har satt seg langs veien. Når vi nærmer oss sykehuset, blir det mer liv langs

veien. Å komme innenfor sykehusporten er som å tre inn i en helt annen og travel verden. Her er det folk overalt, sykebiler, syke og pårørende om hverandre.

Mansharan har nå praksis på kreftavdelingen og vil vise meg rundt på sykehuset. Hun forteller at sykepleiestudenter blir satt stor pris på, men også stilt høye krav til.

– Når du kommer på en avdeling og forteller at du er sykepleiestudent, blir du mottatt med stor velvilje. Du merker veldig godt at dette er et universitetssykehus hvor de har lyst til å lære studentene noe. Du kan spørre legen om hva som helst, og de forklarer det til deg, når som helst.

Hun tror det henger sammen med at studentene her gjør mye og har mere ansvar på avdelingen enn i Norge. De avlaster personalet på en helt annen måte.

– Vi har vært på mange forskjellige avdelinger, og det gjør at du får et helt annet spekter og et helt annen overblikk. Man merker fort hvor man har sin styrke og hva man synes er gøy å jobbe med. Jeg har for eksempel alltid trodd at barn var veldig skumle, men det har vært overraskende okay å være på barneavdelingen.

Gammelt utstyr

Vi går bortover i gangene, og Mansharan forklarer at det normalt ikke er så reint og lukter så godt på sykehuset som i dag, siden de feirer Zambias nasjonaldag i morgen.

På kreftavdelingen hilser vi på



SYKEHUSET: Hovedinngangen til Universitetssykehuset i Lusaka, Zambia, der Mansharan Sehra har hatt sin kirurgisk praksis.

Zambia mest fattig

– Det er skolen som arrangerer ut-



AFRIKA: Mansharan Sehra har praksis i et land der over halvparten av befolkningen lever under fattigdomsgrensen.

sykepleierne. Rommet er preget av at sykehuset har lite ressurser. Det er ikke stort, og utstyret ved sengene ser gammelt ut. I de slitne sengene ligger det noen pasienter, og forbi oss triller sykepleierne en pasient som ligger på en bære laget av tre. Mansharan forteller at ofte er avdelingene overfylte med pasienter. Noen av dem må sove på madrass på gulvet.

Sykehusene i Zambia er sentraliserte, og folk er ofte svært syke før de søker hjelp. De prøver gjerne tradisjonell medisin før de kommer hit, og de får ikke lønn på jobben om de er borte.

– Sykepleieprinsippene er de samme, men utøvelsen av sykepleien blir annerledes fordi de har mindre ressurser og dermed mye lavere standard på helsevesenet. Sånn blir det. Ta smertelindring. Jeg har vært med på lunge drenering uten smertestillende, legen sier at vi normalt ville gitt dem anestesi før en slik prosedyre, men

«Sykepleieprinsippene er de samme, men utøvelsen blir annerledes fordi de har mindre ressurser.»

Mansharan Sehra

siden vi ikke har det i Zambia, så må vi gjøre det uten.

Får ikke smertelindring

Mansharan synes det er vanskelig å se på at folk ikke får tilstrekkelig smertelindring.

– Folk kan skrike når prosedyrer blir utført, men de fleste sier ingenting for det er en del av kulturen at man ikke skal uttrykke smerte.

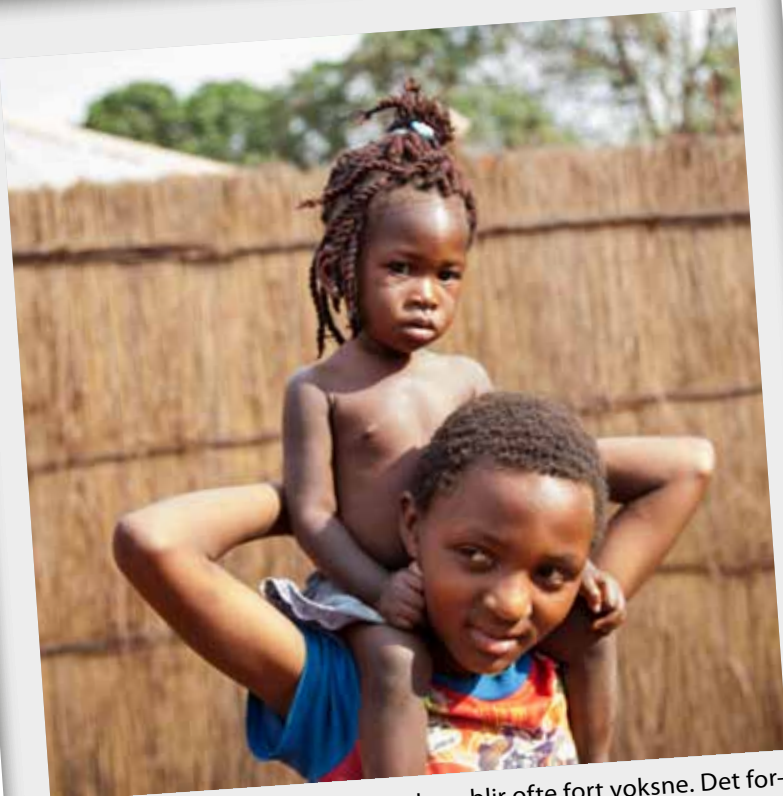
Vi går videre gjennom sykehuset. Mansharan foran med sykepleieruniformen som hun har tatt med fra Norge.

– Det som imponerer meg er at



FATTIG: Mesteparten av Zambias befolkning bor på landsbygdene i strå- eller murhytter. I landsbygdene er det opp til kvinnene å ta vare på familien og dyrene.





FÅR ANSVAR: Barna på landsbygdene blir ofte fort voksne. Det forventes tidlig at de hjelper familien med daglig gjøremål og inntekt. De fleste fullfører ikke grunnskolen.



FRIKVARTER: Sykepleiestudentene nyter litt velfortjent fritid på gresset utenfor universitetssykehuset.

folk her er så utrolig sterke, sier hun.

– Vi hadde ei dame som hadde brukket armen på to steder på venstre, et sted på høyre, hadde to brudd i det ene benet og et i det andre, revet av fingeren og masse hud

«Det har vært overraskende okay å være på barneavdelingen.» *Mansharan Sehra*

på den ene hånda i en trafikkulykke. De sprøytet inn hydroperoksid, som er etsende, og det gjorde skikkelig vondt. Det skummet ut av sårene hennes og hun skreik. Det var som å se på tortur. Hun var en veldig sterk dame. Men hun døde etter et par uker. Det er mye brutalitet i forhold til hjemme. Han som var hennes kirurg sa at hun måtte slutte og klage sånn når han var der. For

da var det ikke noe hyggelig for han å være der. Så hvis hun ville at han skulle komme og hjelpe henne, så måtte hun være blid og glad. Det er blant andre hennes case som har gjort mest inntrykk på meg mens jeg har vært her i Zambia.

Lite privatliv

Pasientene er lite skjermet, den som går forbi kan se for mye. Men det virker ikke som at pasientene bryr seg om oss.

– At det er så lite pasientensyn her nede har vært veldig vanskelig for meg. Når man gjør en prosedyre, står det 14 sykepleiestudenter, 7 legestudenter, 2 leger, 1 sykepleier og ser på den ene pasienten. Hjemme er det mye mer diskresjon. Her renser de intime sår og utfører hjerte og lungeredning utenom å skjerme pasientene.

På et område av sykehuset sitter noen damer utenfor. De har hengt opp klær til tørk, og det ser ut som

de lager mat. Det er her de pårørende må sitte og vente til utredningen av pasienten er ferdig. Det sitter også mange pårørende ved siden av pasientene i avdelingene vi går forbi.

– Her er det gjerne de pårørende som er noe de kaller «bed side nurses». De tar vare på og steller pasienten. Det er litt rart når vi har opplevd dødsfall, for det er jo de pårørende som trenger støtte. Her har man ikke tid og ressurser til det.

Hun forteller om dødsfallet til en liten gutt på under ett år.

– Moren satt og gråt, men ingen gikk bort til henne. Jeg var den eneste som stod der med henne. De andre var ferdig med det da HLR-redningen ikke fungerte. Stemningen i rommet forandret seg merkbart. Alle mødrene hadde sett hva som skjedde med dette lille barnet. Selv om de ikke sa det, gjør det noe med en å se et annet barn dø når du har et sykt barn selv. Jeg tror alle mennesker uansett kultur blir litt skremt av sånt.



UNGE MØDRE: Kvinner får ofte barn i ung alder i Zambia. De har gjerne mellom 6-12 barn. Fra Mukuni Village, Livingstone.



ENKEL STANDARD: Ressursene er få på universitetssykehuset i Lusaka, Zambia, men personalet gjør så godt de kan med de få ressursene de har.

Krevende utdanning

I lunsjen ser vi mange lokale sykepleiestudenter i prat med hverandre. De har forskjellige uniformer etter hvilken skole de går på.

– De lokale sykepleierne her har mye mere biologi, kjemi, fysikk enn det vi har hjemme. Det virker som de har flere eksamener og lengre studieløp.

Har vokst på oppholdet

Mansharan er nå snart ferdig med sin praksis i Zambia, og snart ferdig utdannet sykepleier. Hun er preget, og sier hun har vokst på oppholdet her i Zambia.

– Jeg synes det er veldig trist at jeg er ferdig. Jeg føler at jeg kunne ha vært her mye lengre. Det har vært utrolig lærerikt. Det har vært mange utfordringer som jeg synes jeg har taklet veldig bra.

Hun tror det har vært en fordel at hun selv har en flerkulturell bakgrunn. Foreldrene er indiske, og hun

er født i India, men har vokst opp i Norge.

– Jeg har reist i India fra jeg var veldig liten, hvor jeg har sett folk ligge på gaten døde. Der ligger det en person som har blitt påkjørt, så kommer ambulansen når den kommer. Brutaliteten her nede har derfor ikke vært et like stort sjokk for meg, så jeg tror kanskje at jeg har taklet det litt bedre enn noen av mine medstudenter har gjort. På grunn av min bakgrunn har det nok også vært lettere for meg å plukke opp sosiale og kulturelle koder som har hjulpet meg til å akseptere at det er annerledes her, at det er jeg som er her på deres premisser og må tilpasse meg.

Hun har en utrolig respekt for disse menneskene som utøver helsehjelp med så lite og kan det så bra. At de får ut så mye av så lite, fascinerer henne.

– Hjemme er vi blitt så vant til å være avhengig av utstyr. Jeg tror også utvekslingen øker forståelsen

for ulike kulturer blant pasienter og kolleger hjemme.

Oppholdet har styrket ønsket om å jobbe i utlandet og motivert henne enda mer til å bli sykepleier.

– Det føles veldig riktig. Jeg vil an-

«Det er ikke noe fancy greier. Det er kalde dusjer og dårlige senger.» *Mansharan Sehra*

befale denne praksisen til andre studenter som vil jobbe i utlandet som har lyst til å oppleve helsevesenet på en veldig basic måte. Det er ikke noe fancy greier. Det er kalde dusjer og dårlige senger. Men for dem som vil se om de kunne ha jobbet i utlandet, så er dette absolutt rett praksis! ■■■



Anders Røyneberg

Alder: 33

Yrke: Psykiatrisk sykepleier

Arbeidssted: Sex og samfunn, senter for ung seksualitet i Oslo

Lærer unge om sex

Humor og alvor må balanseres i samtalen med ungdommen. Fortalt til Ingrid Kvitrud Foto Ingrid Kvitrud

De unge nå til dags er veldig åpne og tolerante. Ungdommen kan synes ting er rart, for eksempel at noen ikke føler seg som enten mann eller kvinne, men de synes ikke det er feil. Jeg var usikker på om jeg ville være flink til å jobbe med unge mennesker, men nå kan jeg egentlig ikke tenke meg noe annet.

Seksualundervisning av 10.-klassinger i Oslo gjør jeg mye av. Jeg snakker blant annet om kjønn, seksuell legning, prevensjon og overgrep. Målet er at sex skal være noe positivt. Klassene varierer, så noen synes det er litt flaut og er stille. Derfor er det viktig at jeg som voksen er trygg og åpen. Jeg bruker mye humor. Vi kan le av spørsmål og se på musikk- og kondomvideoer. Jobben blir artig fordi også ungdommen har mye humor. En gang spurte jeg hvor man skulle kaste kondomet, og da var det en som svarte «Ut vinduet», det vakte mye latter. Men vi har litt alvor også.

Hele tiden kan elevene stille spørsmål, og det blir ofte mange om tabubelagte temaer. Vanlige spørsmål er: Er det farlig å ha analsex? Kan man ha sex med dyr? Er det sant at onani er farlig? Ungdommen vil teste grensene for hva som er lov og hva som er «vanlig» seksualitet. Jeg blir veldig sjelden flau av spørsmålene deres. Man blir herdet etter noen år her. Men jeg kan fremdeles bli lattermild når de stiller personlige spørsmål.

Elevene blir mest overrasket når jeg forteller at jentene har det som kalles skjedekrans og at jomfruhinna er ei myte: At ingen kan se om man har hatt sex før. Mange har lært noe annet på skolen. I noen miljøer er det også andre oppfatninger. Oslo er multikulturell, så jeg møter mange med et annerledes syn på seksualitet og kropp. Det er viktig som veileder at jeg ikke er sneversynt eller dømmende. Selv om noe ikke er riktig for meg, kan det være riktig for pasienten. Jeg tar imot pasienter helt opp til 25 år som lurte på ting, trenger prevensjon, eller bare noen å snakke med.

Jeg har også psykiske samtaler med ungdom. Dette har jeg veldig hjerte for. Jeg husker en ung gutt i slutten av tenårene. Han var homofil, men levde med det i skjul. Han var bestemt på ikke å fortelle det til familien, men å fortelle det er jo gjerne det rådet jeg vil gi. Så da må jeg heller være en samtalepartner og støttespiller. Fokuset måtte ligge på å leve videre. Jeg møter mange ungdommer i kompliserte situasjoner.

Kondomtreng er til slutt i undervisningen av 10.-klassingene. Dette gleder de fleste seg til. Her er det også mye moro, slik som i jobben min generelt. ■■■

FAGARTIKKEL:
Utbrente sykepleiere
kan få hjelp. Side 46

FAGNYHET:
Livet etter fedme-
operasjon. Side 52

FAGARTIKKEL:
Nettkurs om Huntingtons
sykdom. Side 54

Erfaringer fra
psykosor.
Se boka-
meldelser
side 60

Sykepleien

Fag

bøker
& kultur



FORFATTERINTERVJUET:
«Målet er å fortelle
en annen historie
om helsevesenet.»

Side 58

FREMMER HELSE: Et økende antall pasienter med livsstilsrelaterte sykdommer vil trenge helsefremmende pleie, en oppgave som vil kreve sykepleierens tid og kunnskap. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Side
62

Side
66

«Mange alvorlig syke pasienter bør kunne nekte fremtidig behandling selv om de ikke kan defineres som døende.» **PER NORTVEDT**



Randi-Ann Rake Hoffart, klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie, Modum Bad



Sigrid Holm Larsen, klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie, Modum Bad



Karin Isaksson Rø, spesialist i arbeidsmedisin, PhD, Modum Bad

FAG

Arbeidsmiljø

Hjelper mot utbrenthet

Veiledningskurs om stress og utbrenthet førte til bedre pasientbehandling.

Stress og utbrenthet hos sykepleiere kan få negative konsekvenser for pasientbehandling, teamarbeid og enkeltindivider. Et veiledningsprogram om stress og utbrenthet ble derfor gjennomført for seks grupper med ansatte ved Drammen sykehus, Vestre Viken HF i 2010. I denne artikkelen vil vi beskrive arbeidsmodellen, presentere deltakernes temaer for veiledning og diskutere gruppeprosessen. Deltakerne rapporterer økt trivsel og kvalitet på det daglige arbeidet etter endt veiledning, framfor alt basert på økt innsikt i egne behov som leder til konkrete endringer i arbeidssammenheng. Dette bidrar til profesjonalisering av arbeidet i form av økt kunnskap, bedre pasientbehandling og økt samarbeid kolleger imellom. Vi tror at flere sykehus og grupper av helsearbeidere kan dra nytte av disse erfaringene.

Økt stress

Sykepleieryrket er preget av ansvar og omsorg for mennesker med ulike lidelser, og måten arbeidet utøves på har en direkte innvirkning på pasientbehandling og kommunikasjon med pasienter (1). Stress og utbrenthet kan påvirke yrkesutøvelsen

på en negativ måte både kvalitativt og ved økt sykefravær (1-4). Flere studier rapporterer økning i stressrelaterte plager for denne gruppen (5-7). Det er derfor viktig å etablere forebyggende tiltak for å hindre utvikling av utbrenthet hos den enkelte sykepleier med påfølgende belastning for arbeidsmiljøet.

Utbrenthet

Utvikling av stress og stressrelaterte tilstander som utbrenthet, kan forstås som et resultat av en langvarig ubalanse mellom krav til den enkelte og vedkommendes kontroll over egen arbeidssituasjon (8). Kristensen har pekt på at opplevd sosial støtte kan motvirke utviklingen av stressrelaterte plager (9). Kombinasjonen av høy grad av arbeidsrelatert stress, lav grad av kontroll og liten grad av sosial støtte kan altså øke risikoen for utbrenthet. Utbrenthet karakteriseres av emosjonell utmattelse, følelsesmessig distansering og på lengre sikt en opplevelse av redusert arbeidskapasitet (10).

Tiltak

Flere nyttige tiltak er utviklet for sykepleiere som erfarer slitenhet og utbrenthet (11-16). De fleste av disse er imidlertid etablert for individuell tilnærming, løsrevet fra arbeidssituasjonen, og effekten kan derfor svekkes når mye av årsaken er forhold på arbeidsplassen, som for eksempel uavklarte roller og fastlåste konflikter (15). Forebyggende tiltak mot slitenhet og utbrenthet blant sykepleiere vil derfor være viktig å gjennomføre i en arbeidssammenheng, der slike forhold belyses og der man kan utvikle kollegial sosial støtte (17).

Forebygging

Forebygging betyr å gi hjelp – i tide. Hjelpen rettes mot de forhold man vet kan ramme den enkelte sykepleier og arbeidsmiljøet i sin helhet. Det er viktig

å adressere risikofaktorer både på individ- og gruppenivå. For at forebyggende tiltak skal ha effekt har det vist seg viktig å utvikle kunnskap basert på relasjonelle erfaringer og ikke bare på teoretisk kunnskap (18). Det betyr at gruppesamlinger der man tar utgangspunkt i deltakernes egne erfaringer er en nyttig forebyggingsmetode. Gruppeveiledning vil derfor være et egnet virkemiddel. Det vil gjøre det mulig å tematisere arbeidsrelatert stress i utgangspunkt i egen situasjon.

Kurs

Ressurssenteret for helsepersonell, Villa Sana ved Modum Bad, har lang erfaring med kursvirksomhet for forebygging av slitenhet og utbrenthet blant sykepleiere som oppsøker senteret individuelt. En evaluering av dette tilbudet viste at deltakerne på kursene hadde lavere nivå av utbrenthet ett år etter kurset, men evalueringen viste også at vedvarende konflikter på arbeidsplassen kunne hindre bedring (15,16). I Sverige er det utviklet et tilbud for helsepersonell med rådgivning på arbeidsplassen over ti uker. Deltakerne i tilbudet rapporterte reduksjon i utmattelse, mindre kvantitativ arbeidsbelastning og bedring i opplevd generell helse. De opplevde også økt støtte i arbeidssituasjonen (17).

Med bakgrunn i disse erfaringene ønsket vi å utvikle og prøve ut et program for forebygging av stress og utbrenthet, i form av veiledningsgrupper lokalisert til arbeidsplassen. En modell for gruppeveiledning ble utviklet og tatt i bruk ved Sykehuset Buskerud, nå Drammen sykehus, Vestre Viken HF i 2010. Vi vil her presentere modellen og deltakernes erfaringer i slike veiledningsgrupper.

Veiledningsmodellen

Veiledningsgruppene gikk over ti uker med gruppesamling to timer per uke, samt en oppfølgingsamling over to timer fire uker etter avslutning.

Hovedbudskap

Kollegial veiledning rettet mot stress og utbrenthet øker trivselen og kvalitet på arbeidet blant sykepleiere. Men veiledning gir først og fremst muligheter for bedre selvivaretagelse.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

» Arbeidsbelastning » Stress » Utbrent » Veiledning



TRENGER HJELP: Stress og utbrenthet hos sykepleiere kan få alvorlige konsekvenser både for dem selv og pasienter. Arkivfoto: Erik M. Sundt

Rekrutteringen til gruppene skjedde ved at avdelingssykepleierne forespurte sine medarbeidere om de ville delta. Dette resulterte i seks grupper med åtte deltakere i hver, hovedsakelig sykepleiere og noen hjelpepleiere.

Veiledningen var hovedsakelig rettet mot det, den enkelte deltaker og gruppen opplevde at skapte stress og slitenhet. I første gruppeøkt ble disse aspektene kartlagt ved å spørre: Hva tror du bidrar til utbrenthet for deg; ut fra et samfunnsperspektiv, arbeidsperspektiv og personlig perspektiv. Svarene ble bearbeidet til en oversikt over temaer man senere skulle ta utgangspunkt i for gruppeveiledningene.

Målet for veiledningsgruppene er bevisstgjøring av egen situasjon, motivasjon til å ivareta egen helse, styrke arbeidsfellesskapet og senke konfliktnivået på arbeidsplassen.

Struktur

Hver veiledningsøkt fulgte en bestemt struktur for å skape retning og for å støtte opp under elementene som erfaringsmessig gir endring i veiledning. Veiledningsøkten startet med 20 minutters oppmerksomhetstrening. Oppmerksomhetstrening er en metode som styrker selvinntoning. Med denne treningen kan man lære seg å oppdage, kjenne igjen, forstå og forholde seg til det som pågår i og omkring en selv. Det gir en forståelse for det som

er til stede gjennom å rette oppmerksomheten mot her og nå (19).

Deretter valgte gruppen dagens tema for refleksjon der deltakerne arbeidet individuelt, to og to, og med felles erfaringsrunder. Egne fokuseringer ble tydeliggjort, og den enkelte ble oppfordret til å gjøre oppdagelser og utprøving til neste gruppemøte. Hver økt ble avsluttet med en runde, hvor den enkelte deltaker uttrykte hva dagens veiledning ga av mening og hvordan man mente gruppen hadde jobbet den dagen, noe som virket ansvarliggjørende, bevisstgjørende og befestende (20).

Neste veiledningsøkt starter med at man deler erfaringene fra forrige gang. En slik sirkulær prosess gir kontinuitet og rekonstruksjon av erfaring som fører til kunnskapsutvikling både individuelt og på gruppeplan. Den kontinuerlige prosessen med konkret erfaring, observasjon og refleksjon, konseptualisering og aktiv eksperimentering blir en læringsprosess i relasjon til gruppen man deltar i (21).

Temaer

Vi vil nå presentere hvilke temaer for veiledning gruppene tok opp, oppsummert fra alle gruppene, og illustrert med sitater fra gruppedeltakere. Utsegnene er anonymisert ved at navn er fingerte. Vi vil deretter drøfte gruppeprosessen og presentere den kvalitative tilbakemeldingen fra deltakerne.

I den første veiledningsøkten drøftet gruppene hvilke forhold som bidro til økt risiko for utbrenthet. Vi presenterer her temaene som kom opp i gruppene. De er delt inn i tre kategorier etter stressutviklingsmodellen som Karasek og Theorell har presentert (8) og Kristensen senere har modifisert (9): krav, kontroll og støtte. For hver kategori gis konkrete eksempler som deltakerne hentet fra sin kliniske hverdag.

«Jeg går konstant med dårlig samvittighet.»

Temaer som omhandler krav:

- ▶ Arbeidspress: store krav, fleksibilitet, opplæring av «andre» parallelt med egne oppgaver
- ▶ Faglig ansvar: være faglig oppdatert, kjenne prosedyrer og arbeidsoppgaver, møte pasientbehov
- ▶ Tidspress: nedbemanning, omorganisering, effektivisering

Da Jytte kom til første veiledning, sa hun at det føltes som om hun hadde en indre trykkoker. Hun var irritert, ble fort sint både på jobb og hjemme. «Jeg går konstant med dårlig samvittighet. Etter at avdelingene er slått sammen er tempoet for høyt for meg, jeg rekker ikke alt. Forventningspresset fra pasienter, pårørende



og leder er så stort at jeg blir stresset av det. Jeg ønsker å gjøre en god jobb og har jo også høye krav til meg selv.»

