

1 2012

19. januar 2012
100. årgang

Sykepleien *100 år*

«Det gjør noe med innstillingen når man føler man jobber i et høl.»

60 % av bygningsmassen på Oslo universitetssykehus er vurdert som uegnet for sykehusdrift.

NYHET



NB:

ZOELY® er inkludert
i bidragsordningen fra
2. januar 2012

Statens legemiddelverk

Nyhet: ZOELY®

- P-pillen med en innovativ kombinasjon av hormoner
 - Nomegestrolacetat, et høyselektivt gestagen avledet fra kroppens eget progesteron¹
 - 17β-østradiol, strukturelt identisk med endogent østrogen¹
- Mer enn 99% effektiv i et 24/4 regime^{1,2}
- Gir korte og lette bortfallsblødninger^{1,3}

Før forskrivning av Zoely®, se preparatomtalen

Utvalgt sikkerhetsinformasjon for ZOELY®

ZOELY® er **kontraindisert** ved arteriell eller venøs trombose i akutfase eller i anamnesen, migrene med aura, alvorlige leversykdommer, tumores eller udiagnostisert vaginalblødning.

Forsiktighetsregler: Nedsatt effekt ved glemte piller, oppkast eller diaré. Redusert effekt ved samtidig bruk av visse legemidler (se preparatomtalen).

Vanligste **bivirkninger ved bruk av ZOELY®**. Svært vanlige (≥1/10): Uønskede bortfallsblødninger, akne. Vanlige (≥1/100 til <1/10): smerter i bryst og bekken, økt vekt, kvalme, nedstemthet og nedsatt sexlyst.

Tryggere bruk av p-pillar

- Alle p-pillar av kombinasjonstypen gir en liten økning i risiko for blodpropp, og noen kvinner bør velge annen prevensjon.
- Grundig vurdering av alle som skal begynne med p-pillar, informasjon om bivirkninger og risikofaktorer, samt rask oppfølging ved mistanke om blodpropp er viktig.

Statens legemiddelverk



MSD (Norge) AS, Postboks 458 Brakerøya, N-3002 Drammen,
Telefon 32 20 73 00, Faks 32 20 73 10, www.msd.no.

zoely®

nomegestrolacetat/østradiol
2,5 mg/1,5 mg filmdrasjerte tabletter

Zoely «Theramex»

Antikonseptjonsmiddel.

ATC-nr.: G03A A14

TABLETTER: Hver hvite tablett inneholder 2,5 mg, østradiol 1,5 mg, laktosemonohydrat 57,71 mg, hjelpestoffer. De gule tablettene er placebotabletter. **Indikasjoner:** Oral antikonsepsjon. **Dosering:** Medikasjonen begynner på menstruasjonsblødningens 1. dag, og fortsetter med 1 tablett hver dag i 28 dager i den rekkefølge som fremgår av pillebrettet. Klistremerker med ukedager medfølger og skal festes på brettet. Tablettene er nummerert og tas i stigende rekkefølge. Tablettene 1-24 er aktive (hvite), 25-28 er placebo (gule). En går direkte over til nytt brett uten opphold. En menstruasjonslignende blødning (bortfallsblødning) kommer vanligvis 2-3 dager etter inntak av den siste hvite tablett, og er ikke nødvendigvis avsluttet før neste brett påbegynnes. Med dette behandlingsregimet oppnås full beskyttelse fra 1. tablett. Se SPC/pakningsvedlegg for nærmere beskrivelse av overgang fra annen prevensjon og for håndtering av glemte tabletter. **Administrering:** Kan tas med eller uten mat. Bør inntas med litt væske og helst til omtrent samme tid hver dag. **Kontraindikasjoner:** Venetrombose, nåværende eller tidligere (dyp venetrombose, lungeemboli). Arteriell trombose, nåværende eller tidligere (f.eks. hjerteinfarkt), eller forstadium til trombose (f.eks. angina pectoris eller forbigående iskemiske anfall). Cerebrovaskulær hendelse, nåværende eller tidligere. Migræne med fokale neurologiske symptomer. Kjent disposisjon for venøse eller arterielle trombose som aktivert protein C, mangel på protein S, hyperhomocysteinemi og antifosfolipidantistoffer. En alvorlig eller flere risikofaktor(er) for venøs eller arteriell trombose, f.eks. diabetes mellitus med vaskulære komplikasjoner, alvorlig hypertensjon, alvorlig dyslipoproteinemi. Nåværende eller tidligere pankreatitt dersom den er assosiert med alvorlig hypertriglyseridemi. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdier ikke er normalisert. Nåværende eller tidligere levertumorer (benigne eller maligne). Kjente eller mistenkte maligne tilstander i genitalia eller brystene, hvis de er påvirkelige av kjønnshormoner. Endometriehyperplasi. Udiagnostisert vaginalblødning. Hypersensitivitet for noen av innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Før behandling institueres foretas komplett anamnese, inkl. familieanamnese og blodtrykksmåling. Graviditet utelukkes. Hyppighet av senere undersøkelser baseres på etablert praksis, og tilpasses den enkelte kvinne. Kombinasjons- p-piller er assosiert med økt risiko for venøs tromboemboli (VTE), spesielt 1. behandlingsår. Epidemiologiske studier har vist at forekomsten av VTE hos kvinner uten kjente risikofaktorer, som bruker lavdose østrogen kombinasjons-p-piller (<50 µg etinyløstradiol), varierer fra ca. 20 tilfeller pr. 100 000 kvinneår (for kombinasjons- p-piller med levonorgestrel), til 40 tilfeller pr. 100 000 kvinneår (for kombinasjons-p-piller med desogestrel/gestoden). Dette kan sammenlignes med 5-10 tilfeller pr. 100 000 kvinneår for ikke-brukere, og 60 tilfeller pr. 100 000 svangerskap. VTE er fatal i 1-2% av tilfellene. Det er ukjent hvordan Zoely påvirker risikoen sammenlignet med andre kombinasjons-p-piller. Risikoen for VTE øker med: Økende alder, positiv familieanamnese (VTE hos søsken eller foreldre i relativt ung alder), fedme, langvarig immobilisering, større operasjoner, ethvert kirurgisk inngrep i bena eller alvorlig traume. I disse situasjonene er det tilrådelig å avbryte bruk (i tilfelle planlagt kirurgi minst 4 uker i forveien), og ikke fortsette før 2 uker etter fullstendig remobilisering. Risiko for arterielle tromboemboliske komplikasjoner eller cerebrovaskulær hendelse øker med: Økende alder, røyking, dyslipoproteinemi, fedme, hypertensjon, migræne, hjerteklaffefeil, hjerteflimmer, positiv familieanamnese (arteriell tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder). Ved mistanke om arvelig disposisjon skal kvinnen henvises til spesialist for rådgivning før det tas avgjørelse om bruk av hormonell antikonsepsjon. Ved mistenkt eller bekreftet trombose skal bruk av preparatet avbrytes. Symptomer på trombose eller cerebrovaskulær hendelse kan innbefatte: Unilateral smerte og/eller hevelse i bena. Plutselig kraftig smerte i brystet med mulig utstråling til venstre arm. Plutselig tungpustethet, plutselige hosteanfall, uvanlig kraftig vedvarende hodepine, synstap, dobbeltsyn, utydelig tale eller afasi, svimmelhet, kollaps med eller uten fokale anfall, svakhet eller svært markert nummenhet som påvirker en side eller en del av kroppen, motoriske forstyrrelser, akutt abdomen. Andre medisinske tilstander som er assosiert med sirkulatoriske bivirkninger omfatter diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom, kronisk inflammatorisk tarmsykdom (f.eks. Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt), sigdcellesykdom. En økning i frekvens eller styrke av migræne (som kan være forløper for en kardiovaskulær hendelse) kan være grunnlag for å avbryte bruken umiddelbart. Noe økt relativt risiko for brystkreft hos kvinner som bruker kombinasjons-p-piller er rapportert i epidemiologiske studier. Den økte risikoen forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. I sjeldne tilfeller har benigne levertumorer vært rapportert. Levertumor må anses som en differensialdiagnose ved sterk smerte i øvre del av buken, for størrelse av leveren eller tegn på indre blødninger i abdomen. Kvinner med hypertriglyseridemi eller slik

i familieanamnesen kan ha en økt risiko for pankreatitt. Hvis vedvarende klinisk signifikant hypertensjon utvikler seg, bør bruk av preparatet avsluttes og hypertensjonen behandles. Bruken kan gjenopptas hvis normotensive verdier oppnås ved behandling med antihypertensiver. Følgende tilstander kan forekomme eller forverres både ved svangerskap eller ved bruk av hormonell prevensjon: Gulsott og/eller kløe relatert til kolestase, dannelse av gallesten, porfyri, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom. Sydenhams chorea, Herpes gestationis, otoskleroserelatert hørselstap, (arvelig) angionevrotisk ødem. Ved akutte eller kroniske forstyrrelser av leverfunksjon, kan det være nødvendig å seponere preparatet inntil markørene for leverfunksjon går tilbake til normalen. Kan endre perifer insulinresistens og glukosetoleranse, og kvinner med diabetes bør monitoreres nøye spesielt de første månedene. En forverring av depresjon, Crohns sykdom og ulcerøs kolitt er assosiert med hormonell antikonsepsjon. Kvinner med tendens til kloasma bør unngå å utsette seg for sollys eller ultrafiolette stråler. Varigheten av bortfallsblødning med Zoely er gjennomsnittlig 3-4 dager. Bortfallsblødninger kan også uttebli. Uregelmessige menstruasjonsblødninger kan forekomme, spesielt de første månedene. Hvis blødningsuregelmessigheter vedvarer eller oppstår etter foregående regulære sykluser, bør ikke-hormonelle årsaker tas i betraktning. Dersom dette forekommer, og Zoely er tatt iht. instruksjonene, er det usannsynlig at kvinnen er gravid. I tvilstilfelle bør graviditet utelukkes før behandlingen fortsetter. Oppkast og diaré kan føre til ufullstendig absorpsjon. Dersom tablettene tas mer enn 12 timer før sent kan den preventive beskyttelsen reduseres, og tilleggsprevensjon bør benyttes de neste 7 dagene. For mer informasjon om forholdsregler ved gastrointestinale forstyrrelser og ved glemte tablett, se SPC/pakningsvedlegg. Menstruasjonen kan om nødvendig utsettes ved å gå direkte over til et nytt brett uten å ta de 4 placebotablettene. For mer informasjon om endring eller utsettelse av menstruasjon, se SPC/pakningsvedlegg. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon bør ikke bruke dette legemidlet. **Interaksjoner:** Bruk sammen med enzyminduserende legemidler (f.eks. fenitoin, fenobarbital, primidon, bosentan, karbamazepin, rifampicin, og naturlegemidler ved johannesurt, og i mindre grad okskarbazepin, topiramid, felbamal, griseofulvin, ritonavir, nelfinavir, nevirapin og efavirenz) kan gi gjennombruddsblødninger og sviktende prevensjon. Ved kombinasjon med et av disse legemidlene bør barrieremetode brukes under behandling og i 28 dager etter avsluttet behandling. P-piller kan påvirke metabolismen til lamotrigin. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Ikke indisert, seponeres hvis graviditet oppstår. **Overgang i morsmelk:** Kan redusere mengden og endre sammensetningen av brystmelk. Bør ikke anvendes under amning. **Bivirkninger:** Svært vanlige ($\geq 1/10$): Hud: Akne. Kjønnsgorganer/bryst: unormal bortfallsblødning. Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Gastrointestinale: Kvalme. Kjønnsgorganer/bryst: Metroragi, menoragi, smerter i brystene, bekkenmerter. Neurologiske: Hodepine, migræne. Psykiske: Nedsatt libido, depresjon/nedstemthet, endret sinnsstemning. Undersøkelser: Økt vekt. **Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$):** Gastrointestinale: Abdominal distensjon. Hjerte/kar: Hetetokter. Hud: Hyperhidrose, alopesi, kløe, tørr hud, seboré. Kjønnsgorganer/bryst: Hypomenoré, hovne bryster, galaktoré, kramper i tetter, premenstruelt syndrom, knuter i brystene, dyspareuni, vulvovaginal utørhet. Muskel-skjelettsystemet: Tynghet. Stoffskifte/ernæring: Økt appetitt, væskeretensjon. Undersøkelser: Økte leverenzymmer. Øvrige: Irritabilitet, ødem. **Sjeldne ($\geq 1/10 000$ til $< 1/1000$):** Gastrointestinale: Tørr munn. Hud: Kloasma, hypertrikose. Kjønnsgorganer/bryst: Lukt fra skjeden, vulvovaginalt ubehag. Lever/galle: Gallesten, galleblærebetennelse. Neurologiske: Oppmerksomhetsforstyrrelse. Psykiske: Økt libido. Stoffskifte/ernæring: Nedsatt appetitt. Øye: Kontaktlinseintoleranse/tørre øyne. Øvrige: Sult. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Kvalme, oppkast og vaginalblødning. **Behandling:** Symptomatisk. Intet antidot. Se Giftinformasjonens anbefaling G03A side d. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Progesterogen-østrogen monofasisk kombinasjonspille. **Virkningsmekanisme:** Undertrykkelse av ovulasjonen og endring-er i cervixsekretet. Nomegestrolacetat er et selektivt progesterogen, utledet av det naturlig forekommende hormonet progesteron. Østrogener i Zoely er 17 β -østradiol, et naturlig østrogen identisk med det endogene humane 17 β -østradiol. **Absorpsjon:** Maks. plasmakonsentrasjon: Nomegestrolacetat: Ca. 2 timer. Østradiol: Ca. 6 timer. Steady state: Nomegestrolacetat: Nås etter ca. 5 dager. Biotilgjengelighet: Nomegestrolacetat: 63%. Østradiol: Ca. 1%. **Proteinbinding:** Nomegestrolacetat: 97-98%. Østradiol: Ca. 98-99%. **Fordeling:** Distribusjonsvolum: Nomegestrolacetat: 1645 liter. Halveringstid: Nomegestrolacetat: Ca. 46 timer. Østradiol: Ca. 3,6 timer. Plasmaclearance: Nomegestrolacetat: Ca. 26 liter/time. **Metabolisme:** Nomegestrolacetat: I lever via CYP 3A4 og 3A5. Østradiol: Betydelig firstpass-effekt, deretter i lever via CYP 1A2, 3A4, 3A5, 1B1 og 2C9. **Utskillelse:** Via urin og feces. **Pakninger og priser:** 3 x 28 stk. (kalenderpakn.) kr 319,20.

