

5 2014
10. april 2014
102. årgang

Sykepleien

Mindre stress med langvakter **22**
Med litt for mye jern **32**
Følger ikke uniformsregler **48**

Født sånn

Bård Nylund jobber for at folk skal komme ut av skapet. Men bare når de er klar for det. **76**



niferex®



Å finne et jernpreparat som tåles bra er ikke lenger et spørsmål om flaks...

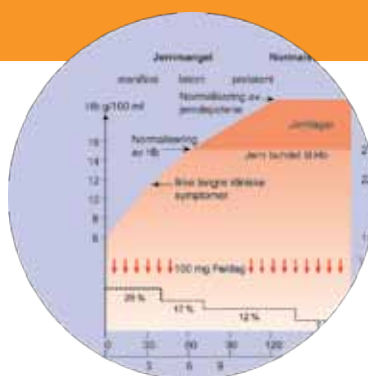
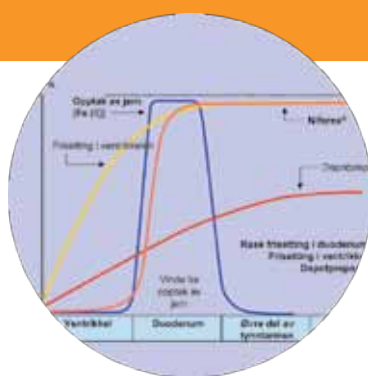
Niferex har flere hundre pH-coatede korn i en gelatinkapsel

Niferex «UCB»

Jernpreparat.

ATC-nr.: B03A A01

- Ikke fritt jern i magesekken = **ingen jernindusert dyspepsi**
- Meget stor pH-følsom overflate = **meget rask frisetting i duodenum**
- Høy konsentrasjon av fritt jern i opptaksområdet i tarmen = **god effekt**
- Stort jernopptak i duodenum gir mindre jern i resten av tarmen = **redusert tarmreaksjon**
- Gelatinkapselen kan åpnes hvis reduksjon av dosen er ønskelig



**Niferex
er
reseptfri**

Niferex «UCB» Jernpreparat. ATC-nr.: B03A A01

KAPSLER, harde 100 mg: Hver enterokapsel inneholder: Ferroglysinsulfatkomplekspentahydrat tilsv. Fe^{2+} 100 mg, askorbinsyre, hjelpestoffer. Fargestoff: Gult, rødt og sort jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Jernmangel.

Behandlingen bør fortsette til normale hemoglobinverdier er oppnådd. Behandlingen kan fortsette så lenge det er nødvendig for å fylle opp jernlagrene. Behandlingsvarigheten bestemmes ut fra utviklingen av laboratorieverdiene. Daglig dose må ikke overskride 5 mg Fe^{2+} /kg kroppsvekt. **Jernmangel:** Voksne og barn >6 år: 1 enterokapsel daglig. **Ved mer utpreget jernmangelanemi:** Voksne og ungdom >15 år eller som veier minst 50 kg: Kan øke dosen til 1 kapsel 2-3 ganger daglig i innledende fase. **Administrering:** Bør ikke tas sammen med mat, og skal tas med tilstrekkelig lange tidsintervaller fra mat (f.eks. på tom mage om morgenen eller mellom to hovedmåltider) da absorpsjonen kan bli redusert av innholdet i maten. Skal svelges hele med tilstrekkelig mengde vann. Må ikke tygges. Ev. kan enterokapslene åpnes, innholdet tømmes over i en skje og svelges, deretter drikkes tilstrekkelig mengde vann.

Kontraindikasjoner: Øsofagusstriktur. Overfølsomhet for innholdsstoffene. Gjentatte blodtransfusjoner. Hemokromatose og andre tilstander med jernoverskudd. Barn <6 år.

Forsiktighetsregler: Forsiktighet bør utvises ved gastrointestinal sykdom som inflammatorisk tarmsykdom, innsnevring i tarmen, divertikulitt, gastritt eller sår i magesekk eller tarm. Ved kronisk nyrelidelse og behov for erytropoietin, bør det gis parenteralt jern, da oralt jern absorberes dårligere ved uremi. Eldre som fremviser blodtap eller tap av jern av ukjent årsak, bør undersøkes nøye for å klarlegge årsaken. Jernpreparater kan gi forgiftninger, spesielt hos barn. Misfarging av tennene kan oppstå, som kan forsvinne spontant etter avsluttet behandling, men tannkrem med slipeeffekt eller fjerning av misfargingen hos tannlege kan være nødvendig.

Interaksjoner: **Kombinasjoner som bør unngås:** I.v. tilførsel av jernsalter: Kan forårsake hypotensjon og ev. kollaps ved hurtig frisetting av jern grunnet metning av transferrin. **Doksyssyklin:** Reduserer absorpsjon og enterohepatisk resirkulasjon av doksyssyklin. **Kombinasjoner som kan kreve dosejustering:** Jern reduserer absorpsjonen av enkelte legemidler ved dannelse av chelater. Tidsintervallet mellom tilførselene bør derfor være lengst mulig. **Fluorokinoloner:** Jernsalter gir signifikant reduksjon i absorpsjonen av fluorokinoloner. Jern reduserer absorpsjonen av norfloxacin, levofloxacin, ciprofloxacin, gatifloxacin og ofloxacin med mellom 30 og 90%. Fluorokinoloner bør gis minst 2 timer før eller minst 4 timer etter inntak av preparatet. **Metyldopa (L-form):** Tidsrommet mellom inntak av de 2 legemidlene bør være lengst mulig. **Thyreoidae hormoner:** Jern hemmer absorpsjonen av tyroksin. Midlene bør gis med minst 2 timers mellomrom. **Tetrasykliner:** Perorale jernpreparater hemmer absorpsjonen. Tidsintervallet mellom inntak av preparatet og tetrasykliner uttatt doksyssyklin bør være minst 3 timer. **Penicillamin:** Penicillamin kan chelatbindes til jern, og dermed reduseres absorpsjonen. Penicillamin bør gis minst 2 timer før preparatet. **Bisfosfonater:** Absorpsjonen av bisfosfonat kan reduseres. Tidsintervallet mellom preparatet og bisfosfonat bør være minst 2 timer. **Levodopa:** Samtidig bruk reduserer biologisk tilgjengelighet av levodopa og kardiopoda. Tidsintervallet mellom inntak av preparatet og de 2 midlene bør være lengst mulig. **Ikke-steroid antiinflammatoriske midler:** Samtidig bruk kan øke irritasjon på mucosa. **Antacida:** Antacida som inneholder oksider, hydroksider eller salter av magnesium, aluminium og kalsium danner chelater med jernsalter. Tidsintervallet mellom tilførselene bør derfor være lengst mulig og minst 2 timer. **Kalsium:** Samtidig inntak reduserer absorpsjonen av jern. Preparatet bør derfor ikke tas sammen med mat og drikke som inneholder kalsium.

Graviditet, amming og fertilitet: Ingen kjente risikoeer.

Bivirkninger: **Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$):** Gastrointestinale: Ubehag i magen, halsbrann, brekninger, diaré, kvalme, forstoppelse og mørkfarget avføring. **Sjeldne ($\geq 1/10\ 000$ til $< 1/1000$):** Hud: Overfølsomhet, utslett, urticaria og eksantem. **Øvrige:** Misfarging av tenner. **Ukjent frekvens (kan ikke beregnes ut fra tilgjengelige data):** Magesmerter.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer på forgiftning kan sees etter doser på >20 mg Fe^{2+} /kg. Alvorlige toksiske reaksjoner kan forventes ved doser på >60 mg Fe^{2+} /kg. Doser på 200-400 mg Fe^{2+} /kg er dødelig hvis de ikke behandles. 400 mg Fe^{2+} kan føre til livstruende tilstander hos barn. Symptomer (fra 30 minutter til 5 timer): Rastløshet, magesmerter, kvalme, brekninger og diaré, avføringen viser tydelig misfarging og oppkastet kan inneholde blod. Sjøkktilstand, metabolske forandringer som overskudd av syre i kroppen (acidose) og koma kan utvikle seg. Etterfølges ofte av en periode med tilsynelatende bedring som kan vare i opptil 24 timer. Deretter kan det igjen oppstå diaré, sjokktilstand og acidose. Dødelig utgang kan komme etter krampes, uregelmessig åndedrett, koma og lungeødem. **Behandling:** Mageskylling eller fremprovosert brekning kan overveies kort tid etter inntak av overdosen. Deferoksamin er en spesifikk antidot ved overdosering av jern.

Se Felleskatalogen: Giftinformasjonens anbefalinger for jern II-verdig, orale preparater B03A A side d.

Egenskaper: **Klassifisering:** Toverdig jern-preparat. **Absorpsjon:** Enterokapslene inneholder granulatkom som er uopsløselige i magesaft. Selve enterokapselen løses opp i magen. Granulatkomene holder seg intakte til de slippes ut i duodenum. Der frigjøres den aktive ingrediensen jernglysinsulfat raskt. Hos pasienter med tomte jernlagre er den relative biologiske tilgjengeligheten 95% av en vannbasert jernsulfatløsning som referanse.

Andre opplysninger: Preparatet kan gi falsk positiv test for blod i avføringen.

Pakninger: 50 stk. (blister) V.nr. 486182.

Representant i Norge:



Jan F. Andersen A/S
Musmyrveien 3, 3520 Jevnaker

Tlf.: 61 31 49 49 · Faks: 61 31 49 50
E-post: post@jfa.no · www.jfa.no

Nye

Uracyst®

– 2% løsnings 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**





SNAKKIS PÅ ARBEIDSPLASSEN!



UTFORDRENDE!



BEDRE HELSE!

Hvor har du gjemt skrittelleren?

Nå er det på tide å finne frem skrittelleren igjen fra skuffer og skap, og komme seg ut på tur! Våren er en perfekt tid til å komme i gang og bli mer aktiv igjen sammen med venner og kolleger. Fellesskapet under en aktivitetskonkurranse gjør det lettere å finne motivasjonen, selv for de som ikke rører så mye på seg til vanlig.

Husker du hvor gøy det var?

En konkurranse hos Dytt er morsomt, engasjerende og øker samholdet på arbeidsplassen. Konkurransen gjør deg mer bevisst på ditt eget aktivitetsnivå, bidrar til å øke hverdagsaktiviteten og redusere stillesitting. Hyggelige bonuser ved deltakelse er ofte vektreduksjon og nedgang i sykefravær.

**NYTT KART VISER HVORDAN
DU LIGGER AN I KONKURRANSEN!**



**LEGG INN DIN AKTIVITET VIA DATAEN,
NETTBRETTET ELLER MOBILEN!**



ER DU KLAR FOR LANDSKAMPEN?

Oslo - Stockholm på 45 dager!

Konkurransperiode: 28. april - 11. juni 2014

Vi har utfordret vårt svenske søsterselskap for å fremme helse og lagånd på arbeidsplasser over hele Norge og Sverige.

10 000 skritt om dagen tar dere i mål i tide!
Tar dere utfordringen?

“Min profil” gir en bedre oversikt over kontoen din.

- | | |
|-----------------|--------------------|
| Helsestatistikk | Send meldinger |
| Diagrammer | Les artikler |
| Personlige mål | Motiverende tester |
| Mitt humør | |

NÅ MÅLET VED HJELP AV EN PERSONLIG NETTSIDE

...med mange motiverende funksjoner:

- ★ **Aktivitetstabell:** Det er enkelt å registrere dine aktiviteter.
- ★ **Topplister:** Følg din egen, lagets og andre deltakers fremgang.
- ★ **Kalorisjekken:** Hold oversikt over din inn- og utbalanse.
- ★ **CO₂-sjekken:** Se hvor mye du sparer miljøet gjennom f.eks. å gå i stedet for å ta bilen.
- ★ **Spennende grafer og statistikk.**
- ★ **Utmerkelser:** Innhent utmerkelser underveis.

Kun 299kr*

per deltaker inkludert skritteller.

* Eksklusiv MVA

Har du allerede en skritteller kan du delta for 230 kr + MVA.



Les mer og meld dere på i dag!



www.dytt.no/landskampen



Påmelding før

APRIL

23

DEN FØRSTE OG ENESTE FLUORTANNKREMEN MED SUGAR ACID NEUTRALIZER™ SOM OGSÅ NØYTRALISERER SUKKERSYRER – HOVEDÅRSAKEN TIL KARIES.

- ✓ Nesten 2 x bedre reparasjon av begynnende hull i tennene*
- ✓ Opp til 20% større reduksjon av antall nye hull i tennene*
- ✓ Styrker tannemaljen

SUGAR ACID NEUTRALIZER™-TEKNOLOGIEN

1.
Sugar Acid Neutralizer™
nøytraliserer skadelige
sukkersyrer før tannemaljen
rekker å ta skade



2.
Fluor og kalsium styrker
emaljen og hjelper til med
å reparere begynnende
hull i tennene

Den nye tannkremen er testet gjennom 8 års klinisk forskning og på mer enn 14.000 personer. Ved å bekjempe sukkersyrer setter teknologien en helt ny standard innenfor daglig beskyttelse mot hull i tennene. Colgate Maximum Protection Caries plus Sugar Acid Neutralizer™ er basert på kalsium og fluor i tillegg til arginin, som er en naturlig aminosyre.



Colgate® NYTT GJENNOMBRUDD I KARIESBESKYTTELSE

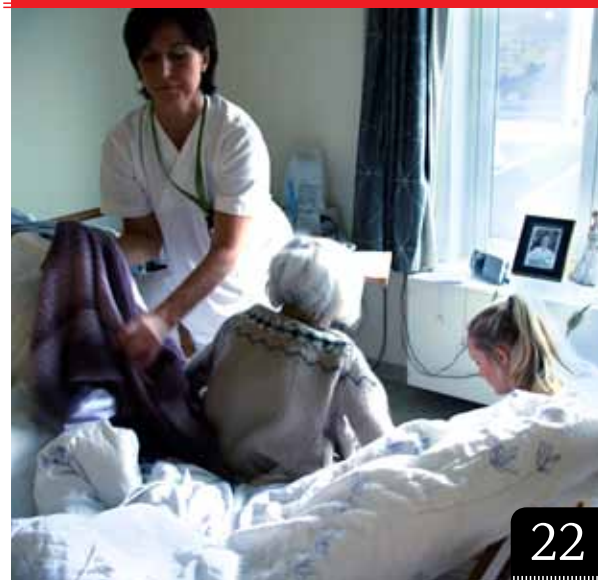
*sammenlignet med en vanlig fluortannkrem



Fotofoto: Marit Fonn

Tema: Langvakter

- 22** – Mindre stress med langvakter
24 – Pasientene vet vi er her hele dagen
24 Faren med langvakter
28 NSF vil ha «den gode turnus»



22

Innhold

5 2014 **Sykepleien**

«Master for sykepleiere er ikke å «flotte seg» til ingen nytte.» Barth Tholens, redaktør, side 8

Hva skjer

- 8** Aksjonisten
10 Hva skjer – småstoff
12 Enighet i frontfaget
13 Vi bare spør Christine Wisløff
14 Nei til rituell omskjæring
14 Færre aborter
15 Notiser
16 To dager velter hele studieåret
18 Får jobbe 13-timersvakter
19 Skyld ikke på rusmisbrukeren
20 Uniform gir respekt og trygghet

Der ute

- 32** Med litt for mye jern
36 Øyeblikket: Kuvøse i Nepal
38 Reitgjerdet: En 35 år gammel bekymringsmelding
42 Min jobb: Nina Hammeren Leistad

Fag og bøker

- 44** Tap av språk ved psykose
48 Følger ikke uniformsregler
52 Regulerer følelser
55 Fagnotiser
56 Om menn og muskelsmerter
58 Fagnyttig
60 Kulturintervju: Jonas Kinge Bergland
62 Bokanmeldelser
64 Prøver ut nye praksisløp
66 Etikkk: Per Nortvedt
68 Quiz og kryssord

Mennesker og meninger

- 70** Eli Gunhild By om mastergrad
71 Lesermeninger
73 Innspill: Marina Gran Løland
74 Kronikk: Marita Nordhaug
76 Tett på Bård Nylund
81 Stilling ledig
88 Kunngjøringer



Si din mening på sykepleien.no og 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



32 Noen har for mye jern i blodet, men tror de har jernmangel.



13 Robin kan ringe, selv om Christine Wisløff har gått fra jobb.



«Sykepleiere er mindre opptatt av uniformen enn før.»

48



AKSJONISTEN

Barth Tholens

Stilling: Ansvarlig redaktør i Sykepleien

E-post: barth.tholens@sykepleien.no

Huff, mastergrad!

Forstår arbeidsgivere hva de sier nei til når de vegrer seg mot å få sykepleiere med høyere universitetsutdanning?

Huff, mastergrad!

Så er de ute og trækker i salaten igjen: Arbeidsgivere som kvier seg for flommen av master-kåte sykepleiere. For et drama fra virkeligheten! Utdanne seg hit og hit, hvor skal dette ende?

Siste mann ut er fagdirektør Sverre Uhlving ved sykehuset i Stavanger (SUS). Han vil gjerne ha flere spesialsykepleiere, for de er mangelvare. Men en mastergrad trenger de ikke å ha, mener han. Halvannet år med videreutdanning for sykepleierne får holde.

Uhlving sier i grunnen det samme som Spekters Anne-Kari Bratten. Hun advarte i fjor høst mot den såkalte «mastersyken» som nå griper

neoppgaver å ligge våken og tenke på manglende rekruttering til et yrke som vil være heftig etter-spurt om noen år. At så få ungdom velger sykepleie og helsefag er et problem vi må ta alvorlig. Når unges behov for selvutvikling overskygger samfunnets behov for spesifikk arbeidskraft, kan det fort gå helt galt. Her har Bratten et poeng. Om Norge stopper opp uten sykepleiere og ingeniører, må vi skaffe oss dem, uten å gjøre oss avhengig av import. Og om SUS sårt trenger operasjonssykepleiere, nytter det ikke å komme trekende med for mange mastere i musikkterapi.

Utspillet til arbeidsgiverne er likevel problematisk. For det første har vi bestemt oss for å bli et kunnskapssamfunn. Det er kompetanse som

jobben blir mer interessant med dypere innsikt. Internasjonal forskning viser at sykepleierkunnskap gir utslag i pasientstatistikkene. Å gjøre den kunnskapen dypere vil neppe skade.

Mest problematisk er det at arbeidsgiverne ikke ser ut til å ha et mer nyansert syn på hva en akademisk utdanning på nest høyeste nivå faktisk kan tilføre av verdifull refleksjon hos yrkesutøverne i klinikken. Da fagdirektøren i Stavanger vegret seg mot masterutdannete spesialsykepleiere, fikk han svar fra Sigbjørn Flatland, leder for intensivsykepleierne i NSF: «For intensivsykepleiere er ikke mastersyken mer skadelig enn kunnskapstørst, og (det) fører ikke til andre symptomer enn kompetanseheving og nysgjerrighet». Og videre: «Intensivsykepleieren som står ved pasientens side, gjør kontinuerlige vurderinger og iverksetter tiltak. Dette kan stadig forbedres om intensivsykepleieren spør seg: Er dette beste fremgangsmåte? Hva kan gjøres annerledes? Hva sier forskningen?»

Dette poenget er det lett å være enig med Flatland i. De som orker å ta en høyere grads utdanning skal ikke bli møtt av arbeidsgivere som mener at de «flotter seg» til ingen nytte.

Akademisk utdanning gir bedre refleksjon, ikke bare i universitetsbibliotekene, men også ved sengen. Den refleksjonen trengs i en tid der faget blir utfordret av økonomiske rammer. Refleksjonen som en master kan gi, vil også være med på å heve kompetansen blant kolleger på jobb. Det blir mer diskusjon om nye forskningsresultater og mer lyst til å delta i prosjekter som kan forbedre sykehusets pasientstatistikk.

Av og til kan det virke som om arbeidsgiverne selv trenger mer innsikt når de skal vurdere kompetansebehovet hos sine ansatte. Da er det bare å håpe at noen med høyere utdanning kan hjelpe dem med litt forskning. ■■■

Barth Tholens

«Arbeidsgivere kvier seg for flommen av masterkåte sykepleiere.»

om seg som en farsott: «Vi står i fare for å få et overutdannet folk. Hvem er det som skal gjøre jobbene som det overutdannete folket føler seg overkvalifisert til?». Alvorstynget pekte hun på at det vil mangle hele 85 000 årsverk innen pleie og omsorg i 2035. Å tro at dette kan løses ved å sende alle på universitetet, er som å tro på julenissen, skal vi tolke Bratten rett. Hun vil heller ha flinke «håndverkere» ved sengene enn akademikere med tvilsomme mastergrader.

Det hører selvfølgelig til arbeidsgivernes kjer-

skal være landets fremste fortrinn. Derfor har vi tutet våre barns ører fulle med at utdanning – det skal de ha. Vi nikker godkjennende når jenter blir i flertall på medisinstudiet, og rister på hodet over at gutta faller ut av videregående skole. Når utdanning er et mål for at Norge skal klare seg i framtiden, er det et forunderlig signal fra arbeidsgiverne å si at ungene våre ikke må overdrive og lesse på med grader.

For det andre er det lite konsistent å hevde at noen yrkesgrupper skal få videreutvikle seg i det akademiske gradsystemet, mens andre må klare seg med noe mindre. Det er en ganske elitistisk holdning som nok bunner i at sykepleiere fortsatt ses på som håndverkere på linje med snekkere og rørleggere. I dette perspektivet vil for mye utdanning bare føre til at folk flykter fra sitt håndverk. Men det er slett ikke slik at sykepleiere flest søker seg vekk fra yrket for å bli akademikere. De fleste forblir i yrket, til tross for at de ofte føler at de får lite igjen for denne ekstra innsatsen. Mitt inntrykk er at sykepleiere ikke sikter mot en master fordi de skal bli fete av det, men fordi

Sagt & ment

– Vi blir drevet mot sykdom og død, og forståelsen av helse handler om å minimere risikoen for å stupe utfor. I stedet kan man betrakte livet som et evig roterende hjul. Sykdom inngår som en del av hjulet.

Professor Bengt Lindström på NAPHA's salutogenese-seminar



Morfin fra OUS

Siden i vinter har det vært mangel på enkelte styrker av morfin til injeksjon, som følge av produksjonsproblemer hos leverandøren. Oslo universitetssykehus har tatt grep og satt i gang egen produksjon. – Vi har jobbet intensivt i 5–6 uker for å få i gang produksjon av morfin 20 mg/ml med konserveringsmiddel i hetteglass. 17. mars var produktet ute i apotekene, og nå skal det norske markedet være godt dekket, sier driftsdirektør Bente Hayes ved Sykehusapotekene HF til Dagens Medisin.

Kilde: Dagens Medisin

MER MORFIN: Etter en mangelperiode er nå markedet for 20 mg/ml morfin dekket.



Kok frosne bær!

Antallet meldte hepatitt A-tilfeller har økt så langt i 2014, og Folkehelseinstituttet mistenker nå at frosne importerte bær er en smittekilde. Utbruddet i Norge har ifølge FHI trolig sammenheng med et utbrudd som har pågått i flere europeiske land siden januar 2013. Anbefalingen fra FHI er derfor: Kok importerte frosne bær i minst ett minutt før bruk.

Ny start for Ahus

I mars ble Ahus-styret kastet, og ikke lenge etter ble det kjent at direktør Yngve Mikkelsen sier opp. Mikkelsen har hatt et overordnet ansvar for den turbulente omorganiseringen av akuttmottaket ved sykehuset. Han avviser overfor Romerikes Blad at oppsigelsen har noe med denne striden å gjøre.

– Jeg har fått en spennende mulighet som jeg har takket ja til. Jeg kom i sin tid til Ahus fra legemiddeldistribusjonen og går jo tilbake dit. Det er ingen dramatik i dette, sier han til Romerikes Blad.

Det nye styret består av:

Per Christian Voss, leder
Gunn-Elin Aa. Bjørneboe, nestleder
Arne Bakka (ansattrepresentant)
Kai Øivind Brenden (ansattrepresentant)
Finn Halvorsen (ansattrepresentant)
Elna Knutsen (ansattrepresentant)
Maren Kyllingstad
Geir Nilsen
Anita Rathore
Jan Eirik Thoresen (NY)



NY JOBB: Yngve Mikkelsen går fra direktørjobb på Ahus til medisinsk sjef i bioteknologiselskapet Biogen Idec. Foto: Ahus-kommunikasjonsavdeling

Les mer om:

12 Tariffoppgjøret ›

16 To dager velter hele studieåret ›

18 Får jobbe 13-timersvakter ›

20 Uniform gir respekt og trygghet ›

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers**
aknbh@sykepleien.no
Illustrasjonsfoto **Colourbox**

sykepleien.no

Tariffoppgjør i KS og Spekter.



Hva skjer



Sjekker 1000 par lunger

1000 telemarkinger med astma er invitert for å klarlegge hva som kan være årsaken til at de er rammet av lungesykdom. 26. mars kom de første pasientene til en nyopprettete poliklinikk for lungesyke ved Sykehuset Telemark i Porsgrunn, skriver sykehuset på sine hjemmesider.



RETTFERDIG: Trygge, effektive og rettferdige helsetjenester er målet med et nytt vurderingssystem i Sykehus-Norge.

Likt for alle

«Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten» heter en ny samordning og systematisering av arbeidet med å vurdere nye metoder før de tas i bruk ved de enkelte sykehus. Helsedirektoratet har lagt ut en presentasjon av dette systemet på sine hjemmesider. Målet er at alle nye metoder skal være trygge og effektive før de tas i bruk. Håpet er at systematisk metodevurdering skal bidra til rettferdig prioritering av ressursene i helsetjenesten.

DØDSÅRSAKER:

I 2012 døde i alt 41 900 personer bosatt i Norge: 22 300 kvinner og 19 600 menn. 10 prosent av alle dødsfall dette året skyldtes lungesykdommer.

Kilde: SSB

I alt 41 900 dødsfall i Norge

Kvinner 22 300

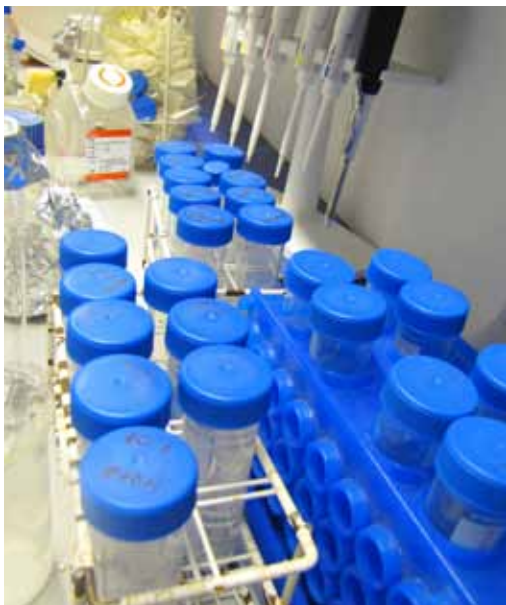
Menn 19 600

Flere VRE-smittede pasienter

Det er avdekket til sammen seks nye positive tilfeller av VRE-smitte (vankomycinresistente enterokokker) ved Orkdal sjukehus.

– Det er bekymringsfullt at det dukker opp seks nye tilfeller. Det betyr at vi må fortsette med våre ekstraordinære tiltak ved Orkdal sjukehus, sier smittevernoverlege Andreas Radtke til stolavs.no.

– Det vurderes fortløpende hvilke andre tiltak som eventuelt skal iverksettes. Per i dag screenes alle pasienter som overflyttes fra Orkdal til Øya for mulig smitte, og vi undersøker også pasienter som overflyttes fra St. Olav til andre helseinstitusjoner, eksempelvis i kommunene, sier Radtke.



SCREENER: Det er avdekket 25 tilfeller av VRE-smitte siden januar. Nå er det satt i gang en stortilt screening av pasienter ved sykehuset i Orkdal.



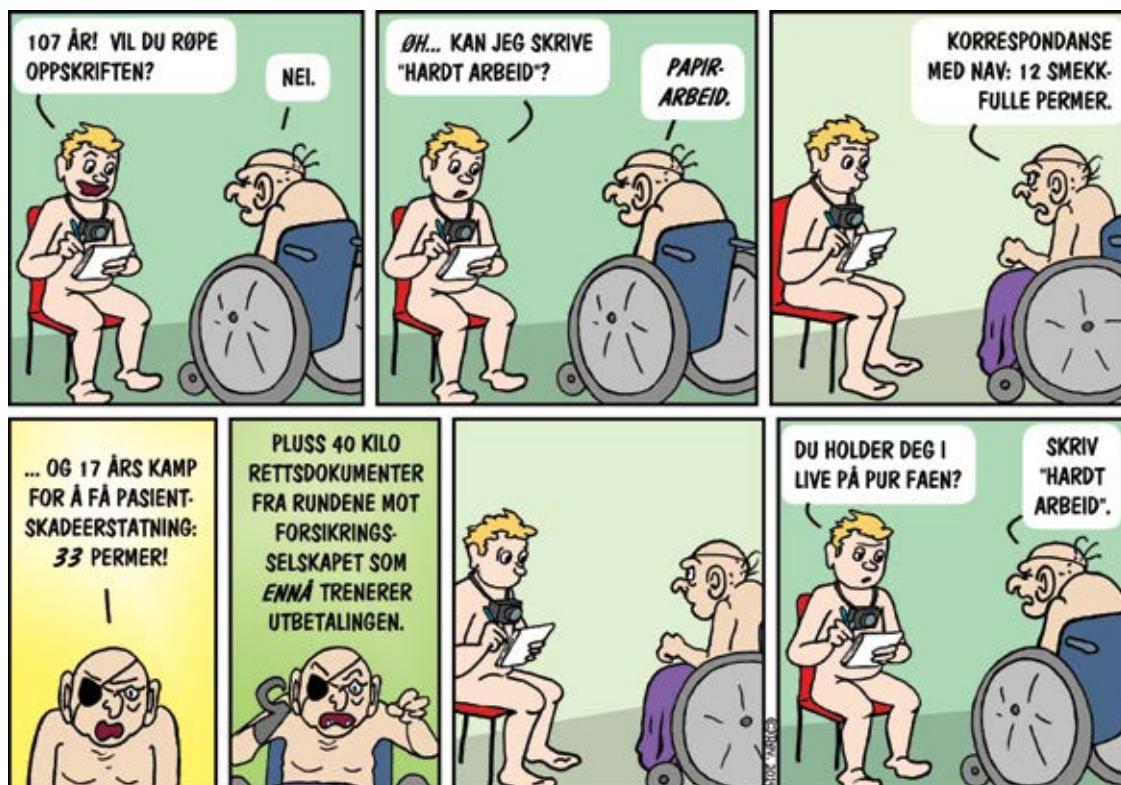
FORSKER: Anne-Kari Johannessen. Foto: Aleksander Hømanberg, Romerikes Blad

Midt imellom ikke suksess

De siste årene har det kommet stadig flere spesialiserte korttidsenheter for eldre pasienter. Pasientene er for dårlige til å greie seg hjemme, men for friske til å ligge på sykehus. Sykepleier og forsker Anne-Kari Johannessen har i sin doktorgradsavhandling sett på rollen til en intermediær enhet i et klinisk pasientforløp. Resultatene fra avhandlingen viser blant annet at det var vanskelig å implementere et

nytt tilbud i en etablert helsetjeneste. Mye tid gikk med til gjentatte forhandlinger og uenighet helsepersonellet imellom om hva som var «riktige» pasienter for enheten. I perioder var det vanskelig å finne tilstrekkelig antall «riktige» pasienter til å utnytte enhetens kapasitet. Helsepersonellet hadde ulike oppfatninger om hva enhetens funksjon var og burde være, skriver Ahus på sine hjemmesider.

TERAPI av Bodil Rønhavug



Meninger fra www.sykepleien.no

Ruskoordinator

” Med vel 20 års erfaring med rusrelatert arbeid i kommunen, kan jeg understreke hvor viktig relasjonsbygging er for å kunne bidra – både de med en rusmiddelmisbruchsproblematikk og deres pårørende – til livsstilsendring. Ser fram til resultatet av forskningen.

Kari Helene Alstad

Hel-/deltids-lønn

” En sykepleier taper lite på å jobbe som deltidsansatt år etter år. Dette er et gode for den deltidsarbeidende småbarnsmor, og når barna blir store og mor kan jobbe fulltid igjen, så vil lønnsforskjellen mellom «mor» og jevn gamle «barnløse» sykepleiere være liten. På mange arbeidsplasser er det ikke tilstrebent at deltidsansatte skal ha lavere lønn, men heltidsansatte får mer erfaring.

Bernt Gulla, sykepleier

Enighet i frontfaget

Frontfaget er i mål. Resultat ble en samlet ramme på 3,3 prosent i årlig lønnsøkning.
– Bra grunnlag for offentlig sektor, mener Unio.

Tekst Bjørn Arild Østby

Vel 18 timer på overtid ble Fellesforbundet (LO) og Norsk Industri (NHO) enige i det såkalte frontfagoppgjøret 2. april. Et oppgjør som vil være retningsgivende for andre oppgjør i privat sektor og i offentlig sektor.

– Det vil ikke bli snakk om en blåkopi i offentlig sektor, eller at profilen i frontfagoppgjøret overføres til vår sektor, ifølge Unio-leder Anders Folkestad.

Dagen etter startet oppgjøret i offentlig sektor. Da overleverte Unio kommune de første kravene til Kommunenes organisasjon (KS). Deretter fulgte Unio stat 7. april, Unio Oslo kommune 8. april og Unio Spekter 9. april.

«Offentlig ansatte må ha en høyere ramme.»

Partene i frontfaget ble enige om et generelt tillegg på 75 øre og en totalvekst i årslønnen for 2014 på 3,3 prosent. For NHO-bedrifter var årslønnen for industriarbeidere 419 800 kroner i gjennomsnitt i fjor. Regnet per måned og etter skatt blir veksten i årslønnen rundt 750 kroner per måned hele 2014.

Unio krever troverdig anslag

– Resultatet fra industriforhandlingene blir anslått til en ramme på 3,3 prosent. Det bør legge et bra grunnlag for tariffoppgjørene i offentlig sektor og i andre tariffområder, men profilen skal ikke overføres. I offentlig sektor må det være en tydelig satsing på utdanning og kompetanse, sier Unio-leder Anders Folkestad.

– Samtidig forventer vi at NHO nå følger opp og gir et troverdig anslag for ramme for industrien samlet sett, slik Holden III la opp til, legger han til. Frontfaget består av alle ansatte i industrien, både arbeiderne og funksjonærene.

– Det oppgjøret som nå er i havn utgjør bare halvparten av frontfaget. Det de har oppnådd i industrien i dag er dermed ingen fasit for de andre forhandlingene som nå starter, sier Unio-lederen.

I snitt er det kun 15 prosent av lønnsveksten i industrien som skjer sentralt. Funksjonærene i industrien har alltid hatt sterkere lønnsvekst enn arbeiderne.

– Vi ser at forskjellene mellom privat og offentlig sektor øker. Det er derfor viktig at NHO anslår en realistisk ramme for hele industrien.

Han mener derfor at oppgjørene for offentlig ansatte må ha en høyere ramme enn ramma for industriarbeiderne.

Spekter forventer lojalitet

Frontfagsoppgjøret med en ramme på 3,3 prosent må være en tydelig norm for de kommende lønnsoppgjørene, mener arbeidsgiverforeningen Spekter.

– Dette er den lønnsveksten partene i konkurranseutsatte bedrifter mener vi kan ha, og det er viktig at det følges opp, sier administrerende direktør Anne-Kari Bratten i Spekter.

– I tråd med det partene forpliktet seg til i Holden III-utvalget må denne normen lojalt følges i Staten og KS og i de etterfølgende forhandlinger i privat sektor. Spekter vil selvsagt legge denne rammen til grunn for forhandlingene, sier Bratten.

Provoserte lærere mot KS

Tjenestepensjonsordningene var det store stridsspørsmålet da privat sektor (frontfaget) startet forhandlingene. Nå er partene blitt enige om å utrede ulike ordninger som vil gi arbeidstakerne medbestemmelse over pensjonen. Utredningen skal være ferdig i løpet av neste år.

I kommunal sektor har det store stridsspørsmålet til nå vært lærernes arbeidstid. Lærerne ble kraftig provosert da KS foreslo

at de skal kunne pålegges å jobbe 45 uker, mot 39 i dag. KS har seinere myket opp kravene om arbeidstid. Men Utdanningsforbundets leder Ragnhild Lied vil ikke si at faren for lærerstreik er over.

– Nei, jeg vil ikke si det. Dette handler om en helhetlig avtale, og det er mange elementer og store utfordringer i dette oppgjøret. Det handler også om lønnssetterslepet for lærerne, sier Lied.

Lønnsveksten for lærerne i kommunesektoren i fjor er anslått til 3,2 prosent. For kommunesektoren som helhet er veksten fastsatt til 3,7 prosent, og for de kommuneansatte uten lærerne er lønnsveksten beregnet til 3,9 prosent.

Forhandlingsleder Per Kristian Sundnes i KS ønsker ikke å kommentere oppgjøret i kommunal sektor som startet 3. april. Men han har registrert at undervisningsstillinger har hatt en svakere lønnsvekst enn alle andre grupper som omfattes av Teknisk beregningsutvalg (TBU). ■■■

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

Lønnsoppgjøret 2014

- ▶ Årets lønnsoppgjør er et hovedoppgjør, som innebærer at partene kan stille krav for «alle» typer saker, ikke bare lønn.
- ▶ LO valgte å gjennomføre oppgjøret forbundsvist, der Fellesforbundet (LO) og Norsk Industri (NHO) forhandler først (frontfag).
- ▶ Øvrige oppgjør i privat sektor sluttføres etter at frontfaget er i havn.
- ▶ UNIOs oppgjør i kommunesektoren startet 3. april, staten 7. april, Oslo kommune 8. april og Spekter 9. april.

Christine Wisløff

Aktuell som: Spesialsykepleier ved avdeling rus- og avhengighetsbehandling på Oslo universitetssykehus

Alder: 42 år

BAKGRUNN:

Rusmisbruker «Robin» kom fort på bølgelengde med Christine Wisløff. Hun ble viktig på hans vei til fotfeste i det vanlige livet. I Aftenposten 23. mars fortalte han hvor takknemlig han var for å få akkurat Wisløff som terapeut.

Er der for «Robin»

«Robin» kunne ringe deg når han ville. Er det vanlig at du gir telefonnummeret ditt til pasientene?

– Alle pasientene mine får mitt mobilnummer. Jeg legger ikke telefonen fra meg når jeg går fra jobb.

Hvorfor?

– Tilgjengelige behandlere reduserer «dropout» fra rusbehandling.

Er forholdet til Robin unikt?

– Ja. Alle pasienter er ulike og skal behandles ulikt.

Hvordan var det å få skryt i avisen?

– Motiverende. En bekreftelse på at det nytter. Selv om det svinger, så virker det med lange behandlingsløp. Det kan gå litt fram og så noen skritt tilbake. Kontinuitet er viktig.

Det er ikke flust med gladhistorier fra rusfeltet?

– Nei, og derfor er det hyggelig at de positive tilbakemeldingene kommer fra pasientene. Da ser du at det du holder på med gir mening.

Hva betyr den personlige kjemien mellom terapeut og pasient?

– Den er essensiell. Ruspasienter har ofte tøffe historier. Når pasienten skal fortelle den vanskelige historien, er det viktig å ha tillit til behandleren. De to må ha en god relasjon.

Er det lett å få til?

– I poliklinikken tar det ofte lang tid å etablere tillit. Det tar tid å se om kjemien stemmer. Hvis den ikke gjør det, blir behandlingen ofte lite troverdig. Da må både pasient og behandler bli hørt om hvordan de opplever terapien.

Hvor går grensen mellom det private og det profesjonelle?

– Det kan være nyttig å møte pa-

sienter på hans eller hennes arena – ha arenafleksibilitet, som vi sier. Det går an å sende en sms og ta en telefon utenom arbeidstiden. For meg lar det seg forene med å beskytte min private sfære.

Er det for lite personlig i rusomsorgen?

– Syns ikke det. Det er mer personlig og fleksibelt i dag enn da jeg begynte. Da var feltet ungt.

Hvor lenge har du jobbet i rusfeltet?

– I ni år. Kun poliklinisk.

Hva er din spesialitet som sykepleier?

– Psykiske lidelser og rusavhengighet.

Hvor trykker skoene mest i rusomsorgen?

– I overgangene, når pasienten skal over fra én type behandling til en annen: Fra døgn til poliklinikk. Fra poliklinikk til institusjon. Da betyr det mye at ikke relasjonene brytes.

Hva skal til for at færre dropper ut av rusbehandlingen?

– Individuelt tilpasset behandling. Jobbe godt tverrfaglig. Gode kriseplaner, spesielt i overgangsfasene, som fra behandling eller fengsel til jobb og etablering i bolig. Glidende overganger minker faren for tilbakefall.

Hvordan følge opp ruspasientene bedre når de skal ut i verden?

– Vær tålmodig og tilstedeværende. Vær forberedt på uventete utfordringer. Pasienten kan ha fått jobben han ønsket, men så er det plutselig ikke så lett å åpne seg for den nye arbeidsgiveren. Da er det lett å ta destruktive valg og ruse seg. Men kan du ringe en som kjenner deg, kan det være støtten som skal til.

Hva gjør du nå?

– I to år skal jeg lede noe som kalles steroideprosjektet.

Hva er det?