Temaer som omhandler kontroll:

- › Uklar kommunikasjon av funksjon og ansvar
- › Mangler kontroll over arbeidet, klarer ikke å prioritere oppgaver
- › Redd for å gjøre feil, innvendig kribling, irritasjon og sinne
- › Irritabel hjemme, spiser dårlig, sover dårlig

Asta fortalte at sykepleierne på avdelingen blir bedt om å hjelpe til på andre avdelinger hvis de trenger hjelp der. Hun ble redd for å gjøre feil på grunn av manglende erfaring med andre avdelingers arbeid. «Jeg gruer meg allerede kvelden før og får ikke sove. Jeg er jo trygg el-

personlige og organisatoriske faktorer vil fungere beskyttende når man møter nye utfordringer og vil bidra til å dempe risikoen for utbrenthet.

Krav og støtte

Temaer som handlet om store krav i jobben kombinert med sterke indre krav til eget arbeid viste seg å øke stress. Dersom man opplever liten handlefrihet vil dette skape stress og frustrasjon hos den enkelte. Karasek hevder at helse og velvære i jobben avhenger av kravene som stilles og muligheten man har til å kontrollere situasjonen (8). I en gruppe hvor deltakerne blir fortrolig med egne og andres krav, egen og andres myndighet og arbeidsmiljøets ressurser vil opplevelsen av stress kunne reduseres.

Manglende støtte var et problem som stadig ble tatt opp av deltakerne. I gruppene viste det seg at tryggheten som oppsto gjorde det mulig å gi hverandre tilbakemeldinger, bekreftelse og utvikle en mer lyttende holdning. Det å bli anerkjent kan ha stor betydning for at følelsesmessige forhold kan takles på en ny måte. Modellen åpner også for instrumentell støtte som kan dreie seg om konkrete råd. Optimal sosial støtte kan øke mestringsfølelse og redusere opplevelsen av stress (9).

Mestring

Gjennom veiledningsgruppen så mange at de kunne mestre og fikk dermed tillit til seg selv. Oppdagelse av mestring i fellesskap med andre gjør at positive mestringsstrategier som å innhente kunnskap, si ifra, søke støtte og øve på det jeg ikke får til kan utvikles og brukes i nye situasjoner.

I denne veiledningsmodellen nærmer vi oss problemområder på en undersøkende måte. Vi prøver ikke å løse problemene, men å løse dem opp og å se dem fra ulike perspektiver. Det er viktig å oppdage egen og andres forståelse av situasjonen. Dette er en arbeidsmåte som fritar fra å prestere. Den enkelte øver opp nysgjerrighet i forhold til hvordan en selv forholder seg i problemsituasjonen. På denne måten kan man oppdage nye mønstre og gjøre mer bevisste valg på å bryte uheldige mønstre (23). Deltakerne har bevisst brukt oppdagelser og erfaringer fra veiledningsgruppen i sitt etterfølgende arbeid i avdelingen.

Konklusjon

Tilbakemeldingene fra deltakerne viser at veiledningen, som er rettet mot stress og utbrenthet ser ut til å øke trivsel og kvaliteten av det daglige arbeidet. Først og fremst gir veiledningen muligheter for bedre selvivaretagelse. Det vil si at man kan se egne behov og gjøre adekvate personlige end-

ringer som også viser seg i arbeidssammenheng. Økt mestringsfølelse gir bedre kontroll over eget arbeid. Med realistiske krav til seg selv og bevissthet om hva organisasjonen kan forvente ser ut til å fungere som en buffer mot utbrenthet. Personlige erfaringer i gruppen viste at sykepleierne i ettertid søkte den støtten de trengte. Metoden kan således bidra til en profesjonalisering av arbeidet i form av økt kunnskap, bedre pasientbehandling og økt samarbeid kollegaer imellom. ■■■

Vi vil takke alle som har deltatt i undersøkelsen. Prosjektet er støttet av ExtraStiftelsen Helse og Rehabilitering med Extra-midler.

REFERANSER

1. Parker PA, Kulik JA. Burnout, self- and supervisor-rated job performance, and absenteeism among nurses. *Journal of Behavioral Medicine*. 1995;18: 581-99.
2. Steward L, Hunt J, Hagen S, Macleod M, Ball J. The relationship between UK hospital nurse staffing and emotional exhaustion and job dissatisfaction. *Journal of Nursing Management*. 2005;13: 51-60.
3. Davey M, Cummings G, Newburn-Cook C, Lo E. Predictors of nurse absenteeism in hospitals: a systematic review. *Journal of Nursing Management*. 2009;17:312-30.
4. Hayes LJ, O'Brien-Pallas L, Duffield C, Shamian J, Buchan J, Hughes F, et al. Nurse turnover: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 2006;43: 237-63.
5. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski JA, Busse R, Clarke H, et al. Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*. 2001;20: 43-53.
6. Gardulf A, Soderstrom IL, Orton ML, Eriksson LE, Arnetz B, Nordstrom G. Why do nurses at a university hospital want to quit their jobs? *Journal of Nursing Management*. 2005;13: 329-37.
7. Olkinuora M, Asp S, Juntunen J, Kauttu K, Strid L, Aarimaa M. Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*. 1990; 25:81-6.
8. Karasek R TT. *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York, 1990.
9. Kristensen TS. The demand-control-support model: Methodological challenges for future research. *Stress Medicine*. 1995;1: 17-26.
10. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*. 1981;2:99-113.
11. van der Klink JJ, Blonk RW, Schene AH, van Dijk FJ. The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Public Health*. 2001;91: 270-6.
12. van der Hek H, Plomp HN. Occupational stress management programs: a practical overview of published effect studies. *Occupational Medicine (Oxford)*. 1997;47: 133-41.
13. Marine A, Ruotsalainen J, Serra C, Verbeek J. Preventing occupational stress in health-care workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006; CD002892.
14. Mimura C, Griffiths P. The effectiveness of current approaches to workplace stress management in the nursing profession: an evidence based literature review. *Occupational and Environmental Medicine*. 2003;60(1): 10-5.
15. Isaksson Rø K, Gude T, Tysen R, Aasland O. A self-referral preventive intervention for burnout among Norwegian nurses: One-year follow-up study. *Patient Education and Counseling*. 2010;78: 191-7.
16. Borge L, Hoffart A, SH L. Preventive interventions: Evaluation of a course for burnout prevention among nurses. (Forebyggende helsearbeid: Evaluering av forebyggingskurs mot utbrenthet for sykepleiere). *Sykepleien*. 2004;1:29-33.
17. Peterson U, Bergstrom G, Samuelsson M, Asberg M, Nygren A. Reflecting peer-support groups in the prevention of stress and burnout: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*. 2008;63(5): 506-16.
18. Downton SB. Leadership in medicine: where are the leaders? *Medical Journal of Australia*. 2004;181: 652-4.
19. Kroese A. Oppnå mer med mindre stress i oppmerksomhetstrening. Oslo: Hegnar Media; 2005.
20. Tveiten S. *Veiledning – mer enn ord*. Bergen: Fagbokforlaget; 2002.
21. Kolb D. *Experiential learning: Experience as the source of Learning and Development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1984.
22. Grenstad N. *Å lære er å oppdage*. Oslo: Didakta; 2002.
23. Hoffart A. Fra følelser via tanker til skjemaposisjoner. En skjemapmodell for psykiske problemer og psykoterapi. In: Dalsgaard Axelsen E, Hartman E, editors. *Veier til forandring Virksomme faktorer i psykoterapi*. Oslo: Cappelen akademisk forlag AS; 1999.

«Jeg mister kontroll og må stadig sjekke hva jeg og andre har gjort.»

lers, men jeg mister kontroll og må stadig sjekke hva jeg og andre har gjort. Vi har liten tid til å koordinere arbeidet. Jeg føler meg så alene.»

Temaer som omhandler støtte:

- › Mangel på forståelse og støtte, kjenner at man ikke trives. Trekker seg sosialt, har lyst til å slutte
- › Mangel på tid til bearbeiding av vanskelige situasjoner
- › Samarbeidsproblemer: reaksjoner på kollegaer, leder og så videre.

Ragnhild sier at det er mange vanskelige situasjoner på avdelingen. «Unge mennesker som dør. Før hadde vi tid til å dele opplevelser og få personlig veiledning, vi kunne også fritas fra de tyngste pasientene for en stund. Sånn er det ikke nå. Jeg lurer på hvordan andre klarer det?»

Diskusjon

Eksempelene viser de store belastningene den enkelte sykepleier opplever. Hvis slike belastninger ikke blir møtt med forståelse, tilbakemeldinger, støtte og organisatoriske tiltak vil mange legge ansvaret på seg selv og tenke: «Det er jeg som ikke er flink nok.»

Metoden «erfaringsbasert refleksjon» fremmer deltakernes egen kunnskap og skaper et felles læringsrom. Å dele erfaringer fra praksis gir en aktiv skapende rolle i egen læring (22). Deltakerne kan i større grad kjenne på egne følelser og forstå og se mening i situasjonen de fokuserer på. Gjennom støtte og tilbakemeldinger fra gruppen lærer man å ta vare på seg selv. Refleksjon og åpenhet rundt



Hans Knut Otterstad,
Norsk institutt for omsorgstjenester



Trond Birkestrand,
prosjektleder organisasjonsutvikling,
Sykehuset Østfold

FAG

Samhandlingsreformen

Fagartikkel

Artikkelen bygger på:

Teori: 10 %

Praksis: 90 %

DOI-nummer:
10.4220/sykeplei-
ens.2014.0014

Færre overliggere i sykehus

Samhandlingsreformen har bidratt til at langt færre utskrivningsklare pasienter blir liggende på sykehus i Østfold.

Samhandlingsreformen har medført en overraskende stor endring av den viktigste pasientstrømmen i norsk helsevesen. I Østfold ble antall registrerte overliggerdøgn redusert med 5000, noe som betyr at ansvaret for disse pasientene ble overtatt av kommunene. Kommunene på sin side fikk et betydelig press på seg, noe de taklet meget forskjellig. Resultatet viser at de fem kommunene med lavest forekomst av overliggerdøgn hadde 16 ganger lavere nivå enn de fem kommunene som hadde høyest forekomst i 2012. Med de nye betalingsreglene vil dette fått store økonomiske konsekvenser.

Innledning

Samhandlingsreformen som ble operativ fra 1. januar i 2012, er en av de viktigste reformene i norsk helsevesen i nyere tid, spesielt når det gjelder sykehusdrift og kommunehelsetjeneste. Reformen er imøtesett med både skepsis og framtidshåp, derfor er det viktig å se på den første og umiddelbare effekten den har hatt på pasientstrømmene. Startfasen er spesielt viktig siden mye av drivkraften for endringer i helsevesenet er erfaringsbaserte, samtidig som endringsarbeidet må slåss mot en betydelig grad av treghet i systemet.

I denne dokumentasjonen som omfatter sykehusstatistikk fra Østfold for reformens første år måneder, ønsker vi å besvare tre spørsmål:

- Har reformen ført til vesentlige endringer, og går disse i så fall i ønsket retning?
- Hvilke endringer har skjedd på kommune- og sykehusnivå?
- Hvilken lærdom kan vi trekke av den utviklingen som har blitt registrert?

I første omgang er det viktig å kartlegge om det finnes strukturelle forklaringer på resultatene som er knyttet til kommunestørrelse og avstand til sykehus, derfor er materialet inndelt og analysert etter denne typen kriterier.

Regelendringer

To endringer for styringen av pasientstrømmene

mellom de to behandlingsnivåene ble innført. Før 2012 hadde kommunene en relativt lang tidsfrist for å overta behandlingen av de pasientene som sykehusene hadde definert som utskrivningsklare; betalingsplikten ble ikke utløst før etter ti liggedager, mens det fra 2012 var betalingsplikt fra første liggedag. I tillegg ble betalingsnivået mye lavere: 1600 kr per liggedøgn før 2012, mot 4000 kr per døgn fra 2012.

I denne sammenheng er det interessant at de nye styringsreglene ikke bygger på medisinske- og pleiefaglige endringer, men er reindyrkede finansielle og administrative virkemidler. 2012-reformen blir derfor en viktig erfaring når man skal evaluere konsekvensen av ikke-faglige virkemidler innen helsevesenet.

Materiale og metode

Denne undersøkelsen bygger på tall fra Sykehuset Østfold og gir et kvantitativt bilde av pasientstrømmen inn og ut av de somatiske sykehusavdelingene fordelt på pasientenes hjemmehadresse, det vil si for 17 kommuner i fylket. Rømskog er ikke inkludert da denne kommunen er koplet til et sykehus i Akershus.

Tallene viser antall liggedager pasienten var utskrivningsklar, noe som forteller om sykehusets vurdering av hvilket nivå pasienten bør behandles på.

Vi har sammenliknet kommunene langs en før og etterakse og sammenlikner dermed to driftsår. Fordi noen kommuner i Østfold er små vil tallene fra disse lett bli gjenstand for statistisk tilfeldige resultater. Vi har derfor valgt å bruke bare seks grupper av kommuner i denne analysen, fire større bykommunene og to samlegrupper. De «mindre» med under 200 innbyggere som er 80 år og eldre, og de øvrige som benevnes «mellemstore kommuner».

Når det gjelder sammenlikning av forekomst har vi benyttet antall innbyggere som er 80 år og eldre i denne beregningen. Dette fordi det i første rekke er den eldre delen av befolkningen som havner i forbruksbrøkens teller. Dette vil et-

Hovedbudskap

Samhandlingsreformen har hatt en formidabel effekt på størrelsen av pasientstrømmen av «utskrivningsklare» i sykehusene i Østfold. Effekten startet fra første dag, og viser at økonomiske virkemidler er kraftfulle styringsredskaper. Om dette også gir faglige gevinster sier imidlertid denne undersøkelsen ikke noe om.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- Spesialisthelsetjenesten
- Kommunehelsetjeneste
- Økonomi
- Politikk

ter vår vurdering gi et mer rettferdig resultat enn å bruke totalbefolkningen. I vårt materiale har vi ikke tatt med data for aldersspesifikt forbruk, men talene viser at 37 prosent av overliggerdøgnene var forårsaket av pasienter som var 37 år og eldre.

Funn

Vi fant betydelige og til dels overraskende store konsekvenser av reformen.

Tabell 1 viser endringen i antall og forekomst av overliggerdøgn, vist i forhold til antall innbyggere på 80 år og eldre i løpet av ett år. På fylkesnivå sank antall overliggerdøgn fra 5295 til 210 i 2012. Tabell 1 viser hovedfunnene av denne undersøkelsen. I Østfold har Samhandlingsreformen ført til en reduksjon av «overliggedager» på hele 97 prosent i løpet av første driftsår. Samtidig er det stor forskjell mellom kommuner og kommune-grupper både før og etter reformen ble iverksatt.

Tabellen dokumenterer den raske og massive effekten reformen har hatt på forekomsten av overliggerdøgn umiddelbart etter den ble operativ.

Reduksjon

Resultatene i sykehusene og i kommunene henger sammen siden det foreligger en gjensidig påvirkning av pasientstrømmene. For sykehusene har

reformen hatt en nærmest overveldende reduksjon av overliggedager. Fra 5295 registrerte døgn i 2011, som betyr et permanent sykehusforbruk på 14,5 sykehussenger på årsbasis, er forekomsten redusert til mikroskopiske 210, det vil si 0,57 senger i løpet av året. Dette betyr i klartekst at kommunene har overtatt ansvaret for en viktig del av den sykehusbefolkningen som eksisterte i 2011. Denne undersøkelsen sier ikke noe om hvilke behandlingsmessige konsekvenser dette har hatt, men det er grunn til å tro at sykehusene vil hevde at dette har betydd en effektivisering i bruken av senger. En viktig konsekvens for kommunene er at de har fått et betydelig økt press på å ta imot overliggere på meget kort varsel, noe de også har klart.

Kommunene

Tabell 1 viser at det er betydelige forskjeller på forekomsten av overliggere før og etter innføring av reformen i de seks kommunene som er analysert. Dataene viser at disse i betydelig grad følger kommunenes størrelse og nærhet til akuttmottak. Det er flere interessante funn: Det mest overraskende er at de mellomstore kommunene har fått den høyeste forekomsten av overliggerdøgn etter reformen, og at de sto for over halvparten av de som ble registrert. Dette til tross for at denne kommunegruppen kun hadde 25 prosent av fylkets innbyggere som var 80 år og eldre.

Moss og Fredrikstad hadde på den annen side den laveste forekomsten av overliggerdøgn etter reformen. Det er bemerkelsesverdig at de to sykehusene med akuttmottak ligger i nettopp disse kommunene. Men dette har antakelig gitt gode forutsetninger for et nært samarbeid og dermed har de profittert på dette når det gjelder samhandling. Halden hadde et meget lavt forbruk av overliggerdøgn før reformen og i 2012, men nå lå forbruket likevel høyest av de

Kommuner/ kommunegrupper	Antall overliggedager		Antall overliggedager per 100, 80 år + per år		Prosent endring 2011–12
	2011	2012	2011	2012	
Mindre kommuner	243	15	33,4	2,1	-93,7
Mellomstore kommuner	1492	117	46,0	3,5	-92,4
Halden	443	23	27,5	1,5	-94,5
Moss	903	14	64,3	1,0	-98,4
Sarpsborg	934	33	36,7	1,3	-96,5
Fredrikstad	1280	7	36,0	0,2	-99,4
Østfold	5295	210	45,3	1,6	-96,5

TABELL 1: Endringer i forekomst av overliggedager for kommuner og kommunegrupper i Østfold fra 2011 til 2012

Rask effekt

Effekten av reformen kom fra dag 1, og varierte noe i løpet av året. Tabell 2 viser forekomsten av overliggerdøgn i hvert tertial i 2011 og 2012 som en dokumentasjon på om endringene startet umiddelbart og hvorledes effekten utviklet seg gjennom det første driftsåret.

Et viktig funn er at forekomsten ble redusert med 96,4 prosent fra 1. tertial 2011 til 1. tertial 2012, det vil si omtrent som for hele 2012. Et bifunn er at forekomsten tydeligvis er lavest i sommerhalvåret. Dette kan trolig forklares med nedsett aktivitet i sykehusenes akuttavdelinger, noe som igjen medfører mindre press på utskrivingsaktiviteten vis-à-vis kommunene. Tabellen viser

som ble innført i Norge var basert på systemer utviklet i Danmark, hvor en tilsvarende reform ble startet opp i 2007. Informasjonen fra Danmark er at reformen har virket, pasientstrømmen fra sykehus til hjemkommune har endret seg og de utskrivingsklare pasientene blir meget raskere utskrevet til hjemkommunene enn tidligere.

Siden man i begge land har innført at kommunene «straffes» økonomisk for å ha utskrivingsklare pasienter liggende i sykehus, er den viktigste konklusjonen fra Norge at økonomiske sanksjoner har massiv effekt dersom de er konstruert på en god måte. Tidligere var det dessuten slik at kommuner som ikke var så raske til å ta hjem disse pasientene, fikk en økonomisk gevinst. Dette fordi oppholdet ble betalt av helseforetaket de første ti dagene etter at pasienten ble vurdert som utskrivningsklar. Med samhandlingsreformens regel om at det skal kreves behandling fra første dag, blir effekten derfor dobbelt merkbar for den enkelte kommune. Dette forholdet kan trolig forklare hvorfor antallet av denne typen liggedager er blitt så dramatisk redusert etter at reformen ble operativ, fra 5295 til 210, og at effekten kom umiddelbart.

Resultater

Denne rapporten forteller at kommunestruktur og avstand fra sykehus synes å ha en stor betyd-

«De mellomstore kommunene har fått den høyeste forekomsten av overliggerdøgn etter reformen.»

fire byene i denne tabellen.

De mindre kommunene har tradisjonelt hatt lav forekomst, men etter reformen lå de over fylkesgjennomsnittet. En av forklaringene er at en av disse fem kommunene hadde en meget høy forekomst. For de andre fire var forekomsten 0,89 pasienter per 100 innbyggere 80 år og eldre per år, noe som er betydelig under fylkesgjennomsnitt.

at det overraskende nok var mindre forekomst av utskrivningsklare pasienter om sommeren, og dette gjaldt både før og etter reformen ble innført.

Diskusjon

Effekten av de økonomiske virkemidlene for å styre pasientstrømmen har vært formidabel i Østfold, og det er store forskjeller på hvorledes kommunen har klart seg. Samhandlingsreformen

ning for hvilken effekt samhandlingsreformen har fått for pasientstrømmene. I Østfold har de fire største byene med sykehusene fått til det beste samarbeidet, og spesielt dersom akuttinntaket ligger i samme kommune. Mens de mellomstore kommunene har fått den høyeste forekomsten av overliggerdøgn. Resultatene for hver enkelt kommune, som ikke er tatt med her, viser at de fem med lavest forekomst av disse pasientene fikk et gjennomsnitt i første driftsår på 0,33 pasienter per 100 innbyggere på 80 år og eldre. De fem kommunene med høyest forekomst hadde 5,36 pasienter, utregnet på samme måte.

Dette betyr at dersom disse kommunenes gjennomsnitt hadde vært gyldig for hele fylket hadde antallet overliggerdøgn på årsbasis vært 704, mot 210 som ble resultatet for 2012. Da ville kommunene ha måttet betale 2,81 mill. kr til helseforetaket, mot 0,84 som ble resultatet. Dette viser hvor store utslag samhandlingsreformen har fått for økonomien etter det nye regelverket.

Lærdom

Økonomiske virkemidler og styringsregler har hatt en formidabel effekt på pasientstrømmene. Dette har medført et økt press på kommunene, noe de har taklet helt ulikt. Forskjellene mellom kommunene har blitt mye større etter reformen ble innført. Sykehusene har på den annen side «blitt kvitt» over 5000 liggedøgn for den pasientgruppen som de definerer som «utskrivningsklare» – hovedsakelig eldre pleietrengende pasienter. Helseforetakene vil trolig karakterisere dette som en stor gevinst når det gjelder effektivitet og sykehusøkonomi.

Kommunene har måttet øke inntaket av disse pasientene i meget høy grad, noe ikke alle har klart like godt. Dette får betydelige økonomiske konsekvenser, og forskjellene mellom kommunene er betydelig større enn før reformen når det gjelder pasientstrømmer. Gjennomsnittet for de

fem «beste kommunene» var faktisk 16 ganger lavere enn de som lå på bunnen av resultatlista. Denne forskjellen er oppsiktsvekkende og forteller om store forskjeller i driftsform, selv innenfor et geografisk relativt homogent fylke som Østfold. Det er imidlertid en viktig observasjon som gjelder kommunestruktur: De fire byene i denne undersøkelsen har klart utfordringen best, og de små kommunene med mindre enn 200 innbyggere som er 80 år og eldre, kommer i samme gruppe. Det er mellomkommunene som kom dårligst ut i reformens første driftsår. Denne undersøkelsen forteller imidlertid noe om hvorfor det er blitt slik, og det er også store forskjeller mellom dem. Det betyr at det ikke finnes en enkelt forklaring på de dokumenterte forskjellene. ■■■



Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

Scholar One

Fra og med 1. mars vil Sykepleien Forskning ta i bruk ScholarOne til håndtering av manuskripter. ScholarOne er et system for forfattere til innsending av manuskripter på Internett.

ScholarOne er et internasjonalt standardsystem for manuskripter som brukes av 6000 tidsskrifter. Systemet har over 13 millioner registrerte brukere.

Hvordan komme i gang?

Logg deg på <http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning> da får du tilsendt brukernavn og passord på e-post.

Dersom du har registrert deg, men har glemt passordet ditt, skriv e-postadressen din inn under Password Help.

Trenger du hjelp?

Det finnes også hjelp å få via innloggingssiden i ScholarOne. Her finner du lenker til brukerveiledning (User Tutorials) og ofte stilte spørsmål (Get help now).

Ta kontakt med redaksjonen på telefon 22 04 33 53 eller e-post: forskning@sykepleien.no.