Sist endret: 28.11.2011

Referanser:

1. Zoely [summary of product characteristics]. London, England: Merck Serono Europe Limited; 2011.
2. Christin-Maitre S, Serfaty D, Chabbert-Buffet N, Ochsenbein E, Chassard D, Thomas J-L. Comparison of a 24-day and a 21-day pill regimen for the novel combined oral contraceptive, nomegestrol acetate and 17 β -estradiol (NOMAC/E2): a double-blind, randomized study. *Hum Reprod.* 2011;26(6):1338-1347.
3. Mansour D, Verhoeven C, Sommer W, Weisberg E, Taneepanichskul S, Melis GB, Sundström-Poromaa I, Korver T. Efficacy and tolerability of a monophasic combined oral contraceptive containing nomegestrol acetate and 17 β -oestradiol in a 24/4 regimen, in comparison to an oral contraceptive containing ethinylestradiol and drospirenone in a 21/7 regimen. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2011;1-14.



MSD (Norge) AS, Postboks 458 Brakerøya, N-3002 Drammen, Telefon 32 20 73 00, Faks 32 20 73 10, www.msd.no. Copyright © 2011 Merck Sharp & Dohme Corp., et datterselskap av Merck & Co., Inc. All rights reserved. WOMN-1020394-0003 (des 2011)

Sykepleien

Organ for Norsk Sykepleierforbund
Tollbugata 22, 5. etg.
PB 456 Sentrum, 0104 Oslo
Tlf.: 22 04 32 00. Faks: 22 04 33 75
ISSN 0806 – 7511

E-post:

redaksjonen@sykepleien.no
interaktivt@sykepleien.no

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

Medarbeidere:

Redaksjonssjef Bjørn Arild Østby
tlf. 22 04 33 59/93 03 09 05
bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

Journalist Marit Fonn
tlf. 22 04 33 68/99 23 65 90
marit.fonn@sykepleien.no

Journalist Nina Hernæs
tlf. 22 04 33 67/90 69 14 11
nina.hernes@sykepleien.no

Journalist Eivor Hofstad
tlf. 22 04 33 71/91 75 39 03
eivor.hofstad@sykepleien.no

Journalist Susanne Dietrichson
tlf. 22 04 33 53/45 42 96 41
susanne.dietrichson@sykepleien.no

Fagredaktør Torhild Apall Dybvik
tlf. 22 04 33 76/99 41 46 77
torhild.apall@sykepleien.no

Journalist
Ann-Kristin Bloch Helmers
tlf. 22 04 33 73
aknbh@sykepleien.no

Journalist Kari Anne Dolonen
tlf. 22 04 33 69/94 37 36 11
kari.anne.dolonen@sykepleien.no

Redaktør Anners Lerdal
tlf. 22 04 33 63/95 03 31 44
anners.lerdal@ldh.no

Deskjournalist Ellen Morland
tlf. 22 04 33 60 / 41 02 56 22
ellen.morland@sykepleien.no

Deskjournalist Johan Alvik
tlf. 92 60 87 06
johan.alvik@sykepleien.no

Grafisk formgiver Hilde Rebård Evensen
tlf. 22 04 33 58
hilde.rebaard.evensen@sykepleien.no

Grafisk formgiver Bjørg Nordstrand
tlf. 22 04 33 56
bjorg.nordstrand@sykepleien.no

Grafisk formgiver Sissel H. Vetter
tlf. 22 04 33 61
sissel.vetter@sykepleien.no

Markedssjef Ingunn Roald
tlf. 22 04 33 70 / 91 60 38 12
ingunn.roald@sykepleien.no

Produktannonser Lise Dyrkoren (bilag)
tlf. 22 04 33 72
lise.dyrkoren@sykepleien.no

Produktannonser Maud P. Kaino
tlf. 97 74 21 20
maud.kaino@sykepleien.no

Stilling/nett Marianne Musæus
tlf. 91 83 41 10
annonser@sykepleien.no

Repro og trykk:
Stibo Graphic AS



SYKEPLEIENS FORMÅLSPARAGRAF:

Sykepleien skal utøve saklig, uavhengig og kritisk journalistikk forankret i Norsk Sykepleierforbundsformålsparagraf. Redaktørplakaten og pressens Vær Varsom-plakat. Tidsskriftet har som oppgave å sette sykepleierens interesser på dagsorden. Sykepleien skal delta i samfunnsdebatten og stimulere til engasjement og meningsbrytning. Sykepleien arbeider etter Vær Varsom-plakatens regler for god presseskikk. Den som mener seg rammet av urettmessig omtale oppfordres til å ta kontakt med redaksjonen. Brudd på pressens etiske retningslinjer, ifølge Vær Varsom-plakaten, kan klages inn for Pressens Faglige Utvalg. Sykepleien betinger seg retten til å lagre og utgi alt stoff som publiseres i elektronisk form.

Gjesteskribenter:



Astrid Grydeland Ersvik oppsummerer 100 år med helsestertjeneste i kronikken. Om fremtiden er hun usikker på om utviklingen blir så bra som ønskelig. Side 74.



Ragne Gjestrum-Larsen etterlyser mer rettferdighet for sykepleiere som vil drive privat klinikk. Fysioterapeuter får driftstilskudd, men ikke sykepleiere. Les hennes innspill på side 76.



Eli Gunhild By skriver i sin leder om fastvakt. God omsorg ved livets slutt må aldri bli en salderingspost! Side 70.



Kan det være relevant å snakke om nytteløs og livsforlengende behandling også i psykiatrien, spør **Berit Støre Brinchmann** i den nye etikkspalten på side 66.



Innhold

Sykepleien

AKSJONISTEN: «Om prioriteringene

Hva skjer

- 7 Aksjonisten
- 8 Hva skjer – smånytt
- 11 Vi bare spør: Øyvind Dahle
- 12 Kutter samhandling
- 15 For eller mot?
- 16 Ei helsesøster til tusen elever

Der ute

- 26 I verden
- 28 Bak fasaden på OUS
- 34 Mye vold, men trygg på jobb
- 39 Min jobb: Monica Selvén
- 40 Øyeblikket
- 42 – Medisinsk yoga passer for ganske syke pasienter
- 46 – Vi betaler for «kasino-økonomien»



Tema: Hygiene

- 18 Men ringen min får du aldri?
- 20 – Bakteriene kan gi pasienter alvorlige infeksjoner
- 25 5 på gangen om hygiene



i helsetjenesten er feil, gi oss nye!»

1 • 2012
19. januar 2012 • 100. årgang

Fag og bøker

- 50 Skriver om sykdommen
- 53 Fagnotiser
- 54 Fagnyhet: Styres av klokken
- 56 Hygienetiltak har effekt
- 60 Forfatterintervju: Arnhild Lauveng
- 62 Bokanmeldelser
- 64 Gode kort på hånda
- 66 Etikk: Berit S. Brinchmann
- 68 Hygienepolitiet
- 68 Quiz

Mennesker og meninger

- 70 Eli Gunhild By om fastvakt
- 71 Siden sist og meninger
- 73 Minneord
- 74 Kronikk: Astrid Ersvik Grydland
- 76 Innspill: Ragne Gjestrum-Larsen
- 78 Tett på Tove Gundersen
- 82 Sykepleien 100 år: Starten
- 84 Paragrafrytterne

- 85 Stillingsannonser
- 90 Kunngjøringer

GJESTESKRIBENTEN:

«Hvorfor er det bare fysioterapeuten som får driftstilskudd?»

Ragne Gjestrum-Larsen

76

«Unnskyld språket, men det er sånn de føler det.»



46



42

TENK OM DU KUNNE REDUSERE RISIKOEN FOR ALLERGI HOS BARN MED 50 %¹



NAN H.A. 1 – DEN ENESTE MORSMELKERSTATNINGEN SOM ER BEVIST Å REDUSERE RISIKOEN FOR ALLERGIER HOS BARN OPP TIL 6-ÅRSALDEREN^{1,2,3}

DE SMÅ SETTER IKKE ALLTID PRIS PÅ SMAKEN AV HYDROLYSERT MORSMELKERSTATNING, OG DET KAN FORÅRSAKE FRUSTRASJON HOS FORELDRENE. NAN H.A. 1 ER ET VELSMAKENDE ALTERNATIV MED BEVIST EFFEKT. NAN H.A. 1 ER DEN ENESTE DELVIS HYDROLYSERT MORSMELKERSTATNINGEN SOM I 15 STORE KLINISKE STUDIER HAR VIST SEG Å HEMME UTVIKLINGEN AV ALLERGIER EFFEKTIVT HOS OPP TIL 52 % AV DE BARN SOM IKKE AMMES, OG SOM HAR ALLERGIER I FAMILIEN.



NY OG FORBEDRET FORPAKNING.

VIKTIG INFORMASJON: MORSMELK ER DEN BESTE NÆRINGEN FOR BARNET DE FØRSTE MÅNEDENE AV LIVET. HVIS DET ER MULIG, BØR MORSMELK DERFOR ALLTID VÆRE DET FØRSTE ALTERNATIVET.

1. SZAJEWSKA H, HORVATH A. META-ANALYSIS OF THE EVIDENCE FOR A PARTIALLY HYDROLYZED 100% WHEY FORMULA FOR THE PREVENTION OF ALLERGIC DISEASES. CURR MED RES OPIN. 2010;26(2):423-37. 2. VON BERG A, FILIPIAK-PITTOFF B, KRÄMER U ET AL. PREVENTIVE EFFECT OF HYDROLYSED INFANT FORMULAS PERSISTS UNTIL AGE 6 YEARS: LONG-TERM RESULTS FROM THE GERMAN INFANT NUTRITIONAL INTERVENTION STUDY (GINI). J ALLERGY CLIN IMMUNOL 2008;121:1442-7. (GINI STUDY ONLY SHOWS EFFECT ON ATOPIC DERMATITIS). 3. ALEXANDER DD, CABANA MD. PARTIALLY HYDROLYZED 100% WHEY PROTEIN INFANT FORMULA AND REDUCED RISK OF ATOPIC DERMATITIS: A META-ANALYSIS. J PEDIATR GASTROENTEROL NUTR. 2010;50:422-30.



Barth Tholens om jubileer

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

Parademarsjen

I nøyaktig hundre år har Sykepleierforbundet kjempet for sykepleiernes særinteresser. Forhåpentligvis brukes anledningen til å se framover.

2012 skal NSF markere at det er 100 år siden Bergljot Larsson stiftet organisasjonen. Bunadsfaktoren vil trolig bli svimlende høy når sykepleiere over hele landet samles for å gratulere seg selv. Høydepunktet vil nås i september på Operaen i Oslo. Da ventes det et stort innrykk av notabiliteter som skal vise sin respekt for yrkesgruppen.

Gjennom historien har forbundet vært en uhyre viktig aktør for å bedre arbeidskårene for den største utdanningsgruppen i helsetjenesten. Det skulle derfor bare mangle at man ikke rullet ut feststasen i en slik anledning. Litt pomp og prakt er ikke å forakte. Feiringen er beregnet til å koste medlemmene cirka 15 millioner kroner. Det kan være vel anvendte penger.

Personlig håper jeg likevel at hundreårsmarkeringen ikke bare brukes til hemningsløst å paradere med egne fortreffelig-

Nye tider krever at NSF ikke løper etter, men foran utviklingen.

heter. Riktignok har sykepleiere grunn til å være stolte av sitt medlemskap. Men samfunnets anerkjennelse – og NSF's egen påvirkningskraft – blir ikke nødvendigvis større av at sykepleiere i hytt og pine roper hurra for seg selv. Det trengtes kanskje for 100 år siden. I dag bør det ikke lenger være nødvendig.

Bunader og festtaler er bra, men helst ser jeg at NSF nå går foran med å lansere de dristige ideene for fremtidens helsetjeneste. Det innebærer en definitiv dreining fra å være protestorganisasjon, til å bli premissleverandør for bedre løsninger. En slik dreining krever at NSF fyller sin rolle som samfunnsaktør på en ny måte. NSF må finne gehør for planer som både gir Norge en bedre helsetjeneste og sikrer sykepleierne en naturlig plass i den.

Nye tider krever at NSF ikke løper etter, men foran utviklingen. Om samhandlingsreformen ikke hadde eksistert, burde sykepleiere ha funnet den opp! Om helseforetakene ikke funker, bør NSF hoste opp en bedre idé. Om rekrutteringen til helse-sektoren er katastrofal med tanke på den kompetansen som de fleste kommuner vil trenge om få år, bør sykepleiere gi myndig-

STAS: Bunadsfaktoren blir høy når NSF skal feire seg selv, tror redaktør Barth Tholens. Illustrasjon: Sykepleien.

hetene svar på hvordan de kan fikse problemet. Om prioriteringene i helsetjenesten er feil, gi oss nye! Om blårossøkonomi og New Public Management er feilslått, vis oss da hvordan vi kan gjøre det annerledes.