– Vi vil nå og behandle personer som har skader etter doping med anabole androgyne steroider, kalt AAS. Blant annet skal vi utvikle en behandlingsveileder.

For å hjelpe vanlige folk?

– Ikke for toppidretten, nei, men for oss andre.

Og hva gjør du med Robin så lenge?

– Fortsetter å følge ham opp. Han er på vei tilbake til samfunnet. Da er det viktig å være der for ham. ■■■



Tekst **Marit Fonn** Foto **Stig Weston**
marit.fonn@sykepleien.no

Færre aborter

Blant tenåringer har antall aborter ikke vært lavere enn siden registreringen startet i 1979. Tekst Nina Hernæs

I 2013 var det 1599 aborter i aldersgruppen 15–19 år. Det er 200 færre enn i 2012, viser tall fra Abortregisteret på Folkehelseinstituttet. Det betyr at trenden med færre tenåringsaborter fortsetter.

Flest mellom 20 og 24

Totalt ble det tatt 14 773 aborter i Norge, det er 459 færre enn i 2012. 14 139 aborter var selvbestemte, mens 634 var nemndbehandlede.

Nedgangen i aborter gjelder alle alders-

grupper, men fremdeles gjøres det flest aborter på kvinner mellom 20 og 24 år. I 2013 var det 4 076 aborter i denne aldersgruppen, mot 4 362 i 2012.

Medikamentell abort

De fleste aborter skjer medikamentelt. Siden 2008 har medikamentell abort vært den mest brukte metoden ved selvbestemte aborter. Flere enn åtte av ti selvbestemte aborter i 2013 ble gjort medikamentelt.

De fleste selvbestemte abortene ble gjort før

niende svangerskapsuke.

Forskjeller

Abortforekomsten er høyest i Finnmark, Oslo og Troms og lavest i Møre og Romsdal, Vest-Agder og Rogaland.

I gruppen 15–19 år var abortforekomsten høyest i Troms, Finnmark og Nordland. Møre og Romsdal hadde lavest forekomst i denne aldersgruppen. ■■■

nina.hernes@sykepleien.no

Nei til rituell omskjæring

Et samlet barnehelsemiljø vil ha en lov som forbyr omskjæring av guttebarn.

Tekst Kari Anne Dolonen

Helseminister Bent Høie skal etter planen legge frem et lovforslag om rituell omskjæring av guttebarn før påske.

Allerede i 2011 ble saken sendt på høring av den rødgrønne regjeringen, men det ble aldri

ner at det offentlige ikke bør skjære i friske guttebarn. De er ikke pasienter, og det finnes ingen medisinske grunner for å gjøre dette, sier Astrid Grydeland Ersvik, leder i Landsgruppen av helsesøstre.

«Vi prøvde å få gehør for at det settes en aldersgrense på 15–16 år før omskjæring skjer.»

lagt fram et konkret forslag. Nå ventes det å bli åpnet for rituell omskjæring i regi av den offentlige helsetjenesten.

Samstemt fagmiljø

– Det er et samlet barnehelsemiljø som me-

Men hun tror et forbud neppe er realistisk nå.

I februar var hun, sammen med Barneombudet og leder for barnekirurgene, i møte med Helse- og omsorgsdepartementet.

– Vi prøvde å få gehør for at det settes en

aldersgrense på 15–16 år før omskjæring skjer, slik at gutten selv kan avgjøre, sier hun.

– Vil dere få gehør for det?

– Departementet vil ikke si noe om hva de lander på før de legger forslaget fram for Stortinget. Men signaler de har gitt tyder ikke på at vi får gjennomslag, sier Grydeland Ersvik.

Guttelov og jentelov

I møtet med departementet prøvde Grydeland Ersvik å få gehør for at vi står i fare for å få en lov for jenter og en lov for gutter.

– Omskjæring av kvinner er forbudt. Der- som vi ser på de mildeste formene for omskjæring av jentebarn, kan de sidestilles med omskjæring av gutter. Hvis vi får et lovverk som tillater dette hos gutter, men er ulovlig hos jenter, er det diskriminerende, sier hun. ■■■

kari.anne.dolonen@sykepleien.no

Barn som sover lite spiser mer

Fra før vet vi at voksne kan løpe en risiko for å utvikle overvekt hvis de sover for lite. Forskning har til og med antydnet at søvnmangel kan gjøre oss svake for kaloribomber. Kanskje skyldes dette at denne søvnmangelen forstyrrer hormonene som regulerer appetitt.



En studie i International Journal of Obesity, der forskerne brukte informasjon om små barn i over 1300 familier i Storbritannia, peker mot at lite søvn kan utgjøre en tidlig risiko for å utvikle overvekt. De fant at 16 måneder gamle barn som sov mindre enn ti timer i døgnet fikk i seg gjennomsnittlig 10 prosent flere kalorier enn barna som sov mer enn 13 timer.

Det var ingen vesentlige vektforskjeller på barna som sov lite og de som sov mye på dette tidspunktet. Forskerne mener likevel at barna som sov lite kan ha en økt risiko for å bli overvektige senere.

Kilde: Forskning.no



Fødselsvekt får følger

Jenter som blir født undervektige kan ha dobbelt så høy risiko for å ha problemer med å få barn selv. Hvis resultatene blir bekreftet av flere studier, betyr det at vi kan risikere å se mer problemer med å få barn etter hvert som stadig flere nyfødte med lav fødselsvekt overlever, mener forskerne ved Linköping Universitet.

Forskerne så på en gruppe med 1 200 svenske damer som sammen med partneren søkte hjelp fordi de slet med å få barn, i perioden mellom 2005 og 2010.

Omtrent 40 prosent av damene hadde fått stadfestet at det var de som hovedsakelig hadde fruktbarhetsproblemet i forholdet. Blant disse 40 prosentene av damene i studien, var det over dobbelt så mange som veide lite da de ble født, sammenlignet med de damene som ikke hadde fått tilskrevet fruktbarhetsproblemet til seg, men mannen.

Kilde: J. Vikström et.al. Birth characteristics in a clinical sample of women seeking infertility treatment: a case-control study. British Medical Journal, 10. mars 2014

De kjente og kjære.....



Floradix Magnesium
- for bidrag til normal muskelfunksjon og til et normalt energistoffskifte



Floradix Formula
- for å fremme reduksjon av tretthet og slapphet. Rik på jern, B2, B6, B12 og C.



Floradix Kalsium-Magnesium
- for styrket benbygning og sterke tenner. Med sink og vitamin D.

De ukjente og fremtidens kjære.....



Floradix Alpenkraft
- kan hjelpe mot forkjølelse og ubehag i øvre luftveier.



Floradix Barne Vitamin
- med fruktsmak. Rik på lettopptagbart kalsium, vitamin A, B, C, D og E. Glutenfri og uten konserveringsmidler.

Be om gratis smaksprøver og bli kjent med Floradix produktene. Floradix produkter kjøpes på apotek, eller på www.naturimport.no

ditt naturlige valg
NATUR
import

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

To dager velter hele studie

Sykepleierstudent Mari Aspelund ble innlagt på sykehus mens hun var i praksis. 2,4 dager for mye fravær gjør at hun blir ett år forsinket i studiene. Tekst og foto Ann-Kristin Bloch Helmers

Mari Aspelund er andreårs sykepleierstudent ved Høgskolen i Oslo og Akershus. I februar i år var hun inne i sin tredje uke av praksisperioden i hjemmesykepleien, da hun falt på trening og skadet skulderen. Til tross for store smerter etter fallet, møtte hun opp på praksisplassen dagen etter.

Skulderen ble imidlertid ikke bedre, etter enda noen dager var hun helt omtåket, hadde frostrier og 40 i feber. Hun oppsøkte lege og ble i hui og hast kjørt til Bærum sykehus. Legene

konstaterte at hun hadde en infeksjon i skulderområdet, og Aspelund ble innlagt med sepsis.

– Jeg klarte nesten ikke å stå på beina, forteller hun.

Beskjed via sms

I 17 dager ble hun liggende. Fra sykesenga kommuniserte hun med skolen, som via sms fortalte at hun ikke fikk godkjent praksis på grunn av for høyt fravær, og at det ikke var noen vits i å vende tilbake til praksisstedet når hun ble skrevet ut.

– Jeg fikk også beskjed om at jeg først kunne ta ny praksis tidligst til høsten 2014, og at jeg ikke kan begynne på tredjeåret før høsten 2015. Det betyr at jeg blir et helt år forsinket.

2,4 dager

Mari Aspelund har gjort følgende regnestykke:

Hjemmesykepleiepraksis går over 8 uker, 4 dager per uke, altså 32 dager. Det er lov å være borte inntil 10 prosent (3,2 dager) av en praksis, og man kan ta igjen fravær inntil 20 prosent (6,4 dager).



BITTERT: – Jeg tror ikke skolen forstår konsekvensene av at de nekter meg å ta opp igjen praksisperioden i år, sier sykepleierstudent Mari Aspelund.

året

– Jeg lå på sykehus 17 dager, det vil si at jeg var 12 dager borte fra praksis, minus 3,2 dager som er godkjent fravær. Dermed er mitt fravær utover det godkjente fraværet i realiteten 8,8 dager. Regnestykket blir da slik: 8,8 dager minus 6,4 dager utgjør 2,4 dager. Det er disse 2,4 dagene som er begrunnelsen for at jeg ikke kunne fortsette i praksis og ta igjen det resterende i helger eller en forlenget praksisperiode, sier hun.

Ingen fleksibilitet

Aspelund synes dette er helt urimelig, og har sendt en skriftlig forespørsel om å få ta ny praksis i løpet av dette skoleåret eller nærmere sommeren – eller parallelt med tredjeårsstudiene til høsten.

– Svaret er kort og godt nei. Det er ingen fleksibilitet eller vilje til å tilrettelegge. Jeg mener for eksempel at jeg godt kan ta praksisperioden nå. På papiret har vi nå praksis, men det er lagt opp som et prosjekt, hvor vi ikke skal være fysisk til stede på praksisstedet i samme grad som en vanlig praksisperiode. Beskjeden jeg får er at det er uforutsigelig. Jeg er helt uenig.

– Streng straff for sykdom

Mari Aspelund har hovedomsorgen for to barn og jobber 50 prosent ved siden av studiene. Samtidig får hun overgangsstønad.

– Overgangsstønaden utløper hvis jeg blir et år forsinket i studiene, og det blir vanskelig øko-

– Men vi må forholde oss til gjeldende regelverk. Vi strekker oss så langt som mulig og er kreative for at studenter skal kunne ta igjen fravær mellom 10 og 20 prosent. Fravær utover 20 prosent medfører at hele perioden må tas på nytt på et senere tidspunkt, sier han.

«Det er ille å få en slik straff fordi jeg har blitt alvorlig syk.» Mari Aspelund, sykepleierstudent

nomisk å fullføre utdannelsen. Det er ille å få en slik straff fordi jeg har blitt alvorlig syk, og jeg tror ikke skolen forstår konsekvensene av utsettelsen.

– Jeg vet at mange studenter tvinger seg til å møte opp i praksis selv om de er syke på grunn av de strenge fraværreglene. Det gjør jo at man er en smittefare for utsatte, svake pasienter.

– Beklager, men sånn er reglene

Dette svarer Høgskolen i Oslo og Akershus:

– Jeg beklager at sykdom under praksisperioden gir så store konsekvenser for studenten, sier Dag Karterud, instituttleder for sykepleierutdanningen.

– For denne studenten er det snakk om 2,4 dager for mye fravær – et fravær som skyldes dokumentert sykehusopphold. Kunne dere vært mer fleksible her?

– Nei, det kan vi ikke. Dessverre er det mellom 10 og 20 studenter hvert studieår som på grunn av sykdom ville hatt behov for en reserveløsning for å kunne fullføre en praksisperiode. Det er praktisk og faglig vanskelig å gjøre individuelle vurderinger ved fravær over 20 prosent. Det krever tilpasninger i studieprogrammet og fleksibilitet i samarbeidet med praksisfeltet. ■■■

aknbh@sykepleien.no

– Unødvendig av skolen

Stian Aasoldsen, leder av NSF Student, kaller dette en kjempetrist sak.

Tekst og foto Ann-Kristin Bloch Helmers

Det er ille nok å bli syk, og det er en unødvendig ekstrabelastning for henne at disse 17 dagene på sykehus skal føre til ett års forsinkelse i studiene.

Studentlederen er krystallklar på hva skolen bør gjøre i dette tilfellet:

– Skolen bør utvise skjønn slik at denne studenten får fullført på normert tid. Her foreligger det en symelding og en situasjon som er utenfor studentens kontroll.

– Prinsipielt mener vi at det ikke skal gis avkorting på sykepleierstudiet, uansett grunn. Heller ikke i praksis. Dette er avgjørende for kvaliteten på studentene som kommer ut i andre

enden av utdanningen, med vitnemål i hånda.

– Imidlertid mener vi at ved hendelser som skjer studenter, som medfører fravær som er utenfor deres kontroll, bør utdanningsinstitusjonene utvise skjønn.

– Det bør tilrettelegges for at studentene kan få utvidete innleveringsfrister eller muligheten til å ta igjen tid i praksisstudier innenfor rimelig tid, og uten forsinket studieforløp. Dette gjelder hendelser som akutt, uforutsett sykdom som gir kortere sykefravær eller gjennomføring av verneplikt. ■■■

aknbh@sykepleien.no



IKKE GREIT: – Her bør Høgskolen i Oslo og Akershus utvise skjønn, mener leder for NSF Student, Stian Aasoldsen.

Får jobbe 13-timersvakter

Ansatte ønsket en prøveordning med 13-timers arbeidsdager i helgene. Fagforbundet sa nei. Medlemmene meldte seg ut. Nå har Arbeidstilsynet sagt ja. Tekst Bjørn Arild Østby

I fjor høst sendte Bergen kommune søknad om godkjenning av turnus der ansatte jobber 13 timers arbeidsdager både lørdag og søndag hver fjerde helg. Norsk Sykepleierforbund (NSF) sa ja. Det gjorde ikke Fagforbundet.

Konsekvensen var at medlemmer i Fagforbundet ved Ladegården sykehjem i Bergen meldte seg ut. Dermed ble søknaden sendt til

satse videre på alternative turnuser.

– Vi er nå i forhandlinger om å innføre alternative turnuser på sykehjem og innen hjemme-sykepleien, sier Onarheim i en pressemelding.

Regjeringen ønsker også mer fleksible arbeidstidsordninger, og arbeidsminister Robert Eriksson (Frp) ser Arbeidstilsynets ja som et skritt i riktig retning.

fra Statens arbeidsinstitutt (Stami) som viser at lange vakter er risikabelt både for pasientene og ansattes helse. ■■■

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no



Les også: Tema om langvakter på side 22. →

«Dette er innenfor rammen av arbeidsmiljøloven.» Arbeidstilsynet.

Arbeidstilsynet, som har sagt ja.

– Vi har gjort en konkret vurdering og kommet til at dette er innenfor rammen av arbeidsmiljøloven, blant annet fordi det er plassert en fridag etter langvaktene, at det er lagt inn to halvtimes pauser og at det er snakk om hver fjerde helg, sier regiondirektør Borghild Lekve i Arbeidstilsynet Vestlandet.

Det er innvilget en prøveordning på ett år, og den vil omfatte åtte ansatte ved demensavdelingen. Ordningen vil bli evaluert underveis.

Ønsker flere forsøk

Helseråd Hilde Onarheim (H) i Bergen er fornøyd med Arbeidstilsynets avgjørelse og vil

– Dette er en klok tommel opp fra Arbeidstilsynet, og jeg er spent på å høste erfaringer fra dette, sier Eriksson til Dagens Næringsliv.

Fortsatt skeptisk

Forbundsleder Mette Nord i Fagforbundet har ikke endret syn som følge av Arbeidstilsynets vedtak.

– Vi er bekymret for at man normaliserer arbeidsdager helt opp til 13 timer. Det er jeg ikke så sikker på om resten av norsk arbeidsliv ønsker, sier Nord.

Hun mener turnusen ser fin ut skjematisk, men at det ikke er lett å tidfeste arbeidsøktene slik det er satt opp (se faktaboks).

Fagforbundet viser også til nyere forskning



Slik skal arbeidsdagen bli:

- ▶ Vaktskifte/rapport kl. 07.30.
- ▶ Så følger en relativt passiv periode på ca. 1,5 time før pasientene står opp.
- ▶ Ca. kl. 09.15–11.30 jobber de ansatte aktivt med frokostservering, medisinutdeling mm.
- ▶ Kl. 11.30–13.00 avvikler langvaktene pauser, og dette er en rolig periode ved avdelingen med bl.a. aviser, TV, besøk fra pårørende eller hvile på rommet.
- ▶ Kl. 13.00–14.00 er det lunsj, og kl. 14–15.30 kan beboerne være med ut, eller utføre sykkeltraining e.l. inne hvis de ønsker det.
- ▶ Kl. 15.30–16.00 serveres middag. Etter dette er det en rolig periode fram til kl. 19.00 da pasientene hviler, hører på musikk eller ser TV, har besøk e.l. I denne perioden tar de ansatte pauser.
- ▶ Kl. 19.–19.45 er det kvelds, og deretter hjelpes 4–5 av beboerne som ønsker det til sengs, mens de øvrige er lenger oppe og legger seg selv, ev. får hjelp av nattevaktene.
- ▶ Kl. 20.30–21.30 ser beboerne på TV eller hører musikk, og dette er en passiv periode for personalet.

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



Skyld ikke på rusmisbrukeren

Frafallsprosenten i rusbehandlingen er høy. Hva er det som gjør at noen avbryter behandling for rusmisbruk?

Tekst Bjørn Arild Østby

Hanne H. Brorson og kolleger ved Psykologisk institutt har gått igjennom 20 år med studier av risikofaktorer for frafall hos rusavhengige pasienter.

– Forskingen har nesten bare handlet om forhold ved pasienten – alder, kjønn, utdanning, sivilstatus og lignende, sier hun til forskning.no.

Nesten ingen av studiene har undersøkt om pasienten avbryter behandlingen på grunn av terapeuten eller behandlingsopplegget. Det til tross for at det i motsetning til pasientens kjønn eller alder, faktisk er mulig å gjøre noe med behandlingsopplegget.

Allianser

Brorson er opptatt av allianser. Hun sammenlikner det med å ha en god lærer: Mange husker en lærer de likte spesielt godt. Læreren som hadde evne til å formidle hvorfor dette var viktig. Sjansen var stor for at elevene fulgte ekstra godt med i disse timene og fikk noe ut av dem.

– Sånn er det også i behandling, sier forskeren.

Det er forsket mye på allianse hos forskjellige pasientgrupper. Men innenfor rus har man i stedet vært opptatt av motivasjon.

– Manglende motivasjon er noe man kan plassere hos pasienten, mens manglende allianse også handler om behandlere, sier Brorson.

Endre perspektiv

Nettopp denne type behandlingsforskning driver Brorson. En gang i uken får pasientene hun følger tilgang til en datamaskin eller et nettbrett som de bruker til å svare på spørsmål om hvordan de har det.

Hvordan er symptomene deres, hva slags forhold har de til seg selv og andre, hvordan mestrer de hverdagen sin? Så brukes statistikk til å finne ut om det går bedre eller verre enn før.

Tidligere har det vært mer vanlig å se på rusavhengighet som et moralsk og sosialt problem, og dermed noe rusmisbrukeren alene må ta ansvar for.

– Jeg tror det trengs et perspektivskifte, sier Brorson. ■■■

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

Color4care
makes your patients smile

10% RABATT
Angi koden: SYKEPLEIEN

199kr

99 kr

fr. 149 kr

29 kr

149 kr

199 kr

www.color4care.no



Les også side 13 «Er der for Robin»



Uniform gir respekt og trygghet

Sykepleieruniformen bidrar til yrkesidentitet, tillit og respekt, men er først og fremst et vern mot smitte. Tekst **Susanne Dietrichson**

Noen sykehus praktiserer nulltoleranse for bruk av smykker, mens andre steder tillater bruk av diskret ørepynt. Bruk av uniform er derimot en selvfølge for de aller fleste sykepleiere i sykehus.

Hygienesykepleier Liv Hellen Skjold Rafoss ved Sørlandet sykehus i Flekkefjord, mener sykepleieruniformen er viktig på flere områder, først og fremst av hygieniske årsaker.

– Du velger et yrke, og da er det viktig å se ordentlig ut, i tillegg til at vi skal forebygge smitte, sier hun.

– Uniformen er ekstra viktig i sykehus fordi forekomsten av bakterier er stor og mange innlagte pasienter har nedsatt immunforsvar.

Førsteintrykket

Rafoss mener førsteintrykket er avgjørende

for pasienten.

– Vi selger oss selv på tre sekunder. Uniformen bidrar til dette. For pasienter i sykehus inngir uniformen trygghet og respekt, den viser at de er i gode hender.

Uniformen inngir respekt i det at den er et uttrykk for kompetanse hos den som bærer den.

– I dag er det ikke så enkelt å se forskjell på ansatte i sykehus, etter som alle går kledd i hvitt, både leger, sykepleiere, rengjørings- og kantinepersonell, sier hun.

– Men det viktigste er at riktig bruk av uniform forebygger smitte. Bakterieprøver av sykepleieruniformen viser at bakterier samler seg på magen. Derfor er plastforklær og hansker viktig tilleggsmateriale i mange pasientsituasjoner.

Forebygging

I dag har pasienter bred kunnskap om bakterier og smitteoverføring og mange er redde for å pådra seg smitte i sykehus.

– Som sykepleiere er vi med på å forebygge sykdom gjennom god hygiene og riktig bruk av uniform. Pasientene forventer at vi skal bruke forskriftsmessig utstyr, sier Rafoss.

– Det at uniformen er hvit symboliserer renhet, men er også praktisk fordi det synes med en gang om man søler og må skifte.

– Tror du den reduserte bruken av uniform på 70-tallet skyldtes ungdomsopprør og antiautoritære strømninger?

– Jeg tror det først og fremst handler om vårt forhold til bakterier, mener Rafoss.

– Etter at penicillinet kom i bruk i sykehusene på 1950-tallet, ble vi kanskje mindre

Yndig og velstelt

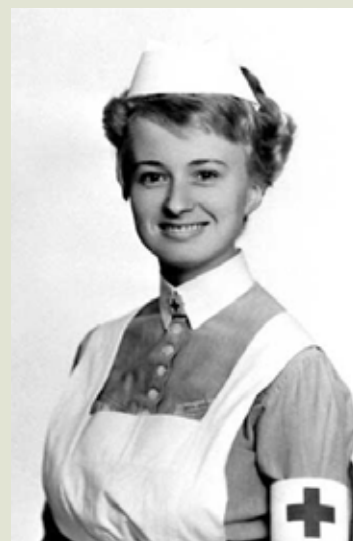
Sykepleieruniformen har en viktig funksjon og er historisk sett nært knyttet opp til et borgerlig kvinneideal. En kvinne skulle være yndig, velkledd og velstelt og unngå å skitne seg til. Også Florence Nightingale var opptatt av at sykepleierne skulle være skikkelige og pent antrukket. De tidligste sykepleieruniformene var svarte, inspirert av nonnens drakter, som et uttrykk for kyskhets og renhet.

Sykepleieruniformen var en viktig del av sykepleieidentiteten og på mange måter selve symbolet på sykepleieryrket. De ulike skolene hadde sine egne uniformer og sitt eget uniformsreglement. Men på 1970-tallet endret forholdet til sykepleieruniformen seg betraktelig. Bruk av uniform forsvant både ute i praksisfeltet og i psykiatrien og elevene fikk ikke lenger uniform fra skolen.

Kilde: Fause Å, Micaelsen A. *Et fag i kamp for livet. Sykepleiernes historie i Norge*. Fagbokforlaget, 1967.

FØR: Tre sanitetskvinner hos fotografen i 1928. Foto: Atelier KK/UiB

SENERE: Sykepleier fra Røde Kors i 1967. Fotograf: Norvin Reklamefoto/UiB





opptatt av håndvask og hygiene. Men nå er mange bakterier resistente og hygiene, håndvask og bruk av uniform er blitt viktigere enn noen gang.

Hun synes det er utenklig å ikke skulle bruke uniform i sykehus.

– Med uniformen forteller du omgivelsene at du er ansatt ved sykehuset og at du er ren. Det handler ikke bare om å beskytte pasientene mot smitte, men også om å ikke ta med seg mikrober fra sykehuset hjem.

Viser tilhørighet

Anita Wang Børseth, regional smittevernrådgiver, ansatt ved St. Olavs Hospital mener profesjonalitet og tilhørighet er stikkord for hvorfor sykepleieruniformen er viktig.

Tvert imot tror jeg det bidrar til å inngi trygghet og tillit.

Melder avvik

– På St. Olav ble retningslinjene for bruk av uniform endret til prosedyre i 2012. Hva innebærer det?

– Først og fremst at hvis en prosedyre ikke blir fulgt, kan man melde avvik.

– Så lenge det å bruke uniform bare er en retningslinje kan man egentlig ikke pålegge noen å følge den. Vi mente både det faglige, juridiske og etiske grunnlaget for å gjøre retningslinjene for bruk av uniform om til en prosedyre var til stede.

– Forstår du at sykepleiere kan ønske å pynte seg på jobb?

– Overhodet ikke, men jeg er jo hjernevasket, ler Børseth.

– Jeg ser det først og fremst fra pasienter og pårørende sitt ståsted. De vet at ringer, armbånd og klokke medfører økt smittefare og vil derfor oppleve det som støtende om sykepleier har det på.

Børseth har generelt ikke så stor forståelse for ønsket om å vise hvem man er på jobb ved bruk av klær og smykker.

«Vi selger oss selv på tre sekunder. Uniformen bidrar til dette.»

Liv Hellen Skjold Rafoss



– Ved å bruke uniform viser man at man tilhører en profesjon, man skiller seg ut som en yrkesutøver som tilbyr en tjeneste.

Børseth viser til at noen sykepleiere, blant annet innenfor psykisk helsevern, argumenterer for at de ved bruk av uniform hever seg over pasientene, i stedet for å være likestilt.

– Jeg mener at man ved å bruke uniform først og fremst viser tydelighet. Jeg tror ikke det å vise faglig autoritet er så farlig heller.

– Jeg mener jeget kommer i andre rekke. Her er det pasienter og pårørende som er viktigst, fastslår hun.

– Man kan jo sminke øynene, og på enkelte avdelinger går det greit å bruke små øredobber. Noen er nygifte og ønsker å vise fram ringen, men vi får flest klager fra helsepersonell som vil ha på klokke. Derfor prøver vi å ha klokke i alle rom på sykehuset. ■■■

susanne.dietrichson@sykepleien.no

USMINKET: Anita Wang Børseth har liten forståelse for at sykepleiere vil pynte seg på jobb. Arkivfoto: Lena Knutli



Les også fagartikkelen på side 48 som sammenlikner sykepleieres og flykabinpersonells forhold til uniform.



24 – Pasientene vet vi er her hele dagen »

24 Faren med langvakter »

28 NSF vil ha «den gode turnus» »

På Karmøy liker de langvakter, men andre steder blir det for slit-somt og dyrt, selv bare i helgene. Hva er hemmeligheten?

Tekst og foto Eivor Hofstad

A photograph of a female nurse with dark hair, wearing a white short-sleeved uniform shirt and a green lanyard, leaning over a hospital bed. She is looking down at an elderly patient with white hair who is lying in the bed. The patient is wearing a grey and black patterned sweater. The background shows a hospital room with a window and dark curtains. The lighting is soft and natural.

– Mindre stress



NYE TAKTER: Tre dager på, en uke fri, fire dager på og en uke fri. Randi Skartveit og Susanne Vilhelmsen blir trøtte i kroppen etter 14 timer, men synes turnusrytmen gir mer ro i hodet.

med langvakter →

«Pasientene vet vi er her hele dagen.» Randi Skartveit

Randi Skartveit ble syk da hun jobbet i halv stilling på en intensivavdeling. Hun har vært frisk etter at hun begynte i 90 prosent med langvakter på Veia sykehjem.

Tekst og foto **Eivor Hofstad**

Det er vår i lufta i det åpne og forblåste kystlandskapet på Veia, midt på Karmøy, denne onsdagen tidlig i mars. Sykepleier Randi Skartveit våger seg ut med bare armer sammen med pasient Arne Torbjørn Andersen. De spaserer raskt langs den asfalterte stien som snor seg gjennom en vinterblek sansehage, før de sier seg fornøyd. Andersen foretrekker å være innendørs og går videre til bingoen som holdes på dagavdelingen. Kanskje han vinner en pose chips?

Det splitter nye sykehjemmet på Veia åpnet 15. januar i fjor.

– Kommunen ønsket å prøve nye arbeidstidsordninger slik at man kunne tilby høyere stillingsprosent, forteller Rolf Rune Selsaas, virksomhetsleder ved Veia sykehjem.

Det ble diskutert fram en løsning med de lokale tillitsvalgte der Norsk Sykepleierforbund (NSF) fikk gjennomslag for krav om helgejobb maks hver tredje helg. Så gikk søknader sentralt til organisasjonene. Etter litt fram og tilbake hadde alle signert på en prøveordning med langvakter der hver vakt ligger mellom 13 og 14 timer, tre dager på, en uke fri, fire dager på og en uke fri. På stammespråket kalles det «langvakter i komprimert turnus». Alle stillingene er på 90 prosent, mens nattevaktene har 67 prosent.

– Noen synes vi er galne. Men de som var skeptiske har begynt å bli interesserte nå, sier Selsaas.

NSF har avtalt langturnusen ut året 2014, under forutsetning av at ordningen evalueres blant de ansatte og deres representanter. Det skal gjøres av Diakonhjemmet høgskole, og rapporten kommer innen utgangen av 2014.

– I en ansattundersøkelse for et drøyt halvår siden var det ingen som ville tilbake til gammel turnus, forteller Selsaas.

Helsefarlige langvakter

Nylig kom en oppdatert systematisk litteraturstudie fra Statens arbeidsmiljøinstitutt (Stami). Den går gjennom de siste års forskning på arbeidstid og helse og konkluderer at skiftarbeid og lang arbeidstid ikke er uproblematisk, verken for arbeidstakere eller pasienter. Det kan rett og slett føre til sykdom og ulykker (se faktaboks under).

Men Stami-rapporten sier også at lange arbeidsøkter kan fungere

bra, hvis det ikke blir mange på rad og det legges inn tilstrekkelig med hvilepauser. Spørsmålet er hvor grensen går. Slike ting kan være avhengig både av arbeidsbelastning på vakten, den enkelte arbeidstaker og andre tilrettelegginger som nok pauser og tilstrekkelig hviletid mellom vakter. Det ser ut som om Veia sykehjem foreløpig har klart å finne en god balanse her.

Det kom inn 200 søknader til de første 25 stillingene på Veia sykehjem. Selsaas kunne bare velge og vrake.

– De som søkte visste hva de gikk til. Det har vært en fordel for oss. En slik type turnus vil nok ikke passe for alle, derfor kan det bli en større utfordring å få den gjennom på allerede etablerte institusjoner og i mindre kommuner med bare ett sykehjem, sier han.

11 timer mellom vaktene

De er to pleiere på åtte pasienter. For å få turnusen til å gå opp, begynner første vakt klokka sju eller halv åtte og andre vakt begynner halv ni eller ni. Randi Skartveit har begynt ni i dag. Da startet hun med å pløye gjennom journalene fra nattevakten. Det gjør hun alltid under stille rapport, selv om hun gikk fra vakt seint kvelden før. 11 timers hviletid mellom vaktene har hun alltid, slik Arbeidsmiljøloven krever, noe som ikke alltid er tilfelle i ordinær tredelt turnus. Der kan det gå helt ned i åtte timer mellom kvelds- og tidligvakt.

I dag er det Skartveits tredje dag på vakt, og klokka skal bli 23.00 før hun kan komme seg hjem til familien: Mann og seks barn hvor den yngste er åtte år. De eldste har flyttet ut til studier og jobb. Gulroten er at hun da har sju dager til neste arbeidsbolk. 14-timersvaktene er alltid den siste i hver arbeidsperiode.

– Den første fridagen går til å ta seg inn igjen og hvile. Planlegger ikke så mye den dagen. Resten blir som vanlig fritid å regne, sier hun mens hun henter fram en matpakke hun har liggende i kjøleskapet på avdelingens kjøkken.

– I kantina kan vi kjøpe oss god mat. Noen ganger tar vi matpausen vår der, andre ganger inne på avdelingen og er tilgjengelige.

Heldigvis jobber mannen fra halv åtte til fire og kan følge opp med lekser og aktiviteter når hun er på vakt.

– *Neppe noe for aleneforsørgere?*



KAN TRENE: De ansatte har mulighet til å trene i hvilepausen, forteller virksomhetsleder Rolf Rune Selsaas.

Faren med langvakter:

- Funksjonsnivået reduseres ved lange arbeidsøkter, særlig for oppgaver som krever stor oppmerksomhet. Allerede etter 8 timer svinger kurven for ulykkesrisiko bratt oppover.
- Det er veldokumentert at risikoen for depre-

sjon og hjerte- og karsykdommer øker.

- Det er holdepunkter for økt dødelighet av hjerte- og karsykdom, særlig blant arbeidere med dårlig fysisk form.

- Det er veldokumentert at langvakter kombi-

nert med nattarbeid øker søvnforstyrrelser.

- Lange arbeidsøkter kan fungere bra hvis det ikke blir mange på rad og det legges inn tilstrekkelig med hvilepauser.

Kilde: Stami-rapport nr. 1, 2014



FRISKE: Arne Torbjørn Andersen og Randi Skartveit holder seg friske med dagens spaseretur i sansehagen. Sykefraværet på Veia ligger på 5,4 prosent, rundt halvparten av landsgjennomsnittet for ansatte i kommunehelsetjenesten.



Tema Langvakter

Vea-modellen:

- › Hver vakt varer mellom 13 og 14 timer.
- › Turnusen spenner over tre uker: Tre dager på, en uke fri, fire dager på og en uke fri.
- › Arbeid hver tredje helg og alt pleiepersonell har 90 prosents stillinger.
- › Alltid 11 timers hviletid mellom vaktene.
- › En og en halv times pause per vakt, inkludert ordinær matpause.

– Her jobber aleneforsørgere også. Folk i forskjellige livs- og familiesituasjoner.

Hovedtillitsvalgt for Norsk Sykepleierforbund (NSF) i Karmøy kommune, Anne Nilsen, mener at langvakter ikke nødvendigvis er verre for aleneforsørgere enn andre turnusordninger.

– De må organisere seg med ekstra barnepass ved vanlige turnusordninger også, men siden de går lange vakter blir det færre dager de er vekke fra barna, sier hun og berømmer kommunen for å prøve ut noe nytt.

Lite sykefravær

– Flere sykehjem i kommunen har prøvd ut langvakter i helgene med god erfaring. Det har vært på avdelinger hvor pasientene har en demensdiagnose. I Kopervik hvor de har økt grunnbemanningen i tillegg til at de går blandingsturnus, det vil si at noen går korte og noen går lange vakter, har sykefraværet gått ned, forteller Nilsen.

– Sykefraværet på Vea ligger på 5,4 prosent totalt for korttids- og langtidssykmeldinger, sier virksomhetsleder Selsaas.

Det er nesten halvparten av gjennomsnittlig sykefravær i norsk kommunehelsetjeneste, som lå på rundt 10 prosent i 2013, ifølge SSB. Selsaas regner med at det går opp snart.

– Vi får en del gravide i år. Det må vi bare se positivt på.

– De har vel så mye fri at de får mer tid til å lage barn?

– Det er vel heller det at de har fått ei lønn som er til å leve av, mener han.

Ved graviditet prøver Vea å tilrettelegge i en overgangsfase med kortere vakter.

Fikk ME

Før jobbet Randi Skartveit på en intensivavdeling i en halv stilling i tredelt turnus. Hun fikk ikke høyere prosent selv om hun ønsket det, og ble derfor nødt til å ta de ekstravakter som dukket opp underveis.

– Jeg trivdes godt, men det blir ingen forutsigbarhet når en må satse på ekstravakter. Til slutt sa kroppen min stopp. Tredelt turnus ga dårlig døgnrytme, som gikk ut over søvnen.

Skartveit hadde aldri vært syk, men nå kjente hun ikke kroppen sin igjen. Etter flere måneder med sykmelding fikk hun diagnosen ME. Hun var sykmeldt i et år, før hun kom i behandling. Hun ble så bra at hun forsøkte seg i jobb igjen, men ble ikke fritatt nattevakter, og kjente at hun måtte slutte. Det ble Vea sykehjem i stedet.

– Jeg var spent på disse langvaktene, men det fungerer fordi det er forutsigbart. Da blir det også mindre stress. Jeg merker at jeg blir trøtt i kroppen, men kroppen klarer å ta seg inn igjen. Jeg er frisk og fungerer bra.

HVILEROM: Randi Skartveit og kollegene bruker å låne en pasientseng på en tom avdeling når de skal ta den timelange hvilepausen.

Alternative arbeidstidsordninger

- › Vanlig arbeidstid er inntil 9 timer per dag, ifølge Arbeidsmiljøloven. Skal vaktene overskride dette, kan lokal tillitsvalgt avtale inntil 10 timer.
- › Overskrider vaktene 10 timer, kan det enten søkes om tillatelse hos Arbeidstilsynet eller avtales sentralt med arbeidstakerorganisasjonene.

- › Både Arbeidstilsynet og fagforbundene har vetorett.
- › Overskrider vaktene 13 timer, er det kun fagforbundene sentralt det kan avtales med.
- › Unntak gis vanligvis for et år om gangen, men kan gis for lengre perioder også.

«Det du begynner med om morgenen blir du ferdig med i løpet av vekten.» Randi Skartveit

Selv om det kan være en del stress i løpet av dagen, har de likevel ro over arbeidet. Hun merker roen på beboerne også.

– De vet vi er der hele dagen, og det blir en tilfredshet som er bra. Det jeg begynner med om morgenen blir jeg ferdig med i løpet av vekten, i motsetning til at andre må overta ved nytt vaktskifte. Ta prosedyrer som sårskift, for eksempel. Det er lettere å få det gjort litt utpå dagen dersom det ikke blir tid til det om morgenen.

Kjenner pasientene bedre

Gerda Antonsen og Knut Arne Hatløy, som bor på Veia sykehjem, trives bedre her enn på andre sykehjem de har vært på, der det har vært vanlig turnus.

– Men det er det samme for meg hvilken turnus de jobber etter, så lenge jeg får den pleien som trengs, sier Antonsen.

– Jeg tror ikke turnusen har så mye å si for pasienten, men det er rart ikke flere har prøvd denne ordningen. De som jobber her er i hvert fall veldig fornøyde, sier Hatløy, som har vært på fire ulike sykehjem siden han amputerte beinet sitt i 2013.

Susanne Vilhelmsen har to uker igjen av praksisen på Veia før hun må tilbake til skolebenken på sykepleierstudiet. Hun stortrives med langvaktordningen og merker stor forskjell på å jobbe på Veia og Åkra, et sykehjem hun har hatt en stipendordning på.

– Jeg føler jeg kjenner pasientene bedre her. På Åkra vet pasientene ofte ikke hva du heter. Det gjør de her.

Sikkerhetsrisiko?

Skartveit merker på seg selv at det er lettere å gjøre feil når klokka blir ni og hun har gått der i 13 timer.

– Men det er ikke mye avvik på medisinhåndteringen hos oss. Vi har gode rutiner på medisiner, og alt blir nøye kontrollert og dokumentert.

– De fagansvarlige sykepleierne sier det er lettere å ta tak i avvikene hos oss fordi det er færre ansatte å følge opp, sier Selsaas.

– Hvordan går det å skaffe vikarer til så lange vakter?

– Det virker greit. Her er mange faste vikarer, sier Skartveit.

Noen av de faste ansatte ønsker vikarvakter, og i friuken etter de fire vaktene på rad, kan de teoretisk jobbe en vakt uten at det blir overtid.

– Det er nesten så vi må begrense det. Men som de fleste andre steder kan vi også ha problemer med å skaffe sykepleiere som vikarer. Heldigvis har vi ikke noe problem med å rekruttere. Vi utlyste nylig en sykepleierstilling, og har allerede fått 13 søkere, forteller Selsaas.

Pårørende skryter

I andre etasje treffer vi på Siv Astrid Langåker, fagansvarlig sykepleier ved somatisk avdeling. All de fagansvarlige jobber vanlig arbeidsdag



BEDRE KJENT: Sykepleierstudent Susanne Vilhelmsen synes langvaktene gjør at hun kjenner pasientene på Veia sykehjem bedre enn dem på Åkra sykehjem hvor hun også jobber.

fra åtte til fire på hverdager. Hun lovpriser ordningen fordi det er blitt en annen ro. De får kontinuitet i jobben.

– Siden det ikke er vaktskifte midt på dagen trenger vi ikke noe rapportmøte. Det er de samme på jobb når jeg går hjem igjen, så jeg slipper å gi masse beskjeder. De pårørende skryter også fordi de liker kontinuiteten og har få folk å forholde seg til.

Er det ingen som er misfornøyde her? Sykepleien spør alle vi treffer hva de synes. En sier det til tider kan bli veldig slitsomt, og noen er



Hva krever NSF?

Norsk Sykepleierforbund krever at en rekke punkter er oppfylt før det inngås avtale om dispensasjon til lengre arbeidstid. Blant annet:

› Arbeidstidsordningen må være godkjent av de lokale tillitsvalgte.