Forskning

År	Tertialer		
	1.	2.	3
2011	16,4	11,8	15,3
2012	0,59	0,43	0,70

TABELL 2: Forekomst av antall overliggerdøgn i sykehusene i Østfold før og etter innføringen av samhandlingsreformen, registrert som antall overliggerdøgn på hver kalenderdag og fordelt på tertialer i løpet av året.

Fedmeoperasjon ingen «kvikkfix»

Karen Synne Groven har intervjuet 22 kvinner om livet etter gastrisk bypass.

Tekst og foto **Susanne Dietrichson**

Det begynte med at jeg fulgte en fysioterapeut som hadde treningsgrupper for overvektige da jeg tok master i 2002, forteller Groven, som nylig har disputert for doktorgraden med avhandling om kvinners livssituasjon etter gastrisk bypass.

– Jeg la merke til en kvinne som holdt seg mye for seg selv og ikke deltok i gruppen. Da jeg spurte hvorfor, ble det hvisket: «Hun er slankeoperert.» Jeg ble nysgjerrig, men på den tiden fantes det lite kunnskap om temaet.

Vepsebol

I dag jobber Groven som førsteamanuensis ved institutt for fysioterapi på Høgskolen i Oslo og Akershus HiOA. Hun syntes det har vært spennende å forske på fedmeopererte, men opplevde

samtidig at hun stakk hånden inn i et vepsebol. I 2010 skrev hun og hennes hovedveileder Gunn Engelsrud en kronikk i Aftenposten om de vanligste bivirkningene etter en fedmeoperasjon og brakte det kirurgiske miljøet i harnisk.

– De kom i hvert fall på banen, sier hun og smiler.

Kort tid etter kom det en artikkel i Legeforeningens tidsskrift om bivirkninger.

– Jeg mener det er viktig å belyse at fedmeoperasjoner kan medføre både bivirkninger og alvorlige komplikasjoner, og absolutt ikke er noen «kvikkfix».

Undersøkelsen hun har gjort er kvalitativ og består av intervjuer med 22 kvinner som har tatt fedmeoperasjoner i Norge og utlandet; noen på private klinikker og andre på offentlige sykehus. De fleste er intervjuet to ganger etter operasjonen.

– Jeg var opptatt av å stille åpne spørsmål, for eksempel hvorfor de valgte å la seg operere og hvordan de hadde det før operasjonen, forteller Groven.

– Samtlige opplevde valget om å la seg operere som sin siste utvei.

Stigmatiserte

Ingen av kvinnene Groven intervjuet var alvorlig syke, men de var redde for å bli det.

– De var dypt fortvilet, og selv om det var variasjon mellom kvinnene, levde de med ulike utfordringer, inkludert fysiske og psykiske plager. Noen hadde diabetes, men samtlige opplevde sosial stigmatisering på grunn av overvekten, sier hun.

– De følte seg ikke sett som den de var bak alle kiloene. Men noen hadde det verre enn andre; en av kvinnene hadde forsøkt å ta livet av seg før operasjonen.

Groven var også interessert i å finne ut hvilke erfaringer kvinnene hadde med fysisk aktivitet før og etter operasjonen.

– Livsstilsendningsbegrepet handler både om kosthold og trening, men de jeg intervjuet var mest opptatt av å snakke om sine erfaringer med mat og spising, påpeker hun.

– For de fleste ble operasjonen et vendepunkt når det gjaldt det å komme i regelmessig fysisk aktivitet. De opplevde at det ble lettere å være fysisk aktive fordi de gikk så mye ned i vekt.

Bivirkninger

Groven betegner kvinnene hun intervjuet som en heterogen gruppe, men understreker likevel at alle opplevde bivirkninger etter operasjonen.

– De aller fleste slet med «dumping», som er et vanlig problem etter gastrisk bypass, forteller Groven.

Dumping innebærer akutte plager som kvalme, trøtthet, diaré, svimmelhet og økt hjerterytme. Symptomene kan bli så sterke at man må legge seg ned eller besvimer.

– Det er en vanlig oppfatning at særlig inntak av raske karbohydrater kan gi slike plager, men kvinnene jeg intervjuet erfarte at dette var mye mer komplekst. Det var uforutsigbart og noe som var i stadig endring; de kunne tåle noe mat en uke som de plutselig ikke tålte neste, sier Groven.

– Kvinnene utviklet etter hvert en kroppslig

Gastrisk bypass

Ved gastrisk bypass blir cirka to tredjedel av magesekken og deler av tynntarmen koplet vekk. Magesekken vil etter dette romme cirka 30 ml. Mindre næring blir derfor tatt opp i tarmen og i tillegg til at man blir intolerant mot konsentrert sukker og fett. Kilde: NHI

Dumping syndrom

Dumping syndrom er en rekke ubehagelige symptomer som kommer som følge av magesekken slipper gjennom altfor mye innhold på kort tid. Tilstanden oppstår ofte i etterkant av operasjoner på magesekken, som for eksempel gastrisk bypass. Kilde: NHI



LIVET ETTERPÅ: Samtlige av kvinnene Synne Groven intervjuet slet med bivirkninger.

sensitivitet rundt hva de tålte og ikke tålte.

Hun forteller at mange opplevde det som utfordrende å hele tiden skulle analysere og vurdere hva de kunne spise og ikke spise. Mat og spising tok mye tid og krefter. Flere brukte uttrykket «Jeg er ikke operert i hodet», for å understreke at spiseproblemene de hadde slitt med før operasjonen ikke ble kurert av operasjonen.

Angrer ikke

– Var det noen av kvinnene som angret på operasjonen?

– Nei, på tross av plager som følge av operasjonen svarte alle at de ville gjort det samme om igjen.

Groven har delt inn disse plagene i forskjellige temaer; dumping, diskrepans mellom den nye og den gamle kroppen og den løse huden.

– En av kvinnene var for eksempel opptatt av at operasjonen hadde ødelagt brystene hennes, som tidligere var det hun likte best og var stolt

av ved kroppen sin.

Groven forteller at hun selv har fått større forståelse for at man velger å ta fedmeoperasjon nå enn hun hadde før hun skrev doktoravhandlingen.

– Jeg har fått innblikk i hvor vanskelig de hadde det før operasjonen og hvor lite verdsatte de følte seg i samfunnet, sier hun.

– Fedmeoperasjonen har sånn sett gitt dem nye muligheter. De blir sett på en ny måte. De problemene de sliter med synes ikke når de har klær på.

– Operasjonen er risikabel, men de var villige til å ta sjansen. Kvinnene hadde tenkt grundig igjennom det på forhånd og var kommet fram til at de ville operere selv om det kunne få fatale konsekvenser.

– I hvilken grad ble kvinnen forberedt på bivirkningene av operasjonen?

– Det varierte etter hvor de ble operert, mener Groven.

Trenger oppfølging

De som ble operert ved norske offentlige sykehus hadde som regel deltatt på obligatoriske startkurs før operasjonen. Etter operasjonen var det imidlertid mer variert oppfølging.

«Operasjonen er risikabel, men de var villige til å ta sjansen.»

– Noen av kvinnene hadde et så problematisk forhold til mat at man kan spørre seg om de burde ha ventet med en fedmeoperasjon. Uansett mener jeg at disse kvinnene burde vært fulgt opp mer systematisk og tverrfaglig etter operasjonen. Selv etterlyste de særlig oppfølging av psykolog. ■■■

susanne.dietrichson@sykepleien.no



Synne Heivang,
kursrådgiver, Senter
for sjeldne diagnoser,
Oslo universitetssyke-
hus HF, Rikshospitalet



**Jeanette Ullmann
Miller,** rådgiver/fy-
sioterapeut, Senter
for sjeldne diagnoser,
Oslo universitetssyke-
hus HF, Rikshospitalet



Gunvor A. Ruud,
rådgiver/bioingeniør,
Senter for sjeldne
diagnoser, Oslo uni-
versitetssykehus HF,
Rikshospitalet

FAG

Sjeldne diagnoser

Huntingon på nett

Nettbaserte kurs gir helsearbeiderne økt kunnskap og pasientene bedre livskvalitet.

Senter for sjeldne diagnoser har over tid sett et økende behov for kunnskap om Huntingtons sykdom (HS). For å møte dette behovet har vi utviklet et nettbasert kurs for fagpersoner. Målet med kurset er å gi økt kompetanse og trygghet for fagpersoner i møtet med sjeldne diagnoser. Senter for sjeldne diagnoser har flere års erfaring fra møter, kurs og telefonsamtaler med personer som har Huntingtons sykdom, deres pårørende og fagpersoner. Vårt inntrykk er at det finnes mye kompetanse og drives god behandling i hjelpeapparatet, men at usikkerheten blir stor når diagnosen er sjelden og ofte helt ukjent for fagpersonene.

Målgruppen

I løpet av fire år har cirka 300 personer, hovedsakelig sykepleiere og hjelpepleiere, men også andre fagpersoner deltatt i opplæringen. Forutsetningen for å delta er at man møter personer med Huntingtons sykdom i arbeidet sitt. Vi ser at deltakerne, i et lukket forum, deler erfaringer og diskuterer problemstillinger de er opptatt av. Mange opplever dette som nyttig, en kursdeltaker sier: «Diskusjonsforum har vært

svært nyttig, da det er lærerikt å lese andres refleksjoner rundt de ulike temaene. Meget relevant kursinnhold, som er svært aktuelt i min jobb med personer med HS.»

Hvorfor e-læring?

Da vi begynte å planlegge et nettbasert kurs om Huntingtons sykdom, hadde vi i noen år arrangert ordinære kurs på ulike steder i landet. Vi så at det var behov for å effektivisere opplæringen, både for oss som kursholdere og for fagpersonene som ville delta. Ved å legge undervisningen på nett mente vi å kunne nå fagpersoner fra hele Norge samtidig. Fleksibilitet var også en viktig faktor for deltakerne. Flere fra samme arbeidsplass kan delta på kurset samtidig fordi det ikke krever lengre fravær fra jobb, og på grunn av lave kurskostnader.

Evaluerings

Evalueringene viser at deltakerne er positive til denne måten å lære på, og at de har hatt faglig utbytte av kurset. De fleste setter pris på fleksibiliteten et e-læringskurs gir i forhold til tradisjonelle kurs. En av forskjellene på e-læringskurs og tradisjonelle kurs er at både fagstoffet og andre deltakers innspill og innlegg er tilgjengelig for å kunne leses flere ganger. Dette har flere påpekt som nyttig: «E-læring er et godt alternativ til tradisjonelle undervisningsmetoder fordi det er fleksibelt. Jeg kan studere når det passer meg.»

Mot slutten av fjorårets kurs ba vi deltakerne reflektere over sin egen praksis. Det var god oppslutning om refleksjonsnotatene, og det kom fram at flere av deltakerne har fått ny innsikt i sykdommen. De gir eksempler på hvordan de har endret sin praksis og dermed fått et bedre samspill med pasienten. En av kursdeltakerne uttaler: «Jeg synes selv jeg har endret måten jeg jobber på ... mest på hvordan man kommuniserer med pasienten. Nå kommuniserer vi

ikke mens hun spiser, sitter rett ovenfor under måltid, og det viktigste av alt – nå tilbyr vi ikke henne valg fra hele kjøleskapet når hun skal ha lunsj! Føler selv at jobben jeg gjør med pasientene har mer faglig tyngde, og jeg føler meg mer selvsikker i de valgene jeg tar.»

Kurset

Vi arrangerte e-læringskurset første gang i 2009. Målgruppen er ansatte i sykehjem, omsorgsboliger og hjemmetjenesten. Hensikten er å øke livskvaliteten for pasienter med Huntingtons sykdom gjennom å styrke kunnskap om diagnosen hos pleie- og omsorgspersonell. Deltakerne logger seg på kurset med brukernavn og passord. De kan lese fagstoff, se film, skrive diskusjonsinnlegg og gjøre oppgaver når det passer dem. Fordi menings- og erfaringsutveksling er en viktig del av kurset, er det felles oppstart i januar hvert år. Fagstoffet er delt inn i seks moduler, som blir tilgjengelige etter hvert i løpet av kursperioden, som varer i tre måneder:

- › Diagnoserettet kunnskap
- › Kommunikasjon med pasienten
- › Ernæring
- › Dagliglivet
- › Familien og barna til den syke
- › Utfordringer ved endret atferd

E-læringskurs er interaktive på en annen måte – og for mange deltakere i større grad, enn klasseromskurs. I denne opplæringen har vi dessuten lagt stor vekt på at deltakerne skal reflektere over ulike temaer, både i diskusjonsforum og i innleveringsoppgaver. Årsaken er at i arbeidet med pasienter med Huntingtons sykdom kan man komme opp i mange situasjoner som det ikke finnes fasiløsninger på. Grundige etiske refleksjoner, også sammen med kollegaer, er derfor en viktig del av arbeidet. Opplæringen er godkjent av Norsk Sykepleierforbund og andre forbund som 20 timers etterutdanning.



Hovedbudskap

Vi ønsker med denne artikkelen å vise hvordan vi har tatt i bruk nye medier i opplæring og veiledning. For fagpersoner som arbeider med sjeldne diagnoser kan det lave pasientgrunlaget begrense muligheten for kompetanseutvikling. Nettbasert kurs er en interaktiv, variert, fleksibel og økonomisk måte å lære på, og har vist seg velegnet som opplæring og erfaringsdeling for faggruppen.



Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- › Nevrologi
- › Kurs
- › Internett

KOMMUNISERER BEDRE:

Mange helsearbeidere opplever å ha endret kommunikasjonen med pasienter med Huntingtons sykdom etter å ha deltatt på kurset. Illustrasjonsfoto: Colourbox



Videreutvikling

Hvert år justerer vi fagstoffet til ny kunnskap og erfaring, deltakernes evalueringer og nytt lovverk. Modul 5 om barn og familien ble lagt til i 2011. En kursdeltaker kommenterer dette slik: «Jeg har fått et større fokus på barna til pasientene med HS, spesielt de med små barn. Jeg har nå mer kjennskap til hvilke utfordringer disse barna har, og jeg har fått økt kunnskap om hvilke forpliktelser jeg som helsearbeider har overfor barn som pårørende. På bakgrunn av dette har jeg begynt å legge det inn som et fast punkt i ankomstsamtalen med pasient og pårørende.»

Engasjement

Deltakerne har vist stort engasjement. De har deltatt i diskusjonsforum og levert besvarer. I snitt har 63 prosent av deltakerne fullført hele kurset og fått kursbevis, og 75 prosent har gjort mesteparten av kurset. Dette er vi godt fornøyde med. Vi erfarer at dette samsvarer med deltakelsesprosenten på vanlige kurs.

Diskusjonsforum

Diskusjonsforumet legges opp som erfarings- og meningsutveksling mellom kursdeltakerne. De emnene vi legger ut blir ofte oppfattet som oppgaver og får mange like svar – særlig på store kurs med 80–90 deltakere. Noen av deltakerne

forventer at vi skal kommentere innleggene, hvilket vi bare har gjort dersom vi har blitt spurt om noe eller hvis det har kommet fram uriktig informasjon. Hvis vi ser at det er lite aktivitet i forumet, vil vi stille spørsmål for å øke engasjementet. Når deltakerne presenterer reelle problemstillinger, ser vi at de får gode innspill og råd fra hverandre. Utfordringen med disse diskusjonene kan være å ivareta taushetsplikten. For å unngå å identifisere pasienter oppfordres deltakerne til å anonymisere sine innlegg og ikke fortelle hvor de jobber.

Ny kunnskap

På mange arbeidsplasser har flere kolleger valgt å delta samtidig. De forteller at dette har vært nyttig og ført til gode faglige diskusjoner og felles rutiner. Dette er en viktig tilbakemelding, da forutsigbarhet er av stor betydning for denne pasientgruppen og gir personalet større trygghet.

Det er hvert år tre–fire rådgivere som har ansvar for kurset. Det er en del arbeid å kommentere besvarer og følge diskusjonsforumet, men dette er arbeid som kan gjøres i ledige stunder. Rådgiverne forteller at svar og innlegg fra deltakerne gir dem verdifull innsikt i hverdagen til helsepersonell som arbeider med pasienter med Huntingtons sykdom. Mange av innleggene utfordrer rådgiverne til å søke ny kunnskap om sykdommen.

Fakta

Huntingtons sykdom

Huntingtons sykdom er en alvorlig og sjelden nevrologisk sykdom. Sykdommen er progredierende og pasientene får et økende pleiebehov etter hvert som den utvikler seg. Vi kjenner til cirka 350 pasienter med Huntingtons sykdom i Norge.

Senter for sjeldne diagnoser

Senter for sjeldne diagnoser er et tverrfaglig landsdekkende kompetansesenter som tilbyr informasjon, rådgivning og kurs om sjeldne diagnoser. Tjenesten er rettet mot brukere, pårørende og fagpersoner som enten har eller arbeider med sjeldne diagnoser. Alle kan ta direkte kontakt med senteret. Se www.sjeldnediagnoser.no for mer informasjon.

Konklusjon

Basert på evalueringer og tilbakemeldinger om kursets nytteverdi, har vi vedtatt at kurset skal arrangeres årlig og utvikles kontinuerlig med tanke på brukererfaring, ny kompetanse og forskningsresultater. ■■■

Reservasjon på høring



ELI GUNHILD BY: Er forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund. Arkivfoto: Marit Fonn.

Regjeringen har sendt ut lovforslaget som vil gi fastleger mulighet til å reservere seg mot å henvise til abort.

– Forslaget bryter med vårt ansvar som helsepersonell, sier Eli Gunhild By, forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund (NSF).

Hun er grunnleggende uenig i at leger skal få denne muligheten.

– Vi har et overordnet, etisk ansvar for å behandle alle likt.

Tone Wilhelmsen Trøen, sykepleier og fraksjonsleder for Høyre i helse- og omsorgskomiteen, ser annerledes på det.

– Frem til nå har det vært en skjult praksis, der man ikke har hatt oversikt over hvilke leger som reserverer seg eller som gjennomfører samtaler om abort med store samvittighetskvaler, sier hun.

– Forslaget vil ivareta full åpenhet og sikre at kvinner kan føle seg trygge på at de ikke møter en lege med sterke motforestillinger mot abort.

By ser poenget, men understreker: – Det som har kommet fram, er at leger har tatt seg friheten til også å reservere seg mot også å skrive ut p-piller og sette inn spiral. Dette går ut over kvinner i sårbare situasjoner.

Hun mener det er helsepersonells plikt å behandle pasienten uavhengig av trosretning og diagnose.

– Derfor strider det mot våre retningslinjer som sykepleier at leger skal få mulighet til å reservere seg.

20 millioner til videre-utdanning i rusarbeid

Innen 1. april kan de som jobber med psykisk helse og rusarbeid i en kommune søke om støtte til å styrke kompetansen innen rusproblematikk. Helsedirektoratet har lyst ut 20 millioner kroner til formålet. Det kan også søkes om tilskudd til kjøp av veiledningstjenester i forbindelse med spesialisering med inntil 30 000 kroner per ansatt i inntil 2 år. De som kan søke er ansatte i kommuner, kriminalomsorgen, politiet og frivillige organisasjoner.



Dobb eller ikke dobb?

Det glitrer i ørene på norske sykepleiere. Er det greit?

Folkehelseinstituttet har ingen anbefalinger om ørepynt. Men i nord sier de nei. Det har de gjort siden 2011. Ifølge hygienesykepleier Merete Lorentzen ved Kompetansesenter i smittevern Helse Nord er retningslinjen nettopp revidert og til godkjenning hos fagdirektøren. Hennes anbefaling er fortsatt nei.

– Vi ser det er blitt mindre ørepynt, sier hun.

Hun mener et nei er lett å forholde seg til.

– Vi slipper diskusjoner om hva som er små eller store øredobber.

Det har vært noen spørsmål, og Lorent-

zen sier det er mangelfull dokumentasjon på at øredobber utgjør en smitterisiko.

– Men vi tenker at jo mindre man «pynter» seg, jo mer minimerer man risikoen for at det samles bakterier som kan overføres til andre. Derfor har vi valgt å legge oss på den trygge linjen.

Dessuten er det et estetisk aspekt.

– Helsepersonell går i uniform og skal se ordentlige ut. Å droppe smykker handler også om hvordan vi framstår, mener hun.

Helse Sør-Øst har ingen retningslinjer for ørepynt, fordi det mangler dokumentasjon på at det er fare for smitte. Hygienesykepleier Ursula Hryszkiewicz ved Oslo universitetssykehus sier hun ar-

Forebygger vold

Tiltak mot vold i helsetjenesten er en håndbok om forebygging, håndtering og oppfølging. Forfatterne er sykepleier Lisa Øyen og psykiatrisk sykepleier Ole Greger Lillevik.



Om hypokondri

Ingvard Wilhelmsen, som startet verdens første poliklinikk for hypo- kondere, har skrevet boken *Hypokondri og kognitiv terapi*. Her viser han hvordan pasienter kan bli frisk av lidelsen.



gumenterer mot ørepynt ut fra estetikk og uniformsreglement.

Det hender hun får spørsmål om ørepynt er greit.

– Personlig mener jeg det ikke passer til arbeidsantrekket, sier hun.

Men ørepynt hos ansatte er ikke noe hun påpeker, med mindre de er påfallende store.

Men høyskolelektor Anna-Lena Westbye Pedersen ved Høgskolen i Hedmark jobber intenst med å plukke av studentene smykker. Også øredobber.

– Vi følger retningslinjene til Sykehuset Innlandet, sier hun.

– Og de sier ingen smykker.

Hun ønsker seg felles retningslinjer.



Foto: Svein Lunde/Helse Stavanger

Sexologisk rådgivning i Stavanger

Sykepleier Trude Hammer Langhelle er klar til å ta imot de første pasientene på sexologisk poliklinikk i Helse Stavanger. Hun er sexologisk rådgiver og mener det er helsepersonells ansvar å ha et tilbud til pasienter med behov for sexologisk rådgivning.

Poliklinikken er tilknyttet gynekologisk avdeling og drives i første omgang som et prøveprosjekt på tre måneder.

Kilde: Helse Stavanger



Spiral mot kreft

Hormonspiral stopper forstadier til livmorkreft, og stopper dermed kreften. Det viser forskningen til Anne Ørbo og hennes kolleger.

Behandlingen mot forstadier har til nå vært tabletter, men den har vært lite effektiv og med mange bivirkninger.

Ørbo mener spiral er en enkel metode for å unngå livmorkreft.

Kilde: Universitetet i Tromsø

Master i hjemmesykepleie

Høgskolen Diakonova tilbyr fra høsten master i sykepleie med kommunehelseperspektiv. Det er den første norske

masteren som retter seg mot kommunehelsetjenesten. Masteren er rettet mot helsesøstre og sykepleiere i hjemmesykepleien og er klinisk orientert.

Studentene får spesialutdanning i enten helsesøstertjeneste eller hjemmesykepleie, og hensikten er å øke kvaliteten på sykepleie utenfor institusjon.



Kilde: Høgskolen Diakonova

Spør om ernæring



Norsk Selskap for Klinisk Ernæring kartlegger rutiner og praksis for klinisk ernæring. Spørreskjema er sendt 2 000 sykepleiere på norske sykehus. I tillegg er

leger og alle ernæringsfysiologer spurt. Hensikten er å finne ut hvordan klinisk ernæringsbehandling har utviklet seg de siste ti årene.

Innføring i sosiologi

Sosiologi i sykepleie og helsearbeid er både for praktikere og studenter. Forfatter Kari Ingstad bruker eksempler for å vise hvordan samfunnsfag kan brukes i møte med pasienter og brukere.



Lærebokprisen 2014

Universitetsforlaget gir 100 000 til beste idé for en lærebok i høyere utdanning. Fristen er 22. april. Mer informasjon på forlagets nettsider.



Treffer flere gutter med eget tilbud

Gutter uteblir ofte fra helsestasjon for ungdom. Men i Asker kommune i Akershus har de god erfaring med et eget guttetilbud. Siden 2000 har de jobbet

måltrettet for å nå gutter, og ifølge en artikkel i Tidsskrift for helsesøstre er andelen gutter tredoblet siden.