Dette vil kreve djervhet og smarte hoder, og kan trolig bare utvikles om NSF i større grad går i dialog med tenkende mennesker de normalt sett ikke «leker sammen med». I stedet for blomster, kunne NSF kanskje gi seg selv en tenketank til jubileumsgave? Et sted hvor sykepleiere og ikke-sykepleiere kunne møtes for å lage «modeller» for nye løsninger som ikke er blitt prøvd før? Et slags eksperiment-sted som kan gi forbundsledelsen råd om resten av det 21. århundre?

Det finnes mange måter å feire et jubileum på. Sølvspenner og svarte biler er kanskje ikke er helt min greie, sorry. Siden Sykepleien selv fyller 100 i november, har vi derfor planlagt en litt annen vri: Når vi har laget blad for medlemmene i et århundre, er det på tide å snu rollene og la leserne selv komponere vår jubileumsutgave? Ja! Les utlysingen på side 77. Lykke til med feiringen!



Barth Tholens

Trakk seg fra Nato-kurs

Det stormet godt da det ble kjent at Helse Sør-Øst-direktør Bente Mikkelsen skulle på fem måneders Nato-kurs. Men etter kraftig kritikk trakk hun seg fra kurset. Avgjørelsen har fått bred støtte. Konserntillitsvalgt og sykepleier i Helse Sør-Øst Kirsten Brubakk er derfor ganske ensom i å synes at det er trist.

– Det er positivt at Mikkelsen lytter til de ansatte og velger å bli. Men det er også trist at hun ikke får denne lederutviklingen, som særlig har fokus på beredskapsledelse, sa Brubakk til sykepleien.no.

Foretakstillitsvalgt Merete Norheim Morken på Oslo universitetssykehus er enig i at det var dårlig timing for Mikkelsen å dra på kurs. Ikke minst fordi restriksjonen for at ansatte skal få dra på kurs har økt betydelig.

Eli Gunhild By, leder i Sykepleierforbundet, vil ikke kommentere Mikkelsen-saken til sykepleien.no.



UVÆR: Helse Sør-Øst-direktør Bente Mikkelsen skulle fem måneder på kurs i Roma. Arkivfoto: Erik M. Sundt.

Sjekk vaksinerne dine på nett

Nå kan du sjekke hvilke vaksiner du og dine barn under 16 år har tatt, på den nye portalen helsenorge.no. Helse- og omsorgsdepartementet lanserte portalen i sommer, der det er meningen folk kan få informasjon om helsetilbud og sykdommer. Det nyeste tilskuddet på portalen er altså selvbetjeningsfunksjonen «Mine vaksiner». Man kan også ta utskrift av vaksinasjonskortet.

Det er i hovedsak vaksiner i barnevaksinasjonsprogrammet som ligger i vaksinasjonsregisteret. I tillegg er det åpnet for å registrere reisevaksiner og influensavaksiner som er gitt det siste året.



Vil ha folk til å spise mindre salt

Nasjonalt råd for ernæring har laget en strategi for å redusere det norske saltforbruket. I Norge har vi i dag dobbelt så høyt saltinntak per dag enn det som er anbefalt. For å redusere det, vil rådet ha matvarebransjen med på å minske saltinnholdet matvarer, og å merke varene bedre. 70–80 prosent av saltinntaket kommer fra bearbejdede matvarer.

Rådet vil også ha serveringsbransjen med på å redusere saltinnholdet i mat servert i kantine, kiosk og restaurant. Også på offentlige institusjoner skal saltinnholdet i mat bli lavere og kontrolleres.

Helsedirektoratet støtter opp om anbefalingene fra Nasjonalt råd for ernæring.

MINDRE SALT i maten vil gi bedre helse. Foto: Colourbox.

Hva skjer

Les mer om:

- 11** Ledet AMK da Dagmar raste >
- 12** Kutter ut samhandling >
- 15** Vil vi ha EU-direktivet om vikarbyrå? >
- 16** 1 helsesøster til 1000 elever >

sykepleien.no

Striden om sykereformene raser videre. Vi følger den på nett.

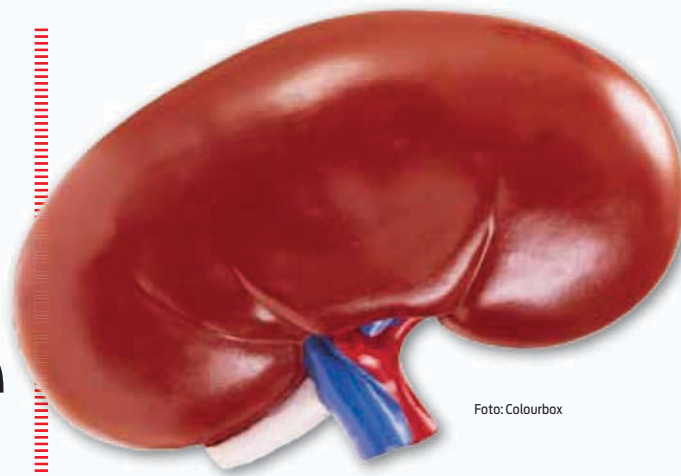


Foto: Colourbox

Organdonasjoner øker

Antallet organdonasjoner og transplantasjoner i Norge økte fra 2010 til 2011. I 2011 ble det gjennomført 127 organdonasjoner. Det er 25 flere enn i 2010. 457 personer fikk nye organer i 2011. I 2010 var tallet 420.

Kilde: Stiftelsen Organdonasjon.

Helsetilsynet i fylket over til Fylkesmannen

Fra 1. januar 2012 eksisterer ikke Helsetilsynet i fylket. Fra denne datoen er det lagt under Fylkesmannen.

Statens helsetilsyn skal fremdeles ha ansvaret for tilsyn med helse- og omsorgstjenesten. Fylkesmannen underlegges derfor faglig instruksjonsmyndighet fra Statens helsetilsyn på dette området.

Helsetilsynet

Etikkpris til Gjøvik

Gjøvik fikk før jul den nyopprettede etikkprisen på 50 000 kroner, som skal gå til kommunens videre etikkarbeid. Prisen gis til kommuner som bruker etikkarbeidet til å styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten.

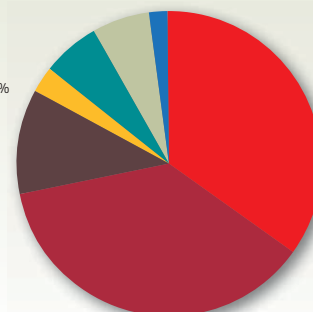
Gjøvik var en av 19 nominerte kommuner, og fikk prisen for sitt systematiske, brede og praktisk rettede etikkarbeid over flere år. Det handler blant annet om etisk komité, systematisk refleksjonsarbeid og faglig nettverk for veiledere. Etikkarbeidet i kommunen er dessuten forankret både blant lokalpolitikere og i kommuneledelsen.

Prisen deles ut i regi av prosjektet «Samarbeid for etisk kompetanseheving», drevet av Helse- og omsorgsdepartementet, arbeidstakerorganisasjonene, Helsedirektoratet og KS. 170 kommuner er med så langt.

Dødsfall i 2010 fordelt på noen diagnosegrupper

Svulster og hjerte- og karsykdommer gir flest dødsfall.

- Hjerte og karsykdommer: 37 %
- Svulster: 35 %
- Sykdommer i åndedretsorganene: 11 %
- Symtomer og ubestemt tilstand: 6 %
- Ulykker: 6 %
- Sykdommer i fordøyelsesorganene: 3 %
- Andre voldsomme dødsfall: 2 %



Kilde: SSB

HPV-testing evaluert

Før jul kom Kreftregisterets rapport «Sekundær-screening med HPV-tester i Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft» etter en testperiode på fem år. Rapporten konkluderer med at HPV-testingen av kvinner med usikre celleprøver forebygger livmorhalskreft.

Siden 2005 har fagmiljøene vært splittet i synet de ulike HPV-testene. Det er brukt fem ulike tester i prøveperioden, og Kreftregisterets rapport konkluderer med at den ene testen ikke fungerer godt nok. Fra 1. januar fjernet Helse- og omsorgsdepartementet refusjonstaksten for denne testen (mRNA-testen). Kreftregisterets tidligere direktør Frøydys Langmark uttalte til sykepleien.no at testene burde evalueres av et uavhengig fagmiljø.

På sykepleien.no finner du flere saker om HPV-striden, blant annet temaet «Kampen om krefttesten».

Sykepleien blir litt ny i 2012

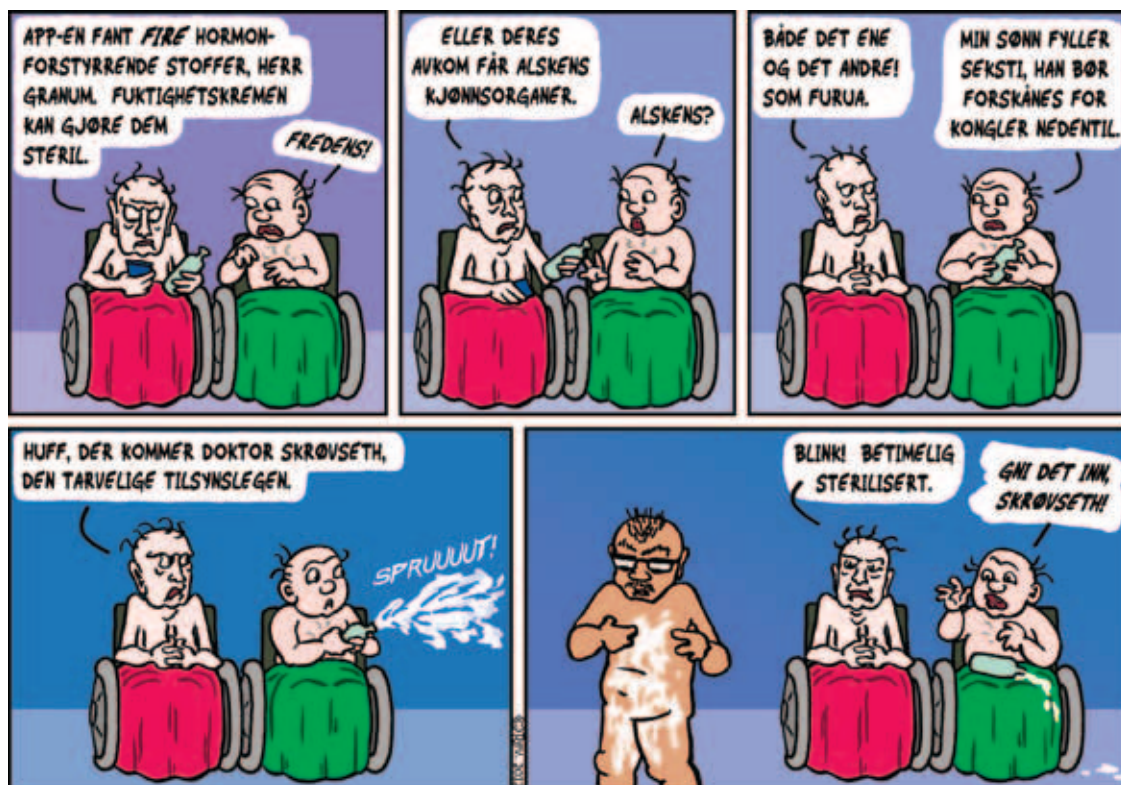
Sykepleien har gjennomgått en ansiktsløftning. I 2012 vil bladet ha flere reportasjer og en mer innholdsrik fagseksjon. Vi tar mer forskningsstoff inn i bladet. Med reportasjesatsingen ønsker vi å være mer ute og møte sykepleiere. Og vi fortsetter som før med temasider.

Sykepleien vil utgi 14 utgaver i 2012, Sykepleien Forskning 4 utgaver. I tillegg vil 5 faggrupper utgi sine blader via bladet.

Sykepleien skal fremdeles være sterk på nyheter om sykepleie og helse, men nå vil du finne mer av nyhetsstoffet på våre nettsider sykepleien.no. Flere og flere besøker sykepleien.no, og følger oss på Facebook og Twitter. Hit kommer også interessante innspill og kommentarer fra våre lesere.

Nå er det enda flere nyheter på nett!

TERAPI av Bodil Røvhaug



Dyreforsøk kan gi feilaktige svar

Å bruke forsøksdyr i nevrologiske forsøk kan gi upålitelige resultater. En av forskerne som har sett nærmere på dette er den amerikanske nevrologen Matt Mattson, laboratorieleder ved National Institute on Aging i Maryland. Etter å ha

jobbet med forsøksdyr, særlig rotter og mus, i 25 år, har han kommet frem til at forsøksdyrene lever unaturlige liv som i mange tilfeller gjør dem til uegnede modeller for mennesker.

Kilde: Dyrevernalliansen/Slate.



UNATURLIG: Forsøksdyr oppfører seg unaturlig i et laboratorium, derfor kan også forskningsresultatene bli usikre, ifølge en amerikansk nevrolog. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Meninger fra www.sykepleien.no

- En riktig revurdering fra Mikkelsen (Ellen Julie Hunstad)

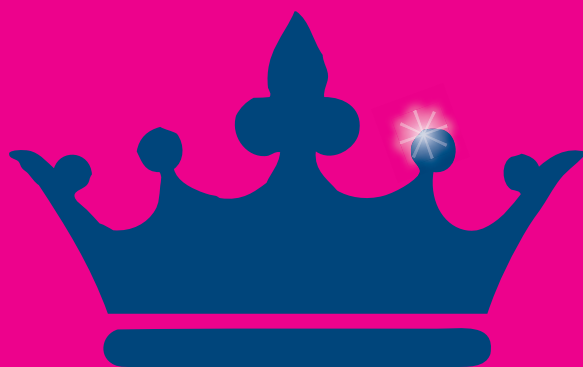
En riktig avgjørelse å trekke seg fra kurset, men ytterligere svekket tillit til direktør og styre i Helse Sør-Øst samt helseministeren.