› Det skal være frivillig å gå inn i ordningen for arbeidstakerne.

› Minst en time ekstrapause på lange dagvakter i tillegg til ordinær matpause.

› Ordningen skal være forsvarlig.



FÆRRE RAPPORTER:

– Det er de samme som er på jobb når jeg kommer som når jeg går, så det blir ikke så mange beskjeder å formidle, sier Siv Astrid Langåker, fagansvarlig sykepleier som jobber fra åtte til fire.

misfornøyd med et system for rullering slik at de må jobbe på ulike avdelinger.

Trenger hvilerom

Alle vi snakker med er usikre på hvordan det kommer til å bli når den avdelingen som i dag står tom, blir fylt med pasienter. I dag bruker de ansatte denne avdelingens pasientrom til å avvikle den times lange hvilepausen de har i to-tiden hver dag. Når det blir pasienter her også, vil de ha bare ett HMS-rom med en seng og en stol til å hvile i, fordelt på alle de 18 ansatte som er på vakt.

– Det betyr kjempemye å trekke seg helt ut av avdelingen og legge seg ned og lukke øynene, sier Skartveit.

Hun tror det har stor betydning for å jobbe i denne turnusen.

– Folk får være kreative og bruke bygget. Det finnes flere rom som kan brukes til å hvile på. Hvis det er ledig på opptreningsavdelingen kan man trene der i hvilepausen. Det er det flere som har begynt med, sier Selsaas.

Forkastet langvakter i Østfold

Flere andre sykehjem som har forsøkt langvakter bare i helgene, har forkastet det. Ved Gressvik sykehjem i Fredrikstad var bemanningen for knapp, og de ansatte ble for slitne. I Halden ble ordningen for dyr for kommunen, fordi de ansatte måtte ha tre timers pause totalt per langvakt.

– Per helg ble det mange timers ineffektivitet som kommunen måtte betale for, sier hovedtillitsvalgt for NSF, Inger Synnøve Brännvall. I tillegg syntes også de ansatte i Halden at det ble for slitsomt.

– Det gjaldt både de eldre og de yngre. Det var manko på folk og vanskelig å få tak i vikarer. De kunne bli alene med en døende pasient for eksempel, og fikk ikke tatt pauser, sier Brännvall.

– Hvorfor måtte de ha så lang pause når de ikke må det på Karmøy?

– Det var kravet fra Arbeidstilsynet da de søkte, sier Brännvall.

I Arbeidsmiljøloven er det ingen spesifikke krav til pauser, får vi vite sentralt hos NSF. Siden Veia sykehjem har søkt hos NSF og de andre fagforeningene, har de fått krav om en og en halv times pauser totalt.

Suksesskriterier

Hvorfor får Veia til det andre ikke klarer? Vi spør Selsaas om hva suksesskriteriene er. Han nevner flere ting:

- » Alle parter var løsningsorienterte og de startet med blanke ark.
- » De som jobber der har søkt seg dit, så ordningen er frivillig.
- » Det er en rimelig størrelse på kommunen, slik at de som ikke ønsker langvakter kan jobbe andre steder.



» De har sju dager fri, ikke bare en eller to som andre kan ha.

» De har bare en times hvilepause i tillegg til matpause.

– Ordningen er verken billigere eller dyrere lønnsmessig enn andre turnusordninger for kommunen, mener Selsaas.

Han vil ikke gå med på å si at ordningen har vært en suksess, selv om det etter et og et kvart år ser slik ut.

– Gi oss fem år, så kan vi si hvordan det fungerer, sier han nøkternt.

Stami vil forske

Stami har søkt om midler til et forskningsprosjekt innenfor studier av helseeffekter som kan skyldes langvakter i komprimert turnusordning. Her skal de ansatte på Veia og andre som går i vaktordning med komprimert arbeidstid sammenliknes med dem som går i vanlig åttetimers vakter fem dager i uka. De vil

NSF vil ha «den gode turnus»

NSF er positive til å prøve ut karmøyturnusen, men ønsker den ikke som mal.

Normalarbeidsdagen bør være åtte timer, sier forbundsleder Eli Gunhild By i Norsk Sykepleierforbund (NSF).

NSF har fått stadig flere avtaler om utvidet arbeidstid per dag/uke. Fra 2007 til i dag har forbundet sentralt inngått 347 slike avtaler fordelt på flere tariffområder, men flest i Spekter og KS.

Avtalene har svært ulikt innhold og varighet. I Norge er det kun Finnsnes omsorgssenter i Lenvik kommune som i 2011 inngikk en liknende avtale med NSF som Veia sykehjem på Karmøy. Her har de lang-

vakter inntil 13 timer, tre-fire dager i strekk og syv dager fri mellom.

NSF har også inngått flere avtaler om langvakter ved ulike boenheter/bofellesskap for psykisk utviklingshemmete. Ofte er disse ordninger som også inneholder passiv tjeneste, såkalt vakt på vaktrom.

– De siste årene har vi fått flere avtaler om langvakter kun i helger både ved enkelte sykehjemsavdelinger og sykehusavdelinger, sier Eli Gunhild By.

– Det virker som om Fagforbundet er strengere enn NSF med å



BINGO: – B for Bjarne tri. Tallet e tri, roper assistent Cecilie Danielsen ut på den populære onsdagsbingoen på Veia sykehjem.

«Gi oss fem år så kan vi si hvordan det fungerer.» Rolf Rune Selsaas

se på markører for mulig senere utvikling av hjertesykdom og teste konsentrasjon og hurtighet som igjen kan si noe om risiko for ulykker og skader.

– Vi får svar på søknaden i juni 2014, og hvis vi får prosjektet, vil det avsluttes i 2018, så det er en relativt langvarig prosess å få publisert dette vitenskapelig, sier Karl-Christian Nordby, avdelingsdirektør hos Stami. ■■■

eivor.hofstad@sykepleien.no

4 på gangen

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **privat**

Kan du tenke deg å jobbe slik de gjør på Veia sykehjem på Karmøy?



Nina Rydningen, sykepleier
Finnsnes omsorgssenter, Lenvik
– Jeg jobber allerede slik og stortrives. Vi har 85,45 prosents stillinger og jobber 13 timers vakter. Når jeg er på jobb får jeg det fulle overblikket, og i tillegg får jeg mye fritid. Men jeg er helt avhengig av å få den ene timen med hvile. Da skal jeg sitte med skoene av og føttene høyt, og i hvert fall ikke trenе! Fagforeningene burde stille krav om at det tilrettelegges et ordentlig hvilerom for alle når de inngår avtaler om langvakter.



Turid Nydahl, sykepleier
Kamfjordhjemmet, Sandefjord
– Tvert nei og atter nei! Jeg har jobba 12 timers helgevakter tidligere, og det var tidvis uforvarlig. Det var riktignok på en akuttavdeling med høyt tempo, og når det nærma seg 10 timer, var det nok. Alle ble sløve i hodet, det var ikke bare meg. På en avdeling her har de forsøkt langvakter i helgene, men måtte forkaste ordningen. Folk ble slitne og det var vanskelig å få inn vikarer.



Stefan Løvaas, sykepleier
Gressvik sykehjem, Fredrikstad
– Ja, fordi den fritiden det genererer utgjør store fordeler. Det gir både bedre kontinuitet overfor beboerne og bedre familieliv med sju dager fri. Vi forsøkte langvakter i helgene her i fjor, men forkastet det fordi de fleste mislikte ordningen. Det var kun jeg og en hjelpepleier som var for. Da jobbet vi bare hver fjerde helg. Fra mai må vi jobbe hver tredje helg og kanskje også hinkehelger, noe som er lite forenlig med familieliv.



Anne Kristine Breigutu, sykepleier, Røros sykehjem
– En gang i tiden syntes jeg slike vakter høstes interessant ut. Men nå er jeg blitt 60 år og tror ikke jeg orker det. Kveldsvaktene mine er på sju timer og tre kvarter, og de er lange nok. Det er mye gåing og kroppen blir slitne.

godkjenne langvakter?

– Det er kanskje fordi de i stedet sier ja til oftere helgejobbing. Våre medlemmer ønsker ikke å arbeide oftere enn hver tredje helg, da de opplever det som ekstra belastende i turnuser som fra før har mye ubekvem arbeidstid.

Den nye regjeringen har varslet oppmykning av arbeidsmiljølovens bestemmelser på arbeidstidsområdet, men NSF ser ikke behov for det.

– Vi ønsker ikke at ordninger med langvakter skal avtales lokalt. De lokale parter kjenner ofte ikke til lovverket og forskningen godt nok, dessuten kan de tillitsvalgte lettere bli presset. I NSF sentralt har vi høy kompetanse i å vurdere ulike arbeidstidsordninger, sier By.

NSF har definert «den gode turnus» basert på forskning. Elementene her er:

› Ansatte skal medvirke i utforming av turnusplaner.

- › Unngå lange vakter og sterk konsentrasjon av arbeidstiden.
- › Minimum 11 timers fri mellom vaktene.
- › Begrensning av de negative effektene ved nattarbeid.

«Vi ønsker ikke at ordninger med langvakter skal avtales lokalt.» Eli Gunhild By, NSF-leder

- › Vaktrotasjon med klokken.
- › Flest mulig helger fri.
- › Avvikling av spisepauser. ■■■



Dør ute

Les mer om:

32 Med litt for mye jern ›

36 Kuvøse i Nepal ›

38 35 år siden Reitgjerdet ›

42 Loser ledere ›

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

Rasende sykepleiere i KARLSTAD

Det stormer rundt sykepleierne ved akuttmottaket i Karlstad. De varslet i et åpent brev i mars om at pasientsikkerheten er truet fordi arbeidssituasjonen er så anstrengt. Kravet var blant annet høyere lønn for at ikke kompetanseflukten skulle fortsette. De ansvarlige fylkespolitikere avla akuttmottaket et besøk, gikk igjennom avvaksrapportene og kom til at pasientsikkerheten ikke er truet. De mener høyere lønn verken skulle føre til at sykepleierne rekker mer eller motvirke at sykepleierne forlater arbeidsplassen. I en pressemelding skriver politikere: «Å slenge dritt om organisasjonen uten korrekt dokumenterte påstander er derimot dårlig kultur og bidrar verken til fler sykepleiere eller høyere pasientsikkerhet». Nå koker debatten på sykepleiernes lukkede Facebook-gruppe: «Sjukskøterskor ryter ifrån». De aller fleste er rasende på politikerne.

Kilde: SVT



Leger varsler i GÄVLE

Sykepleierflukten ved akuttten på Gävle sykehus har ført til at pasienter forlates uten overvåking, prøver tas ikke og medisiner deles ikke ut når de skal, ifølge legegruppen innen medisindivisjonen. Nå vurderer legene å frasi seg det medisinske ansvaret, og har varslet i et brev til ledelsen.

På et drøyt år har 31 sykepleiere sagt opp og de har blitt erstattet av personale som mangler riktig kompetanse. Flere av dem kan ikke bruke medisinsk utstyr som pustehjelpemidler og defibrillator. Kritikken har også kommet fra leger ved operasjonsdivisjonen.

Kilde: Dagens sjukskøterska

DANSKENE kan pasientsikkerhet



ELIMINERT: På flere av de danske sykehusavdelingene som har deltatt i pasientsikkerhetsprosjektet, er trykksår en saga blott. Arkivfoto: Eivor Hofstad

Færre pasienter blir skadet og færre dør ved de fem danske sykehusene som har vært med i prosjektet Pasientsikkert Sykehus siden 2010. Sykehusene det er snakk om er Thy-Mors, Horsens, Kolding, Næstved og Hillerød.

Sykepleierne har en særlig viktig rolle i pasientsikkerhetsarbeidet, for eksempel i forebygging av trykksår og infeksjoner. På flere av avdelingene som har deltatt i

prosjektet, er trykksår eliminert. Og forebygging av lungebetennelse ved respiratorbehandling har gjort at forekomsten har sunket markant.

«Det avgjørende for pasientsikkerheten nå er at alle sykehusene implementerer metodene fra prosjektet», skriver de tre lederne i Dansk Sygeplejeråd, Lægeforeningen og Dansk Selskab for Patient-sikkerhed i en kronikk i Jyllandsposten.

6 AMERIKANSKE kneøvelser

Alle sykepleiere som løfter tungt vet at de må beskytte ryggen sin ved å bøye i knærne. Men det gjør knærne utsatt for belastningsskader. På www.nursetogether.com finnes seks enkle øvelser for å beskytte knærne ved å trene opp støttemuskulaturen rundt. Alle øvelsene er forklart med både filmsnutter og tekst.



Helsekrise blant INUITTER



Foto: Eric Bacega/NTScapix

Husholdninger i arktiske strøk i Canada har mer enn dobbel sannsynlighet for å oppleve sult enn majoritetsbefolkningen i landet. Det viser en rapport av Council of Canadian Academies.

De fleste som lever i arktisk Canada er inuitter, og dårlig tilgang til mat har vært et problem for dem lenge. I 2008 var det tre av fire inuittske barn som levde eller hadde levd i en husholdning med matvaremangel.

– Underernæring i de nordvestlige områdene har blitt et alvorlig og økende problem, som krever umiddelbar handling, sier forskerne bak rapporten.

De mener årsaken til økende

sult blant inuittene er sammensatt av flere faktorer, med røtter i kolonialisering. Økt forurensning og klimaforandringer har gått ut over jakt og selfangst. I tillegg skjer et skifte til mer moderne forbrukersamfunn med økt import av halvfabrikata og butikkmat, samtidig som materiell fattigdom øker. Transportkostnader av importert mat til de mest avsidesliggende områdene gjør at dagligvarer i butikk er svært dyrt.

Forskerne forslår at Canada innfører en garantert minstelønn for å bøte på problemet.

Kilde: NRK Sápmi

KENYA ansetter tusenvis av sykepleiere

Kenyas regjering har annonsert planer om å ansette 42 000 sykepleiere og jordmødre, samt 20 000 leger for å bøte på den store mangelen på helsepersonell. Helsedepartementet ønsker å ansette dem over en fireårsperiode. Dette er responsen på det kenyanske sykepleierforbundets advarsel om at landet står overfor en mangel på 40 000 sykepleiere fordi 13 000 skal pensjoneres og ytterligere flere tusen søker arbeid i utlandet, fordi de har for dårlig arbeidsmiljø og lønn i Kenya.

Kilde: Nursing Standard



BRITENE frykter for jobben

1 av 5 britiske sykepleiere er redde for å miste jobben sin, viser en liten undersøkelse gjort av rekrutteringsbyrået Ranstad Care. Resultatene kom fra en undersøkelse av 2000 britiske ansatte, hvorav 152 var sykepleiere. Frykten er økende. I 2007 var tallet fra en lignende undersøkelse 17 prosent og i 2009 var det 19 prosent.

Kilde: Nursing Standard



Nye autismetall fra USA

Autismespekterforstyrrelser har vært økende siden 1994, og nylig kom de siste tallene fra Centre for Disease Control (CDC) i USA som viste at forekomsten er høyere enn noen gang tidligere. En av 48 gutter og en av 189 jenter på 8 år har diagnosen i de elleve amerikanske statene som tallene er samlet inn fra. I gjennomsnitt gir det en for hvert 68. barn. Det nye estimatet er 30 prosent høyere enn det fra 2008 og 120 prosent høyere enn det fra 2002.

enn det fra 2002.

I gjennomsnitt diagnostiseres barn med autisme etter fireårsalderen, selv om studier har vist at man kan diagnostisere ved toårsalder.

På nettsiden til CDC finnes mye informasjon for helsepersonell som ønsker veiledning rundt autismespekterforstyrrelser og hva man skal gjøre dersom man mistenker at et barn kan ha en slik forstyrrelse.



Foto: Nils Lund Pedersen

Levende sykehusgulv til DANSKE barn

H. C. Andersen Børnehospital i Danmark har installert interaktive gulv. Gulvene fungerer som en skjerm hvor barna kan klikke seg rundt ved å bruke hender og føtter, og blir brukt til både lek og trening.

– For barn med funksjonelle lidelser betyr det at de kan bevege kroppen uten at det er fokus på den delen de har problemer med. Det er et godt alternativ til vanlig trening. Vi har det morsomt samtidig med at vi gjør noe fysisk, sier sykepleier Mia Røge Østergaard.

Kilde: Sygeplejersken

Riskhospitalet



Grethe Moe Vatne må jevnlig årelates.

Tekst Nina Hernæs Foto Erik M. Sundt

A woman with short, curly brown hair, wearing a black headband, glasses, and a black sweater, is seated in a blue medical chair. She is holding a white cup to her lips with her right hand, which has a large, ornate silver watch. Her left arm is extended, and a colorful blood pressure cuff is wrapped around her upper arm. A medical professional's hand is visible on the right, holding a small white device near her arm. The background is a plain, light-colored wall with a gold-framed picture and a white electrical outlet.

Med litt for mye jern



VÆSKE INN, VÆSKE UT:
Bioingeniør Kai Guttulsrød
klemmer av slangen blodet
har gått gjennom. 450 mil-
liliter blod er ute og Grethe
Moe Vatne erstatter noe av
den tapte væsken med vann.



Et raskt stikk, så strømmer mørkerødt blod ut av armvenen. 450 milliliter strømmer ut på 12 minutter. For Grethe Moe Vatne betyr det et energikick.

Hoper seg opp

Slapphet og tretthet er klassiske symptomer på jernmangel, men kan også bety det motsatte. Når Grethe Moe Vatne føler seg slapp og trett, når hun føler tankene går saktere og hjertet banker raskere, er det blitt for mye jern. Det hoper seg opp i kroppen hennes, og hun må jevnlig tappes for blod så ikke jernlagrene blir for høye. Hun har levd med overskudd av jern, eller hemokromatose, i mange år.

Opptak

Normalt har voksne mennesker 3–4 gram jern i kroppen. Mesteparten fins i de røde blodlegemene, resten er lagret i lever, milt og beinmarg. Jernet har flere funksjoner, blant annet for opptak av oksygen.

Ved arvelig hemokromatose tar tynntarmen opp for mye jern fra kosten. Og fordi kroppen har begrenset evne til å kvitte seg med jern, kan overskuddet bli svært stort. Jernet avleires i indre organer og det kan føre til forgiftning.

Vikingsyken

I 1979 trykket *The Lancet* en historie om en mann som ble stoppet i sikkerhets-

kontrollen før han skulle ut og fly. Det var ikke noe han hadde på seg som ga utslag, men noe han hadde inne i seg. Det viste seg at hans nivåer av jern var 20 ganger høyere enn det normale. Han hadde fått hemokromatose på grunn av hyppige blodoverføringer.

Men i de fleste tilfeller er hemokromatose en arvelig tilstand, som har vist seg å være mye mer vanlig enn man trodde. I Norge er hemokromatose den vanligste arvelige tilstanden.

Genmutasjonen, som er årsak til tilstanden, antar man har oppstått for over 4 000 år siden hos kelterne og ble spredd ved at folk flyttet på seg. En teori er at vikingene sto for en stor del av delingen på sine tokt til England, Island, Færøyene, Grønland og resten av Europa. Hemokromatose er mye vanligere i Skandinavia, Storbritannia og andre land briter og skandinaver har utvandret til enn i resten av verden, og fins nesten bare hos hvite.

Ordner selv

– Vi taper henne på samme måte som en blodgiver, forklarer bioingenør Kai Guttulsrød.

– Men blodet blir kastet.

Rutinert sørger han for å stase, stikke og overvåke blodet som kommer ut i en jevn strøm.

Her, på Diakonhjemmet sykehus i Oslo, er tapping av medisinske årsaker dagligdags.

– De er bare fantastiske, roser Grethe Moe Vatne.

Hun administrerer tappingene selv. Når hun føler på kroppen at det er på tide, stikker hun innom for blodprøve. Viser den for høye verdier, får hun time til tapping.

Mer kjent

Ifølge Sonia Distant, overlege ved avdeling for klinisk biokjemi ved Oslo universitetssykehus, er symptomene ved hemokromatose ofte diffuse.

– Jeg sier man skal se etter de tre A'er, sier hun.

– Asteni, eller tretthet, artralgi eller vondt i ledd og ALT, som er en leververdi. Leveren er det organet som oftest påvirkes av hemokromatose.

Hun opplever at både helsepersonell og pasienter er blitt mye mer oppmerksomme på tilstanden og trekker frem Helge Bell, som rundt år 2000 formidlet mye informasjon, blant annet i programmet Puls på NRK og i ukebladet Kvinner og klær.

Ifølge Distant ser man alvorlige utslag av hemakromatose som skrumplever og «bronsediabetes», som er diabetes forårsaket av jernavleiringer i bukspyttkjertelen, mye sjeldnere enn for 20 år siden.

– De fleste får diagnose tidlig og har en veldig god prognose, sier hun.

– Blir hemokromatose oppdaget på et tidlig stadium og blodtappingene sørger for at nivåene av jern er normale, tyder alt på at pasientene har like livsutsikter som de uten sykdommen.

Lettelse

For Grethe Moe Vatne begynte det med at hun var så trøtt. Ved totiden på formiddagen var hun helt ferdig. Først trodde hun det var fordi jobben var så travel. Men så syntes hun at det tok lengre tid å tenke. Reaksjonsmønsteret når hun kjørte bil ble tregere. Hun gikk til legen og sa hun ikke følte seg frisk. Blodprøvene viste solid overskudd av jern. For henne var det et paradoks. Hun hadde tidligere hatt for lave verdier av hemoglobin og spist jerntabletter. Det hadde aldri falt henne inn at hun kunne få et problem med for mye jern.

– Jeg hadde aldri hørt om hemokromatose, sier hun.

Sju måneder tok det å tappe jernverdiene ned til et normalt nivå.

– Det var en lettelse, sier hun.

– Jeg kjente jeg ble klarere i hjernen.

Nå taper hun hver andre eller tredje måned, innimellom oftere.

– Nå vet jeg hva det er som feiler meg, men det er fremdeles mye jeg ikke vet, sier hun.

Ikke rødvin

Noen uker etter tappingen tar hun imot hjemme på Frogner i Oslo. Sammen med Wenche Margrethe Myhre er Vatne engasjert i Norsk Hemokromatoseforbund. De ønsker begge at det skal forskes mer på hemokromatose.

– Hvis jeg får et symptom og spør legen om det kan henge sammen med hemokromatosen, er svaret «vet ikke», sier Wenche Margrethe Myhre.

– Det er veldig lite tilfredsstillende.

Hos henne ble sykdommen oppdaget fordi hun var så trett og nedfor. Hun hadde travle dager som journalist i NRK og levde sunt.

– Jeg spiste spinat og brokkoli og drakk rødvin, sier hun og smiler.

– Det blir alltid sagt at man må få i seg jern, men hos meg ble det feil. Jeg

«De fleste får diagnose tidlig og har en veldig god prognose.» Sonia Distant, overlege





ØNSKER FLERE SVAR: – Legene sier ofte de ikke vet når vi spør om symptomer kan henge sammen med hemokromatose, sier Wenche Margrethe Myhre og Grethe Moe Vatne.

føret sykdommen.

Nå begrenser hun inntaket av jernholdig mat. Rødvin byr henne imot.

Også hun har arvelig hemokromatose. Etter at hun fikk diagnosen, ble alle i familien bedt om å teste seg. Ingen hadde det. For å arve sykdommen, er det ikke nok med gener fra en av foreldrene, man må arve genmutasjonen fra begge. Og selv da er det ikke sikkert jernet vil avleire seg i kroppen. Hvorfor vet man ikke.

Men hun kom på historiene om tippoldefaren, som måtte ha igler hver fredag.

– Han hadde kanskje hemokromatose, tenker Myhre i dag.

Vil vite mer

Mange år med tapping har satt sine spor i blodårene hennes. Hun er så vanskelig å stikke at hun har sin faste bioingeniør på Diakonhjemmet. De har vurdert å stikke i beina, men det

vil hun unngå. Ideelt sett ønsker hun seg en tablett i stedet for all stikkingen.

Blodtapping er en enkel, billig og effektiv behandling. Ifølge Sonia Distant fins det medikamenter, men på grunn

«Jeg kjente jeg ble klarere i hjernen.»

Grethe Moe Vatne

av bivirkninger er man restriktive med å skrive dem ut så lenge blodtapping er et alternativ og pasienten tåler det.

Tappingen reduserer nivåene av jern, og kan også lette symptomer på hemokromatose. Men hvordan pasienter opplever effekten av tappingen, varierer. Noen føler det gir energi, andre blir slappe.

– Tappingen stopper nødvendigvis ikke en prosess. Det er flere ting som spiller sammen, sier Distant.

Hun sier også at det kan være van-

skelig å slå fast akkurat hvordan hemokromatose påvirker kroppen og hvilke symptomer som kan skyldes hemokromatosen og hvilke som skyldes noe annet.

Det er fremdeles mye man ikke vet om omsetningen av jern i kroppen.

– Vi har funnet ut mye de siste femten årene, men det trengs mer forskning for å forstå dette bedre. ■■■

nina.hernes@sykepleien.no

Kilder: Distant S, Robson KJ, Graham-Campbell J, Arnaiz-Villena A, Brissot P og Worwood M: The origin and spread of the HFE-C282Y haemochromatosis mutation og Hagve T-A, Åsberg A, Ulvik R, Borch-Iohnsen B, Thorstensen K: Hemokromatose – fra underdiagnostisert kuriositet til folkesykdom.

Hemokromatose

- » Økt opptak av jern fra tynntarmen som gir for store lagre av jern i flere organer i kroppen. Rammer oftest lever, bukspyttkjertel, ledd og hjerte.
- » Deles inn i primær og sekundær hemokromatose.
- » Den primære er arvelig og finnes nesten bare hos hvite.
- » Den sekundære er andre former for overskudd av jern.
- » Symptomene kan være forskjellige fra pasient til pasient. De vanligste er blant annet tretthet og leddsmerter. Mange har ikke symptomer.
- » Tilstanden utvikler seg langsomt. Dersom den ikke behandles, kan den føre til skader i ulike organer.
- » Behandlingen er først og fremst blodtapping.

Kilder: nhi.no og hemokromatose.no



KUVØSE PÅ NEPALESISK: På vei til utveksling i Australia var jeg innom et sykehus i Nepal, seksten timer med bil øst for hovedstaden Katmandu – til et sted med det klingende navnet Okhaldhunga! Det skriver Tone Klette Bøhler, sykepleierstudent på fjerde semester ved Høgskolen Diakonova i Oslo. Hver morgen ved sykehuset starter med en runde i et primitivt akuttmottak. To små tvillinger ligger bak gardinen i hver sin hjemmesnekrete kuvøse, en gutt og ei jente. De får næring via sonde. Gutten klarer seg nokså bra. Men jenta, i bildet, har vært dårlig og får væske intravenøst. Hun har kommet opp i 1,6 kg!

Mor ligger på et annet rom. Far sitter der tålmodig og følger med mens legene diskuterer videre behandling. De lurte på om det er varmt nok i kuvøsen. Etter et par minutter med fomlete prøving fra sykepleiere og leger kommer fars hånd diskret inn og fikser det hele på et blunk. De andre smiler litt fårete. Det at far er til stede er nokså spesielt. Tvillingene er 14 dager gamle, det betyr at familien har gått glipp av over fire uker med inntekt. Far er det man her kaller en anstendig mann. Han er i militæret og har mulighet til å få fri. De færreste er så heldige. Tekst og foto **Tone Klette Bøhler**



Bed No- 9 INC- I

सुचना। सुचना। सुचना।
यस Incubator को वही
200v जो है वही Temp
पूरा साथ वही OFF गर्नु
स (inc जो Temperature
मे) परनुहोस 30°C मन्दा
यो हुनुहुन।
Thank you!

«Denne mannen fortjente ikke straff, men Kongens gull!»

Tekst Bjørn Arild Østby

En 35 år gammel bekymringsmelding

Mannen det siktes til er sivilarbeider og lege Svein Solberg. Det er 35 år siden han gav ut boka «Rapport fra Reitgjerdet», en bekymringsmelding som var med på å forandre norsk psykiatri.

I utgangspunktet skal man være forsiktig med rangeringer som ikke lar seg knytte til målbare verdier, men mange mener at Reitgjerdet er den største sosialpolitiske skandalen i Norge etter krigen.

Rykter

Det verserte en del historier om uheldige forhold ved Reitgjerdet sykehus i 1960- og 1970-årene. I en rangering tidsskriftet «Hverdag» gjorde i 1978 over norske psykiatriske sykehus heter det: «1 av sykehusene, Reitgjerdet sykehus i Trondheim, oppfattes som så ekstremt dårlig at det ikke engang tåler sammenlikning med de dårligste av landets øvrige institusjoner.»

Institusjonen liknet en trykk-koker. Det hadde begynt å visle ettersom trykket økte, men fikk likevel koke videre. Hvordan var det mulig?

Journalist Johan O. Jensen i Adresseavisen trekker fram en hendelse i 1956 som mer enn noe annet var med på å «farliggjøre» institusjonen og pasientene der. En rømt pasient fra Reitgjerdet slo i hjel en seks år gammel gutt. NRK brøt inn i rikssendingene og ba trondhjemmerne innstendig om å få barna i hus.

– Dette skapte en farlighetsmyte som mange har trukket veksler på – eller retttere sagt, har levd på i tiår et-

ter tiår. Resultatet var at Reitgjerdet, landets eneste overregionale sykehus i psykiatri for særlig vanskelige og farlige sinnssyke menn, ble et sted der tiden sto stille. Mange av pasientene var der bare til oppbevaring, ofte gjemt og glemt, uten kontakt med familie og nabolag, underlagt hard brevsensur og sløvende medisiner. Dette sykehuset var varig stigmatisert så lenge det eksisterte, og det går altså langt tilbake.

Den som til slutt fikk det til å koke over, var en sivilarbeider ved sykehuset – lege Svein Solberg.

Sjokk

I 1977–78 avtjente han som nyutdannet lege siviltjeneste ved sykehuset. Det ble en sjokkartet opplevelse. Solberg oppdaget hvilke tragedier som lå bak Reitgjerdets pasienters innleggelser. Den medisinske og umenneskelige håndteringen av pasientene på Reitgjerdet gjorde at han høsten 1978 hjalp en pasient å rømme. Hensikten var å få offentlighetens lys på forholdene ved Reitgjerdet.

I mars 1979 gav han ut boka «Rapport fra Reitgjerdet» med en flengende kritikk av forholdene ved sykehuset. Her beskrev han blant annet en hverdag med utstrakt bruk av fotremer, om pasienter som ble mottatt til livslang oppbevaring, totalt fravær av behandling og om sensur av all ut- og inngående post.

– Hvis ikke Svein Solberg hadde trådd inn, når ville egentlig aktive tiltak bli tatt, og ville egentlig Reit-

gjerdet noen gang blitt nedlagt som sentralinstitusjon?

Spørsmålet ble reist av statens overlege i psykiatri på den tiden, Otto Steinfeldt-Foss, under et aktørseminar i 2010 om nedleggelsen av Reitgjerdet. Her deltok en rekke av de ansvarlige, både for drift og kontroll av Reitgjerdet sykehus og for den seinere nedlegelsesprosessen.

Rettssaken mot Solberg i Trondheim byrett i 1980, for å ha hjulpet en pasient å rømme, avdekket nye alvorlige forhold ved sykehuset.

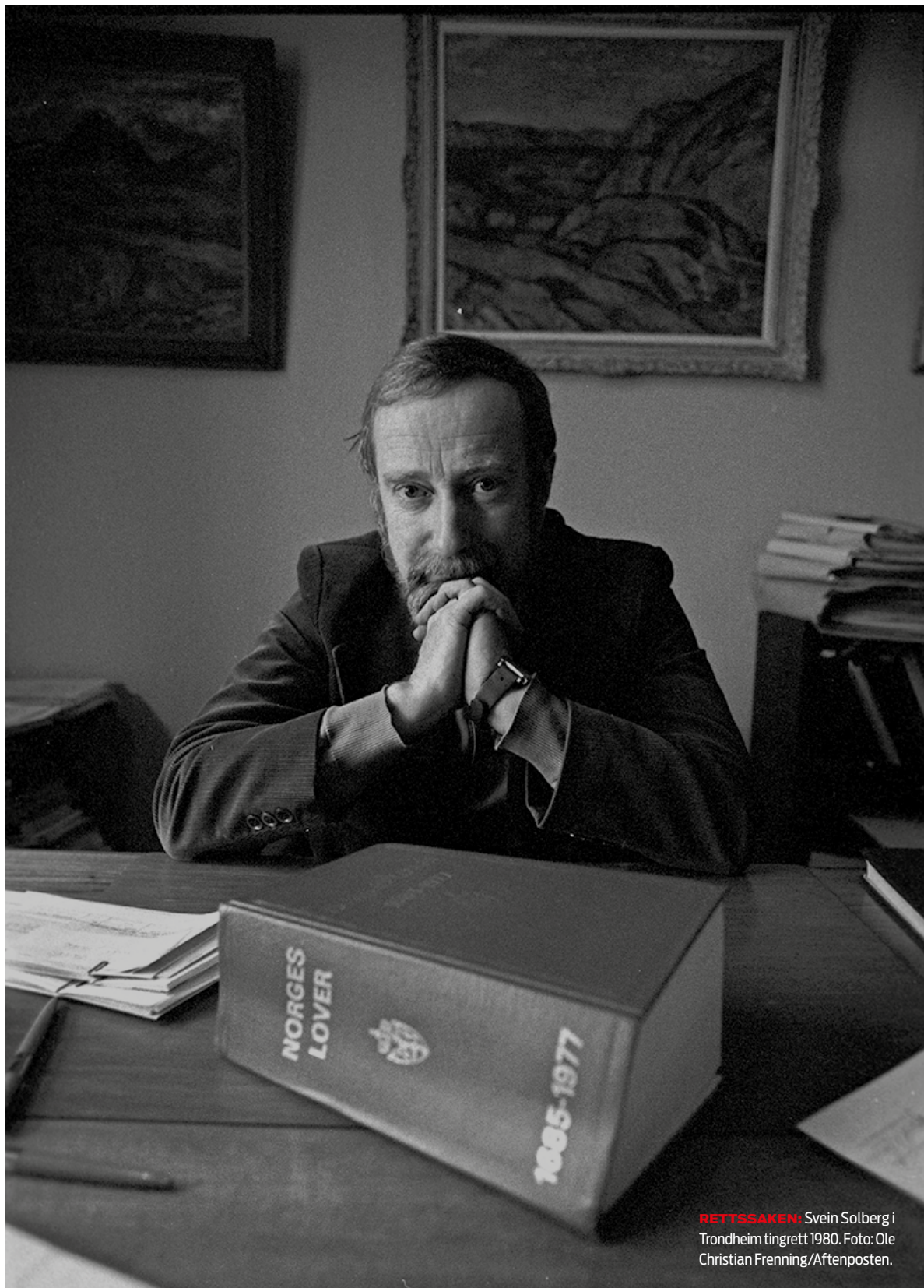
– Den virkelige skandalen oppstod under rettssaken mot meg i Trondheim tingrett, da opplysningene kom om at Reitgjerdets ansatte holdt gravøl med avdøde pasienters penger på Grand Hotel. Da raknet det, fortalte Solberg på samme aktørseminar i 2010.

Rømmingen, boka og rettssaken førte til en bred debatt om forholdene ved Reitgjerdet. Det ble nedsatt en undersøkelseskommisjon. Og i 1982 behandlet Stortinget driften ved sykehuset, og vedtok at Reitgjerdet sykehus skulle avvikles innen fem år.

At den sivilarbeidende legen som tok på seg byrden med å belyse situasjonen ved sykehuset, seinere var den eneste som ble straffet for å ha sluppet ut en soningsfange fra Reitgjerdet, oppfattet mange som grotesk og en bekreftelse på at de som varsler betaler en høy pris.

Selv konkluderte varsler under aktørseminaret:

– Jeg står ved det jeg har gjort. Det har kostet meg dyrt, men jeg har aldri vært i tvil.



RETTSSAKEN: Svein Solberg i Trondheim tingrett 1980. Foto: Ole Christian Frenning/Aftenposten.

Råtnet på rot

Reitgjerdet ble også benyttet som alminnelig psykiatrisk sykehus for fylker som ikke hadde plass til egne pasienter. Konsekvensene for disse «alminnelige» sinnslidende kunne bli svært alvorlige, etter som de ved Reitgjerdet ble behandlet som om de var potensielt farlige og voldelige.

– Så godt som samtlige pasienter ble lagt i reimer ved ankomst, for som assisterende overlege sa: «De er kommet hit fordi at de er alvorlig sinnslidende, og de har bevist at de er farlige, og de skal vite hva vi har å by.», forteller Trygve Aanjesen som jobbet som sivilarbeider sammen med Solberg. Også han nyutdannet lege.

Pasientene kom til en institusjon som hadde råtnet på rot. Det rådde et grunnleggende pessimistisk syn på pasientenes framtidsmuligheter. Her var samlet en gruppe mennesker som gradvis var blitt ribbet for elementære rettigheter.

Brevsensuren var total, bruken av tvangsmidler var overhengende. I 1977 lå 66 av 180 pasienter fastspent i til sammen 174 000 timer, tre pasienter alene i 5 000 timer hver. Det vil si åtte av årets tolv måneder. Dette står i Blom-kommisjonens granskingsrapport.

– Raffinert

Sykepleier Anne-Ma Ødegaard begynte som laboratoriesøster ved Reitgjerdet på 1970-tallet. Under aktørseminaret beskrev hun ifølge referatet forholdene ved sykehuset på følgende måte:

– Det var mange, ofte raffinerte måter å få pasientene til å virke farligere og sykere enn de var. Det var lett å behandle dem slik, for de hadde ingen rundt seg, ingen pårørende, fikk ikke en gang ha bilde av hjemstedet på veggen, ingen rettigheter å vise til. En tredjedel av dem lå i reimer, og den avdeling hvor dette var mest vanlig, var avdeling to hvor de fleste lå i reimer, kanskje døgnet rundt. De som fikk være oppe, måtte legge seg klokken 18.30, for da begynte natten. Det var reimer til hender, føtter og bryst, nesten alle fikk ha en



arm fri så de kunne nå urinflaska som sto på gulvet. Den drakk de ofte av, for de fikk ikke ha vannglass. Det kunne være farlig. Maten ble servert på gulvet eller på ei bøtte. De klaget over sår på ryggen, svettet mye og var tørste på grunn av medisinene. Jeg ba om at snekkeren kunne spikre fast en bordbit til senga som nattbord, men nei. Pasientene kunne, om de fikk komme på do, være så tørste at de heiv seg over doskåla og drakk sanseløst. En som prøvde å smugle inn en lue med navnetrekk av venner på, fikk denne straks konfiskert. Vinduene var malt for. De fikk ikke lesestoff.

«Den som trer inn her må la alt håp fare.» Dante

Sykepleieren fortalte også om morgenmøter hvor assisterende overlege satt og rev i stykker brev hele tiden, til og fra pasienter og til og fra kontrollkommisjonen.

Ødegaard opplevde senere at hun ikke var ferdig med det hun hadde sagt og gjort da saken var over. Hun opplevde stadig å bli møtt med sin befatning med Reitgjerdet-saken.

– Jeg har hatt forskjellige stillinger, og jeg har støtt på tidligere ansatte ved Reitgjerdet i ledende stillinger, og de sier rett ut at de hevner seg. Pasientene på Reitgjerdet ble ikke oppfattet som individer, men som en masse uten status. De var kort og godt i sykehusets vold. Og få interesserte seg for dem, fordi folk flest var redde for sykehuset og for Reitgjerdet-pasientene.

Eksemplene var mange. Svein Solberg forteller følgende:

– Hva med å bøte med 23 år i fengsel, det vil si Reitgjerdet sykehus, for å ha stjålet sykkel til broren? Han hadde også truet distriktslegen: «Jeg skal ta deg en gang, jeg, din jævel!» Distriktslegen følte seg så truet at han beordret innleggelse på Reitgjerdet sykehus, og der ble pasienten hele sitt voksne liv. Dette er ikke noe jeg finner på, det har faktisk skjedd, slår Solberg fast.

Reitgjerdet hadde i likhet med andre psykiatriske sykehus en kontrollkommisjon som var pålagt å inspisere sykehuset ved både varslete og uanmeldte besøk. Det tragiske var at også denne skansen sviktet.



BOKEN: Svein Solberg gav i mars 1979 ut boken «Rapport fra Reitgjerdet» på Pax forlag.



SYKEHUSET: Reitgjerdet sykehus ble nedlagt 1. juli 1987. Samme dato ble den regionale sikkerhets

Nedtrappingen

Etter de første høye rop for å gi publikum innsikt i en for de fleste ukjent verden, var det ikke lenger mulig å lukke øynene for de umenneskelige og mildt sagt uverdige tilstander disse psykiatriske pasientene ble utsatt for.

Våren 1979 ble psykiater Egil Bjarnar bedt om å gå inn i et vikariat for tidligere overlege/direktør Finn Brasch Larsen. Oppdraget var å få fart på nedtrappingen av sykehusets pasienter. Et overbelegg hadde mange år skapt problemer for driften.