Helsesøster Mildrid Stien skriver at



BARE FOR GUTTER: Egen dag for gutter har fått flere til helsestasjonen i Asker. Illustrasjonsfoto: Colourbox

erfaringen er at gutter trenger mer tilpassete tiltak og en enda lavere terskel inn til hjelpeapparatet enn jentene. I en spørreundersøkelse kom det frem at gutter ønsket et jentefritt venterom. Enkelte sa de følte seg som «rundbrennere» når de satt på venterom fullt av jenter. De fleste svarte at det ikke hadde betydning om de møtte kvinnelig eller mannlig samtalepartner på helsestasjonen. Likevel ble den bemannet med en mannlig lege i tillegg til kvinnelig helsesøster, fordi gutter møter få menn i offentlige tjenester. Stien skriver at guttene skulle få mulighet til å snakke med en med verdifull erfaring i tillegg til helsefaglig kompetanse.

Tilbudet til gutter er hver onsdag fra tre til fem. En utfordring har vært å skaffe leger, men redningen er legestudenter med lisens.

Siden guttetilbudet ble startet har det vært en jevn økning av gutter på helsestasjonen. De kommer til det reine guttetilbudet på onsdager, men også til den ordinære helsestasjonen for ungdom to andre dager i uken. Det tolker Stien som at det er blitt mer akseptert for gutter å gå til helsestasjonen.

EGET FAGBLAD: Tidsskrift for helsesøstre er et fagblad for medlemmene i Landsgruppen av helsesøstre NSF.



Å markedsføre tilbudet har vært viktig, men Stien tror jungetelegraphen har vært viktigst. Hun skriver at man må ha sterk tro på at dette er et viktig tiltak og man må være tålmodig.

De fleste som kommer, vil teste seg for klamydia. Det er en ufarlig og legitim grunn for å ta kontakt. Samtidig gir det mulighet for å ta opp andre ting, noe Stien skriver de opplever i stor grad.

Et ønske om å få guttene til å ta kontakt tidligere når de hadde problemer, førte til guttekonferanse og temakveld. Guttekonferansen er for alle gutter på 10. trinn, og temakveld er for alle menn som oppdrar gutter.

Jonas og Jens

Min lærer på gymnaset var av den litt gamle skolen. Med buskete øyebryn og en høy, grå hårmanke kunne han virke både streng og bisk, men egentlig hadde han et hjerte av gull.

Da han foreslo at klassen skulle lese *Jonas* av Jens Bjørneboe fra 1955 ble det mye sukk og stønn fra oss vordende russe-elever. En så gammel roman om en skolegutt som ikke hadde det så bra, fristet ikke et tenårings sinn så veldig den gangen, dette lå an til å bli traurige greier ... Jens Bjørneboe, norsk ... kjipt, ass ...

Men så begynte jeg på romanen, og ble frelst. Jonas hadde det vi i dag kaller dysleksi, men på 1950-tallet var skolevesenet ikke for dem som var litt annerledes. Bjørneboes beskrivelser av lærere uten forståelse eller empati, som nærmest forfulgte gutten og ville ha ham flyttet på spesialskole, gikk rett til hjertet på meg. Særlig klarte forfatteren å beskrive de gode menneskene som etter hvert klarer å hjelpe den lille, uskyldige gutten på en varm, respektfull måte. Hans dialoger mellom de svært så eksentriske, men lidenskapelige og engasjerte lærerne kontra det stivbeinte og menneskefiendtlige, er helt kostelig lesning.

Etter å ha lest *Jonas* var jeg frelst, og jeg skrev særoppgave om forfatteren, med godt resultat.

I årene som fulgte trålet jeg antikvariatene i Oslo på jakt etter flere av Jens Bjørneboes bøker, og etter hvert hadde jeg alle romanene, skuespillene og diktsamlingene hans. Forfatterskapet var preget av et humanistisk menneskesyn, han tok alltid de svake parti, og dette var verdier jeg tok med meg videre som ung voksen.



Hyller helsevesenet

Erlend Hernø Røeggen har alltid vært fan av helsevesenet. Etter å ha jobbet med tv-serien «På liv og død» er han blitt en enda større beundrer.

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

Målet er å fortelle en annen historie om helsevesenet enn den vi er vant til fra media, forteller Erlend Hernø Røeggen, prosjektleder for TV Norges dokumentarserie om helsevesenet.

– Media fokuserer gjerne på mangler ved å trekke frem eksempler på noe som går galt, mens vi ønsker å vise hvilken formidabel jobb de ansatte i norsk helsevesen faktisk gjør.

Konseptet er ikke nytt. Programmet bygger på BBCs serie «Keeping Britain Alive», som viser hverdagen i verdens største offentlige helsevesen.

– TV Norge satser vanligvis på underholdning, men kanskje «På liv og død» kan bidra til å flytte noen grenser for hva vi kan vise på vår kanal, sier Røeggen.

Han er rimelig trygg på at stoffet fenger.

– Helsevesenet angår oss alle. Det er det første du møter når du blir født og for mange siste stoppested.

Produksjonen har krevd enorm innsats hva for- og etterarbeid angår. Det har vært mange runder med papirarbeid og underskrifter for å få tillatelse til å filme.

– Vi har brukt mye tid på research og å bygge opp et tillitsforhold til foretakene. Det har vært viktig for oss å diskutere alle eventualiteter med de involverte, sier han.

– For eksempel hva vi skulle gjøre hvis det skjedde noe uventet; en feilbehandling eller et uhell. Vi måtte også sørge for at det skjedde noe der vi skulle filme.

– Var det noen steder dere ikke fikk komme til?

– Ja, for eksempel fordi pasientene ikke kunne gi samtykke eller av andre, praktiske grunner.

Dette gjaldt for eksempel Ambulansetjenesten i Oslo.

– Vi fikk ikke komme fordi akuttmottaket var under oppussing. Det var skuffende for der skjer det mye.

Også enkelte helsearbeidere reservert seg.

– Disse ble markert, for eksempel med en rød tape på uniformen, slik

samtidig. Målet var å fortelle historiene så visuelt som mulig.

– Vi har brukt lite voiceover og i størst mulig grad latt bildene tale for seg selv, sier han.

– Fremfor å fokusere på teknologi har vi vektlagt det relasjonelle; forholdet mellom helsepersonell, pasienter og pårørende. Her ligger fortellergrepet tett opp til et drama.

For eksempel der et eldre ektepar ankommer sykehuset i en taxi. Han skal operere inn en ny hornhinne på øyet. De blir tatt imot og informert

«Helsevesenet angår oss alle.»

at kameraet kunne unngå dem. Ellers de ble klippet eller anonymisert i etterkant.

Han presiserer at de ikke har hatt interesse av å krangle seg inn noe sted.

– Vi har stort sett møtt åpne dører. Ved første telefonhenvendelse var det kanskje noen som var litt avventende, men de aller fleste ble veldig positive etter hvert.

– Har dere sensurert noe?

– Ja, for eksempel taushetsbelagt informasjon og enkelte helt spesielle caser. Dette er ikke et kritisk blikk. Vi har laget en serie fri for de store konfliktene, en hyllest til de som jobber i helsevesenet hver dag og som bidrar til å holde oss i live.

Filmopptakene ble gjort i løpet av ett døgn ved at 50 filmteam rykket ut til aktuelle steder rundt i hele Norge

av legen. Deretter blir mannen lagt på operasjonsbordet mens hun blir sittende alene igjen og vente.

– Vi starter ofte opptaket midt i en situasjon, noe som er typisk for novel-len. Og vi viser alt som skjer uten å klippe. Vi har ønsket å lage en naken og usminket fremstilling, sier Røeggen.

Hver episode har en døgndramaturgi der det som skjer på tre-fire forskjellige steder flettes inn samtidig. Serien inneholder flere sterke scener, for eksempel gjenoppliving av en mann som får hjertestans like etter at han ankommer sykehuset i ambulansehelikopter. Men vi får også se en langt mindre dramatisk hverdag.

– Vi har blant annet fulgt blodbusen, mammografibussen, en hjemmehjelp på sykkel i Kristiansand og en fastlege på Røst, forteller Røeggen.



– Har dere hatt noen etiske konflikter?
– Nei, men mange i filmteamet følte på etisk ubehag i en del situasjoner, sier han.

– For eksempel opplevde vi at en 58 år gammel dame døde av kreft noen uker etter opptak. Det kunne blitt et etisk dilemma, men ble det ikke fordi dialogen mellom henne og familien og oss hadde vært så god.

Det var heller ingen som trakk seg etter at filminnspillingene var gjennomført.

– Noen valgte å bli anonymisert, men ingen trakk seg, sier Røeggen.

– Det skjedde få virkelig stygge ting underveis, og det er egentlig bra. Serien gir derfor et realistisk bilde av et døgn i helsevesenet.

Selv har Røeggen lært masse og ble overrasket over hvor mye varme pasientene ble møtt med.

– Jeg trodde det skulle være mer distansert, sier han.

– Men pasientene ble møtt med håndtrykk fra dør til dør. Ta for eksempel hjertestansen i første episode. Det er betryggende å se roen og profesjonaliteten. Hvor insisterende og målrettet de jobber for å få liv i ham, og til slutt klarer det.

Selv blir han like beveget hver gang han ser scenen.

– Jeg må felle en tåre hver gang. Senest i dag da jeg viste episoden på frokostmøtet i TV Norge. Og jeg var ikke alene. ■■■



Erlend Hernø Røeggen

Aktuell med: På liv og død.

Dokumentarserie om helsevesenet på TV Norge.



Drøm i våken tilstand

Av Gunn Helen Kristiansen, Siv Helen Rydheim og Else Merete Thyness
199 sider

Abstrakt forlag, 2013
ISBN 978-82-7935-345-4

Anmelder: Tone Haugland, sykepleier

Utfordrer synet på psykose

ANMELDELSE: Å oppleve psykose er for mange en skremmende og skjellsettende opplevelse. Man mister fotfestet i en virkelighet, samtidig som en annen virkelighet prøver å innta hverdagen.

I *Drøm i våken tilstand* forteller sju personer om egne erfaringer fra psykoser. Det er modige og åpne fortellinger som undersøker symbolikk helsevesenet ikke oppdaget.

Behandlertradisjonen i Norge har lenge vært å medisinerer bort hallusinasjoner og vrangforestillinger som ikke samsvarer med den objektive virkeligheten. I *Drøm i våken tilstand* gjør man det motsatte.

Tekstene ble til gjennom et skriveverksted, der deltakerne ble oppfordret til å se på sitt eget sinn med nysgjerrige øyne. Gjennom refleksjoner og analyser fant mange sammenhenger mellom symptomene som

utspilte seg, og ulike livskriser og stress de gjennomgikk i hverdagen. Tekstforfatter og initiativtaker, Gunn Helen Kristiansen, ønsker å rette økt oppmerksomhet mot pasientens opplevelse av egen psykose. Hun hadde selv flere psykoser i løpet av kort tid, og opplevde at helsevesenet hadde liten interesse for bildespråket som utspilte seg i disse. Kristiansen skriver åpent om sin egen tolkning, og setter det i en hverdagslig sammenheng det er lett å identifisere seg med.

Med boka ønsker forfatterne å utfordre helsevesenets ensidige tro på at psykosesymptomer ikke gir mening. De foreslår at psykose noen ganger er underbevissthetsens måte å komme med kreative løsningsforslag i sterke livskriseproblemer.

Fortellingene er mektige å lese. Skribentene gjør seg sårbare ved å dele av sine mest intense følelser. Boka

gjennomsyres av et håp, tekstene formidler tydelig ønsket om å bli møtt på en annen måte i helsevesenet.

Det er en del skrivefeil som ødelegger for flyten, og det mangler historier fra menn, som kunne bidratt til flere nyanser. Boka er skrevet i et språk som alle kan forstå. Det er et lurt grep å fortelle om psykotiske øyeblikk i presens, slik er det lettere for leseren å forestille seg intensiteten av opplevelsene.

Dette er en bastant bok, som hevder at psykosebehandling må endres. Jeg blir ikke umiddelbart overbevist, men jeg lar meg engasjere og provosere. Finnes det bare en sannhet til sykdomsforståelse? Her utfordres helsevesen og pasienter til å møte hverandres sannheter og romme mer i sin forståelse. Dette er interessant lesning både for mennesker i og utenfor fagmiljøet, pasienter og pårørende. ■■■



Behandling som virker

Relasjonens, alliansens og kontekstens betydning
Av Bjørn Wormnes
220 sider

Cappelen Damm Akademisk
ISBN 978-82-02-40895-4

Anmelder: Kjetil Skotte, sykepleier

Gode råd til terapeuter

ANMELDELSE: Forskning viser at i psykoterapi har relasjonen hele ni ganger større betydning for resultatet av behandlingen enn hvilken metode som benyttes. Sagt på en folkelig måte: Har du et åpent, ærlig og tillitsfullt forhold til din terapeut, som møter deg med varme, empati og forståelse, så får du tillit og tro på at behandlingen med nettopp denne terapeuten vil hjelpe deg.

Dette er budskapet til psykolog Bjørn Wormnes, som har skrevet en innsiktsfull og nyttig bok for fagfolk både i somatikk og psykiatri. Ved å gjennomgå nyere forskning og presentere hvordan forskjellige psykologiske faktorer virker, forklarer han hvordan relasjonen påvirker behandlingen.

Wormnes beskriver hvordan en bør forholde seg til klientene sine, med konkrete råd om hvordan man bygger

opp og bevarer en god relasjon. «KANÅ-holdning» innebærer at pasienten møtes med «Kjærlighet, Aksept, Nysgjerrighet og Åpenhet». Han forklarer hvor viktig det er å ikke gå glipp av «de gyldne øyeblikkene» i behandlingen, de små glimtene der terapeuten gis mulighet til å skape tillit. Forståelse for pasientens «toleransevindu» er vesentlig, terapien må ikke bli for uoverkommelig eller for utfordrende, men oppgavene må være gjennomførbare, de må ligge innfor pasientens toleransevindu.

Ved en positiv og respektfull holdning vil det være lettere for pasienten å føle seg trygg og dermed kunne åpne seg. Pasienten må tro på at behandlingen nytter. Hvordan kan en pasient med dårlig selvtilit ta imot empati? For noen vil dette være invaderende og påtrengende, andre har ikke erfaring med nærhet og åpenhet og behøver tid

for å lære å snakke om følelser. Setter terapeuten opp delmål, vil pasientens selvtilit øke når målene nås.

Wormnes gir klare eksempler på hva som virker, som kognitiv terapi og eksponeringsbehandling. Den røde tråden er hele tida alliansen som må til mellom behandler og pasient. Han kommer også med klare råd om hva som må unngås. Men jeg savner en diskusjon om begrepene overføring og spesielt motoverføring, altså hvordan pasient og terapeut påvirker hverandres følelser og væremåte. Hvis terapeuten har kunnskap om og forståelse for egne reaksjoner på pasienten, kan det benyttes aktivt i behandlingen.

Boka er nyttig for helsepersonell, og også eldre terapeuter vil kanskje kunne få en etterlengtet vitamininnsprøytning i form av gode råd fra den erfarne psykologen Bjørn Wormnes. ■■■

Bra veiledning

ANMELDELSE: *Helseveiledning* er skrevet for helsepersonell som vil utvikle ferdigheter i pedagogikk og kommunikasjon for å fremme helse hos pasienter. Økt levealder og endringer i befolkningens sykdomsbilde medfører at flere får sykdommer og/eller lidelser som gjør det nødvendig at flere behersker dette.

Boken gir en kort og konsis innledning i hva som menes med helseveiledning: Fagkunnskap, kommunikasjon og pedagogisk kompetanse. Det begrunnes hvorfor sykepleiere trenger kompetanse i helseveiledning for å gi informasjon og veiledning til pasienter som har helsetruende atferd. Mestringstro og brukermedvirkning er sentrale temaer for en vellykket helseveiledning.

Redaktør Bjørg Christiansen er opptatt av at helseveiledning skal tilpasses pasientens motivasjon, mottakelighet for informasjon, læringsressurser og kontekst. Det formidles at kompetanse i didaktisk relasjonsmodell og Prochaskas transteoretiske modell (bedre kjent som motiverende intervju) er en forutsetning for en god hel-

seveiledning. Christiansen viser til at sykepleiere veileder i forbindelse med andre arbeidsoppgaver som medisinutdeling og stell, men at pasienter ikke får det med seg.

Tore Sørli og Svein Bergviks studier av kirurgiske pasienter ved universitetssykehuset i Nord-Norge viser at pasienters tanker og følelser om sin sykdom og behandling ikke undersøkes. Informasjon og veiledning baseres på rutiner og standardiserte prosedyrer. Deres forskning viser at tilrettelagt informasjon og veiledning (tolv minutters video og to timelange samtaler ved innleggelse og utskrivelse tilpasset personlighetstrekk og kulturell bakgrunn) bidro til at pasienter ble tryggere, de lærte mer om egen sykdom og behandling og ble mer selvregulerte. Det formidles at det er viktig å ta pasienter inn i diskusjonen som aktive og likeverdige drøftingspartnere for å oppnå gode behandlingsresultater. Samme studie viser at nødvendig trening i helseveiledning bidrar til å ivareta engstelige, bekymrende og kritiske pasienter. Mens pasienter brukte tidligere unn-

gåelsesstrategier, ble de veiledet til å bruke oppsøkende strategier for å mestre sykdomsrelaterte situasjoner.

Kirsten Halse formidler betydningen av helseveiledning av eldre syke pasienter. Hun gir gode praktiske råd og eksempler som kan styrke den teoretiske delen. Hun ønsker å formidle viktigheten av helseveiledning på tvers av kontekster, altså samarbeid mellom første- og andrelinjetjeneste, som er del av samhandlingsreformen.

Sevald Høye tar opp utfordringer i forhold til helseveiledning av flerkulturelle. Fra kommunikasjon og bruk av tolk til etiske dilemmaer sykepleiere møter når pårørende ikke oversetter det sykepleier informerer og veileder om, men ønsker å «skåne» pasienten. Det oppfordres til å stimulere interkulturell kommunikasjon både i sykepleierutdanning og i klinisk arbeid.

Boken anbefales til helsepersonell som tar etterutdanning i sykepleiefaglig veiledning, men også sykepleiere som jobber klinisk. Dessuten kan ledere på ulike nivåer ha nytte av den. Både for å bli bevisste på hvor viktig det er å investere i slik kompetanse og



Helseveiledning

Av Bjørg Christiansen (red.)

206 sider

Gyldendal Akademisk, Oslo 2013

ISBN 978-82-05-44350-1

Anmelder: Sabina Hockic, klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie

for å tilrettelegge arbeidssituasjoner der pasienter mottar informasjon og veiledning.

Boken formidler at helseveiledning gir gevinst både på individ-, gruppe- og samfunnsnivå. Sist og ikke minst kan man bli stimulert faglig. ■■■

Hva leser du nå?



Hekta på krim

– Akkurat nå leser jeg *Analfabeten som kunne regne*, sier **Turid Neverdal Almvik**, leder av NSF's faggruppe for veiledere.

Den er skrevet av Jonas Jonasson, som har skrevet *Hundraåringen som klatret ut av et vindu og forsvant*.

– Han har så fornøyetlig språk, underfundig og herlig. Jeg er helt i begynnelsen på boken, som handler om en jente

som har langt flere evner enn de rundt henne tror.

Men egentlig er glade bøker utypisk henne.

– Jeg er hekta på krim, innrømmer hun.

– Jeg leser den ene etter den andre, plukker dem med meg fra biblioteket.

Grensen går ved barn som ofre. Det orker hun ikke lese om. Krimgåten, å

finne ut hvem som er den skyldige, er det som appellerer.

– Det er en verden så totalt forskjellig fra den jeg lever i, så virkelighetsfjern at den ikke når inn i sjelen. Å lese krim gir meg pause, sier Turid Neverdal Almvik. ■■■

Tekst **Nina Hernæs**



Gøril Salomonsen
Klette, masterstudent,
UNN og diabetessyke-
pleier, Bodø kommune
og Diabetesforbundet



Anne Svelstad Evju,
masterstudent, UNN,
helsesøster og høy-
skolelærer ved Høg-
skolen i Narvik



Anne Kasen, RN, PhD,
førsteamanuensis,
UNN og lektor ved
Åbo Akademi, Finland



Terese Bondas,
professor, HVD, HVL,
HVM, helsesøster, UNN

FAG Egenomsorg

Helsefremmende pleie krever tid og kunnskap

Sykepleiere må ta mer ansvar for den helsefremmende delen av sykepleien.

Sykepleierne ved nevrologisk avdeling har rapportert. Pasienten det handler om er Geir på 47 år, som er innlagt etter et transitorisk iskemisk anfall (TIA). Han er overvektig og i løpet av sykehusoppholdet har man avdekket at han har en type 2-diabetes. Mye av grunnen til sykdommen skyldes Geirs usunne levevaner over flere år. Han er yrkessjåfør og lever det han kaller et ustrukturert liv. Han spiser få og store måltider og har ikke prioritert å være fysisk aktiv da han føler seg sliten. Vekten har økt gradvis de siste årene. Medisinsk behandling, pleie og omsorg er nødvendige faktorer for å ivareta Geirs helse. Men vil han få hjelp til å gjøre noe med sin hverdag, overvekt og diabetes? Hvem tar ansvar og hvordan organiseres dette?

Økende problem

Helseproblemer hos mennesker som følge av overvekt og inaktivitet er et økende fenomen (1). Det kan være nødvendig å endre levevaner for å unngå helsesvikt og sykdom. Sykepleiere møter disse pasientgruppene i ulike deler av helsetjenesten. Hensikten med artikkelen er å belyse helsefremmende sykepleie til mennesker som vil endre levevaner med Geirs tilfelle som eksempel. Sykepleiere har spesialisert kompetanse til å gi pleie og omsorg til

syke mennesker. Spørsmålet vi stiller i denne artikkelen er: Hvordan benyttes denne kompetansen for å ivareta den helsefremmende delen av sykepleien?

Empowerment

Ifølge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er helsefremming en sentral sykepleiefunksjon (2). I sykepleie handler helsefremming om de tiltak som bidrar til mestring av egen helse slik at man unngår sykdom eller reduserer helseproblemer, men også om hjelp til å mestre langvarige helseproblemer og konsekvenser av disse på best mulig måte (1). Sentralt i helsefremming er empowerment-begrepet som WHO (3) definerer som: «En prosess som gjør folk i stand til å øke sin kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre egen helse». Her gis en føring om at pasienten må trekkes inn i beslutningsprosessen rundt egen helse, og et syn på mennesket som aktør i sitt eget liv (4, 5). Veiledning er et middel i empowerment-prosessen, der hensikten er å styrke pasientens kompetanse og mestring. Empowerment betraktes som den nye formen for helsefremming, og innenfor sykepleien er det en bred oppfatning om at helsefremming bør utøves i tråd med empowerment (6).

Metode

Artikkelen baserer seg på vårt forskningsprosjekt hvor vi gjennomførte kvalitative intervjuer med sju sykepleiere som arbeidet på poliklinikk med overvekt, diabetes eller KOLS. Hensikten med forskningsprosjektet var å beskrive og fortolke sykepleieres erfaringer med helsefremmende sykepleie til pasienter som bør endre levevaner. Informantene arbeidet innenfor tre helseregioner, og alle var kvinner. De hadde jobbet som sykepleiere fra 10–25 år, og minst to år i poliklinikk.

Nye behov

Samhandlingsreformen krever at helse- og sosialpersonell har kunnskap om endring av helseatferd

(7). Det innledende eksempelet viser at sykepleiere møter pasienter med en akutt diagnose, hvor en underliggende faktor kan være helseisriko på grunn av overvekt, inaktivitet og et usunt kosthold. Blant våre informanter er det en oppfatning om at mange pasienter trenger støtte for å endre sine levevaner. Sykepleierne gir uttrykk for at yrkesrollen deres delvis har endret seg de siste årene; fra en rådgivende og undervisende funksjon til en mer veiledende. For å ivareta Geir og andre pasienter som har behov for å endre levevaner, må vi bort fra tanken om at «å gjøre for» er det beste. Helsepersonellens rolle som «ekspert» endres til brukermedvirkning der oppgaven blir å anerkjenne pasientens kompetanse på seg selv (5). Målet er å gi pasienten en aktiv rolle (8). I vårt eksempel med Geir kan sykepleieren gi generelle råd om kosthold, men hvis ikke rådene angår hans hverdag, vil de sjelden ha noen effekt. I stedet kan sykepleieren velge kartlegging ved å stille åpne spørsmål til Geir hvor hensikten er at han beskriver sitt kosthold. Hva er viktig for ham og hva er målet hans med å endre levevaner? Våre informanter opplever at informasjonen om livsstil pasientene får gjennom media og internett kan være en stor utfordring. De forteller at en stor del av veiledningen består av å hjelpe pasienten til å finne ut hva som er nyttig og dokumentert kunnskap.