- Trist (Kruttlappen)

...at det blir innskrenket på mulighetene for kompetanseheving for ALLE i helseforetakene! Jeg synes derimot IKKE det er trist at direktør Mikkelsen, med 1,8 mill i inntekt i 2010 i følge skatelistene, ikke får sponset studietur for 350.000 + LØNN i fem måneder nå som det stormer verre enn Dagmar rundt i helseforetakene på Østlandet.

Hele innlegget finner du på: www.sykepleien.no_debatt

Supertilbud til Sykepleiens lesere



For å føle deg som
en ekte prinsesse, ta en
tur til Kongens By.

KØBENHAVNCRUISE

T/R
PR. PERS.
FRA

198,-

Supertilbudet gjelder kun for deg som
leser Sykepleien. Ordinærpris fra 498,-

*) Fra-pris 198,- pr. pers i innvendig Seaways Class lugar fra søn - ons 19.01 - 28.03.2012.
Bestill på dfds.no/sykepleien. Adm. tillegg på kr. 125,- tilkommer for bestilling over telefon
21 62 10 00. Bestillingsfrist 1. februar.



OSLO-KØBENHAVN
DFDS.NO/SYKEPLEIEN



DFDS
SEAWAYS

Øyvind Dahle

Alder: 38 år

Aktuell som: Sykepleier og daglig leder på den akuttmedisinske kommunikasjonssentralen (AMK) i Helse Førde

BAKGRUNN:

I julehelgen herjet uværet over store deler av landet. Strømmen gikk. Telefonen var død. Ras skjedde. Ambulanser og helikoptre kom ikke fram. Folk ble isolerte i flere dager. Sogn og Fjordane fikk særlig merke naturkreftene. I Førde fikk AMK brynt seg. Der er Øyvind Dahle sjef.

Visste ikke om noen trengte hjelp

Var du på jobb?

– Jeg ble innkalt da det tilspisset seg.

Når da?

– Flere ganger i romjula. 2. juledag var verst.

Hvordan merket dere orkanen?

– Strømmen gikk. Aggregater slo seg ut og inn noen ganger. Vi er veldig avhengig av strøm for å drifte alle it-systemene. Dessuten var det plater som blåste av bygget.

Hvor var det verst?

– Det var vanskelige forhold i store deler av Sogn og Fjordane. Ferger var innstilt. Mange veier ble stengt. E39 var stengt flere plasser. Logistikken vår ble ekstremt utfordrende.

Hvordan?

– Når veinettet rakner på grunn av ras og flom, må vi umiddelbart vurdere hvilke tilgjengelige ressurser vi kan bruke. Våre samarbeidspartnere var nå svekket fordi infrastrukturen manglet. Det var også ekstra utfordrende den tiden fergene var innstilt.

Fant dere alternativer?

– Ett var å flytte ambulanseressurser. Ambulansébåten fra Solund ble flyttet inn i Sognefjorden mot Høyanger og Balestrand og hadde oppdrag der. Redningsskøyten i Måløy ble brukt til å frakte pasient over Nordfjorden og videre med ambulanse til Førde.

Hva fikk dere høre av helsearbeiderne i distriktene?

– De mistet strøm. De mistet mobildekningen, fikk den tilbake et øyeblikk. For eksempel oppholdt Selje-ambulansen seg på Stadt-siden for bare der var det mobildekning. Kommunene iverksatte ulike ordninger. Eldre folk ble flyttet til sykehjem med strømaggregat, fordi det ble for kaldt hjemme. Ordføreren i Stryn trykte flygeblad som ble delt ut til befolkningen. Noen fikk etter hvert skaffet seg satellittelefoner.

Har du opplevd noe liknende?

– Stengte veier og ras er ganske vanlig. Det er heller ikke så lenge siden telefonnettet var nede på grunn av ras i Østerdalen.

Men nå ble det mye på en gang?

– Ja, alt skjedde samtidig. På AMK gikk det mye i å tenke alternativt for å nå den og den legen eller den og den ambulansen.

En mann døde før pårørende fikk kontakt med AMK. Hva skjer med den saken?

– Det var en tragisk hendelse. Saken er meldt videre. Pårørende oppsøkte selv ambulansen, som heller ikke hadde telefondekning. Jeg skjønner godt de var frustrerte over ikke å få kontakt med en nødetat i en krisesituasjon.

Har vært skjerpet lokalsykehusdebatten?

– Jeg vet ikke. Den debatten har pågått i årevis og vi hører daglig noe på den fronten. Ledelsen i Helse Førde får ta seg av det, mens vi andre får gjøre en så god jobb som mulig.

Utstyret blir mer og mer avansert. Er vi blitt mer sårbare?

– Ja, jeg synes det. Vi skal drifte effektivt, holde kostnadene nede. Hvis vi sentraliserer og får problemer i datahallen, får det konsekvenser. Et kabelbrudd på Lillehammer kan slå ut telenettet i Sogn og Fjordane. Jeg ser jo at man blir sårbar når det ikke virker.

Hva har du lært?

– Vi lærer stadig. Men det er aldri to identiske hendelser. Den ene gangen kan vi ha godt med tilgjengelige ressurser, men ved neste hendelse blir tiden forlenget før hjelpen kommer fram på grunn av stengte veier eller dårlig vær. Kontinuerlig flåtestyring av ambulansene sikrer bedre utnyttelse av ressursene og bedre dekning i kommunene for å ivareta liv og helse.

Du har ikke fått skrekken?

– Egentlig ikke. Men det var ikke trivelig

når ting ikke virket. Vi hadde ingen oversikt om noen trengte hjelp. Det var det som var panikken.

Tekst Marit Fonn Foto Finn Ove Njøsén/Helse Førde





STOPP: Sykepleier Eirin Gravdal (t.h.) undersøker en beboer ved Tåsenhjemmet i samarbeid med Gørild Bendixen. Nå er det stopp for samhandlingsprosjektet. Arkivfoto fra 2007: Erik M. Sundt.

Starter reformen med å legge ned samhandlingsprosjekt

Samtidig som samhandlingsreformen startet, la Oslo universitetssykehus ned samhandlingsprosjekt som har servet 20 av hovedstadens sykehjem. *Tekst Ann-Kristin Bloch Helmers og Kari Anne Dolonen*

Nå frykter sykepleiere og leger at flere av hovedstadens eldre må dø en uverdigg død under transport – i livets siste fase.

Må spare

Begrunnelsen for nedleggelsen, som gjelder fra 1. januar 2012, er at sykehuset må spare penger.

Siden 2002 har sykepleierne på observasjonsposten ved akuttmedisinsk klinikk ved

handlingsarenaen vi har, ned, sier sykepleier og seksjonsleder ved observasjonsposten på Akuttmedisinsk avdeling, Kristine Listou. Hun får støtte av sin avdelingsleder, professor Dag Jacobsen.

Bakgrunnen for prosjektet var at ansatte ved sykehuset reagerte på at det ble stadig flere innleggelser av døende pasienter fra sykehjem.

– Personalet opplevde måten flere innleggelser foregikk på som uetiske, og som en uverdigg behandling av gamle, syke mennesker. Pasientene ble ofte lagt inn på kveld og natt, og det forekom dødsfall i ambulansen på vei til sykehuset, eller kort tid etter innleggelse, sier Kristine Listou.

mene råd der det har vært nødvendig. På den måten har flere pasienter fått behandling ved sykehjemmene, hvis mulig.

«Flere har fått behandling på sykehjemmet.»

Kristine Listou

OUS, avdeling Ullevål, jobbet tett med hovedstadens sykehjem for å unngå unødvendige innleggelser. Men nå er det slutt.

– Uetiske innleggelser

– Dette er helt paradoksalt. Samme dag som reformen starter, legges den viktigste sam-

Dokumenterte resultater

I åtte år har sykepleiere ved avdelingen reist ut og gitt praktisk bistand og faglige råd til sykehjem i kommunen. Sykehjemmene har blant annet fått hjelp til å legge inn veneflon og til å sette i gang intravenøs behandling. Parallelt har overleger gitt tilsynslegene ved sykehjem-



KRITISKE: Sykepleier og seksjonsleder Kristine Listou og professor og avdelingsleder Dag Jacobsen ved Oslo universitetssykehus. Foto: Ann-Kristin Bloch Helmers.

– Viktigere er imidlertid at behandlingsnivået på forhånd er avklart med rutinerte sykehusleger slik at mange eldre og demente har unngått unødige transporter i livets sluttfase, sier Jacobsen.

Prosjektet har dokumentert redusert antall innleggelses og kortere liggetid på sykehus, og bedre faglig samarbeid mellom sykehus og sykehjem.

– Pasientforløpene har blitt mer skånsomme for sykehjemsbeboerne. Flere har fått behandling på sykehjemmet. Prosjektet har ført til en forbedring av tjenesten, og flere pasienter har fått en verdig død, sier Listou.

Både Jacobsen og Listou frykter nå at de igjen vil se flere pasienter som flyttes fra sykehjem til sykehus i livets aller siste fase.

Ordningen har blitt hetende «Sykehjemsprosjektet», til tross for at det har vært i permanent drift siden 2005. Prosjektet har mottatt flere priser.

– Dette har vært vårt viktigste samhandlingsverktøy, sier de.

– Skremmende

Arne Mæhlum, bestyrer ved Lambertseter sykehjem, var med på å starte prosjektet. Han er ikke glad for at ordningen forsvinner.

– Det er skremmende ikke å skulle ha den backupen vi har hatt fra observasjonsposten på Ullevål. Der er det sykepleiere som jobber med akutt syke pasienter hver dag, sier Mæhlum.

Eldre med kognitiv svikt får ofte tilstanden sin forverret av mye flytting.

– Dersom pasienten i tillegg er terminal, er det i de aller fleste tilfeller best å ligge i ro i kjente omgivelser, sier Mæhlum.

Fagleder ved Lambertseter sykehjem, Camilla Andersen, har tidligere jobbet på observasjonsposten.

– Min første tanke da jeg hørte om samhandlingsreformen, var at sykehusledelsen kom til å forsterke sykehjemsprosjektet. Så skjer det motsatte. Det er uforståelig, sier hun.

– Nødt til å kutte

– I forbindelse med budsjettarbeidet ved sykehuset har Medisinsk klinikk sett seg nødt til å kutte lønnskostnader, og å bruke sine årsverk på annet vis, og dermed skal ikke disse stillingene lenger gjøre disse oppgavene slik man tidligere har, sier klinikkleder ved Medisinsk klinikk Lena Gjevert. Hun viser til at Ullevål har et godt samarbeid med de andre oslo-sykehusene og Oslo kommune i oppbyggingen av en samhandlingsarena på Aker, og at kompetanseoverføringen vil bli fortsatt der, men i en annen form enn i dag. ■■■

Mangler mye

Ikke alt er på plass selv om samhandlingsreformen har trådt i kraft. Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet har det heller ikke vært meningen.

Fra 1. januar må kommunene betale 4 000 kroner i døgnet for hver pasient som ligger på sykehus etter å ha blitt erklært utskrivningsklar. Likevel er det mye av det formelle som ennå ikke er helt klart.

Blant annet er ikke alle samarbeidsavtalene mellom kommuner og sykehus på plass.

Nye kommunestyre

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har gitt kommuner og helseforetak frist til 31. januar i år til å få på plass disse avtalene på plass.

Begrunnelsen som gis for fristen ikke er satt til 1. januar, er at nye kommunestyre skal ha tid til å vedta avtalene.

Departementet har videre bestemt at de lovpålagte avtalene i sin helhet senest skal være inngått innen 1. juli i år. Det innebærer at innen denne fristen skal avtalene omfatte alle minimumskravene i helse- og omsorgstjenesteloven.

Twisteløsningsnemnd

Det skal opprettes en nasjonal tvisteløsningsnemnd som skal løse konflikter som oppstår. Nemnda skal være på plass i månedsskiftet januar/februar.

Det finnes ikke noe nasjonalt nummer som kommuner og helseforetak kan ringe om de trenger hjelp eller veiledning.

Pasienter hele døgnet

KS melder at noe av det som har vært krevende i forhandlingene, er avtalepunktet knyttet til utskrivningsklare pasienter og når på døgnet varslet skal gis.

En del kommuner har inngått avtaler der det står at pasienter skal overføres til kommunene på ukedager og på dagtid.

HOD slår imidlertid fast at sykehusene skal kunne overføre en pasient til kommunen når som helst på døgnet, sju dager i uken. Ifølge HOD er avtaler som er inngått om tidspunkt for overføring av pasienter kun retningsgivende, ikke rettslig bindende.

Det betyr at kommunene risikerer å måtte betale 4 000 kroner for det første døgnet selv om de blir varslet en sen fredagskveld.

– Her er vi helt uenige med HOD om tolkningen av forskriften. Vi mener det må være opp til partene å avtale tidspunkt som er til det beste for

pasienten. Det er når det er flest folk på jobb på dagtid i ukedager, sier Haabeth Grindaker.

Spekter melder at de ikke har mottatt henvendelser fra helseforetakene så langt.

Utskrivningsklar pasient:

- ▶ Når lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten, er pasienten utskrivningsklar. I tillegg skal følgende punkter være oppfylt:
- ▶ Problemstillingen(e) ved innleggelse, slik disse var formulert av innleggende lege, skal være avklart
- ▶ Øvrige problemstillinger som har fremkommet skal være avklart
- ▶ Dersom enkelte spørsmål ikke avklares skal dette redegjøres for
- ▶ Det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r), og videre plan for oppfølging av pasienten
- ▶ Pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelsen, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert.