De psykiatriske sykehusene ble på-

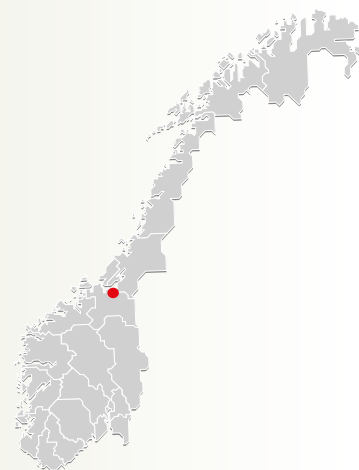
lagt halvårlige kontrollundersøkelser for å se om pasientene oppfylte vilkårene for å være tvangsinnlagt. Resultatet var at alle sykehusene fikk omgjort en rekke tvangsinnlagte pasienter til frivillig status. Det samme skjedde også på Reitgjerdet. Belegget gikk stadig nedover fra 200 i 1978 til 30 pasienter i 1980. Med unntak av fem pasienter var alle utskrevet i 1987. De fem nektet å forlate sykehuset fordi spranget fra den totale institusjon den gangen og ned til vanlig sykehusnivå var enorm.

I avviklingsperioden i 1980-årene mottok imidlertid sykehuset 125 nye



Fakta

1861: Reitgjerdet står ferdig, med 250 plasser.
1880: Egen avdeling for pasienter som var spedalske og sinnssyke.
1919: Stortinget vedtar at sykehuset skal omorganiseres til sinnssykeasyl for «særlig vanskelige og farlige sinnssyke» fra hele landet. Det «kriminelle proletariatet» må ut av de alminnelige asylene. I Reitgjerdet skal de farligste av de farlige isoleres.
1961: Kriminalasylet i Trondheim blir overført til Reitgjerdet og bygd ut til 260 senger.
1964-80: Fire legestillinger, hvorav to var besatt. Første sykepleier ansatt 1968. Fra 1972 sivilarbeidende leger, i gjennomsnitt to personer.
1973: 12 offentlig godkjente sykepleiere.



1973: Overlege/direktør Finn Brasch Larsen: «100-110 av totalt 230 pasienter fyller ikke Reitgjerdet-betingelsene om å være særlig vanskelige og farlige.»
1975: 200 pasienter, 100 pleierstillinger.
1978: Sivilarbeider og lege Svein Solberg hjelper en pasient å rømme.
1979: Svein Solberg gir ut boken «Rapport fra Reitgjerdet».
1980: 142 pleiere, hvorav 16 offentlig godkjente sykepleiere.
1980: Robak-utvalget anbefaler Reitgjerdet avvirket over fem år.
1980: Blom-kommisjonens gransking gir i det alt vesentlige støtte til Svein Solbergs kritikk.
1982: Stortinget vedtar at driften av sykehuset skal avvikes innen fem år.
1987: Reitgjerdet nedlagt 1. juli. Samme dato blir den regionale sikkerhetsavdelingen ved Sør-Trøndelag sykehus åpnet samme sted under navnet Brøset. Samme år konkluderer Høyesterett at pasientene fra Reitgjerdet har krav på erstatning på objektivt grunnlag.

avdelingen ved Sør-Trøndelag sykehus åpnet samme sted under navnet Brøset. Foto: Tom A. Kolstad/Aftenposten.

innleggelser. Over halvparten av disse var fra fengsel og politiforvaring. Da kom daværende justisminister Wenche Frogn Sællæg på banen og sa at hun og Stortinget hadde tatt feil: Det var ikke riktig å legge ned Reitgjerdet.

At det i perioden 1982 til 1985 var fem drapssaker knyttet til tidligere Reitgjerdet-pasienter var med på å forsterke kravet om å opprettholde Reitgjerdet.

Psykiater Einar Kringlen som har gått gjennom de fem sakene, hadde imidlertid en annen konklusjon:

– Ingen av disse tilfellene var det riktig å klassifisere som Reitgjerdet-

pasienter, som det ble gjort i avisene. Å gi befolkningen inntrykk av at hvis man bare hadde en stor Reitgjerdet-institusjon, så ville disse drapene vært unngått, var feil.

Utfallet ble at Trøndelagsfylkene ble enige om å føre virksomheten videre i fylkeskommunal form som regionale sikkerhetsavdeling ved Sør-Trøndelag sykehus, som åpnet 1. juli samme sted under navnet Brøset.

Kursendring

Avviklingen av Reitgjerdet sykehus markerte en kursendring i norsk psykiatri.

Det gjorde folk flest oppmerksomme på et de lukkede anstaltenes tid var forbi.

Reitgjerdet-saken er et grelt eksempel på hvor galt det kan gå når samfunnets utstøtte gjemmes behendig bort. Da ligger veien åpen for maktovergrep og andre ulovligheter. Med så mye motstand mot endringer, så vel innenfor som utenfor sykehuset, var det den gang illusorisk å tro at man kunne nå fram tjenestevei.

Det måtte en rømming, en bok og en rettssak til for å vinne fram. ■■■

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

Nina Hammeren Leistad

Alder: 53

Yrke: Arbeidsgiverløs

Arbetssted: NAV Arbeidslivssenteret Oppland

Loser ledere

Jeg jobber for et åpent og inkluderende arbeidsmiljø på arbeidsplassen.

Fortalt til **Susanne Dietrichson** Foto **Anne-Grete Fostås**

Min hovedoppgave er å støtte ledere som har ansatte med psykiske problemer eller rusproblemer. Dette skal både bidra til at den ansatte inkluderes på arbeidsplassen og til at ledere tar inn flere med slike problemer. Altså et lavterskeltilbud til bedrifter, slik at de ivaretar egne ansatte med psykiske problemer på en best mulig måte. Min bakgrunn som psykiatrisk sykepleier, behandler og leder kommer godt med i dette arbeidet.

En del virksomheter har inngått en samarbeidsavtale med NAV om å jobbe for et inkluderende arbeidsliv (IA). De får en egen kontaktperson i NAV Arbeidslivssenter som skal veilede i IA-arbeidet og bidra til at virkemidler blir iverksatt. Min funksjon er et supplement til arbeidet den IA-ansatte gjør. Arbeidsdagen består ofte av å følge IA-rådgiverne ut til bedriftene. I bedriftene veileder vi lederne og snakker med dem om psykisk helse på arbeidsplassen; både på individnivå og systemnivå. På individnivå gir vi råd om tilrettelegging for personer som sliter psykisk, for eksempel ved tilbakekomst etter en sykmelding. På systemnivå veileder vi med tanke på hvordan leder kan fremme god psykisk helse på arbeidsplassen og forebygge sykmeldinger.

Vi jobber mye med forebygging, for eksempel ved å kurse ledere, verneombud og tillitsvalgte, men blir også kontaktet i konkrete saker. For eksempel har jeg nettopp jobbet med en institusjon der en av de ansatte har ADHD, noe som førte til slitasje i personalgruppen. Det var IA-rådgiver som tok kontakt med meg, og vi diskuterte i første omgang om dette var en sak som lå under mitt mandat. Da vi kom frem til at det var tilfelle, tok vi et møte med avdelingsleder, verneombud og fagansvarlig. Vi reflekterte rundt problemstillingen og kom fram til en rekke tiltak. Jeg foreslo noen verktøy som kunne være til hjelp for leder, både i samtaler med den ansatte med ADHD og med de øvrige ansatte.

Tiltakene vi foreslår i de konkrete sakene varierer. Som vi sier: «Ingen er like, alle er unike». Dette gjelder også mennesker som sliter med psykiske problemer. Ofte er fysisk aktivitet et godt tiltak. Men det er først og fremst samtalen som er en nøkkelfaktor i arbeidet mitt. Her er trygghet, forutsigbarhet og åpenhet viktige stikkord. Det er viktig at ansatte som sliter blir sett på en god måte og får positive tilbakemeldinger. ■■■

susanne.dietrichson@sykepleien.no



Fag

bøker
& kultur



KOMIKERINTERVJU:
«Healerne er
blitt veldig
sinte.» Side 60



KORREKT ANTRUKKET: Disse sykepleierne fra Røde Kors om bord på hospitalskipet Vikig i 1923, stiller forskriftsmessig i uniform. Men hvor flinke er dagens sykepleiere til å følge uniformsreglementet? Foto: Atelier KK/Billedsamlingen UiB.

Side
48

Side
66

«Vi må ha en helsetjeneste hvor pasienten blir sett og hørt og ikke må be om omsorg.» **PER NORTVEDT**



FAG

Psykiatrisk sjukepleie

Nina Iren Måseidvåg, spesialsjukepleiar i psykisk helsearbeid ved Volda Distrikts-psykiatriske senter

Jan Inge Sørbo, professor ved institutt for sosialfag, Høgskulen i Volda

Tap av språk ved psykose

Psykiske liingar manifesterer seg ofte språkleg, gjerne i tap eller forstyrring av språkevne.

Forholdet mellom språk og psykiske liingar er eit stort problemfelt. Tilstandar som grensar mot psykose kan vera kjenne-teikna ved kaotisk språkbruk, kombinert med eit samanbrot i verklighetsoppfatninga. Som Michel Foucault peikar på, kan språkvanskar og variantar av afasi også vera kombinert med vanskar med å orientera seg i verda. (1). Lingvisten og filosofen Julia Kristeva observerer at depressive eller melankolske tilstandar gjerne manifesterer seg ved «den deprimeres diskurs: repetitiv og monoton» (2). Vi skal ikkje gå vidare inn i dette spennande, men vide feltet, men berre konstatere at psykiske liingar ofte manifesterer seg språkleg, gjerne i tap eller forstyrring av språkevne. Skjønnlitterære forfattarar som har skrive om menneske i psykiske grensetilstandar, observerer også dette. Ting og ord glir frå kvarandre, og det kan også gå nokre lange sekund før dei finn saman, skriv Göran Tunström i skildringa av melankolikaren Aron Nordenstam (3). Det å mangla ord for ein indre tilstand, kan i seg sjølv framstå som ei liing, og det å finna det rette ordet som ei mental forløy-sing. Strevet med å «gje det namnlause namn», som lyrikaren Olav Aukrust omtaler, har også ei slik side. Å ha sterke indre opplevingar, om dei

no blir fortolka som innsikt, visjonar, sjukdom eller forstyrring, og ikkje få gje dei uttrykk, er ein sjølvstendig risiko og ei påkjenning. Prosjektet var lagt fram for og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Utval og metode

Vi som skriv denne artikkelen, har observert dette på to ulike arenaer. Nina Måseidvåg er spesialsjukepleiar i tverrfagleg psykisk helsearbeid med lang klinisk røynsle. Jan Inge Sørbo er litteraturforskar med kjennskap til litterære rapportar om grensetilstandar. I 2010–2011 gjennomførte Måseidvåg ein kvalitativ studie av kommunikasjonsvanskar hos tidlegare pasientar som hadde opplevd psykosetilstandar. Informantane var no friske og velfungerande, og fortalde om sine røynsler med helsevesenet i tidlegare sjukdomsperiodar. Dei hadde alle opplevd tilstandar med psykose, og dei hadde opplevd ulike former for splitting mellom det dei tenkte eller opplevde og det dei var i stand til å seia. Gjennom kvalitative intervju med seks informantar kom det fram nokre kjerneerfarin-gar på dette feltet, som vi trur kan ha interesse både for forståinga av denne gruppa, og for det som er viktig i møtet med dei.

Intervju

Denne gruppa bestod av seks vaksne kvinner og menn som tidlegare hadde psykisk liing med psykoseerfaring. Vidare premisser var at liinga schizofreni som er meir langvarig, ikkje høyrer til utvalet. Utvalet kom frå fire ulike kommunar. Få respondentar opna for ein kvalitativ analyse-prosess der materialet var oversiktleg og hadde djupne (4). Utvalet av personar vart intervju-a av Måseidvåg slik at observasjonen av den non-verbale og verbale kommunikasjonen vart ob-servert samtidig. Intervjuaren la vekt på å lytte og vere open for det som vart fortalt utan å ha svara. Det vart også tenkt på å ha nøytral og lik påverknad til respondentane. Medvete val av sit-teplass og kroppsspråk under intervjuet hindra avstand, og det vart lagt vekt på å «tone seg

inn» dei første minutta for å fremja tryggleik og tillit i intervjuet. I starten fekk responden-tane snakke fritt nokre minutt og vart informert om formålet med studien og om lydbandet som seinare vart sett på (5). Dette var til hjelp både for intervjuaren og respondentane. Transkrip-sjonen vart utført av intervjuaren sjølv. Etiske omsyn vart teke omsyn til ved at respondenten var informert om at alle opplysningar knytt til han vart behandla konfidensielt og anonymt og at han kunne trekke materialet tilbake og det ville bli sletta. Han veit også at det vart skrive ut i tekst og analysert.

Forløp, rom og relasjonar

Temaet omkring språkløyse og psykisk liing var gjennom intervjuguiden strukturert gjennom tre dimensjonar: Gjennom forløpet av sjukdomsperioden, gjennom dei romlege forholda omkring erfaringane av språkløyse, og i rela-sjonane til dei ulike hjelpepersonane. Alt dette verka inn på opplevinga informantane fortalde om. Sist i artikkelen drøfter vi dette opp mot skjønnlitterære døme.

Første samtale

Slik er det for det første ein slåande skilnad på opplevinga i eit forløpsperspektiv. Intervjua et-terspurde korleis kommunikasjonen fungerte i den første samtalen, midtvegs i behandlinga og i den siste viktige samtalen med fagperso-nane. Dei sterkaste og vondaste minna kjem frå den første samtalen, ofte er det tale om tvangsinnlegging. Informantane fortel om angst, kroppslig uro, og manglande tryggleik i denne situasjonen. Det fører i nokon grad til at dei held tilbake det dei tenkjer. «Det var mykje dei ikkje var interessert i å høyre på», fortel ein av dei, «Så det sa eg aldri noko frå om». Dette har også med maktforholdet å gjera. I ein slik situasjon veit den innlagde at legen kan avgjera om han må vera tvangsinnlagt, og at det han seier kan verka inn. Difor teier han, også fordi han ikkje er heilt sikker på kva slags tankar han har. Dette er ein karakteristisk situasjon i

Hovedbudskap

Psykotiske tilstandar kan i mange tilfelle medføra ned-sett språkfunksjon. Artikkelen viser korleis språkevna blir påverka av blant anna opplevinga av makthierarki og den personlege relasjonen mellom helsearbeidar og pasient.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisningar på våre nettsider.

- Psykose
- Psykisk lidelse
- Kommunikasjon
- Litteratur



Foto: TT Nyhetsbyrå/NTBscanpix



Foto: NTBscanpix



Foto: Jonas Ekström

TRE OM SPRÅKTAP: Olav Aukrust (t.v.) skriv om strevet med å «gje det namnløyse namn». Michel Foucault (i midten) peikar på at språkvanskar kan vere kombinert med vansker med å orientere seg i verda. Göran Tunström skriv om språktap i si skildring av melankolikeren Arin Nordenstam (t.h.).

sjukdommens initialfase, også kjent frå faglitteraturen. Språkvanskane manifesterer seg ikkje som total tagnad eller afasi, men som eit intenst misforhold mellom det språket som er inne i medvitet og det som blir forstått av omgjevnadane. Språkleg er han ofte i fortid og i framtid og freistar å gi meining til det han opplever. Legen prøver å innhente opplysningar i her og no-perspektiv, men pasientane sine opplevingar er ikkje her og no. Fortellinga er prega av eit språkleg tomrom som kjem av noko ein ikkje forstår. Det er vanskeleg å finna meningsfulle felles skildringar for å beskrive opplevingane (6). Informantane kjenner seg att i uttrykket «det er et bånd der taler». Dette kan igjen føre til attendetrekking og språkløse. Andre snakkar i veg, i noko dei etterpå karakteriserer som eit kaos. Dei greier ikkje å konsentrere seg, og assosierer nærast ukontrollert. Samtidig kjenner dei seg skuffa over å ikkje verta forstått og at legen ikkje svarer på det dei seier, og etter ei tid kan dei trekkja seg tilbake.

Seinare samtalar

Under samtalan midt i opphaldet, og dei siste samtalan, er preget eit anna. Det er etablert betre kontakt og kommunikasjon, det er fleire kjende personar rundt den innlagde. I dei beste tilfella opplever dei ein reell og meir jamgod kommunikasjon, der dei blir høyrd, og der dei

greier å ta til seg det som blir sagt. Det sjokkarta og angstfylte som pregar innlegginga, særleg om det er tale om tvang, er borte. Men framleis spelar relasjonen, den personlege kjemien i høve til behandlaren, ei viktig rolle. Og audmjukande opplevingar, der dei enten ikkje blir høyrd, eller der synspunkta deira ikkje blir tekne med i vurderingane, kan gjera like vondt seint i opphaldet som tidleg.

Det at forløpet er så viktig, og at det syner seg signifikante skilnader mellom historiene frå første og siste samtale, er tankevekkande, og det er både godt og gale, for å seia det folkeleg. Det gode er at opphaldet har gjeve resultat, informantane gjer framgang gjennom opphaldet, og kan skrivast ut etter ei tid. Då ser dei mykje lysare på situasjonen enn når dei kom inn. Det problematiske er at ikkje alle på behandlarsida ser ut til å forstå den dramatikken dei gjennomlever i den sterkt sårbare innleggingsfasen. Det er naturlegvis ein krevjande fase også for personalet: alt skal gjerast rett formelt, papir skal fyllast ut og prosedyrar fylgjast. Det er også krevjande fordi pasientane naturlegvis både er forvirra, redde og delvis desorienterte. Det krev innsikt og finkjensle frå dei som tek imot dei. Men informantane etterlyser dette. Legane forstår ikkje budskapet fordi dei er oppteken av eit medisinsk perspektiv som er her og no relatert, og avskriv det som forvirring, dels rettar dei

på det. Det å ikkje bli forstått skaper meir fortviling og meir angst. Dei presenterer seg heller ikkje på nokon personleg måte, hevdar nokre av informantane, difor blir dei primært opplevd som rollefigurar, ikkje som personar. Tom Andersen (7) viser at det er viktig at menneske ved hjelp av samtalepartane finn ord og nytt språk som kan gi meining i det meningsløse dei opplever i psykotisk krise.

«Det å ikkje bli forstått skaper meir fortviling og meir angst.»

Likevel er det slik at måten ein blir teken imot på i den første samtalen kan ha viktige verknader for det vidare forløpet i behandlinga. Så trass i at det første møtet er svært viktig, og kan ha konsekvensar for korleis tilfriskninga vidare vil gå, verkar det ut frå desse informantane som at den kommunikative bereidskapen ikkje er god nok. Dels er dei innlagde for redde, dels kjenner dei seg audmjuka, dels kjenner dei seg avviste. Det får fylgjer for deira vilje til vidare kommunikasjon. Kva kunne ein seie til sitt forsvaret utan å misse all kontroll over seg sjølv og gå i oppløysing? Dei følte dei bevarte stoltheita si ved å halde tilbake noko.



Rom og makt

Den andre dimensjonen som trer fram i intervju-materialet, er tydinga av det romlege: kvar møtet med behandlaren skjer. Rom og materialitet er ikkje nøytrale storleikar, dei signaliserer maktforhold. Naturleg nok er dei mest negative opplevingane knytt til tvangsinnlegging på akuttavdelingar. Fleire av dei som vart lagt inn på open avdeling, opplevde innkomstsamtalen som vanskeleg. Dette er ikkje utan samanheng med at romma signaliserer særleg sterkt ved det første møtet. Ved tvang veit pasienten at no møter han den personen som kan avgjera om og kor lenge han skal vera på institusjonen. Det skaper både angst, kjensle av kaos og tilbaketrekning. Og det knyter seg til opplevinga av rommet. Ein av informantane reagerer ved å

forsterka fordi det skjedde ved innlegginga, på det rommet der pasienten kjenner seg mest avmechtig, og i den mest følsame fasen. Dette kunne vore teke opp seinare, og gjerne «nede på avdelinga. Når ein kjem seg ut av dei mest formelle romma, kan ein derimot snakka med til dømes «miljøterapeuten på tomannshand» fortelja korleis ein har det, og oppleva at ein blir teken imot. «Det er veldig godt, da», som informantene uttrykker det.

Rom og roller

Den romlege plasseringa heng saman med kven dei ulike aktørane er. Det er mange direkte kommentarar til yrkesrollene. Det knyter seg mest spenning og nervøsitet til legen. «Ein heilt framand lege, ein heilt framand person!» Dei som fortel om audmjukande opplevingar, knyter det direkte til kva slags yrkesrolle det er dei møter. Rollane er svært tydelege, og dei som kjem inn på avdelingane, ser ut til å lesa av hierarkiet så å seia omgåande. Enten dei fortel om positive eller negative erfaringar, så nemner dei alltid yrkesrolla. Dei ser etter kvart at dei sjølv har ulike roller i forhold til personalet: Dei snakkar om livet sitt med miljøterapeutane, og om medisinerer med legen.

Relasjonar og språk

No er det ikkje slik at dei negative eller positive rollene er mekanisk knytt til yrkesfunksjonane. Nokre informantar fortel at dei blir svært godt mottekne ved første møtet, fordi dei møter ein person dei straks får tillit til. Det er heller slik at dei maktfulle romma og stadene i seg sjølv forsterkar stress og kaos, og at måten legen tek imot på, av den grunn blir endå viktigare. I eit meir symmetrisk forhold, saman med andre pasientar eller i den daglege kontakten med dei ein er mest i lag med, er spenninga mindre. Når ein møter den som har makt til å avgjerda, er det både mindre tid og kortare veg til å kjenna seg avvist, og deretter velja tilbaketrekninga som strategi. «Det var vanskelegare å snakke med behandlaren og legen. Det var lenger avstand til dei. Det var lettare å snakke med miljøterapeutane i avdelinga. Det var bra, særleg når vi vart litt kjende. Lettare da». Ein annan informant viser til at sjølv tida på samvær tyder mykje: «legen er her berre av og til». Graden av språklege vanskar er altså knytt til kvar ein er i sjukdomsforløpet, kva slags rom ein er i, og kven i hierarkiet ein står i forhold til.

Den personlege faktoren

Men den tredje faktoren, personen, går delvis på tvers av rollane. Ein viktig faktor er kven ein har

god kjemi med. Ein kan oppleva ein brysk og streng lege, men også ein som straks forstår ein. Ein informant vart introdusert til sin primærkontakt ved innlegging i open avdeling. «Ho var berre heilt skjøn. Ho fekk meg til å slappe av med ein gong.» Her er det nok snakk om funksjonen, men først og fremst om den personlege faktoren. Sjølv om dei fleste opplever det som lettare å snakke med miljøterapeutane, som er meir saman med dei i det daglege, kan også det variera frå person til person. Dei som er strenge, og iretteset pasientane om dei ikkje deltar nok, får liten tillit. Dei som forstår skiftingane, ser pasienten og signaliserer positivt gjennom det heile, får betre omtale. Den personlege faktoren har mykje å seia, og særleg er desse pasientane vare for irettesetting i den situasjonen dei er i. «Dei må ha ein god personlegdom», som ein formulerer det. Det er altså ikkje berre rollene, det er i høg grad også personane som er viktig når informantane fortel sine historier.

Presise minne

Ein observasjon ein gjer når ein analyserer eit slikt materiale, er kor konsist dei tidlegare pasientane hugsar opplevingane sine. Fleire av dei fortel om til dels stor grad av forvirring og indre kaos når dei kom til sjukehuset. Men dette tyder på ingen måte at dei er mindre mottakelege for inntrykk. Tvert om; den urolege tilstanden gjer at sjølv små inntrykk kan slå sterkt inn, stundom prega av vrangforestillingar. Men den skjerpa merksemda som fylgjer med stemningar prega av angst i ulik grad, skjerpar også graden av sårbarheit. Det gjer at trongen for tryggleik, forstålege forklaringar, god personleg kjemi og taktfull kommunikasjon blir tilsvarande skjerpa. Dette kan samanliknast med tilstandar ein opplever i sorgprosessar: sanseopplevingane blir skjerpa og får ekstra sterk vekt, og det som i kvardagen kan oppfattast som detaljar, kan få ei sterk indre mening.

Forteljingane frå dei seks informantane inneheld ei rekkje interessante observasjonar. For det første at det finst eit samband mellom psykosetilstandar og språkvanskar. Når det er ein for sterk kontrast mellom medvit og omverd, opplever ein avmakt som kan føra til manisk tale eller tilbaketrekning og tagnad.

Dernest viser det seg at dei fleste opplever det som hjelp og forløyning når dei finn fram til nokon som kan høyra på deira forteljingar, og di meir dei blir i stand til å setja ord på det dei opplever, di mindre trugande og farleg blir det. Kor fort dette skjer, er avhengig av faktorar som

«Ein viktig faktor er kven ein har god kjemi med.»

setje seg så langt borte frå legen som mogeleg: «Det hadde mykje å sei det og at eg sat heilt opp i kråa – det var bevisst. Eg følte meg litt meir trygg når eg fekk sitte der liksom og prøve å gøyne meg vekk mest mogeleg».

Hierarki

Ikkje berre rommet, men måten aktørane sit på, gjer inntrykk på pasienten: «Du føler at alle ser på deg, og du har mest lyst å gå og grave deg ned, det er ikkje noko godt. Nei, legen sat på skrivebordet og dei to andre sat på ein sånn undersøkingsbenk ... og dingla med beina. Så tok dei alle tinga eg hadde med meg og, absolutt alt, og låste og ... alt var jo låst.»

Opplevinga av å koma inn i avdelinga i sterkt medteken tilstand, for så å få eit møte med den som avgjer framtida, inne på kontoret til legen, ser ut til å farge heile opplevinga av opphaldet. Fleire av informantane fortel at dei snakkar mykje lettare «nede i avdelinga», saman med andre innlagde og med miljøarbeidarane. Det romlege preget der understrekar ikkje på same måte det ulike maktforholdet. Det hierarkiske systemet i avdelingane blir svært tydeleg i dei informantane fortel. Dei som har makt til å setja diagnoser, leggja inn og skriva ut, er samstundes dei som har minst tid for pasientane. Difor opplever informantane seg på «framand grunn» når dei er på kontoret til legen, særleg i starten. Dei er også våre for irettesettingar når dei er i dette rommet. Ein av informantane fortel at legen skente på henne, fordi ho ikkje hatt møtt til terapitimen sin, og truleg også på grunn av rusbruk. Den negative opplevinga av dette vart

er heilt allmenne: om dei kjenner seg trygge, om dei har noko å snakke til som dei kjenner tillit til, og om dei opplever tilstrekkeleg avstand til maktaspektet i institusjonen.

Makt og språk

Gledeleg nok fortel dei fleste om gode prosessar, der dei etter kvart får hjelp med vanskane sine. Men det er også tankevekkande at fem av dei seks informantane fortel historier om audmjuking, der dei blir oversett eller misforstått på ein slik måte at det bremsar opp prosessen framover mot tilfriskning og enklare kommunikasjon.

Det er likevel interessant å merka kor våre pasientane er for makt, og for misbruk av makt. I forhold til kommunikasjon, vil maktmisbruk vera å oversjå pasientane som subjekt, overhøyra dei, eller irettesetja dei når dei prøver å verbalisera det som plagar dei. Det er når frykta er borte og dei kjenner seg trygge på samtalepartnaren at kommunikasjonen tek seg opp. Då blir det også lettare for dei å opna seg for korrektiv, dersom dei er offer for vrangforestillinger. Skarp irettesetting ved innlegging, som fleire fortel om, ser derimot ut til å setja dei utanfor kommunikasjonen, fordi dei låser seg i språkløys og tilbaketrekning, og dermed kjem seinare i gang med ein kommunikasjon som kan styrke tilfriskninga.

Språk og livsevne

Evna til å uttrykkja seg, språkleg og ikkje-verbalt, er direkte knytt til det Hans-Georg Gadamar omtaler som helsa sitt mysterium: at ein greier å oppleve ein eller annan form for heilskap. (8). Her er det slektskap mellom Gadamar hermeneutiske modell for å forstå heilskap, og Antonovskij's teori om at helse heng saman med evne til å oppleve ting i samanheng. Depresjon og mani er ulike og motsette former for forstyringar av denne evna; depresjonen «frys ned» evna til å sjå meningsfulle samanhengar, og manien produserer samanhengar som er illusoriske og desorienterende. Å få språket til å fungera igjen er dermed noko langt meir enn sosial olje i form av vennleg smalltalk, medan ein ventar på at medikamenta skal verka. Det rører ved sjølv kjernen i tilfriskningsprosessen, ein kjerne både Antonovskij og Gadamar omtaler som ei gåte eller eit mysterium (9,10).

Det er viktige debattar i helsevesenet om kor vidt ein brukar for mykje medikament, og om dette kunne erstattast med meir terapi (9,11). Vårt materiale gir oss ikkje haldepunkt for å seia mykje om dette. Men det materialet syner på overtydande vis,

er at det kommunikative aspektet er svært viktig i dei tidlegare pasientane sine forteljingar, og at det ser ut til å verka inn på tilfriskningsprosessen. Hemma språk kan fremme undertrykking i eit samfunn der normaliseringsomgrepet er for smalt og diagnosar kan vera med å låse språket i monolog. Det er difor all grunn til å lytta til desse pasientrøystene, så arbeid med psykiske lidningar ikkje held fram med å vera «fornuftens monolog over galskapen», (1), men heller utviklar ein dialog om eit felles spørsmål; kva det vil seia å vera eit menneske. Det er eit spørsmål som behandlar og pasient har felles, og der det ikkje gitt kven har svara. Men sjølv samtalen kan føra ut av ord ein stod inneklemt i, og saman med språket kan ein få att noko av fargane i verda. ■■■

REFERANSER

1. Foucault M. Galskapens historie i opplysningens tidsalder. Oversatt av Fredrik Engeldstad og Erik Falkum. Oslo: Gyldendal, 1996.
2. Kristeva, Julia. Svart sol. Depresjon og melankoli. Oversatt av Agnete Øye. Oslo: Pax, 1994.
3. Tunström G. Juloratoriet. Stockholm: Bonnier, 1983.
4. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Oslo: Universitetsforlaget AS, 2008.
5. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2009.
6. Christensen NB, Kaasing Nielsen S. Magtaspektet i terapeutpositionen. Tidsskrift Fokus på familien 2002; 3: 193–206.
7. Andersen T. Forord. I: Seikkula J. Åpne samtaler (2.utg.) Oslo: Tano Aschehoug, 2002.
8. Gadamer HG. The Enigma of Health. Stanford: Stanford University Press, 1996.
9. Antonovsky A. Helsens mysterium. Den salutogenetiske modell. Oslo: Gyldendal akademisk, 2012.
10. Paris J. Medisinering av psyken: en kunnskapsbasert kritikk av moderne psykiatri; oversatt av Kari Marie Thorbjørnsen. Oslo: Abstrakt, 2010.
11. Kolstad A, Kogstad R. Psykologisering av sosiale problemer, medikalisering av psykiske lidelser. Haugesund: Alpha forlag, 2010.



Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no



ULL TYNN

Sokker som ikke strammer

- klør ikke
- svært slitesterk
- tåler 60° vask

kr 298,- for 5 par

Enkelt å bestille i vår nye nettbutikk!

www.ametrine.no



FAG

Hygienesykepleie

Jorunn Andrea Brænd,
høyskolelektor ved Av-
deling for sykepleierut-
danning ved Høgskolen
i Sør-Trøndelag

Følger ikke uniformsregler

Sykepleiere følger uniformsregler i mindre grad enn kabinpersonell. Dette kan gi dårligere hygiene.

I denne artikkelen har jeg sammenliknet (1) sykepleieres og kabinpersonells bedriftsinterne uniformsreglementer. Herunder har jeg sett på opplæring i, holdninger til og etterlevelse av, samt ledelsens håndhevelse av reglene. Sykepleiere og kabinpersonells vurdering av uniformsreglementets betydning er ganske forskjellig. Hvorfor vil ikke sykepleiere følge uniformsreglementet? Hvorfor sanksjonerer ikke avdelingsykepleiere ansatte som ikke følger det? Hva skal til for at sykepleiere skal respektere uniformsreglementets hygieniske prinsipper?

Uniformsreglement

Svært mange sykepleiere kjenner ikke til uniformsreglementet i sitt eget helseforetak (1). Reglementet skal være et operativt dokument integrert i kvalitetssikringssystemet. Det bygger på Helsetilsynsloven, Smittevernloven, Forskrift om smittevern i helsetjenesten og Rettleiar til forskrift om smittevern i helsetenesta (2–5).

Sykehusdirektøren og alle ledere i linjen under, skal sørge for at uniformsreglementet blir fulgt og nødvendige sanksjoner iverksatt ved brudd. Faglig forsvarlighet er et absolutt krav. Ved St. Olavs Hospital HF ble retningslinjene for bruk av uniform i 2012 endret til en prosedyre, i tråd med dokumentert kunnskap og nasjonale og internasjonale råd (2–4,6). Dette

innebærer et tydeligere mandat til å sanksjonere og åpner for å melde avvik. Et viktig punkt er hensynet til hygiene som et ledd i pasientsikkerhet. Prosedyren beskriver blant annet forbud mot smykker, fingerringe og neglelakk og mot å gå barbert i sandaler og sko. Den fokuserer lite på uniformens stofflige kvalitet, snitt og farge. Dette er faktorer som kan virke inn på bærerens komfort i arbeidet og på pasientens opplevelse av profesjonsutøveren som er ikledd uniformen. Sykepleieres væremåte og «utseende» kan påvirke pasientens stemning, tillit og muligheter.

St. Olav Hospital HF's uniformsreglement (7) beskriver også religiøse plagg som hijab. Om-talen presenteres i en verdinøytral og praktisk form med vekt på hygiene. En hijab må kunne festes for å unngå fysisk kontakt med en pasient. Den skal ha lys farge som avslører flekker, og den må tåle vask på 60 °C.

Frigjøring

En uniform symboliserer organisasjonstilhørighet. Fram til 1970-tallet hadde sykehusets forstanderinne eller sjefsykepleier ansvaret for at uniformsreglementet ble fulgt. Vedkommende var ansvarlig for å bestemme hvordan sykepleiere skulle fremstå, både hva arbeidsantrekk, smykker og hår angikk. Sanksjonering ble praktisert i form av «tilsnakk». På 1970-tallet ble det opprettet egne stillinger som hygienesykepleier. De fikk et formelt ansvar for uniformsreglementet og sanksjonerte i samråd med avdelingssykepleier ved reglementsbrudd.

Formaliseringen av ansvar ble møtt av en tydelig motkraft på 1970-tallet. Dette var en «frigjøringsperiode» med opposisjon til en uniformspraksis som mange sykepleierelever opplevde som rigid og utdatert. Sykepleierelevne arrangerte «hetteaksjon» i protest mot å bære hvit hette. Aksjonen ble senere sett i sammenheng med økt medbestemmelsesmulighet i arbeidslivet, jamfør Lov om arbeidervern og arbeidsmiljø, 1997 (8). Med større hjemlet selv-råderett ble det populært blant både sykepleiere og elever å markere selvstendighet gjennom en

mer lempelig fortolkning av uniformsreglementet. Tendensen har vedvart. Brænd (1) fant at antall og type uniformsreglementsbrudd varierer betydelig med sykehus, sengepost og personlige preferanser. Avdelingssykepleieres forhold til reglementet og personlig lederstil preger den lokale etterlevelseskulturen.

Kabinpersonell

Flyselskapers kabinpersonell reguleres også av bedriftsinterne uniformsreglementer. Disse er detaljert utformet for å yte kunden maksimal sikkerhet og service. Selskapene motiveres av fornøyde reisende som velger samme selskap neste gang. I sine prosedyrer understreker de den tydelige forbindelsen mellom kabinpersonells framtrede og passasjerenes inntrykk av bedriften. Kabinpersonell betraktes som leveden

«Mange sykepleiere er lite fornøyd med uniformen.»

de reklame for selskapet i møte med kunden og markedet. Det forventes hundre prosent korrekt etterlevelse av reglementet. Sanksjonene ved brudd er strenge. En kabinansatt som bryter reglementet påtales på stedet og kan nektes å arbeide, med mindre iverksettelsen blir tatt til følge umiddelbart.

Skjønnhet og glamour

Jeg intervjuet tolv informanter ved tre norske universitetssykehus og tre skandinaviske flyselskaper, i et kvalitativt design med vekt på beskrivelser. Tre var mellomledere for sykepleiere, tre var mellomledere for kabinpersonell, tre var utøvende sykepleiere og tre utøvende kabinansatte. Bedriftenes geografiske spredning var stor.

Jeg valgte å sammenlikne sykepleiere med kabinpersonell på grunn av åpenbare likhetstrekk. Begge er kvinnedominererte serviceyrker med moderate lønninger, som følger turnus. ➔

Hovedbudskap

Sykepleiere er mindre flinke til å følge uniformsregler enn kabinpersonell. For svak uniformsdisiplin gjør at hygiene ikke er god nok. Reglementet er laget for å ivareta hygiene og sikkerhet og må følges opp mer aktivt enn i dag. Bedre etterlevelse kan sikres gjennom godt faglig lederskap og en sterkere forpliktelse fra den enkelte.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

➤ Hygiene ➤ Kvalitet ➤ Arbeidsmiljø ➤ Hms



Hovedoppgave

Artikkelen bygger på:

Teori: 50 %

Praksis: 50 %

DOI-nummer:
10.4220/sykeplei-
ens.2014.0051



DEN GANG DA: Var sykepleiere stoltere av uniformen sin før? Elever fra Menighetssøsterhjemmet i Oslo i praksis på Presteseter psykiatriske sykehus i Oppland. Foto: Menighetssøsterhjemmet/privat

Begge er avhengige av «kundens» tillit for optimal utøvelse og er historisk assosiert med altruisme – og glamour. Kabinpersonell har vært, og er, et «pust fra en sofistikert verden», og begge yrkesgrupper assosieres ikke sjelden med skjønnhet og tiltrekningskraft på motsatt kjønn (9). Begge arbeider i uniform og skal følge et uniformsreglement. De må kunne opptre profesjonelt ved standardrutiner som førstehjelp, katastrofeberedskap, evakuering og brannslukking. I tillegg må de beherske teknisk apparatur samt kunne berolige mentalt ubalanserte kunder i «hverdager» og i kritiske situasjoner.

Intervjuguiden besto i hovedsak av semi-strukturerte spørsmål om temaene uniformsreglement, bruk av uniform i arbeid, personlig utsmykning i arbeid, ditt yrkes status og tillit til deg som servicearbeider. Guiden inneholder også enkelte tabeller for gradert avkrysning. Jeg benyttet tilleggsspørsmål ved behov.

Materialet avdekket tre tydelige temaer: 1) Opplæring, 2) Etterlevelse og 3) Håndhevelse av reglement. Jeg kategoriserte dataene inn i disse, fortolket dem og sammenfattet dem. Resultatene viser at de to bransjene vurderer uniformsreglementets betydning svært forskjellig. (Se tabell 1)

Resultatet av undersøkelsen viser at sykepleiere ofte bryter uniformsreglementet, mens kabinpersonell bryter det svært sjelden. Sykepleieres brudd er knyttet til vegring mot å la seg regulere av autoriteter. De vil selv avgjøre hva som er rett og gal praksis. De fleste avdelingssykepleiere er mest komfortable med en ikke-autoritær lederstil. De liker ikke å korrigere underordnede.

Diskusjon

Fordi kabinpersonell er fornøyd med, og trives i uniformen, er de lite opptatt av individuell utsmykning utover det tillatte. De har rik anledning til å kombinere ulike deler av uniformen og til å bruke et visst antall smykker og armbåndsur, pynt som sykepleiere har forbud mot. Kvinnelig kabinpersonell kan boltre seg i feminine uttrykk, og tøyer ikke uniformsreglementets grenser.

Lite feminin

Mange sykepleiere er lite fornøyd med uniformen. De er opptatt av at den skal gi god bevegelsesmulighet kombinert med en opplevelse av å være pent kledd. Kanskje skulle helseforetakene tilby sykepleiere en mer smakfull uniform som understreker kjønnsidentitet framfor kjønnsnøytralitet? En del kvinnelige sykepleierstudenter kan ønske en klassisk, feminin «sister uniform», av typen som ble brukt i England



Sykepleiere	Kabinpersonell
Sykepleiere i sykehus får ikke opplæring i uniformsreglementets innhold og betydning. Sykehusenes opplæring er tilfeldig og ikke satt i system.	Alle kabinansatte får opplæring i uniformsreglementets innhold og betydning. Flyselskapenes opplæring inngår i et kvalitetsprogram bestående av obligatoriske kurs med påfølgende eksamen.
Sykepleiere etterlever, og deres ledere håndhever, uniformsreglementet i liten grad. Sykepleiere tar hensyn til reglementet etter eget for godtbeholdende, ut fra sin individuelle «lyst».	Kabinansatte etterlever, og deres ledere håndhever, uniformsreglementet i stor grad. Flyselskapenes uniformsreglement introduseres som en udiskutabel standard som kabinpersonell skal respektere, og som de overholder.
I sykehus er det svært alminnelig at både sykepleiere og deres ledere bryter uniformsreglementet.	I flyselskapene bryter kabinansatte og deres ledere svært sjelden uniformsreglementet.
I sykehus får reglementsbrudd sjelden konsekvenser for den som gjør avviket. Sykepleieleidere foretrekker å arbeide holdningsskapende framfor å påtale konkrete brudd. De velger eksempelvis å diskutere uniformsreglementet med sykepleierne i et avdelingsmøte framfor å påtale avviket når det skjer.	I flyselskapene påtales og håndheves avvik fra reglementet umiddelbart. Kabinansattes leder, eller en purser med delegert myndighet, gir en advarsel på stedet. Det forventes til enhver tid hundre prosent korrekt etterlevelse fra kabinansatte.
Halvparten av sykepleiere har ikke motforestillinger mot personlig utsmykning i klinikken til tross for kunnskap om smitterisiko.	Både kabinpersonell og deres ledere omtaler uniformsreglementet som viktig. Uniformen, som er hensiktsmessig og pent utformet, forplikter dem til å utføre arbeid av høy kvalitet.
Alle sykepleiere er stolte av yrket sitt. De er ikke stolte av uniformen, som noen kaller en «lekedress». Selv om de fleste betegner uniformen som lite pen så opplever de uniformen som hensiktsmessig fordi den tydeliggjør sykepleieres yrkesidentitet og deres faglige posisjon i møte med pasienten.	Alle kabinansatte er stolte av yrket sitt. De er også stolte av uniformen sin. Kabinansatte mener at uniformen representerer et selskap som de identifiserer seg sterkt med.