Helhetskunnskap

Pasienter som skal endre levevaner har gjerne komplekse problemstillinger og ofte helsemessige utfordringer i tillegg til at de trenger å endre levevaner. For eksempel kan vi tenke oss at Geir, for å fremme sin helse, vil ha behov for veiledning på flere områder, både om type 2-diabetes, medikamenter og levevaner. Vår studie viser at sykepleiere har kunnskap, både på det humanistiske, naturvitenskapelige og pedagogiske felt, som pasienten kan dra nytte av i endringsprosessen. Denne helhetskunnskapen oppleves også av enkelte som en hemsko

Hovedbudskap

Sykepleiere møter daglig pasienter som av helsemessige årsaker bør endre levevaner. Disse pasientene trenger kontinuitet og oppfølging på flere plan. Helsefremmende sykepleie bør vektlegges i hele behandlingskjeden og byr på faglige og organisatoriske utfordringer. Sykepleieren må skape tillit og ha mot til å ta opp pasientens levevaner.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

» Mestring » Livskvalitet » Overvekt » Diabetes

ved ikke å være spesialister på de mest markerte felt innenfor helsefremmende utfordringer. Vår studie viser at det kan være utfordrende for sykepleieren å finne sin rolle, når det er andre yrkesgrupper som er mer spesialiserte. Det er for eksempel vist at pasienter i en endringsprosess ønsker praktiske råd på feltene fysisk aktivitet og kosthold (9). Mange mener fysioterapeuten ivaretar den fysiske aktiviteten og at pasienten må henvises til en klinisk ernæringsfysiolog for kostveiledning. Likevel trykker våre informanter at de som yrkesgruppe har en bredde i kunnskapen sin som gjør at de kan ivareta en stor del av pasientens behov. En person med diabetes kan få veiledning både om kosthold, aktivitet, blodsukker og medikamentbruk. Sykepleierne opplever at denne helthetskunnskapen de har vekker tillit hos pasientene. Annen forskning anbefaler multimodale intervensjoner, som omfatter medisinsk behandling og helsefremmende strategier. Her framkommer det også at sykepleiere og annet helsepersonell er godt posisjonert for å øke helsefremmende faktorer med pasienter og pårørende (10). De sykepleierne vi intervjuet framstiller et tverrfaglig samarbeid som viktig for pasientene og for de involverte yrkesgruppene. Sykepleierne må vite hva som hører til eget ansvarsområde og når pasienten må henvises videre. De understreker at samarbeidet ikke må være en «sovepute» for sykepleieren. I dette ligger at sykepleierne har tilstrekkelig kunnskap til å formidle råd for et sunt hverdagskosthold og motivere til økt aktivitet i hverdagen, og må ikke nødvendigvis henvise pasienter som Geir videre. Helsepersonelloven (11) viser til at dersom kunnskapene ikke strekker til, har hver enkelt et ansvar for å oppdatere seg.

Behandlingskjeden

Geir blir utskrevet fra sykehuset, og den medisinske behandlingen blir fulgt opp av fastlegen.



HELHETLIG PLEIE: Stadig flere pasienter har behov for helsefremmende pleie på grunn av livsstilsrelaterte sykdommer. Dette er en oppgave hvor sykepleier for bruk for sine kunnskaper på det humanistiske, naturvitenskapelige og pedagogiske felt. Illustrasjonsfoto: Colourbox

I kommunen arbeider det en diabetessykepleier som gir Geir veiledning om hvordan han kan håndtere sin type 2-diabetes. I tillegg blir han henvist til en frisklivssentral i kommunen hvor han får oppfølging med fast trening hver uke, «Bra mat»-kurs og helsesamtaler.

Sykepleiere arbeider innenfor mange ulike ledd i helsekjeden. Organiseringen må ligge til rette for at sykepleiere skal kunne gi pasientene et godt helsefremmende tilbud. Våre informanter framhevet organiseringen av behandlingsskjeden til pasienten, og herunder samhandling mellom helseinstansene i spesialisthelsetjenesten og kommunen. En sier: «Jeg savner et mer helhetlig tilbud der vi kunne hatt kontinuitet.»

Tilbud i kommunen

Kommunene gir ulike tilbud til sine innbyggere. Hvis vi tar utgangspunkt i eksemplet med Geir, kan vi tenke oss at en sykepleier på sykehuset

starter opp en miniintervensjon med veiledning og råd om kost og/eller fysisk aktivitet. På mange måter handler endringsveiledning om å hjelpe Geir ett skritt videre i endringsprosessen. Essensen her er at han også får et tilbud i sin hjemkommune. Mange kommuner har startet opp frisklivssentraler, som er kommunale kompetansesentre med tilbud til personer og grupper i befolkningen som har behov for hjelp til å endre helseatferd. Tilbudet inneholder blant annet endringsveiledning, tilrettelagt fysisk aktivitet og kostholdskurs. Dette er et prioritert tiltak i samhandlingsreformen (7) og et eksempel på at det nå opprettes arenaer innenfor kommunenes helse- og omsorgstjenestetilbud der helsepersonell kan arbeide helsefremmende og forebyggende (8). Flere kommuner har også opprettet stillinger for diabetessykepleiere, som fokuserer spesielt på forebygging og helsefremming av personer med type 2-diabetes.





Forskning

Det er forsket på ulike modeller for å ivareta sykepleiefunksjonen til disse pasientgruppene i andre land. I Nederland har man introdusert en slags allmennpraktiserende sykepleier som blant annet måler blodtrykk, blodsukker og vekt. Sykepleieren veileder i forhold til levevaner og diabetes (12). I England og USA har dette vært en utbredt ordning. Studier viser til gode erfaringer med en slik sykepleierolle. En nederlandsk studie på allmennpraktiserende sykepleiere viser også at pasientene var tilfredse med hvordan sykepleierne koordinerte omsorgen. Sykepleierne tilbød gjerne lengre og hyppigere konsultasjoner og ga mer informasjon til pasientene enn legene hadde mulighet til å gjøre (13).

sessen med å endre levevaner. Dette krever tid og kontinuitet i oppfølgingen.

Tidkrevende

Tid er et aktuelt tema for sykepleierne i vår undersøkelse. Noen oppgir at tiden de har per konsultasjon på poliklinikken er for knapp til å ta tak i pasientens levevaner. Spesielt når det meste av konsultasjonen går til undersøkelser og prøver. Enkelte opplever at det er vanskelig å ta opp slike temaer med pasienten når det ikke står på agendaen i utgangspunktet. Andre av våre informanter er fleksible og kan sette av tid til veiledning av levevaner, og sammen med pasienten bli enige om hvor ofte konsultasjoner er nødvendig. Flere framhever handlingsfrihet som en viktig faktor

skal gå frem for å fremme helse i eget fag og trenger mer kompetanse på dette (6,17). Mer vektlegging av helsefremmende pleie på bachelorutdanningen i sykepleie kan etter vårt skjønn være et hensiktsmessig tiltak. I den praktiske sykepleiehverdagen kan hjelpemidler med fokus på helsefremmende faktorer være til hjelp, som eget punkt i behandlingsplan eller -rapport, skjemaer for pasienters målsettinger og aktivitetsplaner. Det kan være nødvendig med en bevisstgjøring på hvordan sykepleiere møter pasienter som skal endre levevaner. Hvilke spørsmål som stilles og hvordan de blir stilt, vil ha betydning for pasientenes mulighet for refleksjon og motivasjon.

Avslutning

Sykepleiere møter pasienter på mange ulike arenaer i helsevesenet. For å kunne ivareta pasienter som Geir og andre i liknende situasjoner, må sykepleiere ta ansvar, oppdatere sine kunnskaper og følge opp den helsefremmende delen av sykepleien. For å praktisere helsefremmende sykepleie kreves det også en hensiktsmessig organisering og relevant opplæring, som ledere bør prioritere. Sykepleiere må synliggjøre dette behovet for sine ledere. Vi mener sykepleiere er betydningsfulle for å fremme helse både i det tverrfaglige samarbeidet og som en selvstendig gruppe. ■■■

«Sykepleierne har tilstrekkelig kunnskap til å formidle råd for et sunt hverdagskosthold og motivere til økt aktivitet i hverdagen.»

Ulike modeller

Man kan tenke seg alternative løsninger i fremtiden, der sykepleiere med relevant kompetanse kan avlaste allmennlegen i oppfølgingen av disse pasientene. Skal det være hensiktsmessig å starte intervensjoner på endring av levevaner i spesialisthelsetjenesten, er det essensielt at dette følges opp av tilbud i pasientenes hjemkommuner. Et ønskelig mål er en helhetlig og sammenhengende behandlingsskjede for pasienten, og en mulighet er at pasientene følges opp av en og samme sykepleier både i poliklinikk og i hjemkommunen. Et annet alternativ kan være et godt samarbeid og kompetanseutveksling mellom sykepleier på poliklinikk og ansvarlig sykepleier i primærhelsetjenesten.

«Det private helserom»

Levevaner kan ofte føles private, og våre informanter beskriver det å gå inn på andres levevaner og helse som å gå inn i «det private helserom». Det ligger en forventning i dagens samfunn om at generelle helse råd blir fulgt opp av den enkelte. Når det ikke skjer, kan pasienten oppleve det som en personlig svakhet og få skyldfølelse. Da kan det være vanskelig å åpne seg opp for andre, også for helsepersonell. I eksempelet om Geir kan en konsekvens av at sykepleieren bare forteller hva han ikke bør spise, være at han opplever motløshet i stedet for motivasjon til endring. Vi fant at sykepleierne tok utfordringen på alvor og brukte ressurser for å bygge opp tilliten underveis i pro-

for å gi pasientene den individuelle oppfølgingen de trenger. Sykepleiere ansatt i poliklinikker som ikke er organisert slik at de er fleksible, opplever at de ikke strekker til når det gjelder veiledning på endring av levevaner. Dette støttes av tidligere forskning (12,14,15). En undersøkelse gjort i Finland (15) viser at et stort antall leger og sykepleiere i kommunehelsetjenesten ser veiledning rettet mot livsstilsendring som en viktig oppgave, samtidig som arbeidshverdagen gjør det utfordrende å ta seg tid til å gå inn på pasientens levevaner.

I praksis

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (16) krever at helsefremmende og forebyggende arbeid skal inngå i alle kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette utfordrer sykepleiere til å ta ansvar for den helsefremmende delen av pleien. I vårt tilfelle med Geir kan det være en enkel løsning å overse hans behov for helsefremmende oppfølging i arbeidshverdagen. Selv om helsefremming og forebygging er lovbasert, så er det ikke noe som kan måles og avhenger dermed av rutiner på avdelingen og den enkelte sykepleiers engasjement. Hvis sykepleiere reelt skal kunne ta tak i problemstillinger som i Geirs tilfelle, må det gis opplæring, klar ansvarsfordeling og tid til gjennomføring. Helsefremming må prioriteres. I vår studie ser vi at sykepleiere har generelle kunnskaper om hvordan de skal fremme helse hos pasienten i tråd med empowerment-tenkningen, men tidligere forskning viser at sykepleiere generelt er usikre på hvordan de

REFERANSER

1. Lerdal A. Fagermoen MS. Læring og mestring. Oslo: Gyldendal, 2011.
2. Norsk Sykepleierforbund (NSF). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo: NSF, 2007.
3. WHO (1998): Health Promotion Glossary. Geneva. <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf> (05.11.12).
4. Askeheim OP, Starrin B. Empowerment. Oslo: Gyldendal, 2007.
5. Tveiten S. Den vest best hvor skoen trykker: om veiledning i empowermentprosessen. Bergen: Fagbokforlaget, 2007.
6. Gammersvik Å, Alvsåvåg H. Forståelse av helsefremming i sykepleie. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning 2009;5:18–29.
7. St.meld.nr. 47. Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. <http://www.regjeringen.no/no/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201> (12.10.12).
8. Larsen T, Gammersvik Å. Helsefremmende sykepleie. Bergen: Fagbokforlaget, 2012.
9. Oftedal BF. Motivation for self-management among adults with type 2 diabetes. Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness. 2011; 25(4): 735–744.
10. Lawrence M, Fraser H, Woods C, McCall J. Secondary prevention og stroke and transient ischaemic attack Nursing Standard 2011; 26:41–46.
11. Helsepersonelloven. Lov om helsepersonell m.v. [http://www.lovdata.no/\(01.11.12\)](http://www.lovdata.no/(01.11.12)).
12. Jansink R, Braspenning J, Weijden T, Elwyn G, Grol R. Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis. BMC Family Practice 2010;11. doi:10.1186/1471-2296-11-41.
13. Dierckx-van Daele ATM, Dierckx JFM, Spreuwenberg EW, Vrijhoef H. Nurse practitioners substituting for general practitioners: randomized controlled trial. Journal of Advanced Nursing 2009; 65: 391–401.
14. Frantsen K. Motivasjon for egenbehandling hos voksne med type 2 diabetes- En utfordring for sykepleiere. Masteroppgave. Stavanger: UIS, 2010.
15. Jallinoja P, Kuronen R, Nissinen A, Talja M, Uutela A, Patja K. The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: perceptions among primary care physicians and nurses Scandinavian Journal of Primary Health Care 2007; 25(4): 244–249.
16. St.meld. nr. 16. Nasjonal helse og omsorgsplan (2011–2015) Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. <http://www.regjeringen.no/no/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011/2.html?id=639796> (27.09.11).
17. Berg GV. Å fremme den eldre sykehuspasientens helse i lys av et folkehelse- og et holistisk-eksistensielt sykepleierspektiv. Doktorgradsavhandling. Göteborg: Nordiska Högskolan för folkhälsovetenskap, 2007.



Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

Fordi det er **FORSKJELL!**

Bladet Sykepleien er med sine 267 000 eksponeringer av hver side (GEP-tall) et av Norges største fagblad. Fordi 93 % av våre medlemmer er kvinner, er vi også et av Norges største kvinneblad.

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

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

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

Sykepleien



Per Nortvedt,
professor ved seksjon
for medisinsk etikk,
Universitetet i Oslo.

Livsnøytralt testamente

Livstestamente bør være et juridisk bindende dokument, men bare når gitte forutsetninger er til stede.

I Sykepleien nummer 10/2013 skrev leder av Rådet for sykepleieetikk Berit Daae Hustad en viktig artikkel i denne spalten om Helsedirektoratets forslag til livssynsnøytralt livstestamente.

Dette forslaget har vært til høring, og i den anledning skrev jeg og kollega Reidar Pedersen en uttalelse på vegne av Senter for medisinsk etikk som i mange henseende støtter Rådets synspunkter. Deler av denne uttalelsen er noe bearbeidet gjengitt her.

Loven er uklar

Senter for medisinsk etikk (SME) mener at norsk lovverk (Lov om pasient og brukerrettigheter og Helsepersonelloven) er for uklart og svakt med tanke på pasientens rettigheter til å kunne danne grunnlaget for å utvikle et godt livstestamente. Særlig gjelder det slik loven er tolket og anvendt i forslaget fra Helsedirektoratet. Loven er laget for nåtidige situasjoner, ikke fremtidige. Lovens regler for nåtidige situasjoner er i tillegg problematiske og uklare når det gjelder pasientens rett til å kunne nekte livsforlengende behandling. Disse lovreglene er heller ikke noe bedre egnet til å regulere pasientens rett til å påvirke beslut-

giving som regulerer livstestamente på dette feltet bør – i tråd med lovgivning i andre land og Oviedo-konvensjonen – gi samtykkekompetente pasienter rett til å nekte all behandling og omsorg, både i nåtidig og fremtidig, og ikke bare livsforlengende behandling ved livets slutt.

Bør ikke bare gjelde døende

Unntakssituasjoner bør være avgrenset til situasjoner der det ikke er tid til å innhente et gyldig samtykke eller der testamentet er ugyldig (se nedenfor). Noen vil også hevde at unntakssituasjoner også bør inkludere pasienter som ikke er alvorlig syke (for eksempel en diabetespasient som ikke lenger vil ta insulin eller som sier at vedkommende ikke vil redde hvis funnet komatøs som følge av sykdommen). En rett til å nekte – både nåtidig og fremtidig behandling – bør uansett ikke bare være gyldig for døende pasienter som faller under § 4.9 i lov om pasient- og brukerrettigheter. Mange alvorlig syke pasienter (for eksempel pasienter med alvorlig KOLS) bør kunne nekte fremtidig behandling selv om de ikke kan defineres som døende (verken nå eller i en eventuell fremtidig situasjon) og kanskje ville overlevd en

syn på krav til sannsynlighet for dødelig utfall.

Krav til gyldighet

Et livstestamente må i tillegg være tydelig på nærmeste pårørendes, eventuelt annen utnevnt representants, ansvar og rettigheter i de tilfeller pasienten ikke lenger er samtykkekompetent. Ofte ser man at forhåndsønsker med hensyn til behandling ses i sammenheng med ønsker om en stedfortreder om en i fremtiden ikke selv er i stand til å delta i beslutningen. Dette er formalisert i mange land, men ikke i Norge.

Senter for medisinsk etikk mener at et livstestamente bør være et juridisk bindende dokument, men bare når gitte forutsetninger er til stede. Slike forutsetninger, som krav til gyldig livstestamente, bør stadfestes som vilkår i dokumentet. Dette kan omfatte for eksempel krav til bevitnelse, foreldelse, revisjon, beskrivelse av relevante situasjoner og eventuelt andre betingelser og situasjoner som tilsier unntak fra å følge et livstestamente.

Alternativt (hvis man er uenig i å ha et juridisk bindende dokument og å endre den norske helselovgivningen) vil vi foreslå formuleringer i tråd med Nasjonal veileder for beslutninger om begrensnings av livsforlengende behandling, for eksempel at det skal være gode grunner for ikke å respektere et skriftlig informert ønske (i form av et livstestamente) fra pasienten. En bør også presisere pårørendes rolle og rett til å stille krav om å undersøke og sannsynliggjøre hva som ville ha vært pasientens vilje, og til å kunne fatte beslutning i tråd med dette.

Se til andre land

Særlig mente vi ved SME at forarbeidet for dette dokumentet fra Helsedirektoratet sin side var svært mangelfullt. Dokumentet forholder seg i

«Uklar lovgivning på dette feltet kan føre til at leger praktiserer «defensiv» medisin.»

ninger om behandling i fremtiden.

Særlig er det problematisk å legge så stor vekt på pasientrettighetsloven § 4.9 og helsepersonelloven § 7 som forslaget fra Helsedirektoratet gjør. Gjennom disse paragrafene gis døende pasienter en rett som i realiteten er begrenset til å kunne nekte nytteløs behandling.

Som Daae Hustad mener vi at en ny helselov-

ny runde med intensivbehandling.

Begrepet «døende» er i tillegg svært vanskelig å avgrense i praksis, og variasjonene i tolkning er for store til å være et vilkår for en rettighet (fra siste timer/dager til mange år gjenstående levetid). Noen mener man er døende kun hvis behandling ikke vil føre frem, mens andre tenker ut fra et naturlig forløp (uten behandling); i tillegg er ulike



liten grad til praksis og lovgivning i andre land det er naturlig å sammenlikne seg med. Om Helsedirektoratet mener dette er irrelevant, bør det eventuelt stå eksplisitt. I USA har for eksempel 50 stater formular for livstestamente som i tillegg også inkluderer spørsmål om organdonasjon.

I Europa har 7 land en praksis med bindende livstestamente, mens tre land, Tyskland, Italia og Sveits, er i ferd med å innføre dette. Land som ikke har lovgivning på området er foruten Norge, Portugal, Hellas, Serbia, Slovakia, Bulgaria, Litauen og Tyrkia, for å nevne noen. Europarådet anbefaler alle land som ikke har lovgivning på dette området, å utvikle slik lovgivning.

Helselovgivningen bør uansett endres på dette området – både for nåtidige og fremtidige situasjoner – for å unngå unødig usikkerhet om hva som er lov i denne typen situasjoner. Uklar lovgivning på dette feltet kan føre til at leger praktiserer «defensiv» medisin (dvs. overbehandler pasienter av frykt for rettslige konsekvenser) og at pasienters og pårørendes rettigheter står svakere enn den burde gjøre ut fra internasjonale konvensjoner og hovedregelen i norsk helselovgivning (§ 4-1 i pasientrettighetsloven).

Kunnskapsoppsummering

For tiden pågår det en kunnskapsoppsummering ved Kunnskapssenteret som blant annet gjennomgår effekten av ulike former for livstestamente for helsetjenesten, og to forskningsrådsfinansierte prosjekter om Advance Care Planning i sykehjem startet opp i 2013 (ved Senter for medisinsk etikk og ved Universitetet i Bergen). Denne type kunnskap vil kunne bidra til å identifisere de beste verktøy og rutiner for forhåndsplanlegging ved livets slutt og livstestamente, men vil ikke kunne endre på helselovgivningen. ■■■

(Gjengitt i samråd med Reidar Pedersen ved Senter for medisinsk etikk.)



Illustrasjon: Kathrine Kristensen

Randis hypokonderkryssord

	APOPLEX-IAEN STAE		DANSER	PÅ FLY	IKKE	ATTEST	GREIT	ÅTET KOM-MUNE			HJELPE-MIDDEL	BIB.-NAVN	E.S.		MØB-LER	UT-SØKTE TALL			PSORI-ASTISKE
SYKEH.-PREST																			
METODE MERKER										LAVINE				VEKST FIRMA-ET					
			D.Y.		ORGAN-DELER			STEIN		KÅT YTRET			LEVE			STRÅ DANSER			
SPIS-SEN																			
				EKS-PARTI				RENN! REKKE					ORGAN						
RØRER			ELV FUGL				GLI!			ORD METT			TID MØTES			FISK			
KRIBLE				UMULIG VOKAL-ENE							SJARM	TITTE GRUNN-LAG				FISK STEIN			
KALKU-LERES	MÅL SOLO							SANG-GRUPPE	LAND MAS						LEVER			INTERJ.	
						PARTI	SAMLEIE REDE							HINNE	SVÆRING DESSERT				
FASE			DYR										LIKE			LANG			
SEKVELE																			

Se løsning på kryssord side 71

Quiz

Tekst Nina Hernæs

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

1 Hvor mange av Bent Høies statssekretærer er sykepleiere?

- A 1
- B 2
- C 10

2 Hvilket fag har Bent Høie utdanning i?

- A Murerfag
- B Hotellfag
- C Lege

3 Hvem er leder for helse- og omsorgskomiteen?

- A Kari Kjønaas Kjos
- B Kjersti Toppe
- C Audun Lysbakken

4 Hvilket parti er lederen av helse- og omsorgskomiteen fra?

- A Fremskrittspartiet

- B Senterpartiet
- C SV

5 Kan sykepleiere skrive ut p-piller?

- A Ja, alle
- B Bare jordmødre og helsesøstre med forskrivningsrett
- C Nei, ingen

6 Er angrepille på resept?

- A Ja
- B Nei
- C Bare for menn

7 Hvem var Bechterev?

- A Amerikansk forfatter
- B Russisk nevrolog og psykiater
- C Østerriksk indremedisiner

8 Hva slags sykdom er Bechterevs sykdom?

- A Kjønnssykdom

- B Revmatisk sykdom
- C Magesjau

9 Hvilken del av kroppen rammes særlig av Bechterev?

- A Kjønnsganget
- B Ryggen
- C Tarmene

10 Hvor mange har Bechterev i Norge?

- A 10
- B 20 000
- C 40 000

**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.)

KAN SETTE SPRØYTER:
Men kan sykepleiere også skrive ut p-piller? Illustrasjon: Colourbox

9B, 10C

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

Vi bør vel ikke straffe
voldsutsatte barn? Side 73

Sykepleiere kan forebyg-
gende helsearbeid. Side 70

Respektløst av NSF å gå mot
reservasjonslegene. Side 71

Sterke
synspunkter?
Skriv til oss!

Mennesker & meninger

Sykepleien

Send inn din
mening på e.post til:
redaksjonen@
sykepleien.no
eller som brev til:
Sykepleien,
p.b. 456 Sentrum
0104 Oslo



TETT PÅ ASTRID GRYDELAND ERSVIK

«Våre brukere skriker ikke.
Det er vi som må
snakke deres sak.»