Samarbeidsavtalene skal inneholde:

- ▶ Hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvar for.
- ▶ En felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre.
- ▶ Retningslinjer for innleggelse i sykehus.
- ▶ Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon
- ▶ Omforente beredskapsplaner og planer for akuttmedisinsk kjede
- ▶ Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har laget en veileder om hva avtalene skal inneholde.

sykepleien.no

Les mer om samhandlingsreformen på sykepleien.no



B Hvis du blir sykmeldt...

..kan kolleger og noe
jobb være god medisin.



Foto: Glenn Røkeberg

ludensreklame.no

Arbeid er bra for helsa.

Mange kommer raskere ut av en sykmelding hvis de opprettholder god kontakt med jobben sin. Det viser forskning.

Det er mange muligheter.

Ofte handler det om å tilrettelegge arbeidet. Kanskje jobbe kortere dager, eller gjøre andre arbeidsoppgaver. Noen ganger kan god tilrettelegging gjøre at man slipper å bli sykmeldt. Det gjelder å si fra i tide.

Dette kan du gjøre.

På nettsiden jobbforhelsa.no kan du lese mer om hvilke muligheter og rettigheter du har. Der kan du også dra nytte av andres erfaringer.

www.jobbforhelsa.no

J  **obb**
for helsa!

Helsedirektoratet | NAV | Arbeidstilsynet

Vil vi ha EU-direktiv om vikarbyrå?

EUs vikarbyrådirektiv vil føre til færre løsarbeidere, mener arbeidsministeren. Unio mener det blir flere.

Tekst og foto Marit Fonn

Det omstridte vikarbyrådirektivet har fordeler og ulemper. Skal Norge si ja til at direktivet fra EU også blir norsk lov? Ja, mener regjeringen, som 12. desember sendte saken ut på høringsrunde nummer to. Denne gangen med kort frist: 30. januar.

Fagbevegelsen, deriblant Unio, er fortsatt kritisk og avventende. Mange mener Norge kan hindre sosial dumping og likebehandle vikarer og fast ansatte allerede – uten å la direktivet bli norsk lov.

På Unios årskonferanse i desember forklarte arbeidsminister Hanne Bjurstrøm hvorfor hun er for EU-regulering av vikarbyråene.

– Dette er ikke en bransje som skal vokse, men vi trenger vikarer. Fagbevegelsen har kjempet fram viktige velferdsordninger. Noen må fylle hullene når de fast ansatte skal ha ferie og permisjon, sa hun.

De som fyller hullene, ofte innvandrere,

skal minst ha samme lønn som de fast ansatte. Likebehandling er regjeringens hovedargument.

Samtidig vil Unio, som er Sykepleierforbundets hovedorganisasjon, at Norge legger ned veto mot direktivet – med mindre visse prinsipper sikres. Unio mener at pensjon ikke er godt nok sikret for vikarene. Unio frykter også at tillitsvalgte i praksis ikke skal få nødvendig innsyn i lønns- og arbeidsvilkår. ■■■



- › Direktivet vil sikre at de som jobber i vikarbyrå skal minst få samme lønns- og arbeidsvilkår som dem som er fast ansatt i innleiebedriften. Denne likebehandlingen vil forhindre sosial dumping.
- › Man skal ikke kunne bruke et bemanningsbyrå i de tilfellene det er ulovlig å ansette midlertidig.
- › Vikarbransjen vil bli mer seriøs.
- › Konkurransfordelen for vikarbyråer som betaler dårlig, faller bort. Dermed kan det bli flere faste ansettelser.
- › Vikarer vil alltid trenges, og da er det bra at de blir ivaretatt.



SIER JA: Får arbeidsminister Hanne Bjurstrøm det som hun vil? Ikke alle er enig i at EU-direktivet er rett medisin mot sosial dumping.



- › Direktivet er med på å godkjenne ordninger med vikarbyrå, og da vil aksepten for midlertidige ansettelser øke. Arbeidslivet blir mer fragmentert, og det kan utnyttes av profittegere. Et vikarbyrå vil neppe sørge for etterutdanning med permisjon til vikarene de leier ut.
- › Det kan være vanskelig å føre kontroll med vikarbyråene, særlig hvis det blir mange av dem.
- › Direktivet vil føre til flere midlertidige ansettelser.
- › Pensjonsrettigheter er ikke omfattet av dette direktivet. Presset på opparbeidete goder øker.
- › EU stimulerer til fri flyt av arbeidskraft. Direktivet kan dermed sette arbeidsmiljøloven under press, fordi den blir for begrensende.

HVA MENER DU?

Delta på avstemningen på sykepleien.no



Ei helsesøster til tusen elever

Helsesøstrene i Østfold krever at politikerne snart tar situasjonen på alvor.

Tekst Bjørn Arild Østby

Leder for NSFs lokale faggruppen av helsesøstre i Østfold, Anne Torhild Kopperud, er ikke overrasket over funnene i kartleggingen Fylkesmannen i Østfold har gjort om status for skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom i fylket.

– En helsesøster til tusen elever er langt unna anbefalt nasjonal norm. Bruk kartleggingen og ikke la kommunene lenger slippe unna med å skylde på små ressurser og dårlig tilgang på helsepersonell, er oppfordringen fra Kopperud.

Dystre tall

I de fleste kommunene i Østfold ligger personalinnsatsen for helsesøstre på omkring 0,1 årsverk per 100 elever. Det er betydelig under den nasjonale normen på 0,35 årsverk i barneskolen og 0,18 i ungdomsskolen. Legedekningen og deknningen av fysioterapeuter er henholdsvis 0,02 og 0,014. Det er også betydelig under anbefalt norm.

Også skolehelsetjenesten i videregående skoler er underbemannet i forhold til de anbefalte normene. Helsesøsterdekningen er kun 0,07 årsverk per 100 elever, mens normen er på 0,13. Gjennomsnittlig åpningstid for skolehelsetjenesten i grunnskolen er 8 timer per uke, i videregående skole 12 timer.

Helsesøster Anne Torhild Kopperud mener kartleggingen med all tydelighet viser at det ikke holder med nasjonale anbefalinger. Hun etterlyser en forpliktende nasjonal minstenorm for bemanning.

Tallene som kommer fram i kartleggingen bekymrer også seniorrådgiver Solveig Hagelskjær hos Fylkesmannen i Østfold.

– Vårt mål med kartleggingen er at skolehelsetjenesten skal bli bedre, sier Hagelskjær. Hun håper kommunene vil bruke kartleggingsrapporten i sitt arbeid for å styrke tjenesten.

Det gjenstår å se. Kommunestyret i Hvaler vedtok i desember i fjor at bemanningen på tre skoler med rundt 500 elever skal reduseres fra en 80 prosent til 30 prosent stilling. Stillingen skal dekke alle barn i kommunen fra 5–20 år. Reiseavstand er 1,3 mil til den skolen som ligger lengst unna.

Frisklivsarena

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er lokale lavterskeltilbud til over en million barn og unge og deres foreldre.

– Tjenestene har en viktig rolle i å avdekke problemer, intervensere tidlig i problemløpet og sørge for iverksetting av tiltak og henvisning til andre instanser. De kan benyttes uavhengig av sosioøkonomisk status, og på den måten bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller, sier Anne Torhild Kopperud.

Hun mener en godt utbygd skolehelsetjeneste er et viktig kontaktpunkt mot det øvrige kommunale hjelpeapparatet. Tjenesten er dessuten en viktig frisklivsarena for barn og unge i det generelle folkehelsearbeidet rettet mot blant annet ernæring, fysisk aktivitet og forebygging av tobakk og rus.

– Denne rollen krever at tjenesten har en

bemanning som gjør den til et reelt lavterskeltilbud, at den har kompetanse til å ivareta sine oppgaver, og at kommunene prioriterer den, mener Kopperud.

Stadig nye oppgaver

Flere nye oppgaver er og vil bli pålagt tjenesten framover. Eksempler på dette er HPV-vaksinering av jenter, oppfølging av for tidlig fødte barn, nye retningslinjer for veiing og måling, nye retningslinjer for forebygging og behandling av overvekt og fedme, forebygging og oppfølging av kjønnslemlestelse og forebygging av tvangsekteskap.

At tjenesten får nye oppgaver tolker helsesøsteren som en anerkjennelse av arbeidet de gjør. Men ikke når dette stadig skjer uten at tjenestene blir tilført ressurser og personell. ■■■

Nasjonale anbefalinger

Helsedirektoratet anbefaler 0,35 årsverk for helsesøster, 0,05 årsverk for lege og 0,07 årsverk for fysioterapeut per 100 elever i barneskolen. Tilsvarende bør ungdomsskolen ha 0,18 helsesøsterårsverk, 0,2 legeårsverk og 0,07 årsverk for fysioterapeut. Og i videregående skole er anbefalingene 0,13 årsverk for helsesøster, 0,2 årsverk for lege og 0,07 årsverk for fysioterapeut.

Kilde: Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Helsedirektoratet 2010



Kjøp en PenHygienic for det nye året.



MÖLLER'S

GRUNNLAGT 1854



Prisbelønnet for sin smak!



Hvorfor er Möller's Tran viktig for barn og gravide?

Under svangerskapet og i barndommen skal barnets kropp og hjerne utvikle seg og vokse. Da er riktig ernæring ekstra viktig. Möller's Tran inneholder en unik kombinasjon av naturlige næringsstoffer som er viktige for fosterets og barnets helse.

*“Gi daglig tilskudd av vitamin D fra fire ukers alder ved å gi tran”
- Helsedirektoratet*



Anna Oppedal Tokheim,
Möller's
ernæringsfysiolog

Optimal utvikling av hjernen

Möller's Tran er rik på den spesielle omega-3-fettsyren DHA, som er nødvendig for å bygge cellene i hjernen. Forskning viser at mors inntak av DHA er viktig for optimal utvikling av hjerne-, nerve- og synsfunksjon hos fosteret og hos spedbarnet i ammeperioden. Det er viktig at barnet fortsetter å få tilført DHA for hjernens og synets videre utvikling. En skje Möller's Tran (5ml) gir 1,2 gram omega-3, hvorav hele 0,6 gram DHA.

Utvikling av et sterkt skjelett

Möller's Tran er en god kilde til vitamin D. Vitamin D er viktig for opptak av kalsium i kroppen, og dermed avgjørende for optimal utvikling av skjelettet til fosteret og barnet. Her i Norge, hvor vi har lite sol, viser det seg at mange får for lite vitamin D. En skje Möller's Tran gir 10 mikrogram vitamin D som er den anbefalte daglige dosen til små barn, gravide og ammende kvinner.

Trygt kvalitetsprodukt

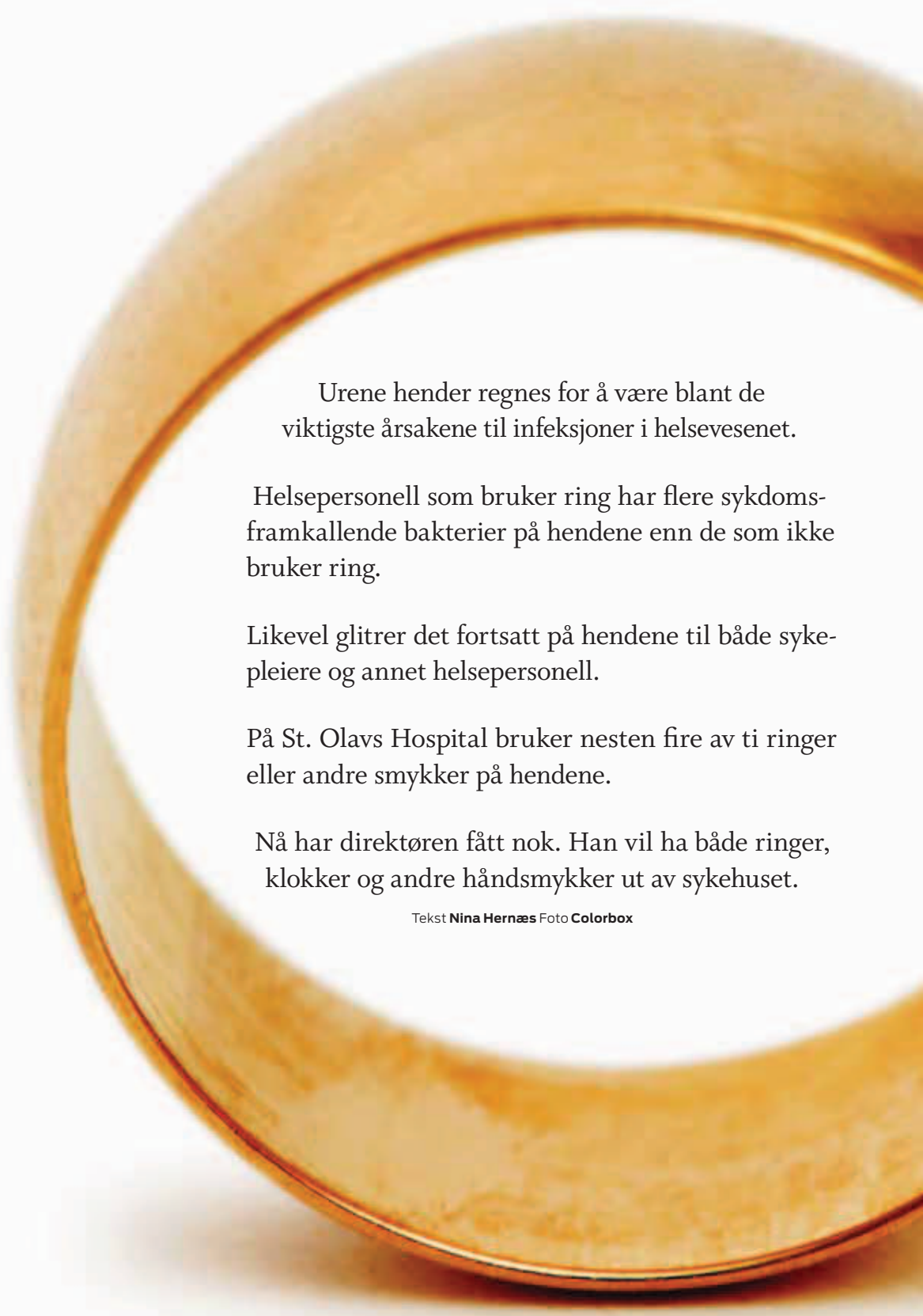
Möller's Tran er et naturprodukt laget av norsk arktisk fisk fra Lofoten og Vesterålen. På vei fra fisk til flaske gjennomgår Möller's Tran strenge kvalitetskontroller i alle produksjonstrinn for å sikre et produkt av høyeste kvalitet.