TABELL 1: Sammenlikning av sykepleiere og kabinpersonell

helt frem til cirka 1990. Den har et snitt som skrår inn fra brystet og markerer midjen for så å skrå ut igjen over hoften. Den har trekvart lang erme, stopper under knærne og avslører dermed leggene, i motsetning til en moderne uniform med lange benklær. Uniformen er å se i den britiske serien Heartbeat (Med hjertet på

rette staden). Mannlige sykepleiere har beskrevet uniformen som «unisex» og «kjønnsløs». De små mulighetene sykepleiere har til å kle seg elegant i en uniform som åpenbarer det kroppslig individuelle, kan dempe lysten til å etterleve en prosedyre som begrenser ønsket om å fremstå «skjønn» utenpå, ikke bare inni. Om

sykepleiere liker arbeidsantrekket, vil de lettere kunne akseptere «bare uniform», uten pynt. En sykepleier som er tilpass med sitt ytre kan være mer raus med å gi oppmerksomhet, service og være imøtekommande overfor pasienter. Funn fra min hovedoppgave viser at sykepleiere bryter reglementet for å glede seg selv og pasienter. De kan bruke ureglementerte fargerike sokker for å glede barn. Når sykepleiere bare opplever en svak forpliktelse til å følge sykehusets uniformsreglement, beveger vi oss inn i et moralsk felt der hensynet til en selv går foran hensynet til sin neste.

Kampanjer

Det kan se ut som om pasientsikkerhetskampanjer og smittevernkampanjer iverksatt av ledere i sykehus i senere år har hatt en viss effekt mot reglementsbrudd. Aksjonene tar utgangspunkt i en klar forbindelse mellom sykepleieres manglende etterlevelse av uniformsreglementet og smitte av pasienter. Pasienter behøver på sin side tillit og interesse fra sykepleiere, og vil nødig risikere å miste den ved å melde om bruk av ring eller armbåndsur, selv om de vet at smykene øker sjansen for å bli påført smitte. Avviksmelding blir først aktuelt dersom en sykepleier ikke tar en rettesettelse fra avdelingssykepleier til følge og endrer sin praksis.

Liv og død

Det kan være sykepleiere opplever at bekledning er en bagatell i forhold til krevende oppgaver som fordrer sykepleieres fulle oppmerksomhet, et arbeid som noen ganger kan dreie seg om liv og død. Det går fort å ta en selvstendig risikovurdering og tenke at man er så god til å sprite at akkurat min ring ikke utgjør noe problem. Det kan se ut som om helsepersonell gjerne vil tro at de er flinkere til å utføre håndhygiene enn de faktisk er.

Leders ansvar

Resultatene peker på utfordringer ved utøvelse av lederskap i en sykehusorganisasjon med stor avstand mellom den øverste ledelsen og sykepleieren, og stor variasjon i antall reglementsbrudd mellom sykehus og avdelinger. Ulike sengeposter beskriver lokale kulturer med egne etterlevelseshandhevesnormer. Kvalitetssikringsprogrammets påbud har ikke i seg selv nok styrke til at sykepleiere etterlever det, eller til at avdelingssykepleier håndhever det. Nøkkelpersonen her er avdelingssykepleier som har ansvaret for at prosedyrer og retningslinjer blir overholdt. Vedkommende er også retningsviser og rollemodell for sin stab. Det avdelings-

sykepleier selv etterlever overholdes også av de andre i sengeposten om hun eller han innehar tilstrekkelig respekt samt lyst og evne til å lede. Men mange avdelingssykepleiere opplever korrigerende av underordnede som ubehagelig. De fleste tar ikke affære ved brudd; «den enkelte sykepleier har jo selv sunt folkevett», sier de. Mange avdelingssykepleiere mangler formell lederutdanning, og et hjelpende trykk ovenfra er heller ikke alltid til stede.

Profitt

I markedsorienterte konkurranseutsatte bedrifter som flyselskaper synes dette å være annerledes. Bedriftens mål er profitt, og servicestandard måles ved markedsundersøkelser flere ganger årlig. Kabinansatte beskriver en klar sammenheng mellom betydningen av regelverk, egen innsats og suksessfulle resultater. Som en naturlig konsekvens av dette innordner de seg reglementet.

Offshore

Arbeidsmiljøloven (8) har bestemmelser om systematisk sikkerhetsarbeid. Loven regulerer også arbeidstakers rett til, og noen ganger plikt til, å varsle om kritikkverdige forhold. I Norge har kanskje særlig offshorenæringen vært langt fremme i å etablere gode rutiner, som for eksempel at ureglementert bekledning påtales av kollegaer, både direkte til den det angår og videre i systemet. Tanken er at den som gjør feil ikke skal straffes, men at alle skal hjelpe hverandre til bedre etterlevelse. Noen ganger kan også varslere bli belønnet. Dette er kostbart ved at det krever tid fra hver enkelt. Et slikt omfattende kvalitetssystem vil være krevende i sykehus med knappe ressurser og strenge prioriteringer.

Kollektiv forpliktelse

Sykepleieryrket er ikke lengre et kall, men en jobb som mange andre. Da skulle det være enklere å innordne seg direktiver fra ledelsen. Kanskje er likevel noe av kallstanken der? Sykepleiere jobber direkte med sine «kunder» og får ofte takken ved senga. De får ikke lenger avsatt mye tid til ideell linjekommunikasjon som for eksempel medarbeidersamtaler. Sykepleiere opererer i stor grad individuelt med utgangspunkt i tillært fagkunnskap og skjønnsvurdering i øyeblikket. Styrket kollektiv forpliktelse kunne forbedret sykepleieres etterlevelseshandhevespraksis.

Konklusjon

Om sykehus ønsker uniformsreglementet virkelig gjort, blir utfordringen å nærme seg

flyselskaperens udiskutable forpliktelse rundt etterlevelse og håndhevelse. Sykehusdrift er kostbart. Kvalitetssystemer representerer noe av utgiftssiden og er bare nyttige om de følges opp og forankres på alle nivåer i organisasjonen. Uklart definert eller oppfattet myndighet kan hindre god etterlevelse og nødvendige sanksjoner. Nulltoleranse ved reglementsbrudd vil medføre at færre pasienter blir smittet og blir sykere og at utgiftene til helsetjenester blir mindre. Godt faglig lederskap og en styrket individuell forpliktelse vil forbedre sykepleieres etterlevelse av reglementet til beste for pasient og samfunn.

Når et uniformsreglement er utarbeidet av hensyn til hygiene og sikkerhet så bør det ikke ligge passivt som sovende paragrafer, men bli

«Sykepleiere bør lære av kabinansatte.»

aktivt fulgt opp. Sykepleieres smykker, ringer og armbåndsur påfører pasienter sykehusinfeksjoner og derav unødig lidelse, økt liggetid og død, og øker samfunnets utgifter til helse. Sykepleiere bør lære av kabinansatte, og uselvisk gjøre sitt aller beste for kunde og samfunn også på dette området. Dette til tross for at arbeidet må utføres i en uniform sykepleiere ikke nødvendigvis liker og ikke har lov til å «pynte opp». Sykepleieres markering av individualitet gjennom bruk av pynt bør skje på fritiden. ■■■



Se også artikkel på side 20.



REFERANSER

1. Brænd J. Uniform, regelverk og ledelse. En sammenliknende studie av sykepleiere og kabinpersonells opplæring i holdninger til, bruk og oppfølging av gyldig uniformsreglement i et markedsorientert perspektiv. Hovedoppgave. Oslo: Institutt for sykepleievitenskap, Det medisinske Fakultet, Universitetet i Oslo, 2002.
2. Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven). <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1984-03-30-15>.
3. Lov om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernsloven). <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55>.
4. FOR 2005-06-17 nr. 610: Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten. HOD (Helse og omsorgsdepartementet). <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-06-17-610>.
5. Rettleiar om smittevern i helsetenesta (2006). Kapittel 2.2 Grunnleggende smitteverntiltak, standardtiltak 7: Tekstilar, inklusiv arbeidsdrakt (s. 21-23). Nasjonalt folkehelseinstitutt.
6. Smittevern for vaskerier som behandler tekstiler til helseinstitusjoner (mars 2011). Norske vaskeriers kvalitetstilsyn.
7. Arbeidsantrekk for ansatte ved St. Olavs Hospital, 2012.
8. Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven). <https://www.google.no/#q=5%09Lov+om+arbeidsmilj%C3%B8%2C+a+rbeidstid+og+stillingsvern+mv.+%28arbeidsmilj%C3%B8loven%29>.
9. Ewing E. Woman in uniform. London & Sydney: B.T. Batsford Ltd., 1987.



Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no



FAG

Psykiatrisk sykepleie

Nils-Inge Strønen,
psykiatrisk sykepleier,
ved Alna DPS og Lovi-
senberg DPS

Regulerer følelser

Toleransevindu kan benyttes som affektregulerende tiltak for pasienter med personlighetsforstyrrelse.

De siste årene har det vært økt oppmerksomhet og satsing på traumeforståelse i psykiatrien, og for å spre denne kunnskapen har man opprettet regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS).

Bakgrunn

Ved Alna DPS, Gruppeseksjonen, erfarte vi at tilbudet til pasienter med traumesymptomer ikke var godt nok. Flere pasienter opplevde behandlingen som belastende. Vi har derfor utviklet et stabiliseringskurs for pasienter med traumesymptomer. Samtidig har vi satset på mentaliseringsteori inspirert av Bateman og Fonagy (1). Ullevål universitetssykehus startet med mentaliseringskurs for pasienter i 2006. Institutt for gruppeanalyse (IGA) tilbyr to års modulbasert utdanning til helsepersonell. En viktig del av dette kurset er den mentaliserende holdningen til kommunikasjon. Det vil si å være spørrende, nysgjerrig, fantasierende og utforskende i relasjoner. Begge utdanningene vektlegger psykoedukative tiltak der målet er å bedre pasientens regulering av følelser. Jeg har valgt å bruke elementer fra begge teoriene i arbeidet med pasienter og mener det har styrket tilbudet.

Nytt redskap

I denne artikkelen vil jeg vise hvordan psykoedukative tiltak har gitt pasientene et nytt redskap, som gir økt evne til å regulere følelser. De temaene som har vært trukket inn i samtalegruppen er mentaliseringsperspektivet og toleransevindu. Jeg gjengir sitater fra pasienter som uttaler seg om hvordan de bruker redskapet toleransevindu i sin hverdag for å regulere egne følelser. Noen av disse pasientene har gått på mentaliseringskurs. Pasientene er anonymisert og har gitt tillatelse til at sitatene blir brukt i artikkelen.

Mentaliseringskurs

De siste fem årene har jeg arrangert ni mentaliseringskurs for grupper på sju til åtte pasienter med personlighetsforstyrrelser. Kurset har bestått av åtte gruppemøter med fire hovedtemaer: mentalisering, tilknytning, følelser/følelsesregulering samt gruppeterapi. En viktig del av kurset er den mentaliserende holdningen til kommunikasjon.

Det har vært økt oppmerksomhet om mentaliseringsbasert terapi de siste årene. Samtalegrupper har blitt mindre analytiske og mer strukturerte, nettopp med ønske om å øke evnen til å mentalisere. Selve begrepet mentalisering handler om: «... å forstå seg selv og andre, gjennom å oppfatte og tolke egen og andres mentale tilstand – utvikles i barndommen gjennom trygg tilknytning til omsorgsgiver, en eller flere» (1, s. 234). Mentalisering foregår ubevisst og bevisst i kommunikasjon mellom mennesker og er avgjørende for hvordan vi fortolker hverandre. Vi er ofte raske til å tolke hva andre mener, noe som kan føre til misforståelser. Dette kan igjen føre til konflikt og bringe oss i emosjonell ubalanse (2). Mentalisering er også å se seg selv utenfra. Et av målene med

mentaliseringsbasert terapi er at følelsene ikke skal bli for sterke, da terapien fungerer best når følelsene er godt regulert. De fleste har opplevd at evnen til å mentalisere svikter. Det kan skje når vi blir stresset på grunn av prestasjonskrav, tidspress og konflikter i nære relasjoner med partner, familie, venner og liknende. Da kan vi fort si ting vi angre på som kan skade relasjonen. Angst gir også redusert evne til å mentalisere.

Stabiliseringskurs

Stabiliseringskurs er et tilbud til pasienter med posttraumatisk stresslidelse (PTSD). PTSD kan oppstå etter traumatiske hendelser. Det kan være livstruende hendelser som krigsopplevelser, voldtekt, naturkatastrofer og enkelthendelser i relasjoner. Kompleks PTSD kan oppstå ved langvarig omsorgssvikt og overgrep i relasjon-

«Terapien fungerer best når følelsene er godt regulert.»

ner. PTSD kan også føre til dissosiasjon, som betyr at pasienten fortrenger deler av jeget for å slippe å være i sin egen kropp. Når dette skjer, kan pasienten reagere med å bli fjern og vanskelig å få kontakt med, noe som kan være et vanlig symptom på psykose. Målet med kurset er å forstå egne symptomer og reaksjoner som anstrengelser for å unngå alt som minner om hendelsen. Når pasienter lærer å forstå symptomene sine, kan de trene på øvelser som har en stabiliserende effekt. Dette er i stor grad knyttet til regulering av følelser. Målet er å knytte pasienten til «her og nå» ved hjelp av sansene. For eksempel ved å rette oppmerksomheten

Hovedbudskap

Emosjonell regulering er en svært viktig del av det psyko-logiske terapifeltet, og toleransevindu fra traumeteori er et redskap som gjør dette lettere tilgjengelig for pasienter med personlighetsforstyrrelse.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

► Psykisk lidelse ► Terapi ► Psykisk helse



UTENFOR ELLER INNI? Toleransevinduet er et redskap som kan hjelpe pasienter med personlighetsforstyrrelser til å se seg selv utenfra og dermed håndtere sterke følelser bedre. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

mot fysiske omgivelser; ting og farger i rommet som kan berøres, luktes og lyttes til. Her kommer toleransevinduet inn som et bilde på at pasienten trenger å se hvor de er i forhold til sin egen følelsesregulering: om de er utenfor eller innenfor toleransevinduet.

Toleransevinduet

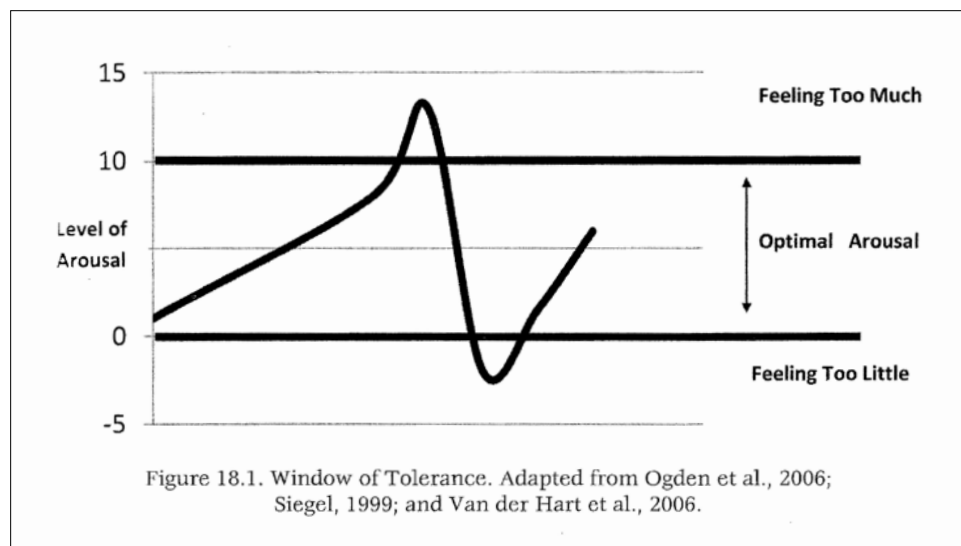
Toleransevinduet er et begrep som i traumelitteraturen illustrerer kroppslig aktivisering. Modellen beskriver nervesystemet, som både kan være

under- og overaktivert. I midten er vi optimalt aktivert, det vil si med evne til å tenke og føle. I de to andre tilstandene forstyrres evnen til å tenke fordi stresssystemet tar over og tror vi er i fare, selv om vi ikke er det. Utfordringen er å befinne seg i midten for å være noenlunde følelsesmessig regulert. Dette kan sammenliknes med å være passe lunken til følelser (3, s. 147). (Se figur neste side.) (4, s. 215)

Å være inne i toleransevinduet kan også beskrives som en tilstand hvor man kan «føle klart

og tenke klart». Pasienter med unnskikende personlighetsforstyrrelse kan ha problemer med å sette grenser og svarer automatisk ja på impuls. Det kan være vanskelig å si nei når noen ber om en tjeneste, og løsningen blir for mange å isolere seg hjemme. Dette blir en lite hensiktsmessig strategi for å sette grenser og et eksempel på at de ikke tenker og føler klart. For pasienter med ustabil personlighetsforstyrrelse kan problemet være å regulere sinne og impuls kontroll, som kan være destruktivt for nære relasjoner.





Gruppen

De pasientene som uttaler seg her har vært med i gruppen i cirka to år. Gruppen møtes en gang per uke i halvannen time. Da jeg begynte ved Lovisenberg DPS kom jeg inn i en samtalegruppe med psykodynamisk tilnærming. Sammen med min ko-terapeut ble vi enige om å trekke inn den mentaliserende holdningen og begrepet toleransevinduet. I gruppen underviste vi om toleransevinduet i cirka fem til ti minutter. Dette har vært gjentatt fem–seks ganger i løpet av halvannet år, og terapeutene har også ved flere anledninger bedt pasientene reflektere over hvor de befinner seg i toleransevinduet, når de har beskrevet vanskelige relasjonelle situasjoner. Resultatet av å undervise om toleransevinduet ble tydelig etter halvannet år i gruppen, da fire pasienter i løpet av 30 minutter snakket uoppfordret om utbyttet de har hatt av begrepet toleransevinduet. Jeg har derfor valgt å gjengi deler av denne samtalen. Dette har vært mulig fordi jeg gjør opptak av gruppemøtene.

Erfaringer

Pasient 1: «Det (toleransevinduet) er også et veldig bra verktøy som gjør ting oversiktlig og tydelig. Jeg bruker det skjembildet i hodet mitt noen ganger i situasjoner når jeg merker jeg er litt i ... at jeg begynner å plukke detaljer som det skal handle om, og alt mulig annet som jeg kan distrahere meg med. Hvis jeg tenker: Ok, hvor er jeg mentalt, hvor er jeg følelsesmessig? Så blir det fort ganske tydelig».

Pasient 2: «Det er merkelig hvor effektivt toleransevinduet er, for jeg mener det samme.

Jeg begynner også å lete, for hva er egentlig problemet nå? Det har jeg alltid pleid å gjøre ... Hvorfor føler jeg som jeg gjør nå? Da sier jeg: Det er egentlig fordi jeg er utenfor toleransevinduet. Altså, det ligger en grunn bak der, men det behøver ikke være noe galt med meg».

Pasient 1: «Det som er så bra med toleransevinduet er at da vet du hvor du er. Man kan se det og istedenfor å handle da ... det er ikke lurt å handle da ... det er ikke lurt å ta en avgjørelse, og det ville man ikke gjort ellers. Man har liksom et religiøst forhold til sine følelser og tenker at det er virkeligheten, sånn er det. Men så er det ikke sånn» ... «Jeg synes jeg får veldig mye tilbakemelding på at toleransevinduet er et bra verktøy. Det fungerer, det er anvendelig, det blir ikke bare teori, og det er ganske tydelig i situasjoner hvis du klarer å bruke det».

Avslutning

Toleransevinduet er et redskap for å se seg selv utenfra. I det øyeblikket pasienten kjenner på sterke følelser, kan han eller hun spørre seg selv: «Hvor er jeg i toleransevinduet nå?». Hvis pasienten da kan erkjenne: «Jeg er utenfor», kan det fungere som en følelsesmessig bevisstgjøring og et steg mot å se seg selv utenfra. Det neste steget i denne fasen blir å spørre seg selv: «Hva kan jeg gjøre for å komme innenfor toleransevinduet?». Når dette skjer, er det første steget mot å mentalisere for ikke å gå videre i en destruktiv kommunikasjon. Pasienten har da laget seg strategier for å håndtere tilstander som stress eller angst knyttet til konflikt i nære relasjoner. Han eller hun befinner seg da

«utenfor toleransevinduet». Tiltak knyttet til denne tilstanden er det nyttig å planlegge og det kan være: be om «time out», ta en pause, gå en tur på toalettet, gå en tur eller fem rundt kvartalet. Her er vi forskjellige. Noen kan trenge en pause på noen minutter, mens andre trenger dager eller uker. En strategi er å bli enig om at vi er uenige og la diskusjonen avsluttes med det. Pasienter med unnnvikende personlighetsforstyrrelse kan ha vanskelig for å si nei hvis leder spør om pasienten kan jobbe overtid. Mange svarer ja på refleks fordi de ikke har erfaring med noe annet. Pasienten blir så overveldet og befinner seg utenfor toleransevinduet. Hvis vedkommende har en strategi om å svare «det må jeg tenke på», blir det mulig for ham eller henne å komme innenfor toleransevinduet for å tenke og føle klart om en valgsituasjon.

Jeg har prøvd å vise hvorfor toleransevinduet kan brukes som redskap i mange situasjoner hvor vi som mennesker blir overveldet av følelser og trenger et redskap for å komme tilbake i modus hvor vi tenker klart. I løpet av fem år med mentaliseringskurs og gruppeterapi har jeg erfart at toleransevinduet er et redskap pasientene i denne gruppen har god nytte av. Hvorfor dette symbolet gjør det enklere å se seg selv utenfor tror jeg handler om at det er et bilde eller skjema som lett fester seg og hvor en kan plassere seg selv inn i dette bildet. Tilbakemeldingene fra pasientgruppen har vært entydig positive. ■■■

Mentaliseringskursene ble holdt sammen med spesialergoterapeut Loes Cats, psykiatrisk sykepleier/gruppeanalytiker Brita Stølan og psykiatrisk sykepleier Camilla Myklestad Karam som jeg takker for inspirerende og godt samarbeid. Takker også kollegaer ved Alna/Grorud DPS og Lovisenberg DPS for godt faglig miljø. En særlig takk til psykologspesialist Irene Michalopoulos for faglige innspill til artikkel og for å holde traumefokuset oppe.

REFERANSER

1. Bateman AW, Fonegy P. Mentaliseringsbasert terapi av borderline personlighetsforstyrrelse. Oslo: Arneberg forlag, 2007.
2. Karterud S. Gruppeanalyse og psykodynamisk gruppepsykologi. Oslo: Pax forlag, 1999.
3. 1. Anstorp T, Benum K, Jakobsen M. Dissosiasjon og relasjonstraumer, Integrering av det splittede jeg. Oslo: Universitetsforlaget, 2006.
4. Boon S, Steele K, Van der Hart O. Coping with Trauma-related dissociation. Skills training for patients and therapist. First Edition New York: W.W. Norton & Company, 2011.



Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

Over 50 kjønn på Facebook



56 nye kjønnskategorier skal verdens største sosiale medium innføre, ifølge NTB-Reuters. I dag er det to å velge i når man oppretter en ny profil i Facebook-samfunnet: Kvinne eller mann.

Det er amerikanerne som først vil kunne fråse i de flerfoldige kategoriene, som for eksempel «transkjønnet», «flytende» og «ingen av delene». I første omgang kan man bruke opp til ti beskrivelser samtidig. Facebook-brukerne kan bestemme hvem som skal kunne se valgene man har tatt.

Tanken bak de økte valgmulighetene er at brukerne av Facebook skal få være seg selv.

Den internasjonale aksjonen «All out» har hatt som mål å få Facebook til å utvide antallet kjønnsalternativer, så transkjønnete og folk med andre kjønnsvarianter skal slippe å lyve om sin identitet. Norske homoaktivister har støttet aksjonen.

Her er noen av de nye kjønnskategoriene Facebook vil innføre: Agender, androgyne, gender queer, neither, other, trans, trans female, trans male, transmasculine.

Kilder: NTB-Reuters, Dagen, adressa.no



Avføring reparerer tarminfeksjon

Å transplantere litt avføring fra friske venner eller slektninger i tarmen kan kurere pasienter som lider av Clostridium difficile-infeksjoner. Det mener National Institute for Health and Care Excellence (NICE) i Storbritannia.

– Prosedyren vil gjenopprette bakteriebalansen og forhindre tilbakefall, sier Bruce Campbell, lederen for rådgivningskomiteen for intervensjonsprosedyrer hos NICE.

C. difficile er en av de hyppigste årsakene til nosokomial oppstått diaré, og immunsvekkete pasienter er spesielt utsatt. Spredning av bakterien kan derfor være et problem i helseinstitusjoner. Det er aldri beskrevet utbrudd utenfor helseinstitusjoner.

Kilde: Nursing Standard og Statens folkehelseinstitutt

Kjønnslemlesting gir komplikasjoner

Jenter som blir kjønnslemlestet opplever akutte komplikasjoner i forbindelse med inngrepet. De vanligste komplikasjonene er smerter, store blødninger, hevelser, problemer med sårtilheling og problemer med vannlating. Det er konklusjonen i en ny rapport fra Kunnskapssenteret.

Verdens helseorganisasjon har klassifisert kvinnelig kjønnslemlestelse i fire kategorier: type I (klitoridektomi), type II (eksisjon), type III (infibulasjon) og type IV (andre former, som «snitting»). Samtlige typer kjønnslemlestelse var representert i de 56 studiene som Kunnskapssenteret har sett på.

Det var få forskjeller i risiko for umiddelbare komplikasjoner mellom de ulike typene av kjønnslemlestelse, men det så ut til at det kan være en større risiko for umiddelbare komplikasjoner ved kjønnslemlestelse type III (infibulering) enn ved typene I og II.

Kjønnslemlestelse praktiseres i mer enn 28 land i Afrika og i noen land i Midtøsten og Asia.



Foto: paco, bwn/NTBscapix

Yngre gravide mest sykmeldt

At førstegangs fødende er eldre nå enn før, forklarer ikke økt sykefravær hos gravide. De yngre førstegangsgravide er nemlig mer sykmeldt enn de eldre.

I årene 1970–2012 har gjennomsnittsalderen for førstegangs fødende i Norge steget fra 23,2 år til 28,5 år. Omtrent samtidig (1993–2007) har det også vært en økning i sykmelding blant kvinner, og særlig blant gravide. Hypotesen har vært at det skyldes flere eldre gravide, men nå har norske forskere funnet ut at det er blant de yngste gravide den kraftigste økningen i sykefravær har vært.

– Jo eldre førstegangs fødende er, dess mindre økning i sykefravær finner vi, sier seniorforsker Arnstein Mykletun ved Folkehelseinstituttet til Dagens Medisin.

Han påpeker at de ikke kan utelukke seleksjonseffekter som følge av stadig synkende andel som føder før de fyller 25 år.

– Dette kan bli en stadig mer negativt selektert gruppe, og kan hende det er en vanskeligere stilt gruppe som nå er unge førstegangsgravide enn før, hvor det var langt vanligere å få barn i begynnelsen av 20-årene, sier han.

Kilde: Dagens Medisin



Om menn og muskelsmerter

Når menn snakker om muskelsmerter har historien en begynnelse og slutt og smerten gjerne en utenforliggende årsak. Kvinners fortellinger er mer springende.

Tekst og foto **Susanne Dietrichson**

Birgitte Ahlsen har nylig disputert med en doktoravhandling om kroniske muskelsmerter og hvordan pasienters kjønn preger deres fortellinger om smertene. Hun har lang erfaring som fysioterapeut og har jobbet med kvinner og kroniske muskelsmerter i mange år.

– Jeg har alltid sett på dette som en kvinnesykdom, forteller hun.

– Derfor ble jeg overrasket da jeg oppdaget at kroniske muskelsmerter ikke er en typisk kvinnelidelse, statistisk sett.

Det er likevel flere kvinner enn menn som faller inn under kategorien «pasienter med

ner og ti menn. Hun oppdaget at måten de fortalte sine historier på var svært forskjellig, i tillegg til at de påvirket henne som tilhører på forskjellige måter.

– Jeg oppdaget at det var vanskelig å følge med når kvinnene fortalte om lidelsene sine. Kanskje fordi det var så kjent.

Hun synes det var lettere å høre på mennenes historier.

– Da jeg intervjuet mennene var jeg mer skjerpet. Måten de fortalte på var annerledes, og jeg selv oppførte meg annerledes. Jeg ble for eksempel mer usikker på hva jeg kunne spørre dem om og hvordan.

Mer konkrete

– På hvilken måte var mennenes historier annerledes?

– Mennenes historier begynte ofte helt konkret med en dato og en ytre hendelse som forårsaket smerten, forteller Ahlsen.

– I tillegg snakket de om smerten på en annen måte, ikke som en del av dem selv, men som en konkret kroppslig hendelse; et spesifikt sted i kroppen. Mens kvinnene fortalte om smertene med utgangspunkt i seg selv og hva det gjorde med dem.

Hos kvinnene var lidelsesaspektet mer framtrædende, men både menns og kvinners historier inneholdt stor grad av sårbarhet og smerte.

– Det var lettere å overhøre det subjektive

i mennenes fortellinger, på grunn av måten de fortalte på – eller rett og slett fordi de er menn, sier Ahlsen.

– Jeg kunne glemme å spørre dem om fortiden eller tiden før smerten inntraff fordi de fortalte så konkret og gjerne knyttet smerten til et bestemt tidspunkt.

Diagnosen viktig

Mennene ga inntrykk av å jobbe målrettet for å finne en løsning på problemet sitt og snakket om å reparere skaden.

– Mennene hadde klare forventninger til at helsevesenet skulle hjelpe dem med å løse problemet, sier Ahlsen.

– Mens kvinnene i større grad formidlet motløshet og sårbarhet i situasjonen, og at det var opp til dem selv å gjøre noe med problemet.

Ahlsen peker på at det er viktig for pasientene å få en diagnose og mener hennes funn kan fortelle noe om hvilke diagnoser vi gir menn versus kvinner.

– En diagnose er viktig. Det gir legitimitet som syk. Det kan se ut som om mennene i større grad enn kvinner får en sikker diagnose. Dette kan handle om måten de forteller om sykdommen sin på, sier hun.

– Kvinnes fortellinger om egen smerte var ofte mer abstrakte og springende, mens mennene beskrev smerten som noe som plutselig rammet, forårsaket av ytre omstendigheter.

«Å forstå pasientens fortelling er avgjørende for å kunne gi god helsehjelp.»

uspesifikke lidelser, psykosomatiske lidelser eller smerter uten kjent årsak».

– Menns kroniske muskelsmerter har oftere en spesifikk årsak, forteller hun.

– Kjønnsperspektivet er nærmest fraværende i fysioterapien, men jeg mener det både er viktig og relevant for å forstå helse og sykdom.

Forteller forskjellig

Ahlsen har intervjuet til sammen seks kvin-



PASIENTENS FORTELLING: Fysioterapeut og ph.d. Birgitte Ahlsen mener hennes avhandling kan lære helsearbeidere noe om hvordan vi bør møte pasienter med kroniske muskellidelser.

Kjønn og kultur

Ahlsen har knyttet funnene til normer for maskulinitet og femininitet.

– Egenskaper som selvstendighet og selvbeherskelse er tradisjonelt forbundet med

maskulinitet, mens kvinner historisk og kulturelt er sett på som ustadige og omskiftelige, påpeker hun.

– Menns selvstendighet kan gjøre det vanskelig for dem å forholde seg til helsevesenet

«En diagnose er viktig. Det gir legitimitet som syk.»

samtidig som det å se på smerten som noe utenforliggende gir dem en opplevelse av kontroll.

Kvinnene setter ofte smerten i sammenheng med omsorgsrollen.

– De knytter gjerne smerten til relasjonelle forhold, ansvar for andre mennesker og sosiale relasjoner, sier Ahlsen.

– Det er knyttet ulike forventninger til menn og kvinner, dette får også ulik betydning for menns og kvinners funksjonsproblemer.

– *Hvorfor er disse funnene viktige?*

– Å forstå pasientens fortelling er avgjørende for å kunne gi god helsehjelp, mener Ahlsen.

– Derfor er det viktig å være klar over at kjønn spiller inn både for hvordan man forteller om sykdom og for hvordan den som lytter tolker det som blir sagt.

Det finnes mye forskning på kvinner med muskelsmerter i et kjønnsperspektiv, men lite kunnskap om menn i denne sammenheng.

– Ved å intervjuer menn om en typisk kvinnelidelse håper jeg å bidra til å gi et mer nyansert bilde av pasienter med kroniske muskelsmerter. Det er et utsagn som sier at kvinner er også mennesker og menn har også kjønn.■■■■

susanne.dietrichson@sykepleien.no

Ser nærmere på samhandling

I *Samhandling under lupen* tar redaktørene Bente Lillan Lind Kassah, Wivi-Ann Tingvoll og Alexander Kwesi Kassah for seg de sentrale utfordringene den kommunale helse- og omsorgssektoren står overfor etter at samhandlingsreformen ble innført.

Boken belyser ulike temaer, som utviklingen i helsesektoren og konsekvenser av maktutøvelse.



Ny faggruppe

Norsk selskap for sykepleieforskning er ny faggruppe i Norsk Sykepleierforbund (NSF). Nytt navn blir Faggruppe for sykepleieforskning.

Norsk selskap for sykepleieforskning ble stiftet i 1984 og var mellom 2002 og 2004 assosiert medlem i NSF. Det har rundt 200 medlemmer og leder er Edith Roth Gjevon.

Kilde: Norsk Sykepleierforbund

Begrepet velferd

I boken *Velferd. Fra idé til politikk for et godt samfunn* tar Knut Halvorsen for seg velferdsbegrepet og viser hvordan det har blitt brukt i moderne tid og langt tilbake i historien.

I boken redegjør Halvorsen blant annet for en mer presis definisjon av velferd.



Leger hever blodtrykket

Når leger måler blodtrykk, er det høyere enn når sykepleiere måler. Det viser en studie fra University of Exeter Medical School. Funnene publiseres i *British Journal of General Practice*.

Fenomenet er kalt «hvit frakk-effekten» og er tidligere observert i andre studier. Man antar at effekten skyldes pasientens psykiske reaksjon på å bli behandlet av en lege. Det nye er at man nå har tallfestet hvor stor denne effekten er.

– At blodtryksmåling i seg selv kan påvirke blodtrykket er kjent, sier Tone M. Norekvål, sykepleier ved hjerteavdelingen på Haukeland universitetssykehus og førsteamanuensis ved Universitetet i Bergen.

– Men at en vitenskapelig studie viser at det er forskjell på om det er lege eller sykepleier som måler, er nytt for meg.

I studien inngår blodtryksmålinger av 1 019 personer. Alle hadde fått målt blodtrykk av både lege og sykepleier i løpet av samme konsultasjon. Blodtrykkene målt av lege var signifikant høyere, 7 mmHg for

overtrykket og 4 mmHg for undertrykket, enn blodtrykkene målt av sykepleier.

Ifølge hovedforfatter og lege Christopher Clark bør funnene føre til endring i praksis. Han sier i en pressemelding at leger fortsatt bør måle blodtrykk når de behandler dårlige pasienter eller som rutinesjekk, men ikke når målingen skal avgjøre om pasienten trenger forebyggende behandling med blodtryksmedisin eller ikke. Ifølge ham varierer blodtrykk målt av leger og sykepleiere så mye at mange pasienter kan bli satt på blodtryksmedisiner de ikke trenger.

Tone Merete Norekvål understreker at hun ikke har lest hele den vitenskapelige studien, og kan derfor ikke uttale seg om funnene bør føre til endringer i praksis.

– Men dette er et interessant, og bør forskes mer på, sier hun.

Jørund Straand, professor i allmennmedisin ved Universitetet i Oslo, sier blodtrykk er en undersøkelse som er lett påvirkelig av omstendighetene rundt målingen.

En historie om utilregnelighet

Hundre år med hodebry forteller forhistorien til dagens regler om utilregnelighet. Lovverket er ikke blitt endret siden 1800-tallet, men er resultatet av tusen år med arbeid.

Forfatter Bernt Gran viser også hvordan den norske rettspsykiatrien har fungert i sakene mot blant andre Knut Ham-sun og Anders Behring Breivik.



Han sier studien er en viktig påminner om hvor viktig omstendighetene rundt blodtryksmålingen er for resultatet.

– Blodtryksmåling er en tilsynelatende enkel prosedyre som det altfor ofte slurves med, sier han.

– Jeg er likevel i tvil om anbefalingene i studien kan overføres til Norge. I England er det for eksempel nurse practitioners på de fleste legekontor, det er det ikke her. Der er også legekonsultasjonene kortere, godt under ti minutter mot opp til tjue minutter i Norge. Dette er forhold som kan påvirke målingene.

– Har funnene noen betydning?

– Det er bra med oppmerksomhet på omstendighetene rundt blodtryksmåling. Man skal være bevisst på alle forhold som kan påvirke resultatet, uavhengig hvilken profesjon som måler.

Forsker på fysisk form

Kan man være tykk og likevel unngå livsstilssykdommer? Det leter man etter svar på i forskningsprosjektet FATCOR (Fedmeassosiert kardiovaskulær sykdom).

Prosjektet er et samarbeid mellom Universitetet i Bergen, hjerteavdelingen på Haukeland universitetssykehus og Alfahelse AS.

Deltakerne må være mellom 30 og 60 år og ha en BMI på over 27. Ifølge prosjektsykepleier Synnøve Ygre Hauge er ikke dette en veldig høy BMI. Men de har valgt å ikke bare se på den ekstreme og sykelige overvekten, men litt mer «normal» overvekt.

Kilde: Adresseavisen





Allmennlegene sier nei til reservasjon

Både Norsk forening for allmennmedisin og Allmennlegeforeningen mener regjeringens forslag om reservasjonsmulighet for fastleger vil være til hindre for at pasienter får sine rettigheter oppfylt. Det skriver Dagens Medisin.

Kilde: Dagens Medisin

Slår et slag for ammetåken

Helsesøstre i Akershus har hengt opp plakater hvor de ber mødre begrense bruken av mobil på helsestasjonen. – Det er veldig mye god, tilgjengelig informasjon på smarttelefonen, men det kan vippe over noen ganger og bli altoppslugende, sier helsesøster Nina S. Borgnes til Fædrelandsvennen.

Hun sier mor og barn kan gå glipp av muligheter samspill, for eksempel når mobilen er fremme under amming.

Sammen med andre helsesøstre slår hun et slag for ammetåken og ber mødre ta den tilbake.

Kilde: Fædrelandsvennen



Mammaråd

Snart mamma er en bok som gir råd om trening, livsstil og kosthold under og etter graviditet. Forfatter er Helle Bornstein, som blant annet har utdanning fra Idretts-høyskolen.



Mer hepatitt A i Norge

De første månedene i 2014 er det registrert en økning av hepatitt A der den syke ikke har vært på reise i utlandet. 28 tilfeller er totalt meldt inn, og over halvparten er smittet i Norge. De som er smittet er voksne og bosatt i ulike deler av landet. Folkehelseinstituttet jobber med å finne ut om det er en felles smittekilde.

Mat- og vannbårne utbrudd med hepatitt A er sjeldne i Norge.

Kilde: Folkehelseinstituttet

Bruker kunstterapi mot spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser påvirker ikke bare den som har dem, men også familiene rundt. I artikkelen *Kunstterapi i behand-*

ling av spiseforstyrrelser i Psykisk helse og rus skriver Siri Lyngmo at «den uinviterte gjesten» er en god metafor på

forstyrrelsen. Den tar først over den som er rammet, så invaderer den familien som blir redd for å gjøre eller si noe galt. Etter hver blir familielivet som en runddans rundt spiseforstyrrelsen.

Ved Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser ved Nordlandssykehuset i Bodø jobbes det kreativt med familier der en er spiseforstyrret. Ifølge Lyngmo ser de at rollespill og kunstuttrykk er til hjelp når den vante kommunikasjonen har kjørt seg fast.

En som er spiseforstyrret lever ofte med en kontant indre ambivalens. Ved hjelp av rollespill får de det frem. De lager rollespill ut fra en situasjon rundt matbordet. Terapeutene går inn i de ulike rollene og fyrer løs med replikker de tror er riktige. Ifølge artikkelen vekker dette vanligvis et gryende engasjement hos den spiseforstyrrede. Familiemedlemmer oppfordres til å komme og sitte i stolen til «den spiseforstyrrede».

For å skape forståelse for hverandres situasjon, settes også foreldre, søsken og de spiseforstyrrede sammen i grupper som ledes av terapeuter.



BRUKER KREATIVITET: Ved regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser ved Nordlandssykehuset i Bodø har kreative virkemidler hatt god effekt i familierterapi

EGET FAG-BLAD: Psykisk helse og rus sendes til alle medlemmer av NSF's faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus.