76

BERIT STØRE BINCHMANN

«En vaskehjelp var den eneste som ga den
pårørende en klem. Hvordan kan man si
at et slikt sykehus holder høy kvalitet?»

74



NSF HAR ORDET Forbundsleder Eli Gunhild By

Stilling: Forbundsleder i NSF

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

Folkehelse i all sykepleie

Vi sykepleiere har vært pionérer på systematisert folkehelsearbeid – og det skal vi også være i fremtiden. Norsk Sykepleierforbund har derfor lansert en politisk plattform for folkehelse: «Folkehelse i all sykepleie».

Plattformen skal tydeliggjøre og gi retning for sykepleiernes rolle i folkehelsearbeidet i Norge, og er en oppfølging av Landsmøtets (2011) vedtak om at helsefremmende og forebyggende arbeid skal ha prioritet gjennom hele livsløpet. I samme vedtak ble det helsefremmende perspektivet i NSF's vedtekter også forsterket.

Plattform for folkehelse synliggjør hvordan sykepleie og sykepleiere er avgjørende for å

«Målet for et godt folkehelsearbeid er et sunnere Norge.»

lykkes med folkehelsearbeid, og hvilke grep som må tas for å utnytte potensialet. Den politiske plattformen viser hvordan sykepleiere kan bidra til bedre folkehelse både hos individer, grupper og befolkningen som helhet, og påvirke beslutninger på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå. Plattformen understreker folkehelsearbeid gjennom hele livsløpet og på alle arenaer der sykepleiere kan bidra til sunne levevaner, livsstilsendringer, påvirke risikoforhold og sette inn tiltak tidlig for å forebygge eller redusere negativ utvikling.

Plattformen er også et verktøy for å formidle NSF's politikk overfor politiske myndigheter, samarbeidspartener og media. Den skal bidra til forståelse og engasjement for politikken i organisasjonen, hos tillitsvalgte og medlemmer.

Målet for et godt folkehelsearbeid er et sunnere Norge med flere leveår med god helse i befolkningen som helhet, og reduserte helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn. Folkehelseloven manifesterer en tverrpolitisk enighet. Det er gjennom et godt



FRISKERE: Sykepleiere vet hva som skal til for å bedre folkehelsen. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

og systematisert folkehelsearbeid vi som samfunn i fremtiden har det største potensialet knyttet til helsegevinst og livskvalitet for den enkelte og for samfunnet.

Sykepleiere i alle ledd av helsetjenesten har kunnskap om årsakssammenhenger mellom levevaner og sykdommer og om hvilke tiltak som kan stimulere til bedre folkehelse. De nærmeste årene vil innsatsen overfor ikke-smittsomme og livsrelaterte sykdommer, psykisk helse og rus, overvekt og fysisk inaktivitet være avgjørende for fremtidens folkehelse.

Vår politiske plattform slår fast at det er folkehelse i all sykepleie. Dersom alle sykepleiere har en forebyggende og helsefremmende tilnærming i sitt arbeid, vil det få stor betydning for folkehelsen og derved et friskere samfunn.

En slik tilnærming innebærer både å gå tilbake «til røttene» og å tenke nytt. Det vil si å tydeliggjøre betydningen av god og omsorgsfull individuell sykepleie samtidig med at vi i større grad må arbeide befolkningsrettet. Det siste innebærer at vi som sykepleiere og som organisasjon må bidra til helseopplysning på en rekke arenaer, vi må være en tydelig stemme for de pasientgruppene vi arbeider for og sette helsepolitiske tema på dagsorden. Det arbeidet har NSF startet gjennom en politisk plattform som viser retning for de kommende årene. Vi håper du blir med på laget! ■■■

Eli Gunhild By

Ja til samvittighet og verdighet!

Jeg er stolt av å være sykepleier og stortrives som det! Mitt hovedfokus som sykepleier er å formidle at ethvert menneske har like høy verdi og har rett til god behandling. Skal du behandle pasienter med respekt, mener jeg det er en forutsetning at man samtidig også har respekt for helsepersonellens dyptgripende og eksistensielle samvittighet. Jeg er oppriktig glad i mennesker av begge kjønn, alle raser og ulik legning.

Det er paradoksalt for meg at ledelsen for Sykepleierforbundet den siste tiden i offentlig debatt har talt sterkt imot reservasjonsretten til leger samtidig som jeg opplever at tanken om menneskets ukrenkelighet har vært en viktig del av min dannelse som sykepleier. Jeg opplever at å kjempe for menneskeverdet sitter i ryggraden min. Å trekke på menneskers samvittighet, om det er pasientens samvittighet eller legens, opplever jeg er direkte krenkende og ødeleggende.

Jeg er redd for denne utviklingen, og opplever at dette blant annet kan være med på å begrense yrkesvalgene som mine barn snart skal ta. Jeg kan ikke lenger anbefale mine barn å gå inn i helsevesenet når et slikt valg kan være med på å begrense samvittighetsfriheten deres. Jeg er redd denne utviklingen vi nå ser konturene av. Jeg frykter at våre lover med Sykepleierfor-

bundets velsignelse etter hvert vil kunne pålegge oss å utføre oppgaver vi er dypt uenige i, for eksempel i forbindelse med abort og i spørsmål om eutanasi. Det finnes styreformer i ulike land som til ulike tider har kommandert helsepersonell til å utføre handlinger som utfordrer deres samvittighet.

Menneskets samvittighet er ganske lett å ødelegge. De som har opplevd å ta liv av mennesker i krig, har jeg lest, kan oppleve at det verste er å ta liv av den første. Etter hvert blir man vant til det. Sikkert et dårlig eksempel, men er nok gjenkjennbart for den som vil forstå hva som er mitt poeng.

Vi kan ikke vite sikkert at det flertallet i et samfunn til ulike tider mener er rett og harmoniserer med ulike menneskers dype samvittighet i spørsmål som dreier seg om liv og død.

Det er vondt å høre på og det oppleves direkte krenkende at Sykepleierforbundet ikke uttrykker respekt for legers dype samvittighet i denne saken. De har etter mitt syn ikke respekt for alle parter i denne saken. På den ene siden har vi kvinnene som er gravide og veldig sårbare. Mange vil oppleve det som en befrielse å ta bort barnet. Andre ønsker innerst inne å beholde barnet. Det finnes sannsynligvis også mange mørketall

på kvinner som angrer i ettertid på det valget de tok eller det valget hun i etterkant kan oppleve at andre tok for henne eller presset henne til å ta. Noen kan sannsynligvis få til dels store psykiske problem i ettertid fordi de valgte å ta bort barnet.

Mange kan nok kjenne på en stor sorg og savn senere i livet. Vi trenger reservasjonslegene som kan være en motvekt, og sørge for balanse i dette vanskelige landskapet, slik at kvinnene har mulighet til å få velge hvem man vil lytte til i en slik vond situasjon.

Spørsmål om liv og død mener jeg er noe av det vanskeligste vi mennesker forholder oss til. Jeg mener derfor det er respektløst av Sykepleierforbundet ikke å anerkjenne at leger kan ha behov for å reservere seg. De kan ha et annet syn på tidspunktet for når et menneskeliv starter og er verdt å kjempe for enn det majoriteten i folket eller det Sykepleierforbundet til enhver tid mener er riktig eller galt. Dessuten finnes det så vidt jeg vet ingen kunnskapsbaserte undersøkelser som kan underbygge at leger med reservasjonsrett har krenket jenter eller damer som kommer for å få hjelp i en slik vanskelig situasjon. Kvinnene har rett til selvbestemt abort i vårt land i dag. Med all den oppmerksomheten som gis om denne rettigheten vil det være mulig å finne en god løsning for disse kvinnene, enten ved å ta direkte kontakt med fastlegen eller med sykehuset.

Det å frata muligheten og/eller rettigheten for en fastlege til å praktisere som allmennlege fordi han/hun av dype samvittighetsgrunner ikke kan henvise til abort, er å frata leger sin verdighet som mennesker. Det er ufattelig for meg at ikke Sykepleierforbundet kan se denne sammenhengen.

Jeg savner kritiske røster i denne saken, som kan forsvare retten til å reservere seg i vanskelige eksistensielle spørsmål som dreier seg om liv eller død. I Sykepleien nr. 2 /2011 skriver Marie Aakre i sin artikkel: «Ja til verdighet» utdypende om hva verdighet handler om. Av etiske verktøy for å fremme verdighet beskrives fem prinsipper om verdighet. Prinsipp 1 lyder «Verdighet er å ha frihet til å ta avgjørelser og treffe valg som berører eget liv, og oppleve at denne rettigheten blir møtt med respekt.» I denne konkrete saken mener jeg Sykepleierforbundet misbruker sin makt ved å ville nekte leger å ha frihet til å ta avgjørelser og treffe valg som berører eget liv.

Jeg synes dere gjør veldig mye bra i Sykepleierforbundet. Samtidig har jeg en inderlig bønn: Legg til rette for at mennesker (leger og sykepleiere og annet helsepersonell) skal kunne bevare samvittigheten og verdigheten sin.

Hege Frøyen, sykepleier

Løsning på kryssord i nummer 2/2014. Se side 68.

SMILE	ADOLESKENT	H	DANSER	PA FLY	IKKE	ATTEST	GREIT	ATET	A	KULDE	BIB	E.S.	MOB	UT	P	PEORI
SYNEN	STAE	J	E	L	E	S	O	R	G	E	K	S	P	E	R	T
WITTOE	PREST	T	E	K	N	I	K	K	E	N	LAVINE	R	A	S	VEIST	FISKE
MERGER		A	R	R	D.Y.	ORGAN	U	STEIN	E	KAT	YR	LEVE	B	O	STRA	A
		I	N	J	E	K	S	J	O	N	S	K	A	N	Y	L
SPISSEN		L	E	E	R	EKS	N	S	P	RENNI	A	K	ORGAN	R	E	K
		R	O	R	S	ELV	E	E	M	GUI	A	K	ORD	E	D	TID
		K	L	O	UMULIG	H	A	P	L	O	S	SJARM	TITTE	S	E	U
KALKULERES	MAL	A	R	E	A	L		SAVG	LAND	T	I	B	E	T	LEVER	E
	SOLO	R	E	G	N	E	S	PARTI	SAVLES	K	O	I	T	U	S	HINNE
		N	E	DYR	N	E	S	H	O	R	N		N	LIKE	I	I
SEI VELE		E	T	T	E	R	V	I	R	K	N	I	N	G	S	S

Liv Hjørnegård

Det har nå gått over et år siden vi fikk den triste beskjeden om at vår tidligere kollega og leder Liv Hjørnegård er død, den 27.11.2012, 71 år gammel.

Hun døde brått mens hun var på ferie i Etiopia, landet der hun og ektemannen jobbet med bistand tidlig på 1970 tallet.

Som tidligere kollegaer vil vi gjerne dele noen minner om henne.

Liv var født i Alvdal og var ansatt som helsesøster i Ås kommune før hun begynte i Hamar kommune som leder av helsesøstertjenesten i 1978. Stillingen som sjefhelsesøster i Hamar hadde hun til hun sluttet der i 1991, da gikk hun over i en jobb i bedriftshelsetjenesten.

Hun ble tidlig enke. Likevel klarte hun å etablere et trygt og godt hjem for seg og sønnen Anders i Valumsveien i Hamar.

Liv var en dyktig og engasjert helsesøster. Hun var fremtidsrettet og kunnskapsrik og var en pådriver og igangsetter av mange tiltak innen helsestasjon, skolehelsetjenesten og andre folkehelse tiltak i Hamar kommune. Her nevnes jordmortjeneste på helsestasjonen, foreldreforberedende kurs, helsesøstertilbud på de videregående skolene, helsetiltak for flyktninger og etablering av ny helsestasjon i den ene bydelen i byen.

Vi husker hennes engasjement og initiativ da informasjonsbehovet om HIV/AIDS var stort tidlig på 1980-tallet. Blant annet satte hun i gang informasjonskampanjer til alle klassene på ungdomsskoler og videregående skoler. Det var mye jobb for oss som deltok i dette, men vi ser i ettertid at dette var viktig arbeid.

I Hamar kommune var Liv pådriver for helseopplysningstiltak for eldre. Dette var tiltak som ble satt i system og utviklet til Helsestasjon for eldre. Denne avdelingen er i dag en avdeling i vekst og utvikling.

Liv engasjerte seg også i helsesøster- og folkehelsearbeid utenom kommunen. Hun deltok i flere prosjekter i regi av Fylkeslegen og Helsedirektoratet, også internasjonalt.

Liv var helsesøsterrepresentanten i en sentral prosjektgruppe i regi av Folkehelseinstituttet som la grunnlaget for dagens SYSVAK (landsdekkende IT-system over vaksinasjoner). Dette var på slutten av 1970 åra, helt i startfasen av dataalderen.

Liv vikarierte også som fylkeshelsesøster i Hedmark en periode.

Vi opplevde Liv som en positiv, trygg og inkluderende leder. Hamar kommune har vært heldig som har hatt henne som leder for det helseforebyggende arbeidet i kommunen; hun la grunnlaget for mange tiltak som er her i dag.

Vi er mange som ofte tenker på Liv og savner henne som venn og kollega.

Tidligere kollegaer i Hamar kommune

Lina Torvund-Kleppe

12. januar mottok vi det triste og hjerteskjærende budskapet om at vår kjære kollega og venn Lina Torvund-Kleppe døde brått av en hjerneblødning, bare 33 år gammel.



Dødsbudskapet kom totalt uventet på oss alle på Oslo Skadelegevakt. Helt til det siste var hun i full aktivitet. Det synes uvirkelig at vi ikke lenger skal møte henne i høyt tempo i korridoren, eller inne på en stue, i ferd med å trøste og hjelpe pasienter med sår- og bruddskader.

Lina ble født 28. juli 1980 og vokste opp i Skien. Hun fikk sin videregående skolegang på Skien videregående skole, deretter valgte hun Rønningen folkehøyskole. Hun tok sin bachelor i sykepleie ved Høyskolen i Oslo avdeling Aker, og gikk ut som en av 2000-årskullet. Hun valgte å bli sykepleier, som sin mor.

Arbeidslivet startet på Hovseterhjemmet i Oslo. Deretter fikk hun jobb på Oslo Skadelegevakt, hvor hun ble i 6 år. Hun ble tidlig vår tillitsvalgte, og vil bli husket som en ansvarsfull og uredde sykepleier. Lina likte å jobbe i høyt tempo, og var omsorgsfull ovenfor både pasienter og kollegaer. Hun vil også bli husket for nynningen i korridorene, for Lina var glad i å synge.

Hun rakk å være gift i ett år, og hun var lykkelig sammen med sin Lars. Våre tanker og dype medfølelse går til hennes mann, mor og to søstre som hun var veldig glad i.

Lina Torvund-Kleppe etterlater seg et stort tomrom i legevaktsfamilien og vil bli dypt savnet. Hun var en god og ærlig kollega. Vi ønsker å takke for den gode tiden vi har fått sammen og for at vi har fått lov til å være hennes venn og kollega.

Vi lyser fred over hennes minne.

Venner og kollegaer ved Oslo Skadelegevakt



INNSPILL

Omsorgssvikt

Anne Marie Pile (bildet) og Thomas J Winter, barneverns-
pedagoger og sexologiske råd-
givere fra Universitetet i Agder

Barn og unge som forstyrrer

Barn som vokser opp med vold, overgrep og omsorgssvikt, kan få alvorlige helsemessige problemer, og de sosiale konsekvensene kan bli omfattende.

Historien om Christoffer, den lille lysluggete gutten med de triste blå øynene, er blitt en av de mest omtalte barnevernmishandlingssakene i Norge. Christoffer Gjerstad Kihle ble bare åtte år. Han døde 2. februar 2005 i sitt hjem i Kodal i Vestfold, med store hodeskader samt andre skader på den lille kroppen. Rettsmedisinere konkluderte med at dødsårsaken var et 17 cm langt brudd i hjerneskallen. I ettertid har alle offentlige etater som var involvert i saken fått kritikk, og saken har blitt et symbol på systemsvikt og vold mot barn.

Voldsutsatte barn opplever ikke alltid at skolen er et trygt og godt sted å være. De er alltid på vakt, kritiske, skeptiske, fraværende eller viser andre tegn på at noe er galt. De er vant med å måtte skanne omgivelsene og situasjonene for farer. Kanskje er mor og far stadig beruset, kanskje er det våpen hjemme? Kanskje sitter de på skolen og er redde for at far dreper mor, mens de er borte? Kanskje er de redde for at en av mennene som kjøper sex av mor, skal skade henne? Far er hyggelig og grei en dag, neste dag kan han eksplodere for den minste ting. Barna vet ikke når neste eksplosjon kommer. Små kroppar blir syke av slikt.

Hjernens stressreaksjonssystem er på hele tiden hos disse barna. Det gjør at de får permanente endringer i hjernen. Disse barna må bruke all energien sin på å skape mest mulig trygghet, istedenfor å holde på med aktiviteter som trygge barn opplever som gøy og utviklende. Barn som lever med vold, overgrep og omsorgssvikt får ofte det som kalles for utviklingstraumer. Det betyr at disse barna kan ha vansker med å oppleve at verden er et trygt sted å være. Derfor kan de trekke seg unna, og de kan ha vansker med og «lese» andre mennesker. De kan få smerter i kroppen. De kan være mye syke og få vansker med å bevege kroppen sin fritt. Følelser er vanskelig, fordi de aldri har lært å regulere følelsene sine, og de mangler også det emosjonelle språket.

Når det gjelder atferd kan de ha vansker med å styre seg. De kan være aggressive mot andre, slite med søvnvansker, misbruke rusmidler, ha en utagerende seksualitet, et unormalt forhold til mat, skade seg selv eller de kan være smiskete, opptatt av å

bli likt og vise stor vilje til samarbeid. Andre er i opposisjon og har vansker med å godta og forstå regler. Konsekvensene av å vokse opp under slike forhold kan være mange og omfattende.

Undersøkelser viser at i overkant av 90 prosent av inneliggende pasienter i rusmiddelomsorgen har vært utsatt for seksuelt grenseoverskridende hendelser. Når det gjelder langtidspasienter innenfor psykisk helsevern, er det også høy forekomst av grenseoverskridelser.

I samhandling med andre kan disse barna ha vansker med å følge med. De sliter med planlegging og organisering. De strever med å få med seg hva som blir sagt. De blir «aldri» ferdige med ting. De har ofte lærevansker, sliter med å se seg selv og hva de gjør med sine omgivelser. Dårlig selvbilde og skam hører også med til konsekvensene av vold, overgrep og omsorgssvikt. Det er vondt for barn å oppleve at de ikke er elsket og verdsatt.

Mange av disse barna blir feiltolket, særlig de barna som utage-

«Små kroppar blir syke av slikt.»

rer og bruker vold. Vi blir veldig forstyrrer av unge som utagerer og bruker vold for å kommunisere med omverden. En del voksne blir så forstyrrer at de ikke evner å se annet enn den uønska atferden. Disse barna forstyrrer, de forstyrrer voksne, sine medelever og sine omgivelser. De av oss som blir mest forstyrrer, roper på høyere straffer, mer disiplin i skolen og større muligheter for å utøve tvang i barneverninstitusjoner, flere ungdomsfengsler og mer politi i gatene. Når mennesker som har klart seg godt på tross av vold og overgrep i barndommen, forteller sine historier, så var det ikke straffen som gjorde at de klarte seg, men at noen brydde seg. Som fagfolk må vi evne å se på oss selv og hvordan vi møter disse barna, særlig de som forstyrrer oss. Vi må se på egne holdninger, verdier og vår egen faglige plattform. Vi må våge å møte den bakenforliggende årsaken, for vi kan vel ikke ha på oss at vi som samfunn driver og straffer traumatiserte og voldsutsatte barn? ■■■



Berit Støre Brinchmann, professor i sykepleie, Universitetet i Nordland og Universitetet i Stavanger

Så mye er sykepleie verdt

Hvordan kan et sykehus sies å holde høy faglig kvalitet når omsorgen er mangelvare?

For noen år siden døde en av mine nærmeste brått under en operasjon. Inngrepet skjedde akutt, og pasienten og vi pårørende ble fløyet med ambulansely til et større sykehus i Norge. Alt som kunne gjøres ble gjort, men livet stod dessverre ikke til å redde.

Som pårørende fikk vi trøst og omsorg, et eget rom å sove i og god mat. Jeg husker særlig godt den sykepleieren som hadde nattevakt. Hun traff aldri pasienten, men ba meg komme inn på intensivavdelingen hvis jeg ikke fikk sove. Midt på natten satt jeg sammen med denne sykepleieren og drakk te og pratet. Hun kunne ikke redde min kjære, men ga meg tid, tålmodighet, trøst og omsorg i den vanskelige ventetiden.

«Når ingenting annet kan gjøres, er sykepleie ekstra viktig.»

Profesjonaliteten og medmenneskeligheten vi ble møtt med gjorde det enklere å mestre sorgen og tapet. Jeg vil aldri glemme varmen og omsorgen fra sykepleieren og mange andre som vi kom i kontakt med. Det er godt å vite at det finnes slike fagpersoner som er klare til å ta imot pasienter og pårørende når man er aller mest sårbar og trenger det som mest. Så mye er omsorg og sykepleie verdt!

Omsorg og trøst

Nå nylig hadde jeg en tilsvarende opplevelse i utlandet. En venn av familien ble akutt syk og kjørt i ambulanse til et sykehus. Sykehuset er kjent for sin medisinske ekspertise, men heller ikke her lyktes det å berge pasienten.

Det var en kald, hypermoderne, fabrikkliknende bygning. På venteværelset ble det spilt moderne, beroligende musikk. Pasienten ble overvåket via dataskjermer, og det var ingen til stede i sykerommet. På dette sykehuset var sykepleierne og omsorgen til pasient og pårørende nærmest fraværende. I den tøffe ventetiden om natten lå den pårørende alene på en benk på gangen. Vi måtte be om stoler for å sitte hos den døende. Her var ingen trøst, ingen omsorg, ingen varme. En vaskehjelp var den eneste som ga den pårørende en klem.

Opplevelsen var sjokkerende og gir grunn til ettertanke! Hvordan kan et sykehus sies å holde høy faglig kvalitet når omsorgen er mangelvare? Erfaringer som denne gjør meg stolt og glad over å jobbe med utdanning av sykepleiere i Norge. Når ingenting annet kan gjøres, er sykepleie ekstra viktig.

Respekt og likestilling

Norsk Sykepleierforbund feiret nylig 100-årsjubileum. Gjennom hundre år har norske sykepleiere kjempet for respekt og likestilling, og for å bli verdsatt og anerkjent for sykepleieres viktige bidrag til helsetjenesten og pasientomsorgen. Sykepleie representerer et komplekst fagområde som krever teoretisk og praktisk kompetanse, så vel som medmenneskelighet, empati og godt håndlag. Fortsatt må sykepleiere kjempe for akseptable lønns og arbeidsforhold. I universitets og høyskolesammenheng er sykepleie et ungt fag. Også her må ulike slag utkjempes. Teoretiske fag har fortsatt langt høyere status og prestisje enn de praktiske.

Lite verdsatt

Finansiering av studieplasser ved norske universiteter og høyskoler er basert på en historisk budsjettmodell, utarbeidet etter forslag fra Kunnskapsdepartementet. I modellen fra 2014 er alle fag og studenter inndelt i ulike kategorier, som utløser midler til utdanningsinstitusjonene. Kliniske utdanninger som medisin og veterinærutdanning er høyest verdsatt. Dagens sats utgjør 351 000 kroner per student. Sykepleiestudenter ligger nesten nederst, med en sats på 108 000 kroner. Det er vanskelig å forstå begrunnelsen for at realfagstudenter er verdsatt til kroner 179 000, og at tannpleiestudenter, og grunnskolelærerstudenter skal være mer verdt enn sykepleierstudenter.

Små budsjetttrammer

Beregningen av disse satsene ble foretatt lenge før sykepleie og andre profesjonsfag ble en del av universitetene, der forskning skal være like viktig som undervisning. Satsene fra departementet har store konsekvenser også for dem som underviser og forsker innenfor de ulike fagene. Så lenge universitetenes interne budsjetter baseres på de historiske satsene, får fakultetene med de mest lønnsomme studentene større inntekter for sin studentproduksjon.