Lær mer om hvordan Möller's Tran lages på mollers.no

Grønt nr: 800 80 555

HUSK!

Bestill Möller's Tran til din helsestasjon på www.mollers.no/helsepersonell



Urene hender regnes for å være blant de viktigste årsakene til infeksjoner i helsevesenet.

Helsepersonell som bruker ring har flere sykdomsframkallende bakterier på hendene enn de som ikke bruker ring.

Likevel glitrer det fortsatt på hendene til både sykepleiere og annet helsepersonell.

På St. Olavs Hospital bruker nesten fire av ti ringer eller andre smykker på hendene.

Nå har direktøren fått nok. Han vil ha både ringer, klokker og andre håndsmykker ut av sykehuset.

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Colorbox**

Men ringen min



får du aldri?



**FRA ET NORSK SYKEHUS
JANUAR 2012:** Ikke mindre
enn fem ringer pryder disse
hendene. Foto: Lena Knutli

– Bakteriene kan gi pasienter alvorlige infeksjoner

Kirsti Hildur Nielsen

– Gi oss bevis for at det er skadelig, ber helsepersonell når det påpekes at de går med smykker. Mette Fagernes har dokumentert at ringer er en smitterisiko.

Sykepleier Mette Fagernes undret seg over at hun stadig så kolleger bruke ring når de var på jobb. – I årevis hadde instruksjonen vært å jobbe uten ring, men likevel så jeg mange med ring. Ringbruken var stadig tema og vi diskuterte om det egentlig var så farlig. Vi kom ikke videre. Hun bestemte seg for å sjekke kunnskapsgrunnlaget. Det

var tynt.

– Derfor bestemte jeg meg for å dokumentere, sier hun, som nå blant annet jobber med smittevern på Rikshospitalet.

Doktorgrad

Beslutningen førte til doktorgraden «Mellom viten og vilje – en studie om smitterisiko, atferd og holdninger knyttet til bruk

Nasjonal veileder

Folkehelsa har laget en nasjonal veileder for håndhygiene. Den er ment for ansatte i sykehus, sykehjem, psykiatrien og andre helseinstitusjoner, men prinsippene kan også brukes i for eksempel hjemmesykepleie, helsestasjoner og andre steder der helsepersonell har kontakt med pasienter.

I veilederen anbefales både håndvask og hånddesinfeksjon. Desinfeksjon er førstevalg når hendene er rene, såpe og vann når hendene er tydelig forurenset. Både ved desinfeksjon og vask med såpe og vann anbefales det at hendene skal være fri for ringer, smykker, neglelakk og kunstige negler. Det står også at det er en fordel om armbånd og klokke også tas av.

Hva er under ringen?

Ifølge Folkehelsas veileder for håndhygiene hindrer både ringer, klokker og armbånd tilfredstillende utførelse av håndhygiene.

Under ringer kan det samles mengder med mikroorganismer fra egen hud, sammen med svette, såprester, hudrester og mikroorganismer fra pasienter helsepersonell har vært i kontakt med.

Under ringer er det varmt og fuktig; med andre ord et miljø mange mikroorganismer trives i. Etter grundig håndvask er det fremdeles bakterier under ringer, og de kan raskt spres utover begge hendene.

Kilde: Nasjonal veileder for håndhygiene

av fingerringe blant helsearbeidere». Fagernes disputerte for ett år siden.

Funnene hennes brukes nå som referanse av Verdens helseorganisasjon. Deres anbefaling er at helsepersonell skal ta av ringer, også glatte giftringer, når de er på jobb.

Mer tarmbakterier

Mette Fagernes og hennes medforfattere fant at helsepersonell med ring på fingeren oftere har tarmbakterier på hendene enn de uten ring.

– Det jeg viste er at bruk av fingerring utgjør en smitterisiko. Det er en sammenheng mellom antall bakterier man har på hendene og antall bakterier som overføres til en annen ved for eksempel et håndtrykk, sier hun.

– Jeg mener at min forskning, sammen med annen forskning som er gjort de siste ti årene, viser at ringer øker forekomsten av sykdomsframkallende bakterier. Det gjelder både glatte giftringer og pynteringer. Derfor bør ringene av.

Millioner av bakterier

– Her er en giftring.

Ledende spesialsykepleier Kirsti Hildur Nielsen ved ortopedisk operasjonsavdeling på Ullevål universitetssykehus peker på bildet av en petriskål. Oppi ligger en giftring, omkranset av noe som likner små fargerike bobler. I virkeligheten er det bakterier. På denne enlige ringen er det 70 bakteriekolonier. En av dem er identifisert som gul stafylokokk som danner penicillinase. Det betyr at den er mer motstandsdyktig mot antibiotika enn vanlige gule stafylokokker.

Ringene har sittet på fingeren til en som jobber i sykehuset. Kanskje en sykepleier, kanskje en lege. Den har antakelig fulgt med i alle arbeidsoppgavene fingerens eier har vært involvert i. Kan hende har den vært med på å stelle sår. Eller servere mat.

En indikasjon

Denne ringen er en av mange som ble talt i Antismykkekampanjen, som ble gjennomført i Bevegelsesdivisjonen på Ullevål universitetssykehus. Som leder for divisjonens hygienegruppe opplevde Nielsen at smykker stadig var tema. Hygienegruppen ønsket derfor å gjøre noe med det. På oppdrag fra ledelsen iverksatte de en kampanje. De fikk hjelp fra både hygienesykepleiere og juridisk avdeling. Så begynte de å telle smykker. Avdelingenes hygienekontakter og avdelingshygienesykepleierne stod for tellingen.

Mye infeksjoner

Hvert år oppstår det nesten 50 000 sykehusinfeksjoner i Norge. Anslag viser at disse infeksjonene koster samfunnet mer enn en milliard kroner. For pasientene kan de blant annet føre til lengre liggetid, behov for mer behandling og oppfølging, redusert funksjonstap og økt dødelighet.

Forskning viser at minst 20 prosent av disse infeksjonene kan forebygges. Hvor mange som kan forebygges, avhenger av ressurser og systematisk og vedvarende arbeid med smittevern.

Håndhygiene regnes som det viktigste enkelttiltaket for å forebygge sykehusinfeksjoner.

Kilde: Nasjonal veileder for håndhygiene

På Ullevål er det ikke tillatt å bruke smykker når man har skiftet til arbeidstøy. Dette er det også gitt klar beskjed om fra klinikkledelsen til alle divisjonens avdelinger. Verken ring, armbånd, armbåndsur, kjede, øredobber eller piercing er til-

« Avdelingslederne er nøkkelpersoner. » Mette Fagernes

latt. Alt dette ble telt. I tillegg talte de også andre ting som ikke tilhører uniformen, som for eksempel bruk av cap.

Nielsen presiserer at tellingen ikke er gjort vitenskapelig, men at den gir en indikasjon på hvordan det står til.

Fire av ti brukte smykker

Alle ansatte i divisjonen ble informert om hva som skulle skje og det ble hengt opp plakater. De telte både ansatte på avdelingene og andre som hadde arbeidsoppgaver der, som anestesipersonell og portører.

Selve tellingen foregikk i to omganger. I første omgang ble de ansatte varslet om hvilken dag tellingen skulle foregå. I andre omgang ble de bare varslet om at det ville bli «i løpet av våren». Resultatet var uansett det samme: 43 prosent av helsepersonellet gikk med smykker. At andelen var så høy, overrasket henne egentlig ikke.

– Det som overrasket meg var at andelen ikke gikk ned etter at vi målte første gang og informerte om funnene, sier Nielsen.

At fire av ti går med smykker stemmer overens med tellinger hygienesykepleier Kjersti Hochlin gjorde på hele sykehuset i 2008.

– Et nedslående resultat, sier hun.

– Da tenker jeg både på andelen smykker og kommentarer vi fikk. Flere mannlige leger svarte at de brukte giftringen «for å dempe trykket».

Særlig giftringen er vanskelig å ta av for mange.

– Men er giftring på jobb så viktig for forholdet, anbefaler jeg parterapi, sier Hochlin tørt.

Infiserte smykker

Giftringen med de 70 bakteriekoloniene var et av smykkene det ble tatt avtrykk av og som ble sendt til dyrking. Dette var et



ANTI SMYKKER: Kirsti Hildur Nielsen gir seg ikke. Hun vil ha mindre smykker på Ullevål.



Mange bruker smykker

I en svært uhyttelig spørreundersøkelse på Sykepleien.no svarer en av fire at de bruker smykker på jobb. Svaralternativene var nei, ja eller av og til.

833 svarte på spørsmålet. 640, eller 77 prosent, svarte nei. 193, eller 23 prosent, svarte ja eller av og til.

De som liker Sykepleien på Facebook ble også oppfordret til å stemme. «Tror ikke alle svarer helt ærlig når man ser seg rundt i avdelingene!!!!» kommenterte Inger Britt Hellevangsdal.

«Enten eller. Jeg bruker ikke noe som helst. Men tror det er mange som ikke tror at giftring går under smykker ;)» skriver Cecilie Stensby Søreid.



RINGTELLER: Anita Wang Børseth noterer fornøyd null ringer hos sykepleierne Charlotte Bernhardsen og Beathe Monstad Herfjord på nyfødt intensiv på St. Olavs Hospital i Trondheim. Foto: Lena Knutli

tilbud til dem som ble telt med smykker på Bevegelsesdivisjonen. Prøvene ble anonymisert.

54 slike prøver ble tatt, hvorav halvparten ble dyrket i petriskåler og analysert av mikrobiologisk avdeling. I 19 var det hvite stafylokokker. I 3 var det gule stafylokokker. I tillegg var det acinetobacter i to skåler og bacillus i én. En skål var negativ.

Stafylokokker er vanlig i normal hudflora, men det er mye mer av dem på hendene til dem som bruker smykker. Stafylokokker kan gi komplikasjoner som sårinfeksjoner.

Særlig funnet av acinetobacter bekymrer Nielsen.

– Dette er gramnegative staver som vi er veldig redde for på sykehus, sier hun.

– Jeg kaller dem Ole Brumm-bakterier. De liker seg både i tørt miljø, som i dokumenthyllene, og i fuktig miljø, som under ringer og i blomstervann. Hos dårlige pasienter kan de gi alvorlige infeksjoner.

Gir seg ikke

Nielsen forteller at hun for det meste har fått positive reaksjoner på kampanjen.

– Viktig og nyttig, har mange sagt.

Men ikke alle er like begeistret. «Kommer dere i dag igjen», var det en som sa. Da var smykkene på plass etter et midlertidig fravær under første telling.

Giftingering

På denne ringen ble det funnet over 70 bakteriekolonier.

Her var det gule stafylokokker, som danner penicillinase.

Gule stafylokokker fins naturlig på huden, men kan blant annet føre til hudinfeksjoner. Gule stafylokokker som danner penicillinase er mer motstandsdyktig mot antibiotika enn vanlige gule stafylokokker.

Armbånds sur

På dette armbåndsuret ble det funnet 83 bakteriekolonier.

Her var det hvite stafylokokker.

Hvite stafylokokker fins naturlig på huden, men kan gi infeksjoner hos dårlige pasienter og pasienter med innsatte fremmedlegemer som proteser.

Foto: Kjersti Hochlin

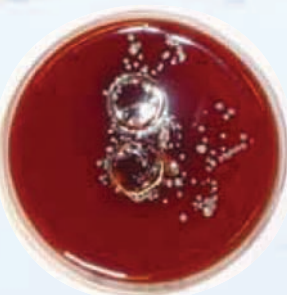


Foto: Kjersti Hochlin



Nå er hun klar for en ny runde.

– Vi vil telle på nytt.

Hun er sikker på at kampanjen førte til mindre smykkebruk.

– Vi opplevde stor interesse. I etterkant har jeg informert om funnene både i min egen divisjon og på andre avdelinger i sykehuset. Særlig bildene av petriskålene med bakteriedekkede smykker har vakt engasjement.

Nielsen vet også om avdelinger som har innført «smykkekontroll» før rapporten. Men helt smykkefritt er det ikke blitt.

– Vi må informere enda mer. Jeg er overbevist om at det går an å oppnå målet, som er null smykker på jobb. Jeg og de andre hygienekontaktene gleder oss til å ta fatt. Vi venter bare på klar-signal fra ledelsen, så er vi i gang.

Ringenes herre

På nyfødt intensiv på St. Olavs Hospital i Trondheim står hygiene-sykepleier Anita Wang Børseth og smiler fornøyd.

Sykepleierne Charlotte Bernhardsen og Beathe Monstad Herfjord viser fram helt bare fingre. Det siste året har Børseth og kollegene på avdeling for smittevern brukt mye tid på å studere hender. De har gjentatte ganger talt ansatte med håndsmykker. «Nå telte hun meg også», er det noen som sier.

Arbeidet har gitt synlige resultater. Mens en telling i 2010 viste at 41 prosent av de ansatte gikk med ring og klokke på jobb, hadde andelen sunket til 34 i 2011. Men Børseth er ikke fornøyd før tallet er null. Det er også visjonen til administrerende direktør Nils Kvernmo. Han har forbudt både ringer og armbånds-sur på sitt sykehus.