De spiseforstyrrede blir bedt om å lage et kunstnerisk uttrykk for å fortelle hvordan de opplever livet med spiseforstyrrelse og hvordan de forestiller seg livet uten. Formålet med oppgaven er å uttrykke seg uten å bruke ord.

Det de lager blir vist på en «kunstutstilling», som er anonym og frivillig å være med på. De fleste blir med når de får vite at det ikke spiller noen rolle hvordan det ser ut og at det viktige er at den enkeltes uttrykk kommer frem.

Ifølge Lyngmo er kreativ tilnærming et av flere verktøy som blir brukt i multifamiliegrupper, og erfaringen er at det blir mer gjensidig forståelse familie-medlemmene mellom.

Hisser opp healere

Jonas Kinge Bergland vitser alternativbransjen nord og ned. Men først måtte han ta den på alvor. Tekst **Nina Hernæs** Foto **Stig Weston**

Jonas Kinge Bergland snakker om akupunktur, homøopati, healing og sin egen tinnitus i showet *Doktor Bergland og den alternative medisin*.

Han merker at hans form for helsestand up interesserer folk. Men for noen år siden sa faren: «Skal du snakke om at du er lege igjen? Du burde snakke om noe annet». Bergland dro på turné med Sommerlatter, og brukte halvparten av tiden på medisin, resten på voldtekt. «Voldtekt er bra», sa faren. Etter showet sa Thomas Giertsen at det der var «jævlig fett». «Jeg skal ta ut de legegrene», sa Bergland, som alltid blir veldig påvirket av faren. «Hva snakker du om», sa Giertsen. «Det er jo det som er bra. Det er et tydelig brand».

– Etterpå har jeg politisert det litt mer, sier han på kafé på Bislett midt i Oslo. Han kommer rett fra jobben som allmennlege.

– Før snakket jeg mest om å være lege og føle seg tjukk i huet. Nå skriver jeg om alternativ medisin, og det er noe jeg brenner for.

Han vil ha både folk og bransjen selv til å tenke kritisk.

– Folk har ekte sykdommer og fortjener ekte behandling, ikke en sukkerpille som skal rette opp ubalanse i

den indre energien. I homøopati må du ikke komme og snakke om virus og bakterier, for alt skyldes energiubalanse. Det er visvas.

Som lege møter han mange som går til alternative behandlere.

– Det er litt vanskelig. Jeg vil gjerne de skal la være, men vil ikke fremstå som bedrevitende. Det er nok fordommer mot leger, særlig de mannlige og

«I bunn og grunn sier jeg at faget deres består av ingenting.»

særlig de unge. Så jeg ligger i utgangspunktet litt dårlig an.

Han pleier å si: «Ok, du har vært hos en refleksolog og er blitt bedre. Den metoden har ingen dokumentert virkning. At du er bedre har ingenting med behandlingen å gjøre, men skyldes at du har tatt grep og gjort noe».

– Jeg liker å tro at de kjøper det. Forestillingen har ikke møtt mye motbør hos dem han kritiserer, med unntak av healere. I Fredrikstad stormet en scenen, tok mikrofonen og dro obksøne vitser på Berglands bekostning.

– De er blitt veldig sinte, sier han lakonisk.

– Det er nok fordi jeg mener det ikke går an å ha troverdighet som healer. I bunn og grunn sier jeg at faget deres består av ingenting.

Han smiler, men stemmen er alvorlig.

– De har en logikk om at jeg ikke har lov til å kritisere dem, fordi de ikke kritiserer meg. Men det er absurd. Hvis noen setter opp et verksted i parken her borte og skriver at de reparerer biler og

de alternative på alvor.

– Jeg gjorde ikke det først, og det funket ikke. Jeg måtte oppsøke dem.

Han bestemte seg for å bruke tinnitus som han har hatt i mange år.

– Jeg ble faktisk interessert og gikk inn i det med åpent sinn, bedyrer han.

– Og med et håp?

– Nei, egentlig ikke.

– Hjalp det?

– Nei, sier han og ler.

– Den har blitt mye verre. Ikke på grunn av behandling, men fordi jeg snakker så mye om den. Før har den viktigste mestringsstrategien vært å late som den ikke er der, nå snakker jeg om den tre kvelder i uken.

– Prøvde du healer også?

– Ja, det var ganske avslappende, men flaut. Det ble VM i pinlig stillhet, men det går mer på min sosiale angst enn på healing.



Jonas Kinge Bergland

Aktuell med: Doktor Bergland og den alternative medisin

Han
strevde
med
ikke å stille
kritiske spørsmål.

– Da jeg prøvde
akupunktur, sa akupunktøren at «leveren er et blodorgan og er ying».

Det er et veldig vasete språk.

Hva snakker de om egentlig? Jeg har en kompis som er naprapat. Da jeg spurte ham om forskjellen på en fysioterapeut og en naprapat, svarte han at naprapaten manipulerer triggerpunkter. «Jaha», sa jeg. «Hva er triggerpunkter, er det nerver?» «Nei.» «Er det blodårer?» «Nei.» «Men da er det ingenting. Med andre ord er det en form for fysioterapi.» De to satt i bilen på vei hjem

fra trening. Stemningen ble litt uggen.

– Er dere venner fremdeles?

– Ja, men vi jogger ikke sammen mer, sier han og smiler igjen.

– Poenget er at han er en flink behandler, flink til å prate med folk og han gjør mye med muskler. Men triggerpunkter fins ikke.

Han trekker på skuldrene.

– Du klarer å si noe om reservasjonsmuligheten også?

– Ja. Det er ganske morsomt å merke reaksjonen fra publikum. De ikke bare ler, men roper «yeah». Jeg sier at leger har kunstig autoritet. Hvorfor skal bare leger få reservere seg mot å gjøre noe som leder til abort? Hva med busjåføren som kjører kvinnen på vei til aborten, hvorfor skal ikke han få reservere seg? Sånne type politiske vedtak sementerer denne autoriteten i stedet for å sikre pasienter rettigheter.

– Å være lege og stand up-er er ikke helt vanlig?

– Jeg har møtt en viss legeskepsis av typen «hvem er det den fyren tror han er». Men mange vet ikke så mye om hva jeg gjør. Leger er nok en yrkesgruppe som drar lite på stand up.

Han begynte i 2000, omtrent samtidig som han startet på medisin. Da

var det mye «menn er sånn, kvinner er sånn», sex og underbukser. Han sier de elementene fremdeles er der, men det er blitt større rom for nisjer, som absurd og politisk humor.

– Jeg har nok blitt litt helsenisjete, men har også gjort rare ting som å lese opp stilene mine fra tredje klasse. De handler om en dag på klubben og noen nisser, en elg og sånt. Historiene kan være ville, men de må ha en viss logikk, en narrativ holdning for å slå an.

– Lager du humor om sykepleiere?

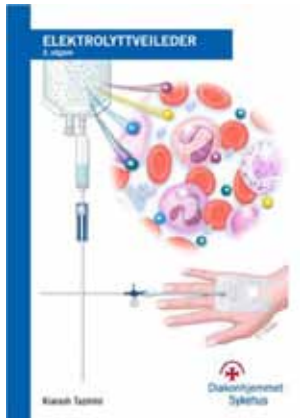
– Jeg snakker om den konstruerte maktbalansen i helsevesenet, sier han og gliser bredt.

– Det er noen ting bare leger kan gjøre, og noen ting bare sykepleiere kan gjøre, selv om det ikke fins noen logikk i det. Sykepleiere er også nødt til å spørre leger om alt mulig, et «ok» fra en halvengasjert lege er definert som mer gyldig enn en selvstendig avgjørelse fra en som tenker selv.

– Hva liker du med stand up?

– Å få folk til å le, det gir en rusopplevelse. Og så liker jeg kontrollen. Som lege er man stadig usikker, og det hater jeg. Stand up-jobben er lettere å like enn legejobben. ■■■

nina.hernes@sykepleien.no



Elektrolyttveileder

Av Kiarash Tazmini
79 sider
Diakonhjemmet Sykehus, 2014
2 utgave, 1. opplag 2014
ISBN 978-82-999512-0-3
Anmelder: Laila Solli Reitan,
intensivsykepleier

Tenk mer på elektrolytter!

ANMELDELSE: Kiarash Tazmini, assistentlege og stipendiat ved Diakonhjemmet sykehus i Oslo, reagerte på at det ikke var mer oppmerksomhet på elektrolyttforstyrrelser hos pasienter. Han reagerte på at pasienter som ble innlagt på sykehus, for eksempel på grunn av svimmelhet eller fall, ikke ble utredet og behandlet selv om blodprøvene viste hyponatremi.

Tazmini ønsket økt oppmerksomhet på elektrolyttforstyrrelser og tok derfor initiativ til å skrive en veileder. Den skal være til hjelp for helsepersonell som leger, sykepleiere, farmasøyer og klinisk ernæringsfysiologer. Han har fått hjelp av en farmasøyt og en klinisk ernæringsfysiolog. Første utgave kom ut i 2011 og fikk god respons.

Målet med veilederen er å sikre at

pasienter får best mulig væske- og elektrolyttbalanse. Veilederen skal hjelpe helsepersonell til å korrigere elektrolyttforstyrrelser på en forsvarlig måte gjennom kost, perorale legemidler og infusjoner.

I den nye utgaven er all informasjon oppdatert. Det er prosedyrer for alle elektrolyttforstyrrelser, samt prosedyrer for binyrebarksvikt og reneringssyndrom. Man finner råd om natrium, kalium og fosfatredusert kost, samt anbefalt inntak av elektrolytter og basale behov ved parenteral ernæring.

Veilederen krever en del forkunnskap, blant annet i patofysiologi, for at den skal være et godt hjelpemiddel. I første del, som omhandler elektrolytter, må man ha stor forståelse for å kunne bruke veilederen som et godt

hjelpemiddel. Dette er ingen basis-kunnskapsbok.

Veilederen er en lommeutgave med liten skrift. Den er forbeholdt behandling av voksne. Veilederen inneholder fine tabeller som er lett å få oversikt over. Spesielt fin er tabellen som inneholder en liste over medikamenter som kan gi elektrolyttforstyrrelse. Den forteller hvilke elektrolyttforstyrrelser et medikament kan gi og har forslag til hvordan elektrolyttforstyrrelsen eventuelt kan korrigeres.

Veiledere vil nok være et godt hjelpemiddel for helsepersonell som skal korrigere elektrolyttforstyrrelser. Og den er godt oppslagsverk når en skal finne ut hvilken mat pasientene kan spise for selv å korrigere elektrolyttforstyrrelsene. ■■■



Krise

Forebygging Beredskap Håndtering
Kommunikasjon
Av Jon Gangdal og Gunnar Angeltveit
250 sider
Fagbokforlaget, 2013
ISBN 978-82-450-1531-7
Anmelder: Bjørn Rogne Christensen,
operasjonssykepleier og master i sykepleievitenskap

Å forebygge det som ikke skal skje

ANMELDELSE: Risikovurdering og beredskapsplanlegging er mange leders dårlige samvittighet. Det vil jo helst gå bra – helt til resultatene plutselig begynner å gå nedover, eller det smelter. Da er det ofte i seineste laget å reagere riktig, fordi handlefriheten er redusert.

Denne boka viser at forebygging og håndtering av kritiske situasjoner som kan utvikle seg til kriser, ikke behøver å være så vanskelig. En bør følge noen enkle prinsipper og la tanken på hva som kan gå galt, bli like naturlig som å tenke på hvordan en skal gjøre ting riktig.

Boka er delt i to. Den første delen handler om hva en leder må vite for å unngå kriser. Den andre delen tar for seg hva lederen må gjøre om det likevel oppstår en krise som truer liv, helse og virksomhetens lønnsomhet

og omdømme.

Boka er praktisk orientert og inneholder en rekke eksempler fra virkeligheten på god og dårlig krisehåndtering. Boka bør være obligatorisk lesning for ledere på alle nivåer, og således en fast følgesvenn for dem som arbeider med beredskap, HMS, HR, kvalitetssikring, informasjon og sikkerhet.

Jon Gangdal har blant annet erfaring fra politi og journalistikk. Gunnar Angeltveit har også erfaring som journalist og har hatt flere lederstillinger i Forsvarsdepartementet.

Jeg vil særlig trekke frem kapittel fire, som handler om verdier og organisasjonskultur. Forfatterne framhever at det å få verdiene til å leve i en virksomhet er krevende, fordi verdiene uttrykker en ønsket tilstand. Med et solid og tydelig forankret ver-

digrunnlag vil en virksomhet kunne kommunisere slik at en gitt uønsket hendelse framstår som det den er, et avvik fra en standard en har satt. Da kan en oppleve at eksterne slår ring om virksomheten og opptrer som ens allierte istedenfor ens fiender.

Gangdal og Angeltveit skriver at det handler blant annet om å sette tydelige mål, finne løsninger, gjøre det man enes om og utvikle en kultur for oppmuntring og korrigering, men ikke kun det. Dette skal man gjøre sammen.

Ledelse er en krevende øvelse, men for å forebygge en uønsket hendelse, eller verre, en krise, bør en virksomhet sørge for at folk jobber sammen mot et mål, og at kulturen i virksomheten også takler korrigeringer, eller varsling, og tar det som det det er, et ønske om at ting blir bedre. ■■■

Gir muligheter

ANMELDELSE: I denne boken finner jeg livsvisdom og kunnskap som jeg både har nytte av og som jeg kjenner meg igjen i.

Forfatterne, Torkil Berge og Eirik Falkum, innleder med å gi et viktig samfunnsmessig perspektiv når det gjelder utfordringer knyttet til psykisk lidelse og utfordringer i arbeidslivet. De to er henholdsvis professorer i psykologi og psykiatri, og de oppfordrer oss til å se mulighetene i arbeidslivet. Jeg griper dette optimistiske perspektivet begjærlig og spør meg selv om jeg har sett mulighetene i min egen yrkeskarriere.

Jeg opplever en slags selvransakelse parallelt med at jeg leser bokens 21 kapitler fordelt på 8 deler. Fikk jeg frem de beste egenskapene hos dem jeg ledet da jeg var leder på ulike nivåer i helsesektoren? Så jeg tidsnok de som trengte hjelp når livet deres var mørkest og mulighetene for et godt liv var blokkert?

Jeg identifiserer meg lett med bokens påstander om at våre handlinger og arbeid forteller noe om hvem vi er. «Arbeidet adler mannen» het det i et gammelt ordtak preget av en protestantisk etikk der det handlet mer om hva du gjør enn hvem du

er. Arbeid kan gjøre oss friske og dugelige. Arbeidslivet kan være en kilde til opplevelse av anerkjennelse, fellesskap og personlig identitet. Det kan imidlertid også være årsak til sykdom og opplevelse av nederlag og tap. Det er lett å tape i konkurransen om arbeid når selvtiliten er liten og usikkerheten stor. For pasienter med lettere psykiske lidelser kan det være vanskelig å skaffe seg arbeid. Det vises til at arbeidsledigheten er nesten sju ganger så høy blant dem med alvorlige lidelser og nesten tre ganger så høy blant dem med lettere psykiske lidelser. Her er det store utfordringer for velferdsstaten og NAV.

Langtidsledigheten blant dem med lettere psykiske lidelser er ikke høyere enn ellers i befolkningen. Dette er likevel ikke noen trøst for dem som sliter med angst, depresjon og rusmiddelproblemer. De har problemer med å holde på jobben og kommer lett inn i en ond spiral som svekker funksjonsevnen ytterligere og øker sjansen for varig uførhet. Vanskene de møter i arbeidslivet dokumenteres godt i boken.

Forfatterne imøtegår en del av den kritikken som er kommet mot NAV. De peker på de mange mulige tiltakene som fins i avtalen om

et inkluderende arbeidsliv. De er imidlertid skeptiske til den sterke biomedisinske tilnærmingen som denne gruppen psykisk syke har møtt hos fastlegene. De savner en større vektlegging på samtaleterapi, men påpeker samtidig at det gjennom kurs i samtaleterapi for leger er gjort framskritt de siste årene.

Boken har en grundig og lettfattelig innføring i bakgrunn, symptomer og behandlingsalternativer når det gjelder både lette og mer alvorlige psykiske lidelser. Forfatterne tar utgangspunkt i tre modeller for forholdet mellom arbeid og psykisk helse. Det de kaller stress-sårbarhetsmodellen forklarer hvorfor noen utvikler psykiske lidelser og andre ikke. De to andre perspektivene er henholdsvis selvbestemmelsesteori og anerkjennelsens psykologi. I løpet av boken blir leseren godt kjent med de tre modellene og hvordan de kan brukes i praksis.

De mange referansene og det grundige stikkordregisteret gjør boken til et nyttig oppslagsverk. Den lever godt opp til tittelen *Se mulighetene* og bør være av interesse for flere enn dem som jobber i direkte klientrettet arbeid i psykiatri og sosialmedisin. ■■■



Se mulighetene

Arbeidsliv og psykisk helse
Torkil Berge og Eirik Falkum
Gyldendal Akademisk, 2013
331 sider
ISBN 978-82-05-42845-4
Anmelder: Karl-Henrik Nygaard,
rådgiver

Hva leser du nå?



En bok som har alt

– Jeg er akkurat ferdig med *Havets katedral* av Ildefonso Falcones, forteller **Anne Britt Sodefjed**, leder i NSF Vest-Agder.

– Det er en bok jeg brukte litt tid på å lese, men det handlet mer om en travel hverdag enn om boken. Den er utrolig fascinerende.

Boken følger livet til Arnau fra han som gutt kommer til Barcelona og lever sammen med faren blant fattige slaver til han slår seg opp som voksen mann.

– Det er en historisk roman, lagt til 1300-tallet, sier Sodefjed.

– Falcones beskriver i detaljer hvordan de levde. Han skriver om fattigdom, pest, prostitusjon og jødehets. Det er en bok som har alt, både sorg, smerte, glede og kjærlighet.

Boken handler også om La Catedral del Mar, Havets katedral. Den ble bygget, stein for stein, av folket og står fremdeles.

Da hun leste ut boken, hadde hun lyst

til å lese mer.

– Jeg vet om flere som har lest den flere ganger. Når den er så detaljert hender det man skummer litt over noen partier.

Hun har vært i Barcelona, men ikke i La Catedral del Mar.

– Dit skal jeg, og før det må jeg lese boken på nytt.

Tekst **Nina Hernæs**



FAG

Sykepleierutdanning

Gudrun Hårtveit Thomassen, rådgiver ved Sørlandet sykehus

Birgitte Vabo, fagutvikler, Kristiansand kommune

Prøver ut nye praksisløp

I Agder ble to nye praksisformer godt mottatt av studenter og ansatte i kommunehelsetjenesten.

Samhandlingsreformen utfordrer og inspirerer på mange områder. En av utfordringene er at helsetjenestene flyttes dit folk bor, og kommunene får flere og nye oppgaver. Behandlingsforløpet for pasientene endres ved at pasientene skrives raskere ut fra sykehus, og kommunene overtar ansvaret (1–3). Fremtidige sykepleiere vil møte en helsetjeneste hvor kommunene har en langt mer aktiv og variert funksjon enn i dag (2). I denne sammenhengen vil et interessant spørsmål være: Hvilke konsekvenser får samhandlingsreformen for studentenes kliniske praksis?

Samarbeidsprosjekt

I Agder lot man seg inspirere av samhandlingsreformen til å prøve ut nye løp for gjennomføring av praksis. Gjennom et samarbeid mellom Sørlandet sykehus HF, kommunehelsetjenesten v/Utviklingsentrene i Agder og Universitetet i Agder ble det gjennomført flere småprosjekter. Prosjektene hadde ulike tilnærminger, men samtlige hadde som mål å prøve ut nye praksisløp for studentene. I denne fagartikkelen vil vi presentere to av prosjektene:

Punktpraksis

I første studieår ved bachelorutdanningen i sykepleie i Agder har studentene åtte uker praksis i kommunehelsetjenesten, først og fremst på bo- og omsorgssenter. I dette prosjektet ønsket vi å gi studentene et større og mer helhetlig bilde av kommu-

nehelsetjenesten allerede i første praksisperiode. Av cirka 120 studenter var det 20 studenter som fikk tilbud om punktpraksis en uke på en annen praksisplass, i nest siste uke av praksisperioden. Det var 16 studenter som ønsket å være med i prosjektet. Praksisplassene de kom til i punktpraksisen var knyttet til rus, psykiatri, hjemmesykepleie, rehabiliteringsavdelinger, institusjon for funksjonshemmete eller korttidsavdeling. De var en uke på samme plass. Læringsutbytte og mål for uken var at studentene skulle få et bredere og mer relevant bilde av kommunehelsetjenesten. Studentene skulle få innblikk i det praktiske hverdagslivet samtidig som de fikk en innføring i utfordringer knyttet til samhandling, tverrfaglighet og organisering på det aktuelle praksisstedet. Studentene kunne delta på aktuelle samarbeidsmøter enten på individnivå eller av mer overordnet strategisk art.

Evaluerings

Elleve av 16 studenter svarte på en evaluering av prosjektet. Alle disse sa ja til at punktpraksis er en ordning de vil anbefale å videreføre. I evalueringen trakk studentene frem at det var positivt at de fikk se andre deler av kommunehelsetjenesten, fikk innblikk i det tverrfaglige arbeidet og møte andre pasientgrupper. Videre vektla de at god informasjon i forkant av punktpraksisen var avgjørende for god gjennomføring av prosjektet. For å sikre god gjennomføring av prosjektet ble kontaktsykepleierne invitert til et informasjonsmøte to uker før prosjektet startet. Studentene deltok på et eget informasjonsmøte hvor de fikk informasjon om hensikten med prosjektet og om gjennomføringen. Vår erfaring er at man bør dele ut skriftlig informasjon i tillegg til muntlig presentasjon og at man bør legge vekt på ønsket læringsutbytte overfor studentene. Videre er det viktig at studentene får felles informasjon om hvordan kommunen er organisert og hvilke tilbud som finnes i kommunehelsetjenesten, for eksempel om Enhet for Bolig- og Tjenestetildeling (EBT) sine tjenester. I ettertid ser vi også at helsestasjon og legevakt er aktuelle praksisplasser å teste ut i fremtiden. Det kom frem i evalueringen av prosjektet at studentene ønsket

flere praksisplasser som er forskjellig fra sykehjemspraksis, som de hadde hatt tidligere.

Konklusjon

Vi anbefaler at punktpraksis videreføres, da det oppleves meningsfylt og gir en økt læringsgevinst for studenten. Det krever noe mer ressurser når det gjelder organisering av store studentgrupper, og dette er en utfordring rent logistikkmessig når man har store studentkull. Vi mener at punktpraksis øker studentenes læringsutbytte og bør brukes i større grad i utdanningen.

Følger pasienten

En gruppe sykepleiestudenter ved medisinsk avdeling har deltatt i prosjektet sammen med kontaktsykepleiere og sykepleiere fra en kommunal institusjon i Agder. I prosjektet har studentene fulgt pasienter med kols i overflyttingen fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Studentene kjente pasientene fra oppholdet i spesialisthelsetjenesten og fulgte dem ut i kommunehelsetjenesten. De var sammen med pasienten innkomstdag samt påfølgende dag. Målet med prosjektet var å gi studentene samhandlingskompetanse ved å gi dem innsikt i det praktiske samarbeidet mellom helsenivåene. Man ønsket også å gi studentene kunnskap om hva som skjer i overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Intervju

Etter prosjektet gjennomførte vi et intervju med sju involverte personer som er ansatt i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten for å høre hvordan de opplevde prosjektet. En av informantene svarer slik på spørsmål om hva de opplevde som styrken ved at studenten fulgte pasienten over i kommunehelsetjenesten: «Så sant studenten er trygg, noe denne studenten var, og har fått nok opplæring, så er dette absolutt positivt.» Pasienten kjenner studenten, og det gir en trygghet. Studenten kan bidra med verdifull informasjon. Studenten får innblikk i hvordan overflytting skjer, og dette kan også bidra til god dialog mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. På spørsmål



Hovedbudskap

Studentens praksis skal utformes etter dagens oppgaver og ansvar. Dette prosjektet hvor studenten følger pasienten fra spesialisthelsetjenesten og over i kommunehelsetjenesten er et skritt i riktig retning.



Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

► Praksisstudie ► Sykepleierstudent ► Samhandling



NY PRAKSIS: Med samhandlingsreformen flyttes helsetjenestene dit folk bor, noe som krever nytenkning når studentene skal ut i praksis i kommunehelsetjenesten. Arkivfoto: Stig Weston

om de opplevde prosjektene som en belastning svarte samtlige nei, og en av informantene sa det slik: «Nei, det betyr ingen ting i en travel hverdag. De studentene som kommer sammen med pasienten er velkomne».

En effekt av prosjektet som vi nok ikke hadde tenkt på i forkant, var at studenten kunne ta med seg erfaringen tilbake til spesialisthelsetjenesten og på den måten være en budbringer av hva som fungerte og ikke. Samtlige av dem vi intervjuet ønsket at dette prosjektet skulle bli en varig ordning. En av informantene sa det slik: «Pasienter med kols er ofte utrygge, så derfor kan dette være ekstra positivt for å trygge pasienten. Dette bør også egne seg for andre pasientgrupper».

Konklusjon

Fordeler med at en sykepleiestudent følger pasienten fra spesialisthelsetjenesten over til kommunehelsetjenesten:

- ▶ Studenten kan trygge pasienten ved overgang mellom to institusjoner.
- ▶ Studenten kan komme med utfyllende informasjon om pasienten.
- ▶ Studenten kan bringe informasjon tilbake til institusjonen som pasienten kom fra om hva som fungerte bra og hva som ikke fungerte så bra.
- ▶ Studenten får oppleve overflyttingen fra pasientens ståsted.
- ▶ Det blir lettere for studenten å informere andre pasienter om hva som skjer ved overflytting.

- ▶ Det øker studentens samhandlingskompetanse.

Ulemper med at en sykepleiestudent følger pasienten fra spesialisthelsetjenesten over til kommunehelsetjenesten:

- ▶ Hvis pasienten blir skrevet ut på en fredag ettermiddag var det noen studenter som ikke ønsket å følge pasienten etter at arbeidsdagen var slutt.
- ▶ Det kan bli noe venting hvis overflytting skjer via ambulanse.
- ▶ Endringer angående utskriving som var planlagt.

For at en slik praksis skal fungere optimalt er det viktig at:

«Studentens praksis skal utformes etter dagens oppgaver og ansvar.»

- ▶ Studenten har god kjennskap til pasienten
- ▶ Kommunehelsetjenesten får beskjed i forkant om at det kommer en student sammen med pasienten

Vi ser at prosjektet har mange positive elementer i seg og ikke er krevende å gjennomføre. Dette er et prosjekt som vil egne seg for mange pasientgrupper og noe vi ønsker å videreføre.

Oppsummering

Prosjektene vi har presentert her er to av flere prosjekter vi har arbeidet med over tid. Vi har brukt pasientforløpsmodellen som utgangspunkt for tenkning rundt fremtidige praksisplasser for sykepleieutdanningen i dette prosjektet. Dette er en framtidsrettet måte å tenke praksis på hvor studenten vil få mulighet til å utvikle samhandlingskompetanse.

Vi mener modellen er en mer dynamisk måte å organisere praksis på. En av informantene beskriver det slik: «Studentens praksis skal utformes etter dagens oppgaver og ansvar og dette prosjektet er et skritt i riktig retning». ■■■

REFERANSER

1. NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg. Sosial- og helsedepartementet. Oslo.
2. St.meld. nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen. Sosial- og helsedepartementet. Oslo.
3. St.meld. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd. Kunnskapsdepartementet. Oslo.



Per Nortvedt,
professor ved seksjon
for medisinsk etikk,
Universitetet i Oslo.

Er omsorg realistisk?

Vi må beholde en helsetjeneste hvor pasienten blir sett og hørt og ikke må be om omsorg.

Møtet mellom helsearbeider og klient er utgangspunktet for all etikk i helsetjenesten. Men hva er de grunnleggende verdier i dette møtet? Hva er god omsorg, og hvilken betydning har god omsorg for medisinsk behandling, diagnostikk og pleie? Blir snakk om omsorg annet enn festtaler, som aldri får noen konsekvenser for praktisk politikk? Er verdien av empati og tid til den enkelte klient på vikende front i dagens helsetjeneste, blir den terapeutiske relasjon mellom klient og behandler taperen i en virkelighet med stadig større press på kostnadseffektivitet, behandlingsproduktivitet og stramme budsjetter? Hvordan kan man snakke om verdien av det enkelte møte, når så mange venter på å bli møtt?

Grunnleggende omsorgsverdier

Helse og sykepleietjenesten bygger på grunnleggende omsorgsverdier. Det innebærer å anerkjenne den hjelpetrengendes sårbarhet. Det er å ta utgangspunkt i den omsorgstrengendes opplevde

vensjoner må vike. Da er ikke bare hva man sier, men talens tone, ikke bare hva man ser, men hva blikket uttrykker, ikke bare hva hånden gjør, men hvordan den er det som er viktig.

Empati

Grunnleggende i all behandling og terapeutisk virksomhet er ikke bare å forstå effekten av en bestemt behandling eller hvordan en mulig sykdomsårsak skal forklares. Det er også nødvendig å forstå pasientens erfaringer med det å være syk. Den enkelte helsearbeider må kunne forstå hvordan det oppleves å få en bestemt diagnose, eller for pasienten å vente på et prøvesvar han eller hun gruer seg for. Hun eller han må forstå hvordan det er å få utsatt en operasjon pasienten har ventet på og kanskje forberedt seg lenge på. Hvordan er det for den syke å ikke komme opp av sengen, eller å få sitt liv radikalt forandret i løpet av noen få timer?

Pårørendes bekymring kan si noe om et informasjonsbehov som må imøtekommes bedre. Den

for fysiske og psykiske grenser er nødvendig for rehabilitering etter sykdom. Bryter omsorgen sammen er et viktig grunnlag for kyndig behandling borte.

Tid

Tid er viktig i dette. Avdødes statsfysikus Melby i Oslo sa i et avisintervju for noen år siden at tid er en av de viktigste verdier i lege-pasientforholdet. Det at man har tid til å ta seg av klienten. Snakker vi ikke hovedsakelig om tid i et økonomiske språk i dag?

Verdien av tid ligger ikke bare i at den kan måles eller hvordan den fordeles. Realisering av kyndig behandling og medmenneskelig omsorg krever tid. En pårørende kan trenge, etter som situasjonen krever det, ikke ti minutter, men en halvtimes samtale med legen. Morgenstellet må gå sakte fordi den gamles kropp er lemster og smertefull. Når en lege ved Diakonhjemmet sykehus i Oslo forteller om hvordan hun må stille sine spørsmål til pasient og pårørende på en slik måte at de ikke inviterer til videre samtale (fordi det har hun ikke tid til), er det likedan spørsmål om ikke fundamentale betingelser for samtale er truet.

Fag og holdning

Sykepleie dreier seg om de bevisste verdier man anerkjenner som viktige; at alle har krav på respektfull informasjon, selvbestemmelse og medbestemmelse, omtanke og likebehandling. Men holdninger uttrykkes også i væremåte, blikkets imøtekommenhet, håndens omtanke. Helt fra antikken har det vært en viktig innsikt at sann legekunst bare kan realiseres av klinikere som ikke utelukkende er faglig kyndige, men som også

«Hvordan kan man snakke om verdien av det enkelte møtet, når så mange venter på å bli møtt?»

situasjon og igjennom den å ivareta hans eller hennes integritet og verdighet.

For at pasient og pårørende virkelig skal føle seg ivaretatt har det betydning at omsorgen som gis, ivaretar kropp og sjel også i alle de situasjoner der ikke en bestemt behandling iverksettes. Særlig sykepleieren er delaktig i mange situasjoner der kvaliteter på tilstedeværelsen er vesentlig. Slik er det i situasjoner når ordene ikke lenger strekker til eller omfattende terapeutiske inter-

sykes smerter sier også noe om hvordan håndlaget må være, at bevegelsen ikke må være brå, at tilretteleggelsen av et sengeleie må være varsomt, at stikket må være hensynsfullt.

Også diagnostisk kan det være slik, at legger man ikke merke til pasientens ubehag, ser man heller ikke tegn som kan signalisere en forverring av sykdommen. Og spiller man ikke på lag med pasienten, er det også vanskelig å foreta den nødvendige behandling. Trygghet og følsomhet



har kjærighet til sine medmennesker. Hvilke krav skal vi ha til realisering av omsorgsverdier?

- ▶ Vi må ha en helsetjeneste hvor pasienten blir sett og hørt og ikke må be om omsorg.
- ▶ Helsearbeidere må ha evne til innlevelse, forståelse av pasientens situasjon.
- ▶ Det må være en evne til og et ressursmessig grunnlag for å kontinuerlig kunne vurdere og være oppmerksom på pasientens tilstand, opplevelse og erfaring.
- ▶ Det må være en evne til og et ressursmessig grunnlag for til å tilpasse behandling og pleie til den enkeltes særegne situasjon.

Prinsipper for faglig etisk forsvarlighet

Noen forsvarlighetskrav må beskytte grunnleggende kvaliteter i møtet mellom helsetjenesten og den enkelte klient. Eksempler på noen slike prinsipper er at ingen pasient skal:

- ▶ være alene uten en omsorgsperson ved sin side hvis han eller hun er alvorlig syk eller døende
- ▶ utsettes for unødig ventetid uten informasjon og en forsvarlig ivaretagelse i ventetiden
- ▶ få sitt planlagte behandlingsinngrep utsatt (hvis ikke helt særskilte forhold tilsier det)
- ▶ forlates eller avvises av hjelpeapparatet uten mulighet for omsorg i en situasjon man vet er faglig uforsvarlig, eller skrives til ut til et omsorgsapparat som ikke fungerer tilfredsstillende

Det er viktig å arbeide med å artikulere de sider av medisinsk og pleiefaglig omsorg som er sentrale for en god ivaretagelse av klienten. Det er viktig av pedagogiske hensyn, å lære og bevisstgjøre våre fremtidige helsearbeidere i lys av slike verdier. Men ikke minst er det viktig at medmenneskeligheten får et tilstrekkelig organisatorisk, ressursmessig og økonomisk rom i fremtidens helsevesen. ■■■



Randis hypokonderkryssord

	CELLU- LIT- TER	KUNST HØY- TID	▼	BILDET	ULÆRD	SKIPS- FORK.	DYR BÅT- EIER	▼	SÅRA NABO- ER	▼	USIKKER GRIL- LING	▼	PLAGGET MUS. UTTR.	▼	NYE PLASS.	▼	PREP. ART. (NYN.)	▼	OVULA- SJON- EN
SPØK- ENE	▼	▼		▼	▼	▼	▼		▼		▼		▼		▼		▼		▼
SOL- BRENT- HET	▼																		
E.S. SPILL	▼		KONJ.	▼		BRUK- KET SYKD.	▼		ADJ. YTRE	▼				PUL- VER	SAMS EGEN	▼			
▼			SNO				BAKKE	JORD- EPLER		SAUS FASE	▼		SYKD. KARAKT.	▼				STOP- PE- STED	TALL
TYDE HINNE	▼		▼		AAMODT	▼	▼	▼		▼			▼			NED- BØR DRIKK	▼	▼	
▼		BIBEL- DEL	▼		BY KLOVN	▼			ØK!	▼		HOLKE EROB- RE	▼						
PREP. TALL				BØNN- FALLE	▼		RE- KLAME		GLISE	PRON. HEL- LENDE	▼			STROFE	FUGL SKLI!	▼		TITTEL	
▼		AGN		FRUKT	▼				▼				VASSE TONE	▼			TETT- STED FRAMK- MIDDEL	▼	
FOLLI- KU- LITT	▼	▼											▼						
BORTE	▼			MAS	▼				TROR	▼					KVISE	▼			
HERJE	▼									YTTE	▼		SUTUR- ENE	▼					

Se løsning på kryssord side 72.

Quiz

Svein Roald Olsen, Jo Cranner, Eivor Hofstad

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

1 Hvilket land ble først med en offentlig godkjenningssordning av sykepleiere?

- A Sør-Afrika
- B New Zealand
- C Argentina

2 Når ble bachelorgraden iverksatt i sykepleierutdanningen?

- A 2002
- B 1994
- C 2007

3 Utdanner Forsvaret sine egne sykepleiere?

- A Ja
- B Bare ved behov
- C Nei

4 Hvorfor skal mennesker med diabetes type 1 være forsiktig med alkoholinntaket?

- A Det gir økt risiko for lavt blodsukker

- B Det gir økt risiko for høyt blodsukker
- C De blir pære fulle etter bare en alkoholenhet

5 Gjelder taushetsplikten på sosiale medier?

- A Nei
- B Ja
- C Kun hvis du jobber i Norge

6 Hvor mange sykepleiere per 100 000 innbyggere har Norge sammenlignet med gjennomsnittet i EU?

- A Over 600 fler
- B Omtrent som EU
- C Over 600 færre

7 Hva het sjefssykepleieren i MASH 4077?

- A Margaret «Hot Lips» Houlihan
- B Consuela Lopez
- C Colleen McMurphy

8 Hva er koniose?

- A Godartet utvekst på tykktarmen
- B Sykdom som skyldes innånding av støv
- C Tilstand som oppstår ved visse dietter

9 Hvor stor prosent av de ansatte i offentlig sektor er kvinner?

- A 30 prosent
- B 50 prosent
- C 70 prosent

10 Hva mener NSF er hovedårsaken til at vi ikke har likelønn i Norge?

- A Gjerrige mannlige politikere
- B Kjønsdiskriminering
- C Verdisettingsdiskriminering



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.)



GJERRIGE MENN:

Er dette grunnen til at vi ikke har likelønn i Norge? Foto: Colourbox

SVAR: 1B, 2A, 3C, 4A, 5B, 6A, 7A, 8B, 9C, 10C

Eli Gunhild By: Master
sikrer kompetanse. Side 70

Danske jordmødre
er dyktige nok! Side 71

Skal vi oppmuntre igjen og igjen hvis
pasienten bare ønsker å dø? Side 73

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 BÅRD NYLUND

«Hvis forskning
sier at homo er noe
man blir, ville jeg
være sterkt uenig.»

76

KRONIKK MARITA NORDHAUG

«Man bør diskutere om faglig autonomi
bør skjermes fra press ovenfra om
prioriteringer og ressurshensyn.»

74



NSF HAR ORDET

Forbundsleder Eli Gunhild By

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: eli.gunhild.by@sykepleierforbundet.no

Mastergrader sikrer fremtidig kompetanse

Bachelor-, mastergrad og phd-utdanning er standard utdanningsløp, både i Norge og internasjonalt. Skal vi møte kravene til fremtidens helsetjeneste må også videreutdanningene i sykepleie inn i dette løpet.

Mer avansert behandling og komplekse, akutte og kritiske pasientsituasjoner gjør at det er et stort behov for spesialkompetanse innen sykepleietjenesten. Kravene til kompetanse i helseforetakene er også økende, både når det gjelder faglige krav og tjenesteutvikling. Kommunene er døgnåpne, med blant annet ø-hjelpssenger og mottak av utskrivningsklare pasienter. Det krever selvstendige sykepleiere med kompetanse innenfor både analytisk vurdering og avansert behandling, både i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Gjennom bachelorutdanningen har vi en solid breddeutdanning i sykepleie. Hvert år utdannes 3500 sykepleiere. Hver og en av dem er en viktig ressurs for samfunnet. Imidlertid trenger flere av sykepleierne mer spisset kompetanse innenfor det spesialiserte arbeidsfeltet de skal jobbe i.

«Konkurransen om fremtidig arbeidskraft er økende.»

Norsk Sykepleierforbund vil at du som tar videreutdanning skal få uttelling i utdannings-systemet. Det får du ikke per i dag. Videreutdanningen innenfor for eksempel anesthesi, intensiv eller operasjon utgjør 1,5 år og ender opp der. Å la videreutdanningene i sykepleie inngå i mastergrader gir mulighet til å utdanne spesialsykepleiere med bredere kompetanse, som igjen bidrar til å innfri de økte kravene i kommune- og spesialisthelsetjenesten. I tillegg får sykepleierne mulighet til å bygge karriere og ta mastergraden som en del av et større utdanningsløp.



TRENGS: Arbeidsgiverne bør verdsette at sykepleiere vil ta master, mener Eli Gunhild By. Arkivfoto: Bo Mathisen

Selv om Stortinget har nedfelt som prinsipp at videreutdanninger som bygger på en bachelorgrad skal integreres som utdanning på masternivå, er noen likevel skeptiske til at sykepleiere og jordmødre skal ta masterutdanning. En skepsis som gjerne handler om at sykepleierne blir borte fra arbeidsplassen i to år i stedet for 1,5 år. Sykepleiere som tar master blir imidlertid ikke borte – praksisstudiene gir nærhet til feltet, og arbeidsgiver som betaler utdanningen kan være med og stille krav til fordypningsområde og dra nytte av resultatene.