KVALITET: Et sykehus kan ikke påberope seg kvalitet hvis omsorgen mangler, skriver kronikkforfatteren. Illustrasjonsfoto: IStock.com

Bedre budsjettammer kan gi fortrinn som mindre undervisning og veiledning og mer forskningstid for de fagansatte. De som underviser og forsker innen sykepleiefag er like mye verdt, og bør ha samme arbeidsbetingelser som andre akademikere. Innenfor sykepleie og andre profesjonsfag er det særlig behov for kompetanseheving i form av økt førstestillingskompetanse. Dette har vært påpekt i en rekke evalueringsrapporter fra Nokut. Slik kompetanseheving er ikke mulig uten tilstrekkelig forskningstid.

Tid til refleksjon

Noen studenter er mer kostnadskrevende enn andre å utdanne. Det sier seg selv at en ikke kan utdanne sykepleiere ene og alene i store auditorier, eller kun med moderne nettstudier. Sykepleieres

praktiske kompetanse og ferdighetstrening krever mye kostbar en-til-en-veiledning. Sykepleierstudenter trenger trening og tid til refleksjon rundt krevende møter med sårbare pasienter og pårørende. Sykepleierutdanning burde vært verdsatt på lik linje med andre kliniske utdanninger. Slik er det ikke. Forklaringen er enkel: Dette kan forstås og forklares både historisk og ut fra et kvinnespektiv. Så lite er sykepleie verdsatt!

Sykepleierens kompetanse

Alle mennesker vil før eller senere havne i situasjoner der de selv eller noen av deres nærmeste blir avhengig av sykepleieres kompetanse. Personlig erfaring som pasient eller pårørende kan lære oss mye om sykepleiens egentlige verdi. ■■■

TETT PÅ
Astrid Grydeland Ersvik

Hvorfor: Hun har vært en bauta for helsesøstre i Norge

Stilling: Avtroppende leder for NSF's faggruppe for helsesøstre

Alder: 52



Med barna som
hjerteresak



Astrid Grydeland Ersvik har hatt døgnvakt for helsesøstrene i ni år. Nå lengter hun egentlig tilbake til skolegården.

Tekst **Aslaug Olette Klausen** Foto **Erik M. Sundt**



**REISTE TIL KRISTIAN-
SUND:** Astrid Grydeland Ersvik er fra Namsos, men flyttet til Kristiansund som nyutdannet og småbarnsmor. Jobb fikk hun da hun klaget på helsesøstertilbudet.

hele ni år har hun kjempet for å gjøre helsesøstrene mer synlige. Jobben har blitt en livsstil, med normalarbeidsdager på minst 10 timer og bare få dager av gangen hjemme i Kristiansund.

Men på faggruppens landsmøte i april sier hun stopp. Det betyr at Astrid Grydeland Ersvik innen sommeren ikke lenger er helsesøstrenes leder, og kanskje tilbringer mer tid med utsikten over Kristiansund fra det gamle 1700-tallshuset på Innlandet.

Eller kanskje ikke. For Ersvik er ikke typen som lener seg tilbake.

PÅ KONTORET I OSLO forteller hun om det å gi seg som leder både med vemod og avgjørelsens lettelse i stemmen. Hun sier hun kjenner at det er på tide med en endring, før hun blir sliten. Alt annet ved henne forteller om en kvinne som vil mer. Det er noe med kroppsspråket, myndigheten, og engasjementet.

– Kommer du til å savne jobben?

– Det har tatt meg litt tid å venne meg til tanken. Jeg kommer til å savne de fantastiske folka jeg har møtt. Det kommer også til å bli en overgang å ikke få så mye oppmerksomhet.

Hun vet at hun har satt en høy standard gjennom lange arbeidsdager og en gjennomføringskraft mange andre knapt drømmer om. Den høye, blonde damen utstråler så mye styrke at det er lett å forstå hvorfor hun er engstelig for at hennes gode eksempel skal fungere mer som skremsl enn noe til etterfølgelse.

– Den nye lederen må ikke være som meg. Hun må finne sin egen stil, sier hun.

– Det er et privilegium, men også krevende å fronte saker, sier hun med overbevisningen til noen som vet hva det er å snakke en minister mitt imot. Og som ikke tar fem øre for å gi barn og unges sak et ansikt i møte med stramme kommunebudsjett.

Å LEDE EN TJENESTE alle sier er viktig og snakker varmt om, uten at dette gjenspeiler seg i praksis, slik Ersvik beskriver det, blir utfordringen den nye lederen må overta.

– Politikerne lover, og så gjentar det samme seg: Det skjer lite. Jeg blir nok pensjonist før vi for eksempel får se de foreslåtte normtallene.

Vanskene med å få midler til et kompetansesenter og spesialistgodkjenning av helsesøstre har gjort henne frustrert. Det har

«Jeg blir nok pensjonist før vi får se de foreslåtte normtallene.»

også det hun omtaler som manglende vilje til å øremerke midler i kommunene, senest fra den nye regjeringen. Den holdt løftet om mer penger, men uten å binde dem opp. Dermed er det helt vilkårlig om helsestasjoner, skolehelsetjenesten eller noe helt annet får glede av dem.

– Det er ikke uventet, men trist. I helsestasjonen og i skolehelsetjenesten trengs det flere stillinger. Oppgavene er flere, og sakene mer komplekse enn tidligere. Elevene møter stengt dør når de trenger hjelp. I tillegg kuttes de brede, forebyggende tiltakene i gruppe- og klasseromsundervisning og informasjonsarbeid.

Konsekvensene av dette ser vi først om mange år, i andre deler av helsevesenet og psykiatrien.

– Hvorfor tror du politikerne ikke tenker lenger?

– Våre brukere skriker ikke. Det er vi som må snakke deres sak.

Astrid Grydeland Ersvik snakker høyt på barn og ungdoms vegne. Tilgang på helsesøster i skoletiden er hennes viktigste hertesak. I dag har mange skoler bare tilmålte tider, enkelte dager i uken.

– Kommunikasjon kan ikke gjøres kun til fastsatte tider. Ungdom er spontane. Og de trenger tid til å sjekke deg ut, finne ut om du er tilliten verdig, om du kan holde tett. Det er viktig at ungdom får et tilbud når de har behov og før problemene blir store. Det er da vi kan hjelpe.

– Hva er du mest fornøyd med å ha fått til i din tid som leder?

– Vi har blitt en aktør å regne med, sier hun med ydmyk stolthet.

Så trekker hun frem de interne eksemplene: Ferdigstilling av en utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, revidert forskrift og at det jobbes med nye retningslinjer for tjenesten.

Hun understreker igjen, og igjen, at hennes synlige arbeid også er andres fortjeneste. Hun har hatt et styre i ryggen og lokale faggruppelidere å lene seg på. Hennes forgjengere har lagt grunnen. I 2008 ble ledervervet omgjort til fulltid, men hennes medarbeidere jobber frivillig. Det gir et større ansvar på hennes sterke skuldre, som klarer mye, men ikke alt alene.

– Hva har vært det tyngste med jobben?

– Først og fremst hadde jeg ønsket at det var mulig å delegerer mer, at det var flere jeg kunne jobbet med. Det ville gjort lederjobben enklere. For det er ikke noen tvil om at dette er en arbeidskrevende jobb. Det å skulle ha en annen jobb ved siden av er håpløst.

DRØMMEN OM Å BLI LEDER er ikke egentlig hennes. Selv om det kanskje kan se annerledes ut om man oppsummerer: Leder i FAU, leder i Amnesty International lokallag, leder i det lokalet velet, og leder på flere nivå i kommunehelsetjenesten i Kristiansund, deriblant prosjektleder for Familienes hus, og muligens et par verv til hun ikke husker. Men hun har altså ikke søkt makt.

– Det tok 10–12 år som helsesøster før jeg gikk over i formell ledelse og fikk hovedansvaret for helsestasjonen for ungdom. Dette er et tilbud som er åpent på ettermiddagene, så en skulle kanskje tro jeg ble sliten av så lange dager. Det var snarere motsatt. Jeg gikk derfra om kvelden, med fornyet energi. Det er et privilegium å få jobbe med ungdom.

Det har gjerne vært slik at hun engasjert seg i noe, har hun endt med å lede det.

– Jeg er ikke redd for ansvar. Det gjør det mulig å påvirke i den retningen jeg vil. Jeg skulle likevel sett at jeg hadde fått mer opplæring tidligere, for å bli tøffere i trynet i møte med beslutningstakere og politikere. Jeg lærte ved prøving og feiling. Du kan si det har vært en bratt læringskurve.

Hun påstår hun har mye ugjort. Hun vil likevel gi seg på topp. Det er ikke motivasjonen det står på. Det er mer behovet for å lære noe helt annet, som for eksempel hvordan ha fritid. Og så mener hun det er viktig å ikke klamme seg fast i et lederverv.

I tillegg kommer all reisingen. Ingen skulle tro at hun hadde flyskrekk den gang hun takket ja til vervet.

– Jeg bestemte meg for at det var for slitsomt å være redd. Jeg lærte meg derfor hva som skjer i et fly, og tenkte på at flygerne også har en familie de vil hjem til. Nå sovner jeg nesten før flyet har lettet.

HUN FÅR DET TIL å høres så lett ut. Men så er hun også et bestemt vesen. Er det noe hun vil, så forsøker hun å få det til, uavhengig av om det er privat eller i jobbsammenheng.

– Har du alltid visst at det var inn i helsesøsteryrket du skulle?

– Nei. Jeg hadde lyst til å bli arkitekt og fysioterapeut, men endte på sykepleien siden den utdanningen fantes i min hjemby, Namsos. Min mann jobbet i Nordsjøen, og jeg ville bo der jeg hadde familie.

Siste året på sykepleien fikk hun sitt første barn, og før det var gått to år hadde hun fått nummer to. Tredjemann kom fem år senere. Like etter det andre barnet kom til verden fikk hennes mann jobb i Kristiansund, og familien flyttet. Der skulle hennes møte med helsestasjonen føre henne inn i helsesøsteryrket.

– Jeg var ikke fornøyd med måten vi ble møtt på av helsesøster, så jeg tok en telefon til hennes sjef og sa hva jeg mente. Kort tid etter ble jeg oppringt av sjefen igjen, og fikk tilbud om jobb.

Hun takket ja, og gikk inn i ett års midlertidig stilling før hun tok videreutdanningen som kreves for å bli helsesøster. Utdanningen var i Trondheim. Hun ukependlet, mens mannen var hjemme med barna.

– Vi fikk mange rare reaksjoner. Jeg hadde nok ventet det fra gamle damer, men blant våre radikale venner som var opptatt av likestilling var det overraskende mange som ikke syntes dette var greit. De snakket om hvor flink, oppofrende og omsorgsfull han var. Min mann måtte spørre om de hadde sagt det samme om det var jeg som hjemme.

Dette var på 80-tallet, og hun tror en slik omsorgsfordeling vekker mindre oppsikt i dag. Hun vil likevel rose sin mann gjennom 36 år, for det er selvsagt ikke helt uten grunn han omtaler henne som en arbeidsmaur med lakenskrekk.

– Han regnet på det en gang, og fant ut at de første fem årene jeg var leder hadde jeg ikke en eneste helg helt fri. Det er kanskje noe av det jeg begynner å kjenne på. Jeg vil rydde tid til litt annet enn jobb. Det kjipeste jeg har valgt bort er den sosiale kontakten med venner hjemme. Det har også vært lite tid til trening og andre morsomme ting, som å lære seg italiensk.

HUN ERKJENNER AT HUN ikke kunne stått i det krevende arbeidet uten sin mann. De har ifølge Grydeland Ersvik sett hverandre og støttet hverandre. De har krevende jobber, og hun mener det er grunnen til at de er rause med hverandre. Begge er også velsignet med evne til å gripe friøyeblikkene sammen, og å la tunge tanker i fred. I tillegg til at hun kan kunsten å ta en uke av gangen. Det gjør all reising, alt kveldsarbeidet og fremtidige arbeidsbetyrninger enklere.

– Hva skal du gjøre etter sommeren?

– Jeg har et jobbtilbud, og jeg håper å kunne få jobbe med faget mitt også fremover. Skal jeg få en aktuell jobb i Kristiansund må jeg nok skifte beite til en annen næring.

Det det er dermed godt mulig det kan bli noe pendling. Og hun erkjenner at hun fortsatt vil kjenne på savnet etter det å være van-

lig helsesøster igjen, ute i skolen, ute blant ungdommene som den voksne personen noen av dem trenger. Men om det foretrukne jobbtilbudet blir virkelighet, vil hun komme nærmere et roligere liv. ■■■

redaksjonen@sykepleien.no

«Jeg var ikke fornøyd med måten vi ble møtt på av helsesøster, så jeg tok en telefon til hennes sjef og sa hva jeg mente.»



KONTAKT: Hjemme i Kristiansund er veien kort til kontakten med barn og unge, som er dem hun brenner for. Her på Innlandet skole.



sykepleien.no

Finmarkssykehuset har sykehus i Kirkenes og Hammerfest, og behandling innen psykisk helsevern og rus, inkludert samisk nasjonalt kompetansesenter. Vi søker de tøffe og fleksible fagfolkene. Du vil jobbe på en liten avdeling, som betyr at du får mer ansvar og mer varierte arbeidsoppgaver. Her betyr du mer!

Avdeling kirurgi/ortopedi/føde/gyn

Sykepleiere

- 100 % vikariat ledig ved kirurgisk/ortopedisk og dagkirurgisk enhet.
- 80 % fast stilling ledig ved kirurgisk/ortopedisk og dagkirurgisk enhet.

Fantastiske Sør-Varanger kommune, med Kirkenes som kommunesenter, har god plass til flere mennesker! Her finner du kalde vintre, relativt varme somre og en frodig og mangfoldig natur som strekker seg fra viddelandskap via vakre fjorder til Pasviks dype furuskog.

Kontaktinfo:

Lise Beate Dalsauet, Avdelingsleder, tlf. 78 97 30 05 eller
Tone Bjerknes, Enhetsleder, tlf. 78 97 32 91.

Søknadsfrist: 17. februar 2014

Fullstendig utlysningstekst finnes på www.jucan.no, samt på foretakets hjemmeside www.finmarkssykehuset.no

Attester og vitnemål legges ved søknaden. Originalpapirer etterspørres ved innkalling til intervju.

Finmarkssykehuset ønsker ikke kontakt med selgere.



FINNMARKSSYKEHUSET
FINNMARKKUBUOHCCVEIUSSU



frantz.no



SMART BEMANNING TRENGER DYKTIGE SYKEPLEIERE

Vi søker sykepleiere/spesialsykepleiere til nyfødt intensiv, dialyse, operasjon, anestesi, akuttmedisin, kirurgisk, medisinsk og offshore. Ønsker du å jobbe i sommer? Vi har spennende oppdrag både i sykehus, sykehjem, hjemmesykepleie og offshore.

Smart Bemanning tilbyr sine medarbeidere god lønn, godt arbeidsmiljø og friheten til å velge. Du velger hvor, hvor mye og til hvilke tider du ønsker å jobbe. Vi har fokus på kvalitet når vi knytter til oss nye medarbeidere.

Vi tilbyr:

- Konkurransedyktig god lønn
- Betalt reise og bolig
- Garantilønn ved lengre oppdrag
- Pensjon og forsikring
- Sommerbonus i uke 26 til 33
- Rekrutteringsbonus i uke 26 til 33.
- Tilbud om kurs og sosiale aktiviteter

Velkommen til Smart Bemanning i Bergen, Stavanger, Kristiansand og Oslo.

Registrer din cv på www.smartbemanning.no
Eller kontakt oss på post@smartbemanning.no
eller vår døgnapne vakttelefon: 23 62 40 70

Besøk også vår Facebookside



Teres Rosenberg er en del av Teres Medical Group. Med 18 private sykehus og klinikker i Norge, Sverige og Danmark dominerer Teres Medical Group det private kirurgiske fagmiljøet i Skandinavia.

Teres Rosenberg er et ortopedisk og idrettstraumatologisk kompetansesenter som siden oktober 2004 har vært offentlig godkjent sykehus med egne sykehussenger. I tillegg har vi en rehabiliteringsavdeling med 7 fysioterapeuter. Teres Rosenberg har som hovedmålsetting å sette våre pasienter i fokus. All aktivitet ved klinikken skal ha som mål å prøve å bedre pasientens livskvalitet. Gjennom å skape en trygg ramme rundt våre behandlinger vil vi best kunne nå vårt mål om å få fornøyde pasienter.

For å sikre at vi til enhver tid leverer våre kirurgiske tjenester på en optimal måte, både med henblikk på kvalitet og miljøstyring, har vi valgt å la en utenforstående instans få innsyn i alle forhold i vår organisasjon. Dette arbeidet utføres etter den internasjonale standarden ISO 9001:2000. Sertifiseringen utføres av Dovre Sertifisering AS. Teres Rosenberg har vært sertifisert siden desember 2010.

ANESTESISYKEPLEIER

Vi søker etter anestesisykepleier til full stilling med tiltredelse 01.06.2014 eller etter avtale.

Sf pðhbo cðidbkab hs^if^h^pglkbo

- Dokumentert autorisasjon som anestesisykepleier
- Selvstendig, engasjert og faglig dyktig
- Liker teamarbeid
- Effektiv
- Kjennskap til de spesielle forhold ved dagkirurgisk virksomhet er en fordel
- Godt humør og gode samarbeidsevner
- Beherske norsk skriftlig og muntlig

Vi tilbyr den rette

- Lønn etter avtale
- God pensjons- og forsikringsordninger
- Regelmessig arbeidstid med fri helg og helligdager
- Et hyggelig miljø i en bedrift som prøver å ivareta hver enkelt ansatt på best mulig måte
- Tiltrettelegging for faglig utvikling

For nærmere informasjon om stillingen kan du kontakte daglig leder Torbjørn Grøntvedt på 909 208 09.

Dersom du finner dette interessant kan du sende din søknad med CV og nødvendige godkjente vitnemål til tgr@teresrosenborg.no

Søknadsfrist 28.02.2014



Akuttklinikken - Prehospitalt Senter

AMK OSLO OG AKERSHUS

Ledige stillinger som Medisinsk Operatør

AMK Oslo og Akershus er en del av Prehospitalt senter ved Oslo Universitetssykehus. Arbeidsområdet omfatter besvarelse av medisinsk nødtelefon og koordinering av luft- og bakkeressurser prehospitalt. På grunn av stadig økende arbeidsmengde og økte krav fra samfunnet trenger vi nå mer personell.

AMK søker etter sykepleiere som ønsker en annerledes og utfordrende jobb innen prehospital akuttmedisin. Hovedoppgaven for medisinske operatører er besvarelse og oppfølging av medisinske nødmeldinger (113). Arbeidet omfatter også mottak av ordinære ambulanseoppdrag, intensivtransporter samt luftambulanseoppdrag

Vi kan tilby

- En spennende og utfordrende jobb i et aktivt prehospitalt miljø
- Allsidige problemstillinger innen alle felt av akutt- og storbymedisin
- Tiltrettelagt opplæring, kurs og hospitering hos samarbeidspartnere
- Høyt faglig fokus med jevnlig faglig oppdatering
- Et godt tverrfaglig miljø og hyggelige kollegaer
- Særtilllegg for ansatte i AMK p.t. kr 50.000,-/år etter utsjekk.
- Hel- eller deltid stilling
- 3 skiftløsning

Kvalifikasjoner

- Autorisert/off. godkjent sykepleier
- Minst 2 års relevant og variert erfaring fra helsevesen
- Akuttmedisinsk erfaring/kompetanse
- Gode kommunikasjonsferdigheter og samarbeidsevner
- Gode norsk- og engelskkunnskaper
- Gode IT-kunnskaper
- God simultankapasitet og evne til å jobbe effektivt under stress

Vi legger stor vekt på personlig egnethet, faglighet, samarbeidsevne og selvstendighet innen det akuttmedisinske feltet.

Utfyllende søknad med CV og ansiennitetsdokumenter sendes elektronisk via www.oslo-universitetssykehus.no/jobbsok

Søknadsfrist: snarest

Kontaktpersoner:

Anne Lene Finsrud: uxanfi@ous-hf.no Tlf: 95 25 10 35
Stig Osnes: uxosns@ous-hf.no Tlf: 99 21 35 55



HØGSKULEN I SOGN OG FJORDANE

HØGSKULEN I SOGN OG FJORDANE
POSTBOKS 133, 6851 SOGNDAL
TLF: 97 67 60 00 FAX: 97 67 61 00
post@hisf.no www.hisf.no

HELSESØSTER

Følgende stillinger er ledig i enheten Barn, familie og helse:

- 80 % fast stilling med mulighet for 100 %
 - 75 % vikariat i ett år
- Begge stillingene har tiltredelse **01.05.14.**

Søknadsfrist: 25. februar 2014

For fullstendig utlysningstekst og søknadsskjema, se **www.kristiansund.no**



Kristiansund kommune
I medvind uansett vær



SØRLANDET SYKEHUS

frantz.no



Oslo universitetssykehus

frantz.no



Fossumkollektivet

Fossumkollektivet starter ny avdeling i Valnesfjord i Fauske
Høsten 2014 åpner vi en ny avdeling i Fauske, nærmere bestemt Strømsnes. Avdelingen skal ha 8-10 ansatte og et tilsvarende antall ungdommer. Behandlingen skjer gjennom personlig og sosial utvikling i et trygt miljø, og er basert på en kombinasjon av sosialpedagogisk behandling og AA/NA's 12-trinnsbehandling, prinsipper i kognitiv terapi tilpasset vår unge målgruppe. Til vår nye avdeling søker vi etter avdelingsleder og behandlingsveileder, samt miljøterapeuter. Les mer og send søknad på www.fossumkollektivet.no. Søknadsfrist 16. og 28. februar.

Miljøterapeuter til vår avdeling for jenter på Solvold
Vi leter etter miljøterapeuter som tar initiativ til og trives med fysisk aktivitet. Du er en lagspiller som balanserer oppgavene i en travelt hverdag gjennom kreativitet, lek, humor og alvor. Du er høyskoleutdannet barnevernspedagog, sosionom, vernepleier eller sykepleier, gjerne med videreutdanning i rus/psykiatri. Vi ser det som en stor fordel at du har noen års yrkeserfaring. Personlig egnethet vektlegges i stor grad. Les mer og send søknad på www.fossumkollektivet.no. Søknadsfrist 16. februar.

For alle stillingene er det gode muligheter for personlig og faglig egenutvikling gjennom teamarbeid, veiledning, fagdager og kurs. Stiftelsen har gode forsikrings- og pensjonsordninger. Det kreves politiattest ved tiltredelse, samt førerkort for bil.



En selvstendig stilling i et teamorientert internasjonalt

betingelser. Firmabil eller bilgodtgjørelse. En del

Hvis du synes dette virker interessant og vil høre mer, ta kontakt med Geir Olderbakk, tlf 900 28 263 eller Arve Næst Dahl, tlf 901 71 625 hos rekrutteringsselskapet Hudson, eller send søknad og CV med referansenummer FF80 til arve@hudson.no

- Selvstendig og utadvendt
- Effektiv og strukturert
- Positiv og initiativrik
- Resultat- og kvalitetsorientert

Du må beherske PC som arbeidsverktøy og kjenne programmene i MS-Office. God muntlig og skriftlig konserspråk. Førerkort for personbil. Bosted Oslo/ sentrale østlandsområdet.