Kvernmo, som selv er sykepleier, peker på at sykehusinfeksjoner belaster pasientene og sløser bort samfunnets ressurser.

– Nå er det godt dokumentert at de med ringer og klokker har mer bakterier på hendene enn de uten, og at de dermed kan utgjøre en smitterisiko. Da er det ganske enkelt å si stopp, mener han.

Han har selv kuttet ring og klokke på jobb.

– Selv om jeg har en administrativ stilling, er jeg jo ute i sykehuset. Da vil jeg ikke risikere å glemme å ta av meg det jeg har på hendene.

Kvernmo lover å følge opp forbudet.

– Vi skal telle ringer og klokker og vil kreve at klinikkene rapporterer om smykkebruk, sier han.

– Dette går helt til topps i sykehuset.

Individualister

Men det er et stykke fra 34 til null. Det er betimelig å spørre hvorfor dette er så vanskelig. Hva er det som gjør at et tilsynelatende enkelt tiltak ikke blir fulgt?

Anita Wang Børseth opplever at mange gjør selvstendige risikovurderinger.

– Noen mener de er så gode til å sprite hendene at akkurat deres ring ikke utgjør noe problem, forteller hun.

– Vi har også kirurger som tar av seg ring og klokke når de opererer, men som tar dem på igjen når de er ferdige og skal gå

« Noen mener de er så gode til å sprite hendene at akkurat deres ring ikke utgjør noe problem.

Hygiene-sykepleier Anita Wang Børseth

visitt. Slike individuelle vurderinger vil vi ikke lenger gi rom for.

Et av funnene til Mette Fagernes var at også ringbærere med nyvaskete eller nyspritede hender hadde høyere forekomst av sykdomsframkallende bakterier enn de uten.

– I tillegg viser all forskning på håndhygiene at helsepersonell tror de er mye flinkere til å utføre håndhygiene enn de faktisk er, påpeker hun.

Lokale tradisjoner

Som del av doktorgraden undersøkte også Fagernes selvrappor-tert atferd og holdninger knyttet til bruk av fingerring-er under klinisk arbeid. Et viktig funn var at ringbruk er knyttet til lokale tradisjoner. Fagernes ser derfor lederen som selve krumtappen ved endring.

– Avdelingslederne er nøkkelpersoner, mener hun.

– Det er enorme forskjeller fra avdeling til avdeling. Der de lykkes, er ledelsen med.

Anita Wang Børseth tror heller ikke hun kommer noen vei uten lederne.

– De er rollemodeller og må påse at prosedyrer og retningslinjer blir fulgt, sier hun.

– Smittevernet må foregå der hvor pasientene er.

Snart får lederne også et nytt verktøy. På St. Olav er retnings-



Nei til øredobber i nord

Alle sykehusene i Helse Nord fikk høsten 2011 felles retningslinjer for bruk av arbeidstøy.

– Sykehusene har hatt egne retningslinjer, mens disse nå er sammenfattet til én, forteller regional hygiene-sykepleier Merete Lorentzen

I retningslinjene er det ikke tillatt å bruke noen form for smykker for personell som har pasientkontakt. Hygiene-sykepleierne i regionen har besluttet at dette også gjelder bruk av øredobber. Til tross for at bruk av ørepynt er omdiskutert og det foreligger lite

dokumentasjon på området.

– Vi har valgt å være konsekvent og har valgt den tryggeste linjen, sier Lorentzen.

Hun presiserer at hender utgjør den største risikoen for smitteoverføring. Hendene må derfor være fri for smykker, klokker og ringer for å sikre god og riktig håndhygiene.

– «Bare below the elbow» er et godt prinsipp, sier hun.

Helse Nord har tatt tak i smittevern og pasientsikkerhet i hverdagen og hadde i høst en kampanje for korrekt bruk av arbeidstøy.

ØSTFLØY



UTFORDRET DIREKTØREN: – Det er fremdeles mange som bærer ringer og klokker, hva vil du gjøre med det, spurte hygiene-sykepleier Anita Wang Børseth direktøren på St. Olav. Direktør Nils Kvernmo svarte med en nullvisjon. Foto: Lena Knutti

linjene for arbeidsantrekk, som også involverer ringer og klokker og andre håndsmykker, i ferd med å bli oppgradert til prosedyre.

– Retningslinjer er anbefalinger. Prosedyrer er sånn det skal være. Kanskje er det lettere å forholde seg til for de ansatte, sier Børseth.

I tillegg kan man føre avvik når prosedyrer ikke blir fulgt.

« Før følte jeg at jeg drev med politiarbeid. Nå føler jeg det er mer lagspill.

Hygienesykepleier Anita Wang Børseth

Hun vil fortsette å sette smykker på dagsorden.

– Før følte jeg at jeg drev med politiarbeid, nå føler jeg det er mer lagspill.

Ikke god håndhygiene

Mette Fagernes tror ikke fravær av ringer og smykker er veien til frelse for smittevernet.

– Men det er en viktig brikke det er enkelt å gjøre noe med. Vi vet at sykehusinfeksjoner fører til ekstra liggetid, lidelse og dødsfall. God håndhygiene regnes som det viktigste enkelttiltaket innenfor smittevernet. Bruk av ringer er ikke forenlig med god håndhygiene, sier hun.

Hjem og lage middag

Akkurat hvor mange sykepleiere og andre helsearbeidere som går rundt med ringer og smykker, er det ingen som vet. Ingen vet heller eksakt hvilken risiko de utsetter pasientene sine for. Men de utsetter dem for en risiko.

Om ikke det skulle sette noen på smykkefrie tanker, kan det nevnes at ringene som har sittet på fingeren gjennom en hel arbeidsdag, gjennom stell og sårskift, også blir med hjem. Antakelig med en god porsjon tarmbakterier på slep. God middag! ■■■

Sykepleien lanserer spalten Hygienepolitiet. Har du noe å melde? Les mer på side 68!



Global håndvask

WHO har en egen dag for håndhygiene. 5. mai markeres også i Norge. Kampanjen SAVE LIVES: Clean your hands ble lansert i 2009 og er en del av WHOs arbeid for bedre pasientsikkerhet.

WHO mener håndhygiene er nøkkelen til å redusere sykehusinfeksjoner i verden.

Kjernen i kampanjen er at alt helsepersonell skal vaske hendene på riktig tidspunkt og på riktig måte.

Neste markering er 5. mai 2012.

Kilde: who.int

5 på gangen

Tekst Nina Hernæs

Bruker du smykker på jobb?



Frøydis Haukeland, sykepleier i hjemmesykepleien og sykehjemmet i Bø i Telemark

– Nei. Det hender jeg bruker øredobber, men som regel ikke. Jeg tar av meg smykkene før jeg går på jobb, og noen ganger glemmer jeg å ta dem på igjen. Det hender giftringen blir liggende mellom vaktene. Jeg tror at jobben gjør at jeg bruker mindre smykker privat også.



Aleksandra Solli, sykepleier på Bergen legevakt

– Små øredobber, ingenting på hendene eller rundt halsen. Hender er for hygiene, halsen for sikkerhet. Jeg har hørt skrekkehistorier om sykepleiere som har blitt dratt i halskjeder. På fritiden bruker jeg ringer og andre smykker, men på jobb håndterer jeg ekle greier som urin, avføring og blod. Jeg har ingen interesse av å samle det opp på fingeren min.



Idun Berg, sykepleier på Oslo universitetssykehus, Aker

– Små øredobber, som sitter inntil øret og ikke går ut over øreflippene. Det har hygienesykepleier sagt er greit. Ellers bruker jeg ingenting. Det er helt bevisst. Jeg har også korte negler og bruker ikke neglelakk.



Stein Anton Pedersen, sykepleier på Skjervøy sykestue og sykehjem

– Ingen smykker på jobb. Heller ikke klokke på håndledet. Jeg har et slags søsterur som henger rundt halsen og ligger i brystlommen. Jeg har aldri brukt smykker, men hadde jeg gjort det, ville jeg tatt dem av på jobb. I hvert fall ringer. Jeg sier fra dersom jeg ser noen med ring på jobb.



Marie Normann, jordmor ved Føde og gynekologisk seksjon, Universitetssykehuset i Nord-Norge, Harstad

– Nei. Jeg er smittevernkontakt og bruker ikke smykker på jobb. Heller ikke neglelakk. Privat er jeg glad i å pynte meg, men legger smykkene igjen hjemme når jeg går på jobb. Giftringen får ligge i lommen.



Der ute

Les mer om:

28 Bak fasaden på OUS ›

34 Mye vold på jobben på Brøset ›

42 Lærer yoga i Oslo ›

46 Representerer sint ungdom i Europa ›

URUGUAY kan tillate abort

Abort er forbudt i de fleste latinamerikanske land, og kun tillatt ved graviditet etter voldtekt, når kvinnens liv er i fare eller dersom fosteret er alvorlig deformert. På Cuba og i Mexico City, men ikke i resten av Mexico, er abort tillatt innen de første 12 ukene av svangerskapet. I andre latinamerikanske land venter fengselsstraff både den kvinne som får utført abort, samt den som assisterer.

Nå har Uruguay et lovforslag som skal debatteres i mars, der det foreslås å avkriminalisere abort innen de første 12 ukene av svangerskapet. Den sittende president Jose Mujica har signalisert at han vil støtte lovforslaget. *Kilde: BBC*

DANMARK leder EU

Danmark har plukket ut tre helseområder det skal satses særlig på i deres halvår med formannskap i EU. De tre er: å fremme innovasjon i helsevesenet, en ny handlingsplan mot antibiotikaresistens og kroniske sykdommer, særlig diabetes 2.

Fjerner farlig FRANSK bryst-silikon

Det franske helsevesenet står foran kjempejobb når 30 000 kvinner nå skal få tilbud om å få fjernet brystimplantater som ble levert av selskapet PIP (Poly Implant Prothese).

I mars 2010 la franske helsemyndighetene ned forbud mot bruk av im-



FRANSK SKANDALE På en klinikk i Nice i Frankrike forbereder en sykepleier en operasjon for å få fjernet brystprotesene til en kvinne. Protesen kan trolig fremkalle kreft.

plantater fra PIP etter at undersøkelser hadde vist at de kunne utgjøre en fare for kvinners helse. Det ble avslørt at firmaet hadde brukt uautorisert silikon som fort gikk i stykker. Over 1000 kvinner opplevde at silikonene smuldret opp.

15 kvinner med PIP-implantater har fått brystkreft. I åtte tilfeller er det en dokumentert sammenheng med bruk av det aktuelle materialet. Firmaet PIP, som har levert cirka 100 000 implantater årlig til 65 land i Vest-Europa og Sør-Amerika, gikk konkurs som følge av skandalen og deres produkter ble trukket tilbake fra markedet.

En ny studie viser riktignok at kreft-risikoen ikke er større enn hos kvinner som har fått silikonproteser fra andre firmaer. Men den franske helseministeren vil ikke ta noen sjanser og anbefaler at alle franske kvinner får fjernet PIP-silikonene. Det vil koste den franske stat cirka en halv milliard kroner.

Det har foreløpig kommet inn mer enn 2000 formelle klager fra kvinner som har opplevd alvorlige helseplager som følge av produktet. Selskapets stifter, Jean-Claude Mas, nekter fortsatt at problemene skyldes silikonet som ble brukt. Han må trolig møte i en retts sak som advokater nå forbereder.

Man regner med at 200–230 kvinner

DANSK lønnsøkning

Fra 1. januar steg lønningene til danske sykepleiere som resultat av overenskomstforhandlingene 2011. Så mye steg gjennomsnittlig nettolønn (grunnlønn pluss tillegg):

- › Ikke-ledende sykepleier ansatt i Danske Regioner: 515 danske kroner per måned.
- › Kommunalt ansatt ikke-ledende sykepleier: 555 danske kroner per måned.
- › Ledende sykepleier ansatt i Danske Regioner: 710 kroner per måned.
- › Kommunalt ansatt ledende sykepleier: 685 kroner per måned.

Kilde: DSR.dk

i Norge har fått implantater som ble produsert av PIP. Det er Aviva Helse i Oslo, Klinikk Arendal, Privatsykehuset Hauge-sund og Drammen Private Sykehus som har operert med proteser fra det aktuelle firmaet. Helsedirektoratet opplyser at de nå vil vurdere dokumentasjonen i saken før de vil komme med en anbefaling. Kvinner som har spørsmål knyttet til sine implantater, bes kontakte klinikken de ble operert ved.

Tekst **Barth Tholens**

Pris til AMERIKANSK fødselshjelper



HIPPIEJORDMOR: Ina May Gaskin tilhører den generasjonen som levendegjorde hippiekulturen.

Ina May Gaskin (71) er hedret med Right Livelihood Award for sin innsats for kvinner som skal føde.

Hun er kalt verdens mest kjente jordmor, og det er hennes egen vanskelige fødsel som har inspirert henne i faget. I desember ble Ina May Gaskin tildelt prisen Right Livelihood Award ved en seremoni i Stockholm.

Gaskin startet sin virksomhet som omreisende fødselshjelper på begynnelsen av 70-tallet, en virksomhet som viste seg å være delvis ulovlig. For å gjenreise jordmorfaget, som hadde vært på vikende front i USA gjennom hele 1900-tallet, startet hun The Farm Midwifery Center i Tennessee i USA. Det ble et senter for utdanning og praktisering av jordmorfaget. Hit kom kvinner som ville føde på en mer

naturlig måte. Gaskin er nå 71 år, men deltar fremdeles ved fødsler på The Farm.