Konkurransen om fremtidig arbeidskraft er økende. Det krever tydelige og attraktive ut-

dannings- og karriereløp. Sykepleiere er stolte av yrket sitt og svært engasjerte i faget sitt. Men de blir ikke ved sin lest for enhver pris. Skal vi både beholde sykepleiere og rekruttere nye, må myndighetene og arbeidsgiversiden erkjenne sammenhengen mellom utdanning og kvalitet. Å tilby mastergrader hvor videreutdanning inngår vil være et viktig steg i denne retning. ■■■

Eli Gunhild By

Danske jordemødre har en jordemoderuddannelse

I en artikkel i Sykepleien nr. 3 hævdes det, at danske jordemødre ikke er dygtige nok til at varetage arbeidet på barselafdelinger i Norge. Og det fremheves af medlemmer af Jordmorforbundet NSF, at det skyldes, at jordemødre i Danmark ikke som hovedregel har en sygeplejerskeuddannelse som fundament.

Det er riktig. De har derimot en jordemoderuddannelse, der kvalificerer dem til alt arbeid med den raske og syge gravide, fødende og barslende kvinne og det raske og syge spædbarn. Den danske jordemoderuddannelse omfatter farmakologi, iv-medicinering, venflon-anleggelse, pasning af epiduralblokkade og meget mere.

Det er da også deilig, at den norske jordemoderleder Hoyer-Sørensen, der beskriver, hvad der skal

til, for at en dansk jordemoder skal kunne varetage arbeidet, fremhever, at det er: introduktion til en afdeling. Og at man i afdelingen lærer gensidigt – som det alltid er, når der er kulturforskelle mellom ansatte på afdelinger.

Gad vide, om ikke vore danske kolleger, der fylder en plads i det norske sundhedsvæsen, i denne artikkel bliver gjort til gidsler i en intern faglig kamp i Norge. En kamp, hvor Jordmorforbundet NSF vender sig mod Direct Entry modellen, som Jordmorforeningen har arbeidet for?

Det hævdes, at danske jordemødre passer det normale, og sygeplejerskerne tager sig af det patologiske.

Nej. I Danmark arbejder jordemødre på linje med sygeplejersker med svangre og barsel – også når det

drejer sig om syge gravide eller barselkvinder. Der er historiske grunde til, at der stadig er et overtal af sygeplejersker i omsorgen. Men fagligt er de to grupper i stigende grad ved siden af hinanden, og på ikke så få afdelinger for kompliserte og normale graviditeter, fødsler og barsel har jordemødre arbeidsopgaverne i hele feltet.

Ser man alene på grunduddannelsen, er der ikke tvil om, at den nyuddannede danske jordemoder er uddannet både klinisk og teoretisk til umiddelbart at varetage hele feltet.

Selvsagt er der mange dygtige danske sygeplejersker, der har spesialisert seg i feltet, og derfor er der også tilfredshed med, at grupperne flere steder arbejder ved siden af hinanden eller tætt sammen.

(Fortsetter på neste side.)

SIDEN SIST

Siden sist inneholder korrigerte og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe? Kontakt oss på interaktiv@sykepleien.no

Helsevesenets håndverkere

Gunhild Rolandsen og Ruth Lindgaard langer i innlegget «Ambulansetjeneste under press» i Sykepleien nr. 4–2014 ut mot kompetansen til norsk ambulansepersonell og forsøker å rake glørne ut av asken etter en debatt som mange anser som avsluttet.

De to sykepleierne klager sin nød over at det ikke er deres yrkesgruppe som bemanner landets ambulanser. Samtidig stiller de seg mildt sagt kritiske til dagens grunnutdanning i ambulansefag og kaller paramedicstudiet på høyskole for minimalt.

Det pekes på utviklingen av ambulansetjenesten og hvor store krav som etter hvert stilles til personellet. Krav som kun sykepleiere kan innfri, skal vi tro forfatterne. Faktum er at vi i ambulansetjenesten stort sett driver med det samme som for ti år siden. Mye er selvsagt under utvikling. Men at målet skal være et «sykehus på hjul» vil vel de fleste helsearbeidere forstå at er en overkant tabloid fremstilling.

Samtidig hevdes det at samhandlingsreformen vil kreve høyere kompetanse i ambulansetjenesten. Vi som trodde at kommunene nå skulle bli bedre i stand til å ivareta syke pasienter slik at de slapp nettopp ambulansetrykninger og sykehusinnleggelse tok åpenbart feil.

Faktum er at den norske ambulansetjenesten egentlig fungerer temmelig godt. Få avvismeldinger som gjelder pasientbehandling, lite klagesaker, nærmest ingen tilsynssaker. Og stor vilje til utvikling

av eget fag og utdanning. Har vi behov for bistand, ja så får vi det. Både fra anestesileger, legevaksleleger, spesialiserte sykepleiere og andre yrkesgrupper. Her jobber ambulansearbeidere, paramedics og sykepleiere med ambulansefagbrev side om side. Personlig egnethet og erfaring er langt viktigere i dette faget enn å skule til hva slags diplomer og vitnemål den enkelte måtte ha på veggen hjemme.

Rolandsen og Lindgaard viser til den svenske modellen der kravet til bemanning i ambulanse er minst en sykepleier. Dette synes de høres svært så fornuftig ut til tross for at størstedelen av Europa – altså med unntak av svenskene – velger å se på ambulansetjeneste som en egen profesjon med utdanning tilrettelagt deretter.

De forslår sågar at ambulanser bør bemannes av sykepleiere med spesialisering i intensiv- eller anestesisykepleie. Hvem skal så erstatte disse allerede etterspurte yrkesgruppene i sykehusene? Og er det ikke et meningsløst spill av god spesialistkompetanse å sette en intensivsykepleier til å bemanne en perifer ambulanse med et snitt på knapt et oppdrag i døgnet?

Dagens paramedicutdanning, som artikkelforfatterne kaller minimal, er (medregnet påbygningsstudie) på 90 studiepoeng. Altså halvparten av dagens bachelorutdanning i sykepleie. Studentene er erfarne ambulansearbeidere med fagbrev og autorisasjon i bunnen. Foreleserne på studiet består av meget erfarne overleger og professorer som virkelig ser

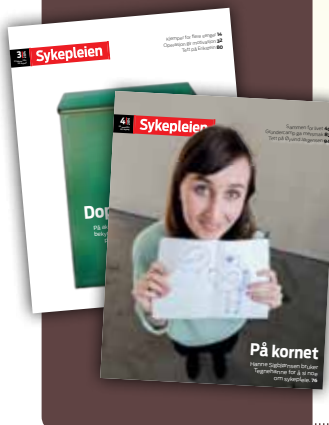
verdien i å tilføre ambulansepersonellet så høy kunnskap som overhodet mulig, både i de akuttmedisinske fagene så vel som etikk og kommunikasjon, helserett og farmakologi.

Ser man nærmere på studieplanen for sykepleiere inneholder disse fint lite som omhandler akuttmedisin. Og hva gjelder de operative funksjonene, som er en vesentlig del av jobben, er den helt blank. Ved Høgskolen i Hedmark velger man for øvrig å la hjelpekorpsmedlemmer undervise studentene i hjerte-lunge-redning og basal førstehjelp. Så lite viktig anser man altså dette for å være i sykepleierutdanningen at man lar amatører uten frugg av formell utdanning stå for opplæringen.

Samtidig benytter forfatterne anledningen til å klage sin nød over at sykepleiere som jobber vikarvakter i ambulansetjenesten får lønn som ufaglærte. Men målt ut fra fokuset dagens sykepleierutdanning har på prehospitalt arbeid er det i utgangspunktet nettopp det de er; ufaglærte i ambulansetjeneste – uansett antall studiepoeng.

At det første kullet med bachelorstudenter i prehospitalt arbeid (paramedic) etter planen starter opp på Høgskolen i Oslo i år synes å ha gått Rolandsen og Lindgaard hus forbi. Men det kan kanskje bidra til at bålet endelig slukkes.

Lars H. Jacobsen, autorisert ambulansearbeider med tilleggsutdanning som Nasjonal Paramedic



(Fortsettelse fra forrige side.)

Men lige så selvfølgelig er det, at kun jordemødre bemander fødegangene. Den syge gravide og fødende kvinne kan i særdeleshed kræve intensiv pleje og omsorg, og den opgave er jordemødre autoriseret til at varetage. Omsorgen for gravide og fødende er, som Linn Holberg ganske korrekt siger, blevet mere spesialisert i takt med, at for eksempel nyretransplanterede kvinder, kvinder med hjertesygdomme og kvinder med svær diabetes bliver gravide. Opgaven med at varetage omsorg og behandling af kvinder med disse tilstande vil imidlertid alltid kræve særlig trening. Det gælder uanset hvilken faggruppe, der skal varetage opgaven.

Vi oplever naturligvis, at der er forskel på, hvad den nyuddannede jordemoder og den erfarne jordemoder, den nyuddannede sygeplejerske og den erfarne sygeplejerske i praksis kan arbeide med i Danmark. Der er altid yderligere opplæring og samarbeide at stræbe efter, lige meget hvilken faggruppe i sundhedsvæsenet vi taler om.

Vi vil gerne indbyde vores norske kolleger fra Jordmorforbundet NSF til at komme på studiebesøg på forskjellige danske afdelinger og på jordemoderuddannelserne, så de ved selvsyn kan sikre sig, at de danske kolleger, som efterspørres i Norge, også vil kunne løfte oppgaver i bredden ved de norske afdelinger.

Og det er vel ganske klart, at den relativt nyuddannede jordemoder hverken i Danmark, i Norge, i Sverige, i Island eller i Finland ville være førstevalget til at være vagtansvarlig, afdelingsjordemoder, koordinerende, eller hvad vi kalder det. Det er et arbejde for den godkendte og erfarne kollega, uanset hvilken EU-godkendt uddannelse, hun eller han så kommer med.

Vi vil byde debatten velkommen – men den skal foregå på et oplyst grunnlag.

Med tak til Sykepleien for at optage vores indlæg.

Kollegiale hilsner,

Lillian Bondo, formand for Jordemoderforeningen og Bodil Møller, formand for ledernetværket for Danske Jordemoderuddannelser

Du er pasient på min avdeling

Hvert eneste år, hver måned og hver dag endres et godt voksent menneske sin tilværelse seg for alltid. Dette menneske flytter inn på en institusjon.

Og her er vi, vi som jobber i kommunehelsetjenesten og som har ansvaret for at hver enkelt blir ivaretatt som den personen de er, på tross av medisiner og diagnoser.

Hvem var du før du ble syk? Hvem var du da du ble syk? Og hvem er du nå? Vanskelige spørsmål som noen ganger gir forbausende lette svar. Andre ganger har man kanskje ikke svaret selv, men ønsker å finne det ut. For kun ved å vite hvem som står foran meg, kan jeg klare å møte dine behov. I alle fall gjøre mitt beste for å møte dem.

Arbeidshverdagen min kverner rundt din situasjon. Din helse. Ditt liv. Det oppleves som et stort ansvar, men av det gode ansvaret. Det var kanskje ikke ditt valg at du ble min pasient på det sykehjemmet jeg jobber, men jeg vil du skal stole på meg. Stole på at jeg jobber i eldreomsorgen fordi jeg brenner for at du skal ha en opplevelse av livskvalitet, selv når livet ditt er snudd opp ned og min avdeling har redusert ditt hjem til et privat rom og en felles stue.

Jeg har stor forståelse for at hverdagen din kan oppleves redusert, at ditt liv er blitt en del av kommunehelsetjenestens tilbud, eller mangelen av tilbud. Men jeg vil likevel at du skal løfte blikket og se at min hånd

strekkes mot din, at mine øyne ser deg og at mine ører hører deg. Jeg ønsker ikke å gi deg et inntrykk av at jeg ikke har tid til deg. Min arbeidshverdag tilhører deg. Og den tiden ønsker jeg å forvalte rett. Du må fortelle meg om hvem du er. Hva ønsker du, og hva ønsker du ikke?

Så her er vi, du og jeg. Bundet sammen som pleier og pasient. Men vi er også bundet sammen som to mennesker som har muligheten til å tilbringe kvalitetstid i lag. Det kan dreie seg om utveksling av historier fra din barndom eller min barndom, vi kan være på tur, spille spill eller du lærer meg noen grep på gitaren. Kanskje hjelper jeg deg med et strikketøy som klapper seg til når synet svikter. Mulig du en dag kjeffer på meg for at vannet i dusjen ble for kaldt eller for varmt. Og rett etterpå ler vi sammen av ansiktskremen du fikk av barnebarnet ditt som skal være bra mot rynker. Og innenfor helsevesenet finnes de beste klemmene. De er ekte. De kan trøste og de kan glede. Sånn sett er min arbeidshverdag unik. Eldreomsorgen er unik.

Jeg vet at eldreomsorgen vil mangle hender i fremtiden. Vi mangler dem allerede. Men jeg har tro på at vi er mange som er i eldreomsorgen for en grunn. En veldig god grunn, nemlig deg.

Jeg er glad for at du er pasient på min avdeling. Jeg ser deg. Stol på det!

Cecilie Eikrem Kamp, sykepleier Åse sjukeheim

Løsning på kryssord i nr. 5/2014. Se side 68.

	CELLU- LIT- TER	KUNST- HØY- TID	A	BILDET	ULÆRD	SKIPS- FORK-	DYR- BAT- EIER	K	SARA- NABO- ER	A	USIKKER- GRU- UNG	R	PLAGGET- TUSE- LITTE-	L	NYE- PLASS-	U	PREP- ART- (NYN)	T	OVULA- SJON- EN
SPOK- ENE	A	P	R	I	L	S	N	A	R	R	P	A	F	U	N	N	E	N	E
SOL- BRENT- HET	P	Å	S	K	E	S	O	L	S	R	Ø	D	F	A	R	G	I	N	G
E.S. SPILL	P	S	KONJ.	O	G	BRUK- KET SYKO-	A	V	ADJ. YTRE	A	L	L		PUL- VER	SAMS EGEN	E	N	I	G
L	E	K	SNO	N		H	BAKKE	JORD- EPLER	S	SAUS- FASE	S	Ø	SYKO- KARAKT.	M	S		STOP- PE- STED	TALL	L
TYDE HINNE	L	E	S	E	AAHØØ	A	L	P	I	N	E	S	S	E	T	NED- BOR- DRUKK	S	N	Ø
I	S	BIBEL- DEL	N	T	BY KLOVN	R	I	O	ØK!	E	S	HOLKE EROB- RE	G	L	A	T	T	I	S
PREP- TALL	I		Ø	BØNN- FALLE	B	E	RE- KLÅME	T	GLISE	PRON. HEL- LENDE	V	I		STROFE	FUGL SKUL!	E	A	TITTEL	N
E	N	AGN	D	FRUKT	A	P	P	E	L	S	I	N	VASSE TONE	V	Å	TEST- STED FRANK- VIGDEL	S	K	I
FOLLI- KU- LITT	H	Å	R	K	J	E	R	T	E	L	I	N	F	E	K	S	J	O	N
BORTE	U	T	E	MAS	A	S		E	TROR	A	N	T	A	R		K	O	N	G
HERJE	D	E	V	A	S	T	E	R	E	YTTE	G	A	SUTUR- ENE	S	T	I	N	G	A





Marina Gran Løland, sykepleierstudent ved Lovisenberg diakonale høyskole

«Kan jeg ikke bare få lov til å dævvve da?»

Hvor lenge skal vi som sykepleiere motivere og distrahere pasienter som kun har ett ønske igjen, å få dø?

Tilværelsen på sykehjemmet er en kamp for mange. Livet går i ring, og plutselig er man tilbake i en avansert form for barnehage. Karrierestigen er for lengst nådd, og selv om ingen husker hva du har jobbet med i dine glansdager, skal dine siste dager tilbringes med noen surrete «barn» i en «gamlehage». Sammen skal man spise, leke og koser seg døgnet rundt. Er du heldig, kommer kanskje barna dine, som sendte deg hit, på besøk. Kanskje har du ingen, og alle andre har glemt at du er her. Derfor er du så heldig at du har fått låne et tomt rom og en hard seng så lenge du vil. Men hvor lenge vil du?

Så hva gjør du når det er helsa som har sendt deg hit og du ikke ønsker å være en som mottar hjelp? En verge som tilfeldigvis ramler innom etter flere etterlysninger, hjelper deg med å planlegger slutten, og du håper du slipper å måtte være avhengig av hjelp så mye lengre. Samtidig opplever du at minnene om et tidligere liv begynner å forsvinne i det fjerne, sammen med alt annet du husker. Tørre kneippskiver frister ikke lenger, og smerten ved å stå opp fra senga er overveldende. Det eneste du spør er: «Kan jeg ikke bare få lov til å dævvve da?»

Ingen har noe godt svar på hvorfor du ikke kan få slippe, men opp skal du, for dette er ikke noe hvilehjem. Sykepleierne arbeider hele tiden for å tilrettelegge så godt de kan, og du beklager deg hver gang du er trist eller sint over egen situasjon. Du ønsker ikke å la det gå ut over andre, men du orker bare ikke mer. Du skjønner at du blir skjermet fra de andre pasientene på dine dårligste dager, og synes egentlig at det er godt å krype ned i sengen, selv om huden din skriker i smerte over trykksårene som hele tiden blir litt større.

Hvor lenge skal vi som sykepleiere motivere og distrahere pasienter som kun har ett ønske igjen, å få dø? Grunnleggeren av moderne sykepleie, Florence Nightingale, mente at sykepleierne må fokusere på personens sykdom og opplevelse av sykdommen. Samtidig mente hun at miljøet påvirket deg som sykepleier. Noen velger ofte å fokusere på pasientenes grunnleggende behov, da de ikke kan svare på hvor syk man må være for å slippe sykehjem. Andre

beklager og forteller «at døden styrer ingen over».

Omsorgsetikk er det moralske fundamentet som relasjonen mellom beboer og sykepleier bygger på. Allikevel er det ikke sykepleieren som blir sittende alene på stua gjenglemte i en hektisk hverdag. For uansett hvor mye sykepleieren forteller at hun gledes av å være sammen med deg, føler du deg som en byrde. Du blir mer og mer deprimert over å ikke kunne bidra med alt du ikke er eller kan lengre. En annen beboer sa en gang til deg med et sukk i hjertet, «ja tenk at det var her det skulle ende». Øynene dine ble blanke, men du valgte å ikke svare. For selv om flere ikke hadde klart seg hjemme, ligger det i underbevisstheten at sykehjemmet er livets siste busstopp. Klokkene i gangen ringer konstant som en påminnelse om at kirkeklokkene er det neste.

«Tørre kneippskiver frister ikke lenger.»

Når diagnosene kommer seilende og tiden nærmer seg, har du bestemt deg for å bli liggende uansett hvor mye de maser. Du raser ned i vekt, og prosessen er endelig i gang. Du blir sendt som en kasteball til sykehus, men slipper behandling og får komme «hjem». Endelig er dagen her, og tiden stopper opp. Tantene som du har forbannet og elsket for deres innsats og tålmodighet, samler seg rundt deg. De sitter ved din side og holder dine hender mens livet sakte tappes ut. Tårene triller nedover kinnene, og alt de kan gjøre er å sørge for at ditt siste ønske oppfylles på en verdig og lindrende måte. En klok dame sa en gang: «Livet er en kamp å komme inn i og en kamp å forlate.» Kanskje var du ikke alene i livets siste kamp? Kanskje syntes du det var godt å avslutte livets busstur på et sykehjem sammen med noen få som kjente deg på dine siste dager? Sykehjem er kanskje ikke så ille for dem som har et ønske om å leke litt lenger? For dem som vil ta imot hjelpen og har batteri nok til å stå opp av sengen. Ditt batteri er tomt, og du gledes over at slutten endelig er her. Du avslutter det hele med et smil om munnen, vel vitende om at din sykepleier var der. ■■■



Marita Nordhaug, sykepleier,
PhD i profesjonsstudier, Høg-
skolen i Oslo og Akershus

Faglighet under press

Bør profesjonsutøvere på visse områder skjermes fra prioriteringsansvar og ressurs hensyn?

Prioritering av helsevesenets ressurser er uunngåelige. Men det bør gå en grense for hvor langt profesjonsutøveres prioriteringsansvar og ressurs hensyn kan drives uten at det går på bekostning av den faglige kvaliteten i praksisutøvelsen.

Regjeringen Stoltenberg II oppnevnte i fjor sommer et utvalg som innen september i år skal vurdere hvordan vi best møter prioriteringsutfordringer i helsesektoren. Blant annet består utvalgets mandat i å beskrive og vurdere de ulike aktørenes ansvar og rolle i prioriteringsbeslutninger.

Sikre faglig kvalitet

Det er betimelig å diskutere hvorvidt profesjonsutøvere på visse områder bør skjermes fra prioriteringsansvar og ressurs hensyn. Dersom faglig kvalitet i praksis skal være i tråd med det ansvaret profesjonsutøvere primært er satt til å forvalte, bør de tillates større

gjelder særlig på de områder der pasientens behov vanskelig lar seg kategorisere og sammenlikne etter alvorlighetsgrad, der hvor spørsmålet ikke er hvem som bør prioriteres til hvilken type behandling, men hvor det er snakk om hva som er tilstrekkelig eller god nok omsorg. Dette gjelder særlig innen pleie og omsorg, hvor de daglige utfordringene i praksis er å sikre den faglige kvaliteten på omsorgen snarere enn å vurdere et tiltaks nytte og kostnadseffektivitet.

Ressurs hensyn og faglig kvalitet

Vel intenderte politiske og organisatoriske beslutninger og prioriteringer ender ikke sjelden opp som dilemmaer mellom ressurs hensyn og faglig kvalitet i hvert enkelt møte med pasientene. Bør den skrapelige eldre mannen skrives ut i dag når han er engstelig for sin tilstand og ikke har nettverk hjemme, men sykehuset ønsker plassen frigjort? Bør den pleietrengende pasienten ligge i sengen til langt på dag fordi det vil frigjøre tid til to andre pasienter? Bør et voksent menneske som ikke har behov for bleie, få på seg bleie bare fordi dette er mer tidsbesparende enn å følge vedkommende til toalettet? Svaret vil ofte være ja på disse spørsmålene dersom profesjonsutøverne i klinisk virksomhet skal kalkulere ressursene og stadig navigere sin praksis etter overordnede prioriterings hensyn – for eksempel for å redusere helsekostene. Nei er svaret på disse spørsmålene dersom profesjonsutøvere i stedet tillates å navigere etter faglig autonomi og skjønn overfor de pasienter de har et direkte ansvar for innen omsorgsinstitusjonens grenser.

Profesjonell autonomi

Dette betyr ikke at retningslinjer og prinsipper for prioriteringer ikke skal være viktige rettesnorer for ressursbruk i helsetjenesten, ei heller at ressurser skal anses som utømmelige, eller at ansvaret for andre med legitime behov skal settes til side i møte med enkeltpasienter.

Men det betyr at den profesjonelle autonomien, uløselig knyttet som den er til det faglige ansvaret i møtet med enkeltpasientens tilstand og skjebne, er avhengig av rom og tid til adekvat behandling, pleie og omsorg. Snevres tiden og rommet inn, ved at oppmerksomhet og hensyntaken «smøres tynt ut over» av hensynet til ressursknapphet, trues også den profesjonelle autonomien. Hva med øyeblikkene og tiden det tar å oppfatte, fortolke, beslutte og handle og som ikke kan måles og behandles instrumentelt. Preger dette rommet av hensyn til ressursknapphet og overordnede prioriteringer som første prinsipp for profesjonelt ansvar, står også sentrale verdier

«Spørsmålet om grenser for helseprofesjonenes ansvar er spesielt viktig.»

faglig autonomi og mindre ansvar for og hensyn til overordnede prioriterings- og ressursproblemer.

Ansvaret til profesjonsutøverne i klinisk virksomhet har aldri vært, og bør aldri bli, å sørge for kostnadseffektiv drift ved helseinstitusjoner eller å ha ansvar for helsebudsjetter. Ansvaret bør alltid være å imøtekomme enkeltpasientens legitime behov for medisinsk behandling, pleie og omsorg. Et kjennetegn ved profesjoner er at de forvalter et politisk legitimert samfunnsmandat over et felles gode. Et slikt felles gode er behovsbaserte rettigheter knyttet til helsehjelp. Realiseringen av dette i klinisk praksis der den profesjonelle møter pasienten, foregår i korte eller lengre møter med hver enkelt pasient. Det foregår på legekantorene, i sykehusene, i hjemmene, på sykehjemmene. Tilstrekkelig tid og rom for kommunikasjon med pasienten, for observasjon av pasientens tilstand, for adekvat informasjon, for faglige intervensjoner, for varhet for pasientens subjektive opplevelse og sårbarhet, er fundamentale verktøy for forvaltning av samfunnsmandatet i praksis. Dette fordrer tid, rom og ressurser – ikke sjelden på en måte som er uforenlig med det tilgjengelige.

Spørsmålet om hvor grenser for helseprofesjonenes ansvar går er spesielt viktig, men kanskje desto vanskeligere å besvare. Det



i pasientomsorg på spill. Som hos pasienten som får på seg en bleie i stedet for å bli fulgt til toalettet, ikke fordi vedkommende har et helsefaglig eller rettmessig behov for det, men fordi det løser et ressursproblem profesjonsutøveren i utgangspunktet ikke bærer ansvaret for. Dette er på radikal kollisjonskurs med helseprofesjonenes autonomi over forvaltningen av samfunnsmandatet.

Forvalte samfunnsansvar

Dersom helseprofesjonene skal forvalte sine nåværende samfunnsmandater i klinisk virksomhet, bør de – i det daglige arbeidet – sikres stor faglig autonomi og mindre ansvar for overordnede

prioriteringshensyn. En implikasjon av dette vil være autonomi til å prioritere tid til nåværende pasient de har et direkte ansvar for – også selv om dette kan gå på bekostning av andre potensielle pasienter. Forvitrer tid og rom for møtene mellom profesjonsutøver og enkeltpasienten, forvitrer helseprofesjonenes mulighet til å forvalte sitt samfunnsmandat på en faglig akseptabel og forsvarlig måte. Med det forvitrer også en grunnleggende verdi i vårt velferdssamfunn; våre felles behovsbaserte rettigheter til individuell og verdig behandling, pleie og omsorg. Det er derfor å håpe at prioriteringsdiskusjonene framover også omhandler muligheter for skjerming av faglig autonomi mot press ovenfra. ■■■

FAG FØRST: I det daglige bør helseprofesjonene sikres faglig autonomi, og få mindre ansvar for overordnede prioriteringer, skriver kronikkforfatteren. Arkivfoto: Erik M. Sundt

Hvorfor: Fordi han er talsperson for seksuelle minoriteter, som ofte er usynlige.

Stilling: Leder i Landsforeningen for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (LLH)

Utdanning: Halvstudert sykepleier

Alder: 33 år

Halvsøsteren

Bård Nylund hoppet av sykepleiestudiet for å kjempe for damer med skjegg og menn i kjoler.

Tekst og foto **Marit Fonn**





ens OL-journalistene gikk på homobar for å lete etter homofile russere, satt Bård Nylund hjemme i Oslo og svar- te på spørsmål fra pressen. Han var glad for å kunne belyse heksejakten i Putin-regimet, men uten illusjoner om at noen uker med internasjonal oppmerksomhet vil forandre så mye for russiske homofile og lesbiske.

Nylund leder Landsforeningen for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (LLH) på fjerde året og har sagt ja til gjenvalg. Før var det sykepleierstudentene han kjempet for. I to år var han studentleder i Norsk Sykepleierforbund (NSF). «– Ikke bli sykepleier!» var derfor en overraskende overskrift han skapte i Dagbladet i 2010.

LLH HOLDER TIL vegg i vegg med NSFs hovedkontor midt i Oslo. Tassende i mariusgenser strikket av mamma passerer han hyllen med brosjyrer om alt fra bamsehomser til sentblomstrende lesber. Han velger seg ut en egnet sitteplass. Det blir sofaen.

– Litt arrogant å fraråde utdanningen den gangen?

– Respons på arroganse, vil jeg si. Det var lønnsoppgjør og liten vilje til å betale det sykepleierne fortjener. Derfor mente jeg studen-

«Ikke kom ut av skapet før du er klar for det.»

tene måtte tenke nøye over om de ville ta på seg det store ansvaret for den lille betalingen.

– Du sa til Sykepleien at du selv skulle fullføre. Hva skjedde?

– Etter to år på deltidsstudium var jeg ikke mer enn halvsøster da jeg ble studentleder. Så ble jeg valgt som nestleder i LLH. Da lederen brått trakk seg, var det ikke så mange som kunne ta over. Jeg kjente at jeg hadde lyst.

I januar 2011 begynte han. Han skjønte at det også var et farvel til sykepleiestudiet. Det ble for vanskelig å kombinere ledervervet med studier og praksis.

– Hvordan føles det?

– Skulle gjerne gjort ferdig sykepleien. Det er et fantastisk fag som er riktig for meg på mange måter. Jeg heier på alle som tar sykepleierutdanning.

For eksempel sin venninne – frisøren på snart 40 som nå går førsteåret på sykepleien.

– Du sa du ville tjene for lite som sykepleier. Hva tjener du nå?

– Som en spesialsykepleier med full ansiennitet i turnus.

Han gjesper litt. Strekker seg. Legger føttene med oransje sko, kjøpt i New York, på en krakk.

– Men så jobber jeg 40 helger i året.

I helgene besøker han lokallag. Han holder taler og debatterer. Og svarer på telefoner fra folk som sier de har lyst til å ta livet sitt.

– Ingen ulempe å ha det sykepleiefaglige i bønn. Jeg møter folk med store utfordringer.

På telefon kan de fortelle om liv som er umulig å leve. De kan lure på hvordan de skal fortelle foreldrene sine at de er homofile. Eller de strever med uklar kjønnsidentitet.

For noen er Nylund den første de betror seg til.

– Å løfte opp røret, slå nummeret – det er ikke noe du gjør på impuls. Men jeg kjenner min begrensning. Jeg er ikke terapeut eller psykolog. Men jeg kan bidra og henvise videre.

Gode kolleger er viktig. Men han har erfart at begrepet «ensomt på toppen» gir mening.

– Uansett hvor flinke de tillitsvalgte er, så er det mye jeg må deale med sjøl. Det folk forteller meg, kan jeg ikke alltid fortelle videre. Jeg må spille ball med meg sjøl for å legge politiske strategier. Som frontfigur er det ingen andre å skyldte på. Jeg skal ivareta organisasjonen, og jeg tar imot kjipe tekstmeldinger.

Han har sin egen kontakt i politiet, som han kan ringe når som helst.

NYLUND VOKSTE OPP i innlandsbygda Gjerstad i Aust-Agder i en vanlig familie med to barn. Mor og far skilte seg da han var ti. Moren ble sykepleier da Nylund var konfirmant.

Lille Bård følte at han ikke var som andre. Han lekte helst med jenter. Han forsto tidlig at han var homo.

– Jeg følte aldri at det var galt. Men jeg visste at det måtte bli en hemmelighet livet ut.

Ungdomstiden var fylt av turbulente følelser. Å leve opp til andres og egne forventninger ble umulig.

– Fordelen var at jeg hadde noe tydelig å henge annerledesheten på.

– Skulle du ønske at du ikke var annerledes?

– Nei. I dag ville jeg aldri bytta, selv om det var vanskelig. Mange homofiles største ønske er å være hetero, slik var det ikke for meg.

Her om dagen fant han noen gamle videokassetter fra barndommen.

– Det var rart å se. Jeg kjente igjen noe jeg hadde glemt. Usikkerheten, et enormt behov for å bli sett. Melankoli. Jeg så den lille ungen som ikke hang helt sammen.

Å komme ut av skapet var enormt frigjørende:

– Verden bare ventet på meg. Det jorda personligheten. Nå var jeg den jeg var. Det var så mye jeg ikke trengte leve opp til.

Det spilte ingen rolle lenger at vennene hans var damer som var eldre enn ham.

– Få hetero gutter har jo det. Nå var jeg homo, da var det greit.

– Hva fikk deg ut av skapet?

– Forelskelse. Han var åpen. Det kunne ikke bli noe hvis ikke jeg kom ut. Jeg måtte det.

Bård var drøyt 20, hadde flyttet hjemmefra.

– Det var tungen på vektskåla. Hvis det hadde skjedd fire år før, hadde det vært uhåndterbart. I LLH er vi tydelig på dette: Ikke kom ut før du er klar for det.

– Gikk det bra med dere to?

– Nææh. Det var kortvarig, litt fjortisaktig. Men vi er venner i dag.

– Alle har sine historier?

– Det har skjedd en enorm utvikling de siste ti-femten årene. Med internett er det lettere å finne sin identitet, selv om du bor på et lite sted. Men det er fortsatt utfordrende.

Folk kommer ut i alle aldre. Noen har levd lange familieliv og har barnebarn før det skjer.

– Mange av mine venner kom ut i 20-årsalderen som meg selv. Det handler om å komme bort fra sitt vante miljø. Det er lettere å åpne opp for nye folk, for det er mindre å tape.

– Terskelen er ofte foreldrene?

– For meg var det det.

Ut-av-skapet-historier er ofte tema når Nylund treffer venner. Han kan alles: Når det skjedde, hvordan det gikk, hvordan foreldrene tok det.

– De er viktige, de. Mine håndterte det fint. De har jo to.

For også lillebroren er homofil.

– Er det vanlig?

– Ganske.

Han ramser opp en hel haug han kjenner: Søstre som er lesbiske. Tre brødre, alle er homoer. Bror, søster ...

– Skyldes homofili arv?

– Det er stor uenighet om det er sånn eller sånn. Hvis forskning sier at homo er noe man blir, ville jeg uansett være sterkt uenig. Og omvendt for andre. Noen er født sånn, andre er blitt sånn. Eller de er født sånn for å kunne bli sånn.

– ?

– De har en komponent som slår ut eller ikke. Spørsmålet er om dette er en interessant diskusjon. Det kan fort bli en debatt om sorteringssamfunnet.

– Ble du overrasket da broren din kom ut av skapet?

– I miljøet snakker vi om «gaydar» – en radar for å fange opp skeive. Jeg tror min er godt utvikla.

Han ante at broren var som ham.

– Da jeg kom ut, sa jeg til ham at hvis han var homo, måtte han si det. Han måtte ikke være redd selv om han var nummer to.

Nummer to – eller tre – kan fort tenke at enda et homobarn blir for mye for foreldrene å takle.

NAVNEENDRING ER STADIG vurdert i LLH, som fikk sitt nåværende i 2008.

– Det er ikke optimalt. Det er langt og kronglete. Samtidig jobber vi for minoriteter som er usynlig. På landsstyremøtet i helgen stemte jeg for LHBT-Norge.

Det står altså for lesbisk, homofil, bifil og transseksuell. LHBT-bevegelsen er et internasjonalt begrep.

– Men flertallet vil ha «LHBT-organisasjonen Stolt». Det spiller på begrepet «pride», som er knyttet til homobevegelsen.

Men en navneendring må ha 2/3 flertall på landsmøtet.

– Så det blir vel som ved tidligere korsveier, antar han.

Neppe nytt navn, altså.

Han minner om hva LLH egentlig jobber for: For like rettigheter, og mot diskriminering og trakassering av, dem som gjør kjønn feil i majoritetens øyne.

– Mann som holder hånd med mann er feil. Menn i kjole er feil. Menn skal ikke bruke sminke. Damer må sminke seg og ikke ha sex med damer, de er for menn.

– En transe provoserer mer enn en homofil?

– Transpersoner virker nok ganske forstyrrende: En kvinne med skjegg, en mann uten penis. Man kan tenke at et mannfolk i kjole er en forvirra sjel. Men man kan også tenke at vi blir forvirra av dem. Jeg er fascinert av at man kan hisse seg opp over hvilket tøy folk tar på seg.

– Det er uvanlig?

– Ja, men mye er uvanlig. Noen har tillagt seg definisjonsmakten for hva som er greit og ikke. Det rammer ofte minoritetspersoner. Det er få som lider når noen holder hånd eller kler seg i det de vil. Men det er legitimt å sanksjonere og rope etter dem. Det er ikke overvektige som blir banka opp på gaten. Det er ikke vanlig å være fra Gjerstad heller.

– Det er det kjønnede som gir utslag?

– Kjønn er forferdelig grunnleggende. Når noen har fått en unge, er kjønn det første man spør etter. Før man spør om ungen er frisk. Det fins minoriteter som er verken eller. Og noen er i en prosess. Noen har et utseende der man lurer veldig. En kollega her ble tildelt jentekjønn ved fødselen, men er mann. Men har han penis? Nei. Han vil ikke ha kjønnsoperasjon. Men han er mann.

Mobilen vibrerer.

– Jeg sier jeg skal ringe tilbake. Det kan jo være en som har mannet seg opp. En gutt, en jente, en uklar.



SKOLEKLAR: Han følte seg annerledes. – Men jeg gledet meg veldig til å begynne på skolen, og kunne lese og skrive før jeg begynte. Foto: Privat



KONFIRMANT: – Jeg visste godt at jeg var homo, men det var den største hemmeligheten i livet. Det førte til altoverskyggende tankevirksomhet i mange år. Foto: Privat



FORBILDER: 21. april 2012, 40 år etter at homofili ble avkriminalisert i Norge. – Kim Friele (t.h.) har vært avgjørende for både rettigheter og holdninger. Gerd Brantenberg var tidlig ute og skrev om homofili i sine bøker – ofte på en morsom måte. Foto: Privat



PERSPEKTIV: Kolleger i Uganda er de tøffeste Bård Nylund kjenner. De risikerer livet hver dag.

NYLUND TROR MANGE fortsatt gruer seg til å komme ut av skapet.

– I hvert fall må ikke mormor få vite det. Men er man først ute, går det lettere enn før.

Men noen føler de heller vil dø enn å være homofil.

– Det er aller vanskeligst for noen av dem som har religiøs bakgrunn. De er blitt påført så mye skyld og skam som de aldri blir kvitt.

Han priser seg lykkelig for at han selv slapp det.

– De som merker mest fordommer, er de veldig feminine guttene og «butche», maskuline jenter. Jeg får høre at jeg ikke er veldig typisk homo. Det er godt ment, men oppleves ikke som en kompliment.

En del reagerer sterkt på skrullene og mener de ødelegger for andre homofile.

– De kjemper ofte daglig, mens vi andre får gå i fred. Vi skal være glade for dem. De minner folk om at vi finnes.

Det startet i juni 1969 i New York, forteller han, da «drag queens kasta pumpsa inn i kampen»:

– Vi kan takke dem for at vi kjedelige kan leve et vanlig liv: Eterape hetero livsstil med barn og stasjonsvogn og rekkehus.

– Er det det du drømmer om?

– Nei.

Han blir myk i blikket og beskriver ønskedrømmen: En svær, gammel leilighet med rosetter og stue på stue.

– Der kan jeg invitere morsomme mennesker til store fester. Og så vil jeg ha penger til å reise. Jeg driter i Volvo. Ønsker heller ikke barn. Jeg er glad for å være homo, jeg møter så mange spennende, annerledes mennesker: Kjønnssopererte, hivpositive, transer, stylishomoer, traktorlesere, sexarbeidere, stortingsrepresentanter ...

– Alminnelige også?

– Jada, alle har noe med seg. De spesielle kan være vanlige, og de vanlige kan være spesielle. Det gjelder å være åpen.

LLH DRIVER UNDERVISNINGSSOPPLEGGET Rosa kompetanse. Helsearbeidere, lærere og politi er målgruppen for å få økt kunnskap om LHBT.

– Hva synes sykepleierne?

– Mange sier det trengs ikke for de behandler alle pasienter likt. Nettopp, men alle er jo ikke like. Budskapet er at du kan være viktig for folk i en periode. Hvis du vil det, er det noe ekstra å lære. Etter noen timer er de enig.

De lærer om begrepsavklaringer, for eksempel. Hvorfor minoriteter har dårligere psykisk helse. Hvordan håndtere info om pasienters seksuelle orientering.

I vinter fikk Uganda en ny homofiendtlig lov. Praktiserende homofile risikerer livstidsdom.

«Noen er villig til å prøve alt for å få barn.»

– Ikke så ille å bo her, tross alt?

– Nei, vi har kommet langt. Lovverket er tilpasset, levestandarden er høy, vi er kanskje best i verden.

– Er det internasjonale arbeidet viktigst?

– Det er vanskelig å gradere. Men jeg er stolt av det. Vi utveksler strategier vi hadde her for 40 år siden. Vi har gått fra kriminalisering til fulle rettigheter.

LLH samarbeider med land i Øst-Afrika og Sør-Asia.

– Religion blir et nytt felt for oss. Derfor har vi ansatt en teolog.

SURROGATI ER IKKE det som opptar Nylund mest.

– Men det er et forferdelig interessant spørsmål.

Og det rommer så mange perspektiver at det er vanskelig å diskutere: Nord-sør, jus, kvinnekamp, fattig-rik, ufrivillig barnløshet.

– Surrogati har kommet for å bli. Det skjer. Noen er villig til å prøve alt for å få barn. Noe er lov, noe er ikke lov. Vi må i hvert fall sørge for at barna ikke blir kriminalisert. For mange homofile menn er surrogati et viktig spørsmål.

Å adoptere er ikke lett, fordi de fleste land ikke aksepterer homofile.

– Men det er flott at homofile par er ønsket som fosterforeldre. Jeg vet om flere som har valgt det.

Han taster en ny standard-sms: «Sitter opptatt, svarer senere.»

– Svarer du alle?

– Ikke alltid.

– Du liker at det ringer i ett?

– Jeg gjør vel det.

Han er glad i å være i mediene.

– Med en sånn jobb er det jo ingen vits å sitte her og fundere.

Radio er best. Direkte, da blir han ikke klippet bort.

Ofte er pressen interessert i de samme sakene. Som under OL. Da blir det et res.

– Du er laid back?