Baxter
GAMBRO



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCEVISSU



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCEVISSU



Valle kommune

Pleie og omsorg

**Pleie- og omsorgsavdelinga i Valle kommune har
fylgjande sjukepleiarstillingar ledige ved Valle Bygdeheim**

1 FAST STILLING 100 %

i 3 delt turnus med arbeid kvar 3.helg

1 FAST STILLING 100 %

i 2 delt turnus med arbeid kvar 3.helg

1 VIKARIAT 100 %

i 2 delt turnus med arbeid kvar 3. helg, fram til 01.06.14

22,5 % FAST HELGESTILLING

i 3 delt turnus med arbeid kvar 3.helg

Stillingane er ledige frå 01.02.14

Kvalifikasjonar: Offentleg godkjent sjukepleiar

Valle kommune kan tilby:

- Løn tilsvarende 10 års ansiennitet
- Barnehageplass
- Rimelege kommunale utleigebustader
- Bedriftsleiligheit i Kristiansand
- Gode mulegheiter for fagleg utvikling

Søknadsskjema finn du på www.valle.kommune.no, eller du kan få det ved å ringe Velkomstsenteret på telefon 37937500

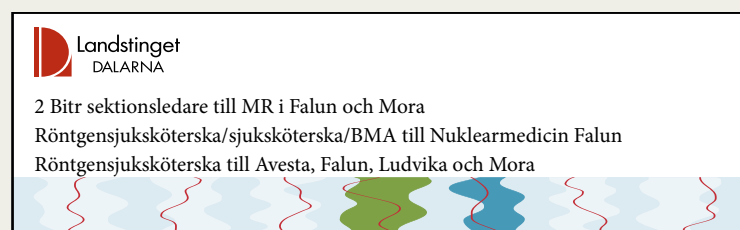
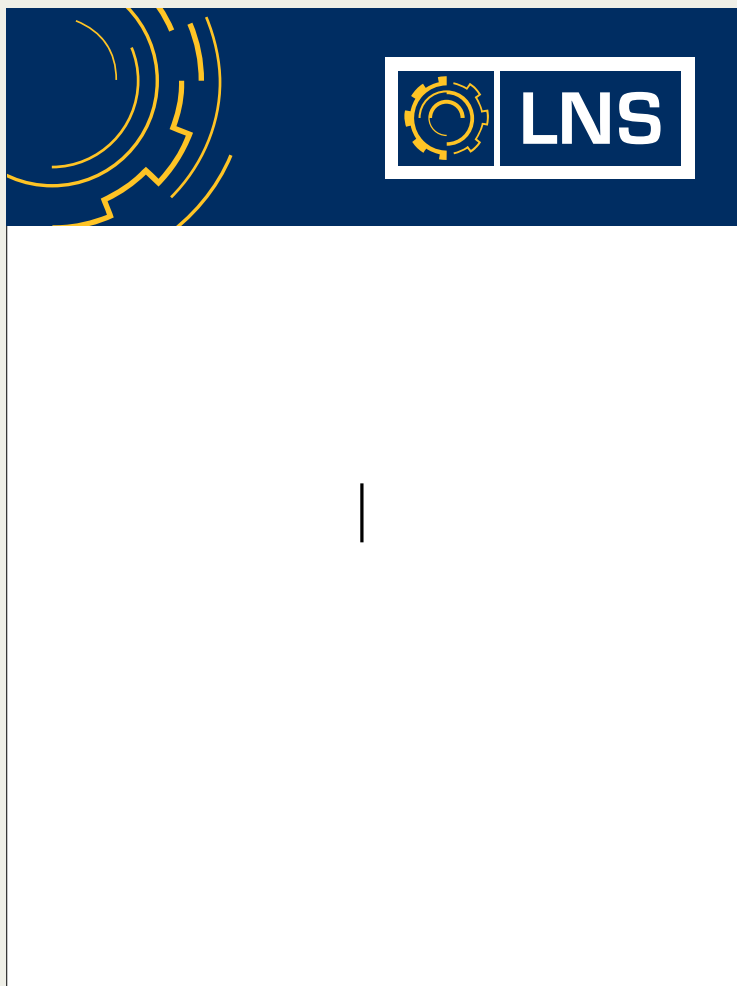
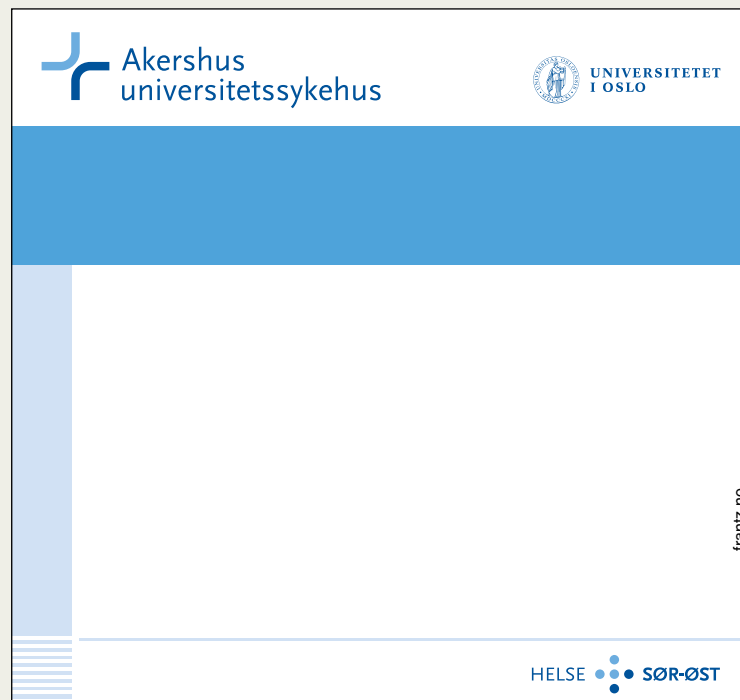
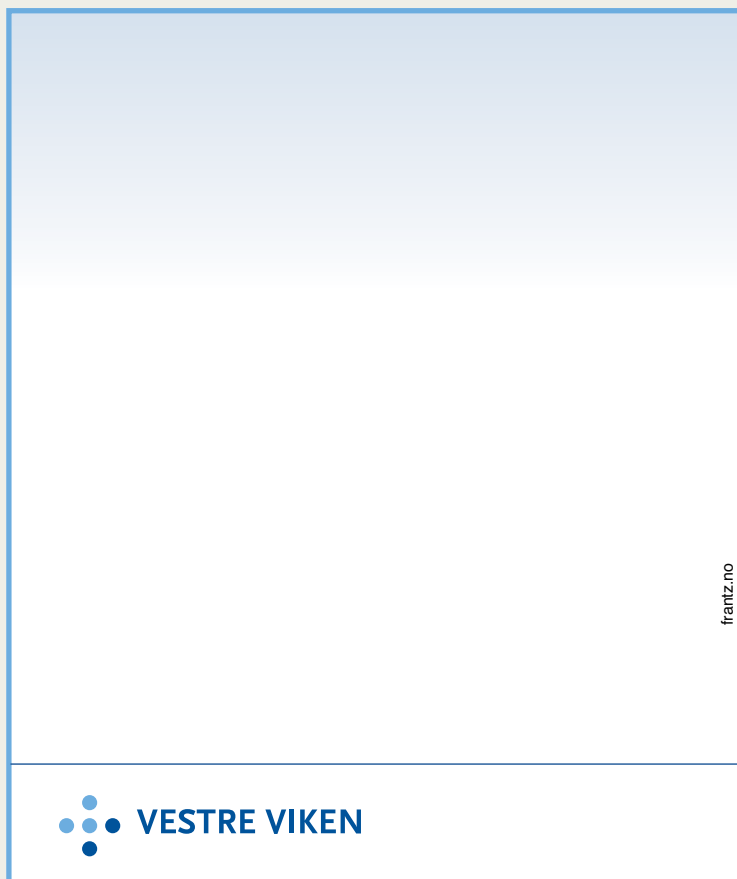
For opplysningar om stillingane: Kontakt leiar pleie- og omsorg
Unn-Merethe Nordby, mobil: 94529070

Søknad med CV sendast til Valle kommune v/ Velkomstsenteret 4747 Valle

Søknadsfrist: 24.02.14



ST. OLAVS HOSPITAL





Intensivsykepleier/sykepleier - Nevroklinskens overvåkning, Nevrointensiv og Nevrorecovery

St. Olavs Hospital

St. Olavs Hospital - Universitetssykehuset i Trondheim - er ett av tre sykehusforetak i Helse Midt-Norge. St. Olavs Hospital er lokalsykehus for befolkningen i Sør-Trøndelag, men ivaretar også regionale og nasjonale oppgaver. Virksomheten er lokalisert flere steder i fylket med hovedtyngden i Trondheim. Det er ca. 9000 ansatte og et brutto budsjett på 8,2 milliarder kroner. Universitetssykehuset drives integrert med NTNU, og studenter, lærere og forskere er en naturlig del av pasientbehandlingen. For å fremme mangfold og variasjon blant våre tilsatte ønsker vi kvalifiserte søkere, uavhengig av etnisk bakgrunn, kjønn eller alder. Mer informasjon finnes på www.stolav.no

(Arbeidsgiver ønsker ikke å bli kontaktet av telefonselgere)

Nevroklinskens består av Nevrokirurgisk avdeling og Nevrologisk avdeling, herunder seksjon for Klinisk nevrofysiologi samt Nevroklinskens poliklinikk. Klinikken har stor klinisk aktivitet med årlig ca. 3500 innleggelser, 1500 operasjoner og 15 000 konsultasjoner ved poliklinikk. Integrert i dette har vi et aktivt medisinskteknisk forskningsmiljø og godt tilrettelagt infrastruktur for klinisk forskning

Nevroklinskens overvåkning, Nevrointensiv / Nevrorecovery er den eneste av sitt slag i Norge. Ved vår seksjon er det 9 intensivsenger og 10 recovery-senger.

Seksjonen hilser inntil 4 svangerskapsvikarer velkomne til vårt arbeidsmiljø! Vi ønsker dyktige intensivsykepleiere og sykepleiere fra denne våren, og vil gjerne vise frem vår avdeling i rekrutteringsprosessen.

Arbeidsoppgaver

- Generell sykepleie og intensivsykepleie til pasienter som er innlagt ved avdelingen. Pasientgruppen er Nevrokirurgiske- og nevrologiske pasienter. I tillegg behandler vi Øre- nese- hals pasienter og øyepasienter.
- Det innebærer arbeid ved Nevrointensiv hver 3. helg.

Kvalifikasjoner

- Utdannet sykepleier m. autorisasjon
- Sykepleiere med erfaring fra nevrokirurgi eller intensivavdeling vil bli foretrukket.
- Gode datakunnskaper er ønskelig.
- Det kreves at søker har minimum 2 års erfaring som sykepleier.
- Søker må beherske norsk både muntlig og skriftlig.

Personlige egenskaper

- Personlig egnethet, engasjement og interesse for faget, godt humør og gode samarbeidsevner vektlegges.

Vi tilbyr

- En interessant jobb med gode muligheter for faglig utvikling og utfordringer
- Trivelig arbeidsmiljø
- 4 ukers opplæring.
- Internundervisning, temadager og fagdager.
- Dette er et vikariat med mulighet for fast ansettelse.
- Stilling rullerende mellom nevrointensiv og nevrorecovery.



Sunnaas sykehus HF

Sykepleiere natt

-
-



Treff passive jobbsøkere i Sykepleien!

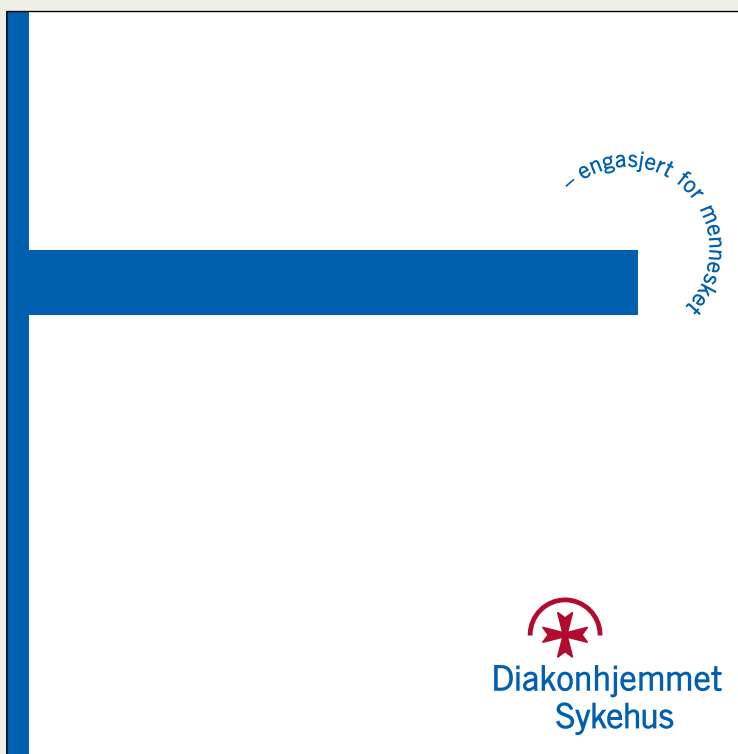
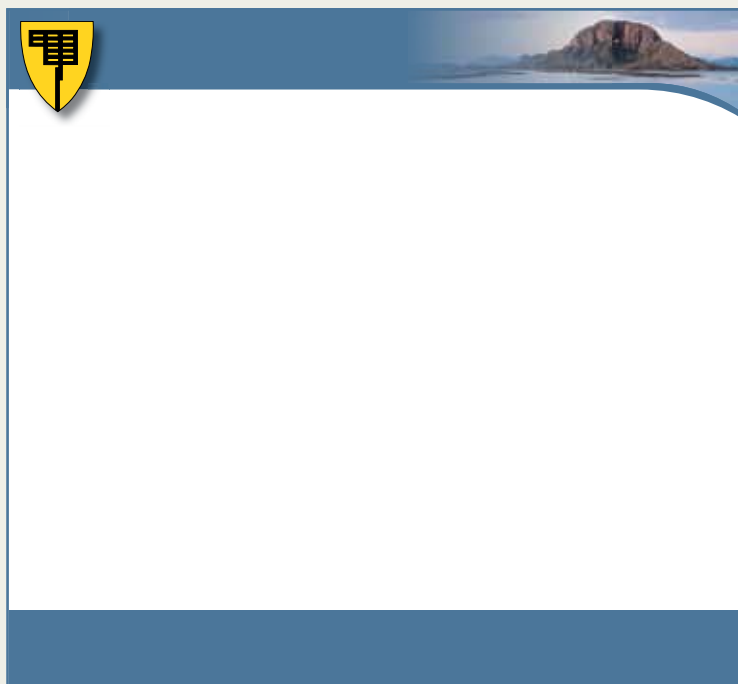
De som ikke visste at de ville skifte jobb før de så din annonse.

Lurer du på noe, eller ønsker å annonsere, ta kontakt med:

Silje Marie Torper
Markedskonsulent
Silje.marie.torper@sykepleien.no
Tlf: 970 93 354

eller
Ingunn Roald
Markedssjef
Ingunn.Roald@sykepleien.no
Tlf: 916 03 812



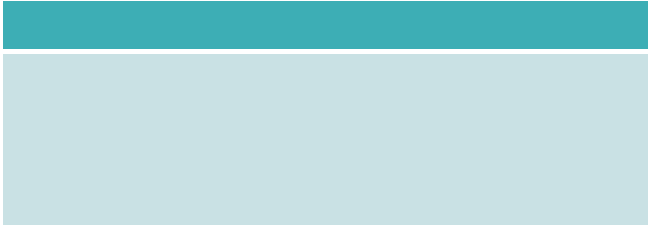


 **Stryn kommune**

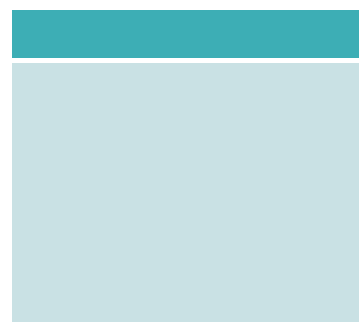
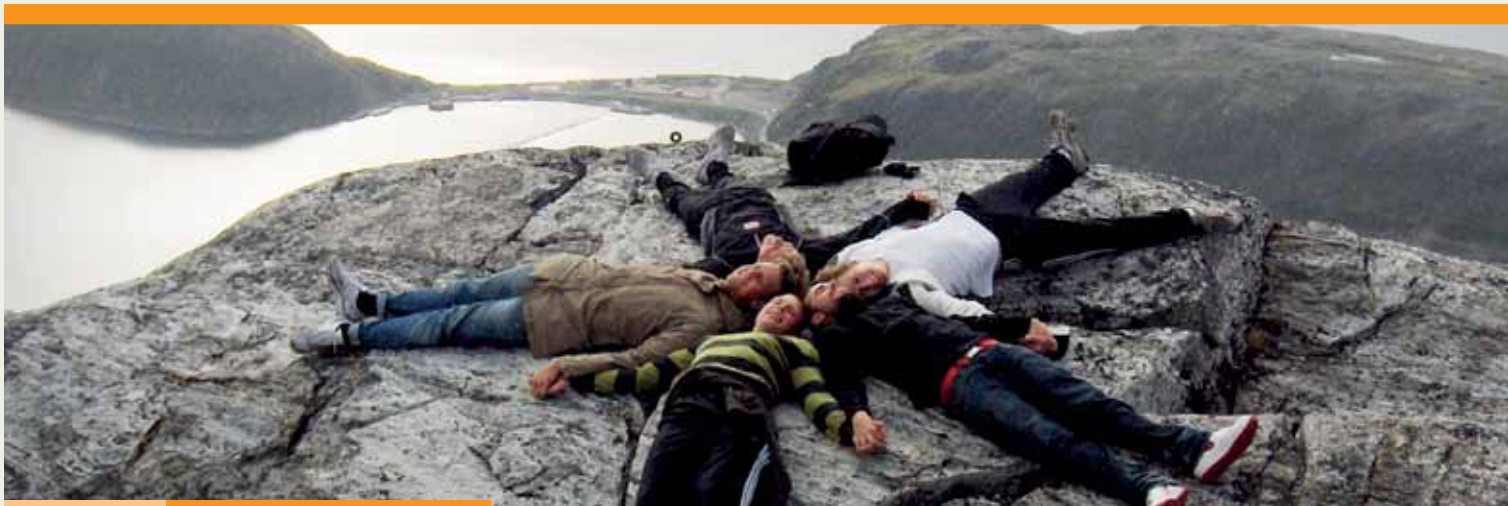
Helsestasjonen
LEDIG 60 % FAST SOM HELSESYSTER
frå 01.05.2014

Sjå fullstendig annonse på www.stryn.kommune.no, under Ledige stillingar.

Søknadsfrist: 20.02.2014

VI BRYR OSS
ambio
 HELSE



STRESSMESTRING

lærer du av Acem på Halvorsbøle

Fagakademiet i samarbeid med Acem og
Norsk Yogaskole inviterer til

Stressmestringskurset Arbeid og avspenning

03. - 05. April 2014

Du blir kjent med de siste forskningsresultater på stress og avspenning, instrueres i både yoga og meditasjon og lærer om ulike avspenningsmetoder.

Du lærer teknikker du kan praktisere selv, instruere i eller gi råd til andre om.

Norsk Sykepleierforbund har godkjent kurset som meritterende for godkjenning til klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie med totalt 15 timer.

Pris; **kr 5.450,-** inkl overnatting på enkeltrom, fullpensjon og kursavgift.

For mer info: www.fagakademiet.no eller www.acem.no

Ring: 417 86 400 eller 23 11 87 00 for info/påmelding.



MEDIYOGA - medisinsk yoga

Utdannelse for helsepersonell.

OSLO - STAVANGER - BERGEN - BODØ
TRONDHEIM - TROMSØ - KIRKENES

mediyoga.com +46 85 40 882 80



LHL Helse
Glittrelinikken

Astma, KOLS og mestring av livet med tung pust

To dagers kurs, 27-28. mars 2014

Kurset er for ansatte i hjemmesykepleie, sykehjem, legesentre, sykehus og rehabiliteringsavdelinger.

Program, informasjon og påmelding:
<http://www.lhl.no/no/glittrelinikken/>
Kurset er godkjent til klinisk spesialist.



senZie
akademiet



Søknadsfrist 15. april

Master i avansert geriatrisk sykepleie



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

- 3 år deltid
- 15 studieplasser
- 416 timer med varierte og veiledede kliniske studier

Vi samarbeider gjerne med arbeidsgivere i utviklingen av rollen som avansert geriatrisk sykepleier, slik at den er tilpasset lokale behov.

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

Master i sykepleievitenskap



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

- 2 år heltid eller 3-4 år deltid
- 40 studieplasser
- Fordypningskurs om pasientopplæring, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, aldring og eldreomsorg. Du lærer også om innovativ praksisutvikling og teknologi.

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

Fra høsten 2015 blir disse videreutdanningene omorganisert til samlingsbaserte studier

Du finner fagplan og søknadsskjema her:

www.betanien.no
(høgskolen)





NORSK
SYKEPLEIERFORBUND

Tilbud til medlemmer i NSF som er leder med personalansvar.

FOREBYGGING AV UTBRENTHET HOS LEDERE – VURDERT Å SLUTTE?

Det gis også mulighet for rådgivningssamtale over en hel, halv eller to halve dager, samme sted.

Kurset gir anledning til å definere utfordringer og se veivalg, møte andre sykepleiere med lederansvar, og å knytte nettverk på tvers av arbeidsteder. Gjennom undervisning, erfaringsutveksling og veiledningssamtaler får deltakerne kunnskap og innsikt i teknikker som gjør det mulig å komme over i et mer mestringsorientert spor. Målsettingen er å bidra til å styrke bevisstheten i forhold til yrkes- og lederrollen, og forebygge utbrenning og fremme helse og livskvalitet.

NSF dekker kursavgiften som inkluderer opphold og kost. Reiseutgifter til Modum Bad dekkes ikke.

Det kan søkes om stipendet NSF's Kurs- og konferansestøtte, søknadsskjema på www.nsf.no

Kurset går over 3 dager, (onsdag til fredag) og hvert kurs har plass til 12 deltakere
Uke 14: 2. – 4.- april
Uke 20: 14. – 16. mai
Uke 36: 3. – 5. september
Uke 50: 10. – 12. desember

Påmelding direkte til Modum Bad: <http://www.kildehuset.no/personlig-utvikling/kurs-for-sykepleiere/pamelding-til-kurs/>
Kursplassene tildeles fortløpende. Brev med bekreftelse om kursplass blir sendt ut før kursstart. Fagpersoner på Modum Bad setter sammen grup-

pene. NSF bistår kun med medlemsinformasjon.

Rådgivningssamtale.

Samtale tilbys med erfarne fagpersoner over en hel, halv eller to halve dager. Tematikken blir som i kurset. NSF har forhåndsbestilt 50 samtaledager og dekker utgiften til rådgivningssamtalen. Sykepleierlederen tar selv kontakt med Modum Bad for en rådgivningsdag.

Påmeldingsskjema her: <http://www.kildehuset.no/personlig-utvikling/nullstille-omstille/bestilling-av-radgivningssamtale/>

Kontaktperson i NSF: **Lise Færevaa**, tlf. 02409
e-post: medlemstjenester@sykepleierforbundet.no



Kari Gran Bøe, Rektor

MASTERGRAD



- **Hvor:** Høyskolen Diakonova, midt i Oslo

- **Når:** Studiestart høsten 2014

- **Hvordan:** Send søknad innen 15. mars 2014

NB! Er du helsesøster?

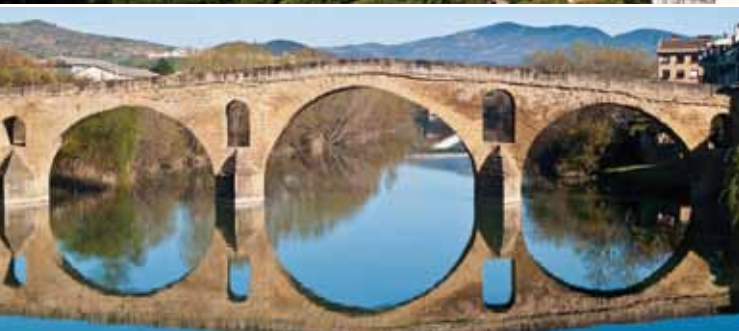
Da kan du søke deg rett inn på andre året i mastergradsstudiet.
Les mer på www.diakonova.no/master



DIAKONOVA

Høyskolen Diakonova
Fredensborgveien 24 Q
post@diakonova.no
Tlf. 22 98 63 00
www.diakonova.no

REIS MED HJERTE, HJERNE OG HOLDNING



- Fly Oslo – Brüssel – Bilbao/Santiago de Compostela – Brüssel – Oslo
- Alle flyskatter og -avgifter
- Norsk reiseleder
- Utflukter og entreer ifølge program
- Vinsmaking på vingård
- Innkvartering i delt dobbeltrom
- Halvpensjon som består av frokost og





- når du vil merkes!