Gaskin har blitt berømt som en varm forkjemper for at kvinner skal føde mest mulig naturlig og uten for mye tekniske hjelpemidler, og gjerne utenfor sykehus hvis det ikke er nødvendig av medisinske grunner. Hun lærer bort forløningsgrep ved problemer underveis i fødselen, for å unngå å ty til keisersnitt. I USA har pro-senten keisersnitt ved fødsler økt fra 5 prosent i 1970 til 30 prosent i 2005. På The Farm føder bare 2 prosent med keisersnitt, ifølge Right Livelihood Awards hjemmeside.

Gaskin har forelest over hele verden, også ved medisinske skoler. Hun har observert at det er en økende grad av mørdredødelighet i USA, og har grunnlagt

Safe Motherhood Quilt Project.

Hun var president i Midwife Alliance of North America fra 1996 til 2002, og har mottatt flere priser for sitt arbeid. Blant annet er hun «Æresdoktor» av Thames Valley University i 2009 i London. Hun har også skrevet bøker om fødsel og hjemmefødsel. «Spiritual Midwifery» er hennes mest kjente bok.

Det var tysk-svenske Jakob von Uexküll som etablerte prisen som blir kalt «Den alternative Nobelprisen», Right Livelihood Award, i 1980. Prisen deles ut til folk som har bidratt med løsninger i miljø- og sosiale spørsmål. Den deles ut en gang i året av Right Livelihood Award Foundation i Stockholm og gis til fire personer.

Tekst og foto **Laila S. Berg**

Dyster stemning i HELLAS

Flere har blitt deprimert, stresset og bruker narkotika i Hellas i kriseåret 2011. Prostitusjon og kriminalitet øker, og selvmord skal ha økt med 40 prosent fra første halvår 2010 til samme periode i 2011. Det forteller en rapport publisert i det engelske tidsskriftet the Lancet. Det antas at krisen vil gå ut over folks helse i alle de kriserammete landene i Sør-Europa.

Ungdomsledigheten er nå 42 prosent i Hellas.



Samarbeide om helseberedskap i EU

Når det oppstår en krise som pandemien i 2009 eller E.Coli-utbruddet i 2011, må landene i Europa samarbeide bedre, mener EU-politikerne. Derfor la EU-kommisjonen i desember frem et nytt lovforslag om hvordan landene skal få til felles beredskap mot helsetrusler.



Ny, SVENSK kreftforskning

Å spise rødt, bearbejdet kjøtt øker risikoen for bukspyttkjertelkreft, antyder en gjennomgang av 11 studier fra Karolinska institutet. Menn som spiser 120 gram rødt kjøtt daglig, øker risikoen for å få den farlige kreftformen med 29 prosent, ifølge studien.

Kilde: The Guardian

BRUSSEL foreslår profesjonskort for sykepleiere



UTENLANDS: Vil du jobbe som sykepleier i et annet land, skal reglene for å få godkjenning nå forenkles. Illustrasjonsfoto: Stig Weston

I desember kom Europakommisjonen sitt forslag til revidert yrkeskvalifikasjonsdirektiv.

Få arbeidstakere reiser til andre land i EU-området for å jobbe, ifølge Europakommisjonen. Tall fra 2010 (Eurobarometer) viser at 28 prosent av EU-borgerne vurderer å søke seg jobb utenfor sitt eget land. Hvis disse får satt sine planer ut i live, vil EUs indre marked fungere mer etter intensjonen. Det ville også gjøre det lettere å dekke opp mangler på arbeidskraft innen enkelte bransjer og regioner.

Men det har ikke vært så lett å få tillatelsene som trengs for å utøve profesjonsyrker som for eksempel sykepleie utenfor ens eget hjemland. Derfor har Europakommisjonen jobbet med å modernisere direktivet for yrkeskvalifikasjoner. Resultatet av dette arbeidet er blant annet et forslag om et europeisk profesjonskort. Kortet skal knyttes til det indre markeds informasjonssystem (IMI), som

innehar krav til utdanning for yrkesprofesjoner som for eksempel sykepleie. Målet er å forenkle og effektivisere anerkjennelsesprosedyrene, samtidig som det åpnes for mer transparens. Et europeisk profesjonskort fordrer at mer ansvar blir lagt på hjemstaten. Det vil være myndighetene i alle medlemslandene sin plikt å sørge for oppdatert informasjon om kriteriene.

I direktivforslaget står det at landene plikter å innføre de faglige kravene til sykepleie- og jordmoryrket som er listet opp i direktiv 36 fra 2005, og noe revidert i den nye versjonen. Det fastslås blant annet at alle land må kreve 12 års grunnutdanning for å komme inn på sykepleierutdanning.

I en artikkel på sykepleien.no i november etterlyste Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) strengere språkkrav for utenlandske helsepersonell.

SAFH ønsker å stille krav om språkkunnskaper i forbindelse med saksbehandlingen av autorisasjonssøknaden.

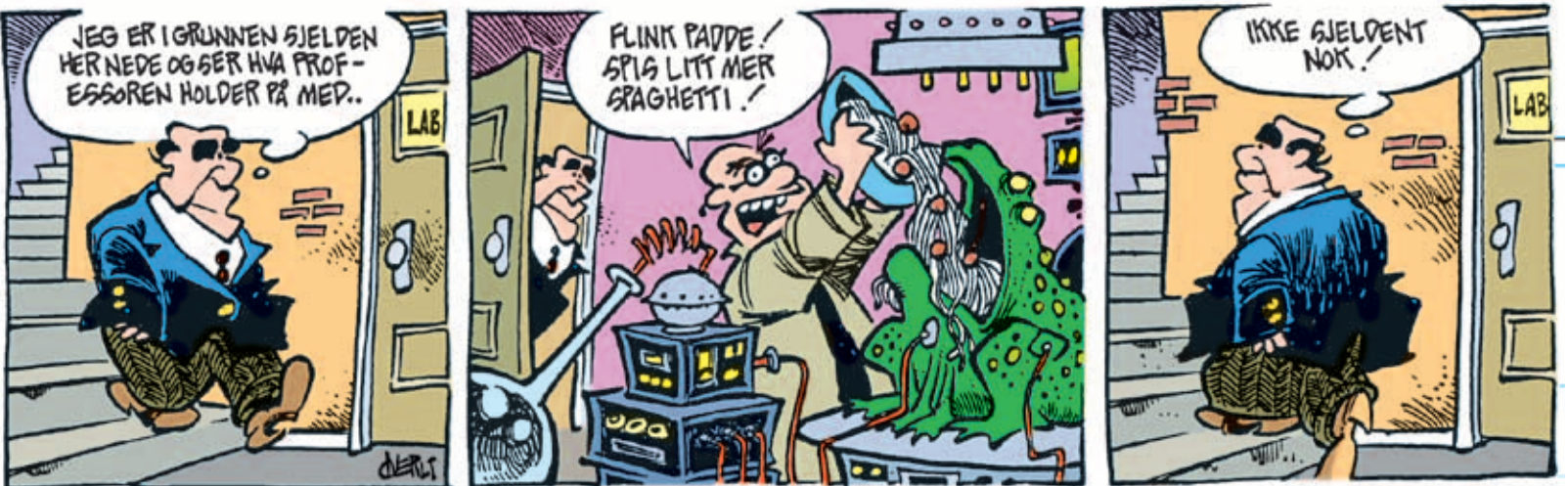
– SAFH mener at arbeidsgivere må ha språkkrav som fokus, men vi tror at det dessverre ikke er tilfelle. SAFH er derfor redd distriktene vil kunne tape på dette, sier kommunikasjonsrådgiver Magnus Karlsrud Dahlen i SAFH.

Håpet var at det moderniserte yrkeskvalifikasjonsdirektiv skulle stille disse kravene spesielt til helsepersonell, men dette kom det ikke noe om i forslaget. Europakommisjonen mener spørsmålet om språkkunnskaper skal tas opp først etter at autorisasjon er innvilget, slik at det forblir et arbeidsgiveransvar som i dag.

Direktivforslaget skal nå til behandling i Europaparlamentet og Rådet for det blir endelig vedtatt.

Tekst Ellen Morland

Riskhospitalet



Mugg, råte, rotter og kloakkfluer er noe av det som finnes bak fasaden på Forfallet vil koste milliarder. Nå har Arbeidstilsynet fått nok og vil bøtelegge



«Her
løpen

Oslo universitetsykehus.
sykehuset.

har de hatt rotter
de i korridoren.» →

OUS

Oslo universitetssykehus (OUS) består av alle helsetilbud under Ullevål, Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Aker sykehus.

Veien videre

- ▶ Til neste år skal minst 800 årsverk kuttes. Avdelinger må levere inn spesifikke forslag på hva de kan kutte i.
- ▶ Planen for oppussing er klar for å styregodkjennes.
- ▶ – Det skjer under første styremøte i 2012 i begynnelsen av februar, ifølge Per Oddvar Synnes.

Bygningene til Oslo universitetssykehus (OUS) er preget av forfall etter mange tiårs neglisjering av vedlikeholdet. Fra 1. mars koster det sykehuset en million kroner i døgnet dersom de ikke følger Arbeidstilsynets pålegg om utbedringer. Det vil koste milliarder å sette bygningsmassen i stand.

Foretakshovedverneombud ved OUS, Per Oddvar Synnes, og foretakstillitsvalgt i NSF, Merete Norheim Morken, blir med på tur bak fasaden til deres arbeidsplass.

Det er Per Oddvar Synnes som guider. Han gir en kort informasjon før turen begynner. Dette har han gjort før.

– Dagens reise skal hovedsakelig foregå i kirurgisk og medisinsk fløy, sier han og balanserer nedover mot infeksjonsmedisinsk poliklinikk på såpeglatt føre.

OUS består etter sammenslåingen

nes, at rundt 60 prosent av OUSs bygningsmasse er uegnet til sykehusdrift. Det er ved Ullevål og Radiumhospitalet at behovene for utbedringer er størst. Det er også disse sykehusene som har den eldste bygningsmassen.

– Oscar den 2. var konge i Norge når noen av bygningene her ved Ullevål ble tatt i bruk, sier guiden.

Infeksjonsmedisinsk poliklinikk ligger i første etasje i et av de eldste byggene.

– Om sommeren er det mye kloakkfluer her. Nå om vinteren er det tydeligvis mindre av dem, sier han og kikker ned i en lysende beholder som er montert på veggen. Det er en fluefanger.

– Her har de hatt rotter løpende i korridoren. På veggene her ser dere fuktskader. Inneklimaet er ikke ideelt. Spesielt ikke med tanke på at hit kommer det pasienter med redusert immunforsvar, sier Synnes.

Ingen langhalede, pelskleddede gjester dukker opp under denne turen, men tomme rottefeller vitner om frykt for deres nærvær.

Bekymret for de ansatte

– Tilstanden for enkelte bygninger, arbeidslokaler og inneklimaet i deler av Oslo universitetssykehus gjør at Arbeidstilsynet er bekymret for ansattes helse- og arbeidsmiljøforhold, sa avdelingsleder i Arbeidstilsynet Oslo, Pål H. Lund etter at de hadde foretatt en stikkprøvekontroll sommeren 2011.

Arbeidstilsynet har ved flere anledninger påpekt lovbrudd ved Ullevål sykehus. Under Arbeidstilsynets tilsyn i 2002- 2003 ble det funnet mange brudd på lovverket som fremdeles ikke er ryddet opp i. Fristen for å legge frem en plan ble satt til 1. mars i år. Denne gangen vil Arbeidstilsynet følge nøye med på om sykehuset følger opp planen. Dersom de ikke gjør det på en tilfredsstillende måte, vil sykehuset få 1 million kroner i bot per virkedag etter 1. mars. (Arbeidstilsynet regner seks virkedager i løpet av en uke).

Helsetilsynet også varslet

Arbeidstilsynet fant under tilsynet i sommer blant annet fuktskader, manglende ventilasjon og belastende ergonomiske forhold.

– Selv om arbeidsgiver i årevis har vært kjent med at enkelte bygningers tilstand er til dels meget dårlig, har helt nødvendig vedlikehold de siste årene stoppet opp, sier Pål H. Lund i en pressemelding.

Arbeidstilsynet har i sitt brev til OUS sagt at planen skal oppdateres minst en gang per kvartal og ha en tidsramme på maksimalt tre år.

I tillegg har Arbeidstilsynet varslet Helsetilsynet om forholdene ved OUS. Ifølge nettstedet Fri Fagbevegelse har Arbeidstilsynet blant annet bedt om oversikt over arbeidstiden i perioden 8. august til 27. november i år fra hver klinikk for de ti sykepleierne, ti legene

«Om sommeren er det mye kloakkfluer her»

Per Oddvar Synnes

av nesten 1 million kvadratmeter. Synnes jobb er å prøve å holde oversikt over tilstanden ved hele denne bygningsmassen.

60 prosent uegnet

Arbeidstilsynet har vært på besøk flere ganger. De anslår ifølge Syn-

Arbeidstilsynet Oslo sine bilder fra Infeksjonsmedisinsk sengepost, bygg 3, Ullevål. Alle bildene er tatt 23.06.2011.



SKJOLDETE: Gammel fuktskade.



HYGIENISK? Skitten luftsventil på sengeposten, med sårbare pasienter i nærheten.



POTTETETT: Lav takhøyde og manglende utsyn/vindu preger dette undersøkelsesrommet.



SNUBLEVEI: Rømningsveien er blokkert på ulovlig vis.



GARDEROBE, KJELLER: Skapene rustet og malingen på veggene flusser av.

og ti ansatte i andre yrkesgrupper som har jobbet mest overtid.

Milliarder

Konsulentfirmaet Multiconsult anslår at det vil koste 8,8 milliarder kroner å få alle bygninger under Oslo universitetssykehus (OUS) i forskriftsmessig stand. Bare Ullevål må bruke 3,5 milliarder kroner for å tilfredsstille kravene i arbeidsmiljøloven.

– I stede for å bruke så mye penger på «flikking», håper