– Lat, ja! Med stor arbeidskapasitet. Jeg er ganske rolig. Stabil psyke. Det skal litt til for å vippe meg av pinnen.

Sist han ble opprørt var da det kom fram at en norsk kristen organisasjon støtter et ugandisk barnekor grunnlagt av en homofob pastor.

– Når en norsk politiker sier «jo, men organisasjonen gjør så mye bra for barna», da kjenner jeg at jeg blir rasende. Det er som å si at er du snill med kona hele uken, er det greit å banke henne i helgen. I Uganda er det fritt leide, homofile kan bli putta i fengsel når som helst.

Han har rettet seg opp i sofaen, sperrer opp øynene:

– Nå får jeg opp blodpumpa. For en rangering av folk.

Mange han treffer gjør inntrykk. Han trekker fram kollegene fra Uganda.

– De har vært her på besøk, da er vi sammen i flere dager. Vi blir venner. Når vi etterpå hører at bilder av dem blir smurt utover i ugandiske tabloidaviser – det er spesielt. De er de tøffeste folka jeg kjenner.

De risikerer livet hver eneste dag.

– Det gir perspektiv. Det er ikke noen kvikk fiks, det vil ta laaang tid å endre på ting. Alternativet deres er å gi opp. Det er det de ikke gjør. Det er imponerende. ■■■

marit.fonn@sykepleien.no



sykepleien.no



Melhus kommune har 3 sykehjem, spredt over hele kommunen. Nye utfordringer - bla som følge av samhandlingsreformen - stiller store og økende krav til utnyttelsen av denne helsetjenesten. Sykehjemspasientgruppen er mer kompleks enn tidligere, og sykehjemmene må endre seg i takt med denne utviklingen. Økt kompetanse hos personalet, spesialisering av avdelinger/tilbud, økt bruk av teknologi er eksempler på endringene sykehjemmene må gjennom. For å bistå i denne utviklingen, søker Melhus kommune med dette etter

INNTAKSKOORDINATOR, SYKEHJEM – 100 % STILLING

Arbeidsoppgaver

- Lede kommunens inntaksteam for sykehjemsplasser.
- Ivareta daglig kontakt med St. Olavs Hospital i forhold til innleggelser/utskrivinger.
- Kliniske vurderinger av utskrivinger fra sykehus samt overføringer mellom sykehjemsavdelinger i Melhus.
- Saksbehandling i forhold til inntak sykehjem samt klagebehandling.
- Fungere som ressursperson i saksbehandling og oppfølging i krevende og sammensatte saker.

Organisatorisk tilknytning

- Stillingen er underlagt Kommuneoverlegen.

Kompetansekrav

- Autorisert sykepleier.
- Bred erfaring fra pleie- og omsorg eller sykehussektoren, gjerne innen avdelingsledelse.
- God og dokumenterbar ikt-kompetanse.
- God og dokumenterbar skriftlig framstillingsevne.

Ønskede tilleggskvalifikasjoner

- Relevant klinisk videreutdanning.
- Relevant tilleggsutdanning innen helserett, forvaltningsrett. Alternativt kan søkere med dokumenterbar kompetanse innen overnevnte områder vurderes for tilsetting.

Lønn etter nærmere avtale

Kontakt Arne Løvset på 975 00 173 for nærmere informasjon om stillingen.

Du finner det elektroniske søknadsskjemaet på [www.melhus.kommune.no/ledige stillinger](http://www.melhus.kommune.no/ledige_stillinger)

Elektronisk søknad sendes Melhus kommune innen 23.april 2014



Divisjon for diagnostikk og teknologi (DDT)
Sykepleier - Behandlingshjelpemidler

Les mer om stillingen på www.ahus.no

www.ahus.no

HELSE SØR-ØST

frantz.no

St. Olavs Hospital - Universitetssykehuset i Trondheim - er ett av tre sykehusforetak i Helse Midt-Norge. St. Olavs Hospital er lokalsykehus for befolkningen i Sør-Trøndelag, men ivaretar også regionale og nasjonale oppgaver. Virksomheten er lokalisert flere steder i fylket med hovedtyngden i Trondheim. Det er ca. 9000 ansatte og et brutto budsjett på 8,2 milliarder kroner. Universitetssykehuset drives integrert med NTNU, og studenter, lærere og forskere er en naturlig del av pasientbehandlingen. For å fremme mangfold og variasjon blant våre tilsatte ønsker vi kvalifiserte søkere, uavhengig av etnisk bakgrunn, kjønn eller alder. Mer informasjon finnes på www.stolav.no

Kirurgisk klinikk

Operasjonssykepleiere

100 % vikariat i ca. 1 år. Stillingen innebærer 3-delt turnus.

Kirurgisk klinikk har arbeidssteder både i Trondheim og Orkdal.

Nærmere opplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til seksjonsleder Randi Rømo, tlf. 72 82 88 14.

Søknadsfrist: 27. april 2014

Søknad sendes elektronisk via www.stolav.no, velg Jobbsøk, deretter ledige stillinger.

Vi ønsker ikke kontakt med telefonselgere!



p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">frantz.no

SOMMERJOBB I NORD-NORGE



Da må du nok dra til Svalbard. Holder det med et reinsdyr eller to har vi mange ledige jobber i Nord-Norge.

AMBIØ Helse har avtale med alle offentlige sykehus i Nordland, Troms og Finnmark i tillegg til flere kommuner i landsdelen.

Lønn sykepleiere:
tariff + kr 30,- per time mellom uke 26 og 33!

Hvis du har minimum to uker i sommer du kan tenke deg å jobbe finner vi noe som passer for deg.

Og skulle du heller ønske jobb lenger sør har vi avtale med over 70 kommuner over hele landet.

REISE OG BOLIG ORGANISERES OG DEKKES AV OSS.

Kontakt oss da vel:-)

Hilsen Ambio Helse
v/ Ragnhild, rs@ambiohelse.no
eller 22 41 17 02



REGISTRER DIN CV PÅ AMBIOHELSE.NO

AMBIØ Helse AS løser utfordringer innen helse og omsorg. Å ta vare på syke og pleietrengende er blant de aller viktigste oppgavene i samfunnet. Behovet for flere varme hender og høy kompetanse øker voldsomt. Vi i AMBIO Helse hjelper kommuner, sykehus, ansatte og brukere. Vi skaffer dyktige vikarer der det mangler personell, vi har ansatt erfarne spesialister som kan bistå i særlig utfordrende oppgaver og vi gir opplæring og overføring av kompetanse. Gjennom www.helsekursportalen.no tilbyr vi et mangfold av e-læringskurs til ansatte i helse- og omsorgssektoren.

VI BRYR OSS
ambio
HELSE

Frelsesarmeen er en mangfoldig og sørgende kristen kirkesamfunn som står foran for hele mennesket gjennom "søppel", "døp" og "bæst". Med søppel er meningsfullhet og sørgende barn- og ungdomsarbeid og Frelsesarmeen kjennetegnet av å være engasjert i helsearbeid og omsorg. Kirkesamfunnet har stikk, rusmiddel, rusmiddel og rusmiddel, rusmiddel og rusmiddel, rusmiddel og rusmiddel, rusmiddel og rusmiddel. Frelsesarmeen arbeider i over 130 land.

Frelsesarmeen rusomsorg. Gatehospitalet søker:

Sykepleier/vernepleier

Gatehospitalet er et helsetilbud til rusmiddelavhengige som har store og sammensatte helseproblemer. Hospitalet har 17 senger fordelt på 9 plasser på herre-avdeling og 8 plasser på kvinneavdelingen. De ansatte arbeider begge avdelingene. Gatehospitalet ligger i Borggata 2 på Tøyen i Oslo.

Informasjon om stillingene:

- Stillingene er: 63% fast nattstilling, 75% og 50% natt og kveld fast stilling, 77% dag og kveld fast stilling.
- Turnus med jobb hver 3. helg
- Ved intern overgang til nevnte stilling kan andre stillingsstørrelser bli ledig, vennligst opplys i søknaden om det kan være av interesse.

Arbeidsoppgaver bl.a.:

- Gi adekvat helse- og omsorgstilbud til rusmiddelavhengige med en sammensatt problemstilling (bl.a. særstilling, legevisitt, medikamenthåndtering).
- Ha et nært samarbeid med det øvrige hjelpeapparat, både 1. og 2. linjetjenesten.
- Miljøterapi.

Kompetanse, kvalifikasjoner og erfaring:

- Offentlig godkjent sykepleier/vernepleier.
- På grunn av personalgruppens sammensetning oppfordres menn til å søke.
- Arbeidserfaring inne rusfeltet er en fordel.
- Personlig egnethet vil bli spesielt vektlagt.

Vi søker en person:

- Som er dyktig og engasjert.
- Som liker å jobbe i team.
- Med gode mellommenneskelige egenskaper
- Som er ansvarsbevisst og fleksibel
- Den som ansettes må arbeide i samsvar med Frelsesarmeen kristne grunnsyn.

Vi tilbyr:

- En sær spennende og utfordrende stilling i et godt arbeidsmiljø.
- Lønn etter avtale.
- Pensjonsordning.

Spørsmål:

Spørsmål kan rettes til daglig leder, Liv-Bente Nilsson tel.22083670 eller mobil: 47973281

Tiltredelse: 1.juli 2014 eller etter avtale.

Søknadsfrist: 25.april 2014

Søknad sendes til: På e-post til: gatehospitalet@frelsesarmeen.no

Søknadspapirer returneres ikke.

Ledig sykepleierstilling

GULLHAUG BO- OG BEHANDLINGSHJEM

Norlandia Care er en ledende nordisk privatakør innen eldreomsorg, med sterkt fokus på kvalitet. Vår filosofi er "Et godt liv - hver dag".

Du brenner for:

- Kvalitet
- Rendyrkede sykepleieroppgaver
- Å jobbe i tverrfaglig team med fysioterapeut, ergoterapeut, lege og fagsykepleiere
- Utvikling av morgendagens helsetjenester

Vi kan tilby:

- Korte beslutningsveier og lite byråkrati
- God faglig dekning på alle vakter
- Veiledning/ undervisning i arbeidstiden
- Særdeles godt arbeidsmiljø
- Stor turnusfleksibilitet
- Lønn etter avtale

Er du autorisert sykepleier og kjenner deg igjen? Da er du kanskje vår fremtidige arbeidskollega og vi vil gjerne komme i kontakt med deg.

I tillegg til høy faglig kvalitet, har vår kulturavdeling et stort og variert tilbud av kultur og aktiviteter for våre beboere. Dette bidrar i høy grad til et ekstra godt arbeidsmiljø, med fornøyde beboere og engasjert personale.

Vi har egen Facebook- side, der det kontinuerlig legges ut bilder av små og store aktiviteter. Ta en titt inn i vår hverdag da vel!

Søknadsfrist: snarest, eller senest innen 30. april

Søknad og spørsmål rettes til daglig leder Cecilie Buøen på telefon: 40 41 98 53 eller e-post: gullhaugd@norlandiacare.no
Gullhaug bo- og behandlingshjem, Gullhaugen 41, 1354 Bærums Verk

**norlandia
care**

www.norlandiacare.no

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er et universitetssykehus som tilbyr befolkningen i den nordligste landsdel medisinsk spisskompetanse av høy kvalitet. Samtidig er UNN lokalsykehus for Troms og deler av Nordland. Foretaket har 6000 ansatte. Virksomheten skal bygge på kvalitet, trygghet, respekt og omsorg.

Sykepleiere og spesialsykepleiere, Hjerte- og lungelinikken, Hjertemedisinsk avdeling

- **Sykepleiere:** Faste stillinger og vikariater ved Hjertemedisinsk sengepost/utredningspost.
Kontakt: Ann Jorunn Johansen, tlf. 926 57 131 eller Solveig Gulmælæ, tlf. 77 66 93 03.
- **Spesialsykepleiere/sykepleiere:** Faste stillinger og vikariater ved Medisinsk intensiv avdeling, MIA.
Kontakt: Ann Jorunn Johansen, tlf. 926 57 131 eller Renate Gamst Jenssen, tlf. 975 70 443.

Fullstendige annonsetekster, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på www.unn.no/jobbsok

Vi ønsker ikke kontakt med annonseselskere!



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVV-NORGA UNIVERSITEHTABUOHCCVEISSU



frantz.no

STEIGEN KOMMUNE



Steigentunet ligger i kommunesenteret Leinesfjord og ble åpnet i 2001. Her er helse- og omsorgstjenesten samlet i ett bygg med legekontor, kommunal legevakt, familiesenter, sykehjem, hjemmetjeneste og omsorgsboliger.

Helsesøster

75% fast stilling i helsestasjon og skolehelsetjenesten

Steigen kommune har ofte eksternt finansierte prosjekter innenfor arbeidet med barn/unge, slik at det kan være muligheter til utvidelse av stillingen

Ved spørsmål om stillingen:

Kontakt fagleder Familiesenter Bodil Friis 478 80 185 eller ledende helsesøster Hilde Husøy 959 43 047.

For fullstendig annonse og elektronisk søknadsskjema se www.jobbnorge.no Søknadsfrist 1. mai 2014.

jobbnorge.no

Vestre Viken har rundt 9 500 ansatte. Vi gir god og trygg behandling til 465 000 mennesker i 26 kommuner.

AVDELINGSSYKEPLEIER OPERASJON, AIO Bærum sykehus

Operasjon er en seksjon i avdelingen for anestesi, intensiv, operasjon og akuttmottak (AIO). Seksjonen består av operasjonssykepleiere og teknikere.

Vi har ledig fast 100 % stilling. Avdelingssykepleier har eget lederteam med ass.avdelingssykepleiere og fagutviklingssykepleier.

Nærmere informasjon om stillingen fås ved henvendelse til Ulrich Spreng, avdelingssjef, tlf. 984 99 184, e-post: ulrich.spreng@vestreviken.no eller Astrid Gjerland, ass.avdelingssjef, tlf. 414 20 558.

Søknadsfrist: 24. april 2014

Elektronisk søknadsskjema og fullstendig utlysningstekst finner du på våre nettsider www.vestreviken.no



VESTRE VIKEN

frantz.no



Operasjonssykepleiere

Operasjonsavd. i Akuttklinikken, Generell seksjon, Ullevål



3 x faste 100 % stillinger ledige fra 01.05.2014

Vi søker deg som liker å jobbe med akutt kritisk syke pasienter, og som har evne til å stå på i travle situasjoner!

Ref.nr. 2060766947

Søknadsfrist: 27.04.2014

For fullstendig annonse se: www.oslo-universitetssykehus.no

Oslo universitetssykehus er lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, regionssykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst og har en rekke nasjonale funksjoner. Sykehuset er landets største med over 20 000 ansatte og har et budsjett på 17 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for størstedelen av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.

frantz.no



Operasjonssykepleiere

Operasjonsavd. i Akuttklinikken, Operasjon 3, Rikshospitalet



Vi søker deg som liker å jobbe med barn og voksne i et faglig utfordrende og lærerrikt operasjonsmiljø!

Ref.nr. 2119656683

Søknadsfrist: 27.04.2014

For fullstendig annonse se: www.oslo-universitetssykehus.no

Oslo universitetssykehus er lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, regionssykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst og har en rekke nasjonale funksjoner. Sykehuset er landets største med over 20 000 ansatte og har et budsjett på 17 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for størstedelen av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.

frantz.no



ORKDAL KOMMUNE
Glød og go'fot



AVDELINGSLEDER VED SIO

Samhandlingsenheten i Orkdalsregionen (SIO) er et interkommunalt samarbeid mellom 12 kommuner. Som avdelingsleder vil ditt ansvar være SiO-sengepost og legevakt, med jobb hver 6. helg.

Sommeren 2013 flyttet sengeposten inn i nyoppussede lokaler som vi leier av Orkdal Sykehus. Det er 7 senger, estimert liggetid er 3 døgn, maks 5 døgn. Vi har et bredt spekter av diagnoser og aldersgrupper. Våre arbeidsoppgaver er varierte og vi jobber tett opp mot kommunene, sykehus og fastleger.

Ønskede kvalifikasjoner:

- Offentlig godkjent sykepleier
- Ønskelig med ledererfaring/lederutdanning
- Kjennskap til kommunal forvaltning

Du er:

- Positiv og har godt humør
- Engasjert
- Løsningsorientert
- God til å samarbeide
- Fleksibel
- Behersker norsk muntlig og skriftlig godt

Vi tilbyr:

- En unik arbeidsplass i utvikling
- Varierte arbeidsoppgaver
- Faglige utfordringer
- Faglig kompetanseheving
- Godt arbeidsmiljø med engasjerte medarbeidere

Stillingen er 100 % og fast.

Nærmere opplysninger om stillingen:

Enhetsleder Ellen Wahlmann
ellen.wahlmann@orkdal.kommune.no tlf.: 922 32 604

Orkdal kommune er en inkluderende arbeidslivsbedrift som ønsker mangfold og oppfordrer kvalifiserte kandidater til å søke uansett alder, kjønn, etnisitet og funksjonsnedsettelse.

Det vil bli krevd politiattest ved tilsetning, men politiattest skal ikke legges ved søknaden.

Søknad sendes på elektronisk søknadsskjema som du finner på kommunens hjemmeside www.orkdal.kommune.no

Søknadsfrist: 21.04.2014

Ansettelse iht. gjeldende lover og regelverk.



HØGSKOLEN I OSLO OG AKERSHUS SØKER DYKTIGE MEDARBEIDERE

Førsteamanuensis/førstelektor/høgskolelektor

Ved Fakultet for helsefag, Institutt for sykepleie, er det ledig 10 faste stillinger som førsteamanuensis/førstelektor og flere vikariater og midlertidige stillinger som førsteamanuensis/førstelektor/høgskolelektor med tiltredelse 01.08.2014

Se full utlysning av stillingene:
www.hioa.no/Om-HiOA/Ledige-stillinger



Lovisenberg diakonale høgskole (LDH) er en virksomhet innenfor den ideelle stiftelsen Diakonissehuset Lovisenberg, og er etablert som et eget aksjeselskap. LDH tilbyr utdanning som fører frem til bachelor i sykepleie og har utdanningstilbud for helsepersonell på master- og videreutdanningsnivå. Vi holder til i tradisjonsrike omgivelser ved St. Hanshaugen i Oslo. Høsten 2013 flyttet vi inn i nytt bygg utstyrt med moderne IKT-løsninger for ansatte og studenter.

Professor i klinisk sykepleie, 100% stilling

Stillingen er primært tillagt oppgaver knyttet til pasientnær klinisk forskning og understøtting av høgskolens utdanningsprogram.

Søknadsfrist 12. mai 2014.
Se fullstendig utlysning på ldh.no/stillinger.

Her er vinnerne av 2.500,-

Nazir Kityo Hassan og Merethe Røsjordet Jerkic ble vinnere av Lik oss på Facebook kampanjen.

Sykepleien gratulerer!

Sykepleien

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er et universitetssykehus som tilbyr befolkningen i den nordligste landsdel medisinsk spisskompetanse av høy kvalitet. Samtidig er UNN lokalsykehus for Troms og deler av Nordland. Foretaket har 6000 ansatte. Virksomheten skal bygge på kvalitet, trygghet, respekt og omsorg.

Sykepleier, Hjerte-lungeklinikken

Fast stillinger ved Hjerte-lunge-kar kirurgisk sengepost. Avdelingen har ansvar for hjerte-lunge-kar kirurgisk behandling til den nordnorske befolkning. Sengeposten har 21 senger og samarbeider tett med avdelingens intermediaerenhet/hjerteoppvåkning og operasjonsavdelingen.

Kontakt: Hillevi Knudsen, tlf. 77 61 03 33 eller Hege Beate Jenssen, tlf. 77 62 68 98.

Anestesisykepleier, Operasjons- og intensivklinikken

Fast stilling og vikariat ved Anestesi- og operasjonsavdelingen. Anestesi- og operasjonsavdelingen har totalt 19 operasjonsstuer og er organisert i seksjoner komplementære med de kirurgiske klinikker.

Kontakt: Ulla Normann, tlf. 77 65 13 10 eller Linda Solbakken, tlf. 77 62 77 85.

Intensivsykepleiere, Operasjons- og intensivklinikken

Erievikariater ved Intensivseksjonen og Oppvåkningsseksjonen. Intensivseksjonen på UNN tilbyr avansert sykepleie til svært kritisk syke pasienter. Oppvåkningsseksjonen er en stor postoperativ seksjon som mottar pasienter fra alle kirurgiske spesialiteter. Seksjonen er sentral i traumemottak, og mottar også ustabile pasienter fra Akuttmottak og andre poster ved sykehuset.

Kontakt: Astrid Dalum, tlf. 77 62 76 68, astrid.dalum@unn.no eller Ann Iren Lein, tlf. 77 62 62 49, ann.iren.lein@unn.no.

Ass. Seksjonssykepleier, Operasjons- og intensivklinikken

Fast stilling ved Oppvåkningsseksjonen. Stillingen innebærer stedfortrederfunksjon for seksjonsleder, og sykepleiefaglig ansvar innenfor sitt fagområde. Inngår i avdelingens lederteam.

Kontakt: Ann Iren Lein, tlf. 77 62 62 49.

Avdelingssykepleier, Hjerte-lungeklinikken

Fast stilling ved Hjerteoppvåkning. Ansvar for drift og faglig utvikling av hjerteoppvåkningen og intermediaerenheten. Inngår i avdelingens lederteam.

Kontakt: Hillevi Knudsen, tlf. 77 61 03 33 eller Kristian Bartnes, tlf. 77 62 83 58.

Fullstendige annonsetekster, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på www.unn.no/jobbsok

Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!





Unicare er en ledende privat aktør innen helse og omsorg. Vi leverer hjemmetjenester, drifter sykehjem, leverer spesialisthelsetjenester, driver bedriftshelsetjeneste og legevakt. Unicare hjemmetjenester leverer hjemmesykepleie, hjemmehjelp og BPA-brukerstyrt personlig assistanse til brukere i Oslo og Asker. Vi har fokus på brukermedvirkning, god kvalitet på våre tjenester og et høyt faglig nivå. Virksomheten vår vokser og vi søker nå flere sykepleiere.

Sykepleier til spennende hjemmetjeneste.

Har du lyst til å arbeide i et aktivt miljø, hvor fag og omsorg er viktige faktorer?

Unicare hjemmetjenester er en spennende tjeneste i rask utvikling. Vi legger vekt på gode mellommenneskelige møter og mulighet til valgfrihet i hverdagen. Vi søker deg som er opptatt av det lille ekstra, brenner for kvalitet og ønsker å bidra i utviklingen av morgendagens hjemmetjenester som vi vil levere i dag.

Kvalifikasjonskrav:

- Stillingen krever norsk autorisasjon som sykepleier.
- Meget god norsk muntlig og skriftlig fremstillingsevne er en forutsetning
- Førerkort klasse B

Vi tilbyr blant annet:

- Spennende, varierte og utfordrende arbeidsoppgaver
- Et faglig aktivt og engasjerende arbeidsmiljø
- Godt miljø med høy takhøyde og stor arbeidsglede
- Muligheter for kompetanseutvikling
- Gode pensjons- og forsikringsordninger, god lønn.
- Sykepleieforum
- Korte beslutningsveier og mulighet for påvirkning på egen arbeidsplass

For spørsmål om stillingen kontakt: Irene Foss, Daglig leder tlf 48 89 94 84
Søknad sendes: irene.foss@unicare.no

Vår hjemmetjeneste har sonekontorer på Lilleaker og Skullerud. Alle søknader behandles fortløpende. Mulighet for tilpasning av stillingsprosent etter ønske.

Beitostølen Helsesportsenter



Teamleder tverrfaglig team

Fra 1. september har vi ledig fast 100% stilling som teamleder for tverrfaglig team. Krav om sykepleierautorisasjon og gjerne ledererfaring fra re-/habilitering.

Sykepleier

Vi har ledig fast 80 % stilling med snarlig tiltredelse for autorisert sykepleier.

For fullstendig utlysning og kontaktinfo for begge stillinger: www.bhss.no/ledige-stillinger

Link til elektronisk søkn.skjema ligger i fullstendig utlysningstekst.
Søknadsfrist: 27. april 2014.



www.bhss.no



Akuttikklinikken - 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 prehospital. 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
- Tilrettelagt opplæring, kurs og hospitering hos samarbeidspartnere
- Høyt faglig fokus med jevnlig faglig oppdatering
- Et godt tverrfaglig miljø og hyggelige kollegaer
- Særlig for ansatte i AMK p.t. kr 50.000,-/år etter utsekk.
- 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 simulantkapasitet 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



SPECIALSYKEPLEIER – ALDERSPSYKIATRI 100% fast stilling

Alderspsykiatrisk avdeling er en spesialistavdeling primært for utredning og kortvarig behandling av pasienter med psykiske lidelser som har oppstått etter fylte 65 år. Avdelingen samarbeider tett med pårørende, kommunale helse- og sosialtjenester, samt andre enheter i spesialisthelsetjenesten med utgangspunkt i pasientens behov. Alderspsykiatrisk poliklinikk har 20 fagstillinger.

Les mer om stillingen på www.ahus.no

Referansenummer 2130701275

Søknadsfrist: 30.04 2014

Sykepleien

Sykepleien Forskning utgis 4 ganger i året som forskningstidsskrift tilknyttet tidsskriftet Sykepleien. Sykepleien har som oppgave å sette sykepleiernes interesser på dagsorden gjennom kvalitetsjournalistikk og formidling av fagstoff. Det utgis av Norsk Sykepleierforbund og har et opplag på 100 000 eksemplarer. Bladet blir redigert etter redaktørplakaten. Totalt har vi 20 ansatte og holder til i sentrum av Oslo.



Redaktør i tidsskriftet Sykepleien Forskning (inntil 50 % stilling)

Sykepleien Forskning presenterer vitenskapelige, referee-bedømte artikler. I tillegg ønsker vi å gi leserne oppdatert nyhets- og nyttestoff om forskning i inn- og utland.

Sykepleien Forskning skal være et attraktivt tidsskrift som skal stimulere sykepleiere i Norge til å følge med og ta i bruk ny forskning. Tidsskriftet skal være den foretrukne kanal for å publisere og formidle forskning, slik at man når ut til mange sykepleiere i praksis, på høgskoler og til studenter.

Vi søker en redaktør som skal ha et selvstendig faglig ansvar for tidsskriftet og for å videreutvikle det faglige nivået i publikasjonene. Vedkommende må være opptatt av formidling til en bred lesersgruppe.

Sykepleien Forskning har i dag fire medredaktører som deltar i manuskript-vurdering og bearbeiding. Forskningsredaktøren vil for øvrig utforme tidsskriftet sammen med en redaksjonssekretær/deskjournalist i 50% stilling.

Forskningsredaktøren skal rapportere til Sykepleiens ansvarlige redaktør. Forskningsredaksjonen samarbeider tett med Sykepleiens øvrige redaksjon.

Søkeren må ha sykepleiefaglig utdanning med Phd / eller metodekunnskap på samme nivå. Søkeren må ha et bredt faglig nettverk. Videre må du være ryddig, og ha evne til å kommunisere godt, både innad i redaksjonen, i redaksjonskomiteen og med eksterne fagmiljøer.

Tidligere erfaring med forskningsformidling og/eller redaksjonsarbeid er et pluss, men ikke et krav.

Vi kan tilby

- Et ambisiøst arbeidsmiljø
- Lønn etter avtale
- Pensjonsordninger i KLP
- Reise- og ulykkesforsikring
- Fleksibel arbeidstid

Spørsmål kan rettes til ansvarlig redaktør Barth Tholens, tlf. 408 52 179 eller e-post: barth.tholens@sykepleierforbundet.no

For opplysning om elektronisk søknadsadresse:
<https://www.nsf.no/organisasjon/jobbe-i-nsf> eller
www.jobbdirekte.no/sykepleierforbundet eller www.finn.no

Søknadsfrist 1. mai 2014





MHH Martina Hansens Hospital

Martina Hansens Hospital er et spesialsykehus i ortopedisk kirurgi og revmatologi. Hospitalet har 100 sengeplasser, 12 tekniske senger, driver omfattende poliklinisk virksomhet og har ca. 330 ansatte. Se sykehusets hjemmeside: www.mhh.no

Vi søker etter engasjerte medarbeidere som vil være med å ivareta og videreutvikle et høyt faglig og godt arbeidsmiljø.

- Operasjonssykepleier 100 % vikariat ved Operasjonsavdelingen, dagvakter, ingen helg- eller høytidsvakter
- Off. godkjent sykepleier 100 % fast ved Inntakskontoret, dagvakter, ingen helg- eller høytidsvakter
- Off. godkjent sykepleier 50 % fast, 2-delt turnus ved Revmatologisk sengeavdeling
- Anestesisykepleier 100 % fast ved anesesiavdelingen, dagvakter, ingen helg- eller høytidsvakter

Vi kan tilby:

- Utfordrende arbeidsoppgaver i et krevende og høykompetent miljø med stort engasjement og arbeidsglede.
- Introduksjonsprogram m/kontaktsykepleier.
- Pensjonsordning i KLP.
- Fri gruppe- og ulykkesforsikring.
- Gode velferdstilbud for alle ansatte.
- Personalbarnehage.
- Subsidierte boliger.

Martina Hansens Hospital ønsker å være et førstevalg for pasienter og ansatte.

Nærmere opplysninger vedrørende stillingene kan fås hos personaldirektør, tlf.: 67 52 17 10.

Søknad sendes helst på e-mail til: postmottak@mhh.no eller til Personaldirektør, Martina Hansens Hospital, Postboks 823, 1306 Sandvika



MEDIYOGA - medisinsk yoga

Utdannelse for helsepersonell.

OSLO - BERGEN - BODØ - KARMØY -
TROMSØ - TRONDHEIM - STAVANGER
mediyoga.no +46 85 40 882 80

NY 2-ÅRIG EFTERUDDANNELSE I KUNSTTERAPI

I alt 8 kurser på hver 5 dage fordelt over 2 år (40 kursdage).



Utdannelsen er oplevelsesorientert, og bygger på en kombinasjon af kreative uttryk, terapeutiske treningsprosesser, supervision og relevant teoretisk undervisning. Det teoretiske grundlag er integrativt med fokus på Jungiansk psykologi. Utdannelsen er en internat utdanning.

Optagelses krav: Mindst 60 timers egen terapi

Gennemgående underviser: Vibeke Skov, Ph.d. cand. psyk. og leder af Institut for Kunstterapi, Tlf: +45 75 88 45 00

Kursus sted: Institut for Kunstterapi i Gadsbørg

Start: 29. september 2014

Se mere på: www.kunstterapi.dk Henvendelse til kunsterapi@kunstterapi.dk



Norsk institutt for kunstuttrykk
& kommunikasjon (NIKUT)

NY!

Videreutdanning i Kunst- og Uttrykksterapi (KUT 75 stp.)
Starter 5. – 7. juni 2014 ved HiBV i Drammen.

Det er obligatorisk med et forkurs for å kunne søke videreutdanningen med mulighet til å fullføre med en MA i psykisk helse med fokus på KUT.

2. – 4. mai 2014 ved Gunnar Reinsborg, barnevernspedagog, kunst – og uttrykksterapeut og psykodrama regissør

Tema: «Kreativ kommunikasjon i coaching og terapi»
Gjennom tre dager vil du få erfaring med bruk av Kunst- og uttrykk. Innføring i hva kunst- og uttrykksmetoder er, noen sentralebegreper og teorier.

Sted: St. Croix-huset i Fredrikstad,
St Croixgt. 16., 1607 Fredrikstad

Vårssymposium på Tenerife, 22. – 27. april 2014.
(se: nikut.no) teller også som forkurs!

Søknadsfrist forkurs: 22.4.2014

Søknadsfrist til NIKUT/HiBV 15.4.2014

Tlf +47 90 07 00 78
nikut@online.no
www.nikut.no



HER BEGYNNER NORGES FRAMTID

Universitetet i Stavanger (UiS) har om lag 9.000 studenter og 1.350 ansatte. Universitetet ligger i Norges 3. største byregion, med et dynamisk arbeidsmarked og spennende kultur- og fritidsaktiviteter. Vi er eneste norske medlem i European Consortium of Innovative Universities. Universitetet har store ambisjoner. Vi skal være en drivkraft i regionens kunnskapsutvikling og et internasjonalt forskningsuniversitet med vekt på nyskaping og innovasjon. Sammen med våre ansatte og studenter vil vi løfte blikket, og våge å tenke stort og nytt. Vi trenger nå nye medarbeidere som ønsker å utfordre det velkjente og utforske det ukjente.

Doktorgradsstipendiat i helsevitenskap

Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Institutt for helsefag

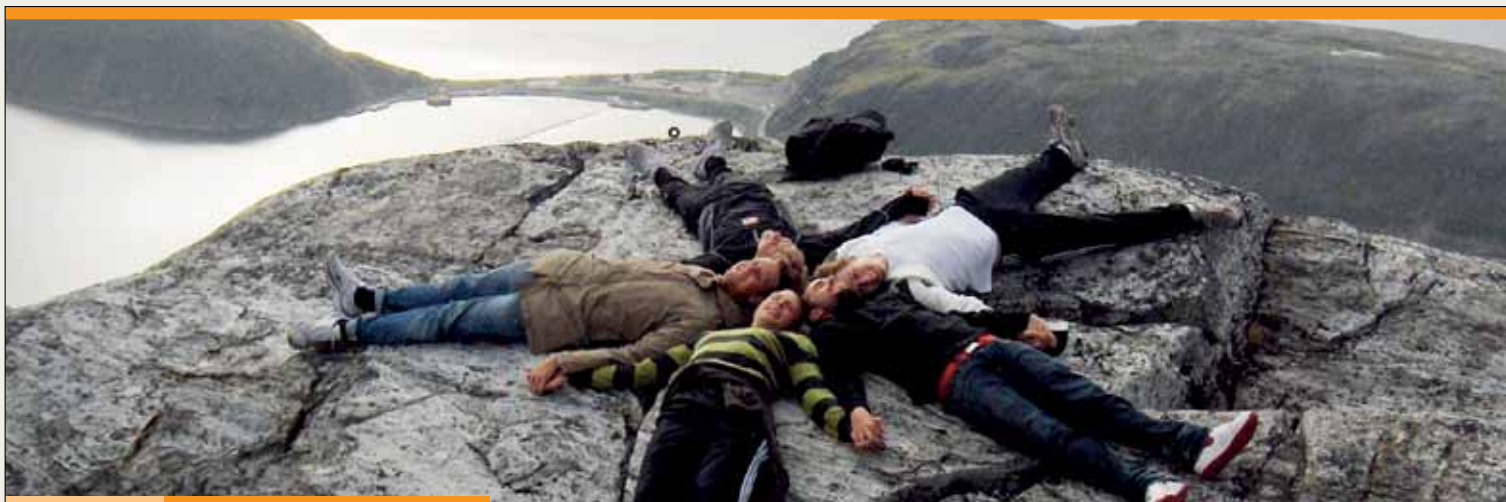
Utforsk jobbmulighetene på www.uis.no



UIS

Universitetet
i Stavanger

UTFORDRER. UTFORSKER.



SOMMEREN 2014

GÅ FERIEAVVIKLINGEN I MØTE MED NOK PERSONELL PÅ JOBB VI HAR LEDIGE SOMMERVIKARER!

Vi i AMBIO Helse er i full gang med sommerplanleggingen. Mange av dere har allerede reservert sommervikarer hos oss og det takker vi for. Som alltid anbefaler vi å reservere vikarer så tidlig som mulig og heller avbestille hvis behovet viser seg å bli mindre enn fryktet eller egen rekruttering går bedre enn håpet. Hos oss kan du kostnadsfritt avbestille

sommervikarer frem til og med 1. juni.

Vi har blant annet ledige sykepleiere, hjelpepleiere/ helsefagarbeidere/ omsorgsarbeidere, fysioterapeuter, legestudenter og sykepleiestudenter.

Vi har også vikarer som kan starte på kort varsel, i både korte og lengre oppdrag.

MER INFORMASJON

Få mer informasjon om våre sommervikarer:

www.ambiohelse.no

tel: 22 41 17 02

e-post: post@ambiohelse.no



E-læringskurs i legemiddelhåndtering

ØNSKER DU Å GJENNOMFØRE MEDISINKURS FOR DINE ANSATTE?

Vi tilbyr nettkurs i legemiddelhåndtering for alle typer helsepersonell. Våre kurs anvendes i over 100 kommuner over hele landet med over 6000 ferdig eksaminerte kandidater. Gode rabatter ved kjøp av flere kurs til ansatte.

I tillegg tilbyr vi blant annet e-læring innen områder som epilepsi og smittevern.



www.helsekursportalen.no

tel: 22 41 17 02

e-post: kurs@ambiohelse.no

AMBIO Helse AS støtter opp under kompetansehevingen i det norske helsevesenet gjennom fagutvikling, rekruttering og vikarformidling. AMBIO Helse AS er en del av AMBIO Gruppen som består av AMBIO Miljørådgivning, AMBIO Ingeniørtjenester, AMBIO Rekruttering og AMBIO Helse.

VI BRYR OSS
ambio
HELSE



Instruktør i MEDIYOGA - medisinsk yoga

Utdanningen går over en termin og passer sykepleiere, og andre med medisinsk kunnskap, som ønsker å lære om hvordan de underviser i enkle og virkningsfulle yoga teknikker.

Les mer på vår nettside: mediyoga.no

Nå har hele 1.650 personer tatt dette kurset i Norge og Sverige.
Bli med du også!

OSLO - BERGEN - BODØ - KARMØY - TROMSØ - TRONDHEIM - STAVANGER



Ønsker du en karriere innenfor
hudpleie og kosmetiske
behandlinger?



Vi tilbyr egen høgskoleutdanning for sykepleiere, med
studiestart vår og høst. 15 studiepoeng pr studie.

Les mer på www.senzie.no
eller kontakt oss på tlf: 911 007 99

senZie
akademiet





Fra nord
til sør!
KUN KR
16 998,-

Fargestrålende Vietnam fra Hanoi Til Saigon

Vietnams høydepunkter fra Hanoi i nord over keisertidens Hué og Hoi An til det frodiggrønne Mekongdeltaet i sør – med Albatros-reiseleder, 14 dager

En rundreise spekket med eventyr og opplevelser! Cruise gjennom den ubeskrivelig vakre Halongbukten mellom eiendommelige kalksteinsklipper i en tradisjonell vietnamesisk junke. La deg fortrylle av hovedstaden Hanois flotte pagoder, templer og fredfylte oaser. Bli med på sykkeltur gjennom Vietnams frodiggrønne natur. Spaser mellom historiske Hoi Ans vakre bygninger. Seil på parfymefloden gjennom keiserbyen Hué, og sus gjennom den gamle, sjarmerende bydelen i sykkelrikshaw. La deg bergta av det moderne Vietnam i Ho Chi Minh City. Besøk de fascinerende Cu Chi-tunnelene. Seil på Mekongflodens kanaler til idylliske landsbyer. La Vietnam ta deg med storm!

Vi tar forbehold for eventuelle endringer i programmet.

Avreise 26. oktober 2014 kr 16 998,-
Enkeltromstillegg kr 2 998,-

Priset inkluderer: Norsk/svensk reiseleder, fly Oslo – Doha – Bangkok – Hanoi / Saigon – Doha – Oslo, fly Da Nang – Saigon, utflukter ifølge program, innkvartering i delt dobbeltrom (tillegg for enkeltrom) og 4-personers kupé på nattoget (tillegg for enkeltkupé), frokost daglig, øvrige måltider ifølge program, skatter og avgifter.

DAGSPROGRAM

- Dag 1** Avreise fra Oslo
- Dag 2** Ankomst til Hanoi. Sykkelrickshaw i den gamle bydelen, Hoan Kiem-sjøen og velkomstmiddag
- Dag 3** Byrundtur med Ho Chi Minhs mausoleum, En-søylepagoden, Litteraturtempelet og vandukketeater
- Dag 4** Hanoi – Halongbukten. Ombordstigning på en tradisjonell vietnamesisk junke
- Dag 5** Halongbukten – Hanoi. Videre till Hué med nattog
- Dag 6** Hué. Båttur på Parfyme-elva, besøk i Thien Mu-pagoden og Tu Docs mausoleum
- Dag 7** Hué. Sykkelrickshaw i den gamle bydelen, Hai Van-passet og Hoi An
- Dag 8** Hoi An. Sykkeltur på landsbygda og byvandring i Hoi An
- Dag 9** Hoi An. Fly til Saigon, byrundtur
- Dag 10** Ho Chi Minh City. Cu Chi-tunnelene
- Dag 11** Ho Chi Minh City – Mekongdeltaet. Båtutflukt og videre til Can Tho
- Dag 12** Can Tho. Flytende marked i Cai Rang. Tilbake til Ho Chi Minh City. Avskjedsmiddag
- Dag 13** Ho Chi Minh City. Tid på egen hånd og hjemreise
- Dag 14** Ankomst

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



Les mer på www.albatros-travel.no/sykepleien

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

Albatros

Reis til Tyrkia, Tunisia og Hellas med Detur

FAMILIEPAKKER

2 VOKSNE + 1 BARN

- ✓ Fly + bosted 1 uke
- ✓ Avreise fra 10 byer!
- ✓ Vannsklier

fra **6.421,-**

VI TÅLER SAMMENLIGNING!

Se hele utvalget på www.detur.no/reiser/familiepakker

Prisen gjelder reise til Marabout Hotell (Tunisia) fra Oslo Lufthavn 03.05. Prisen er hentet 03.04



detur.no | 815 22 815

detur
der solen skinner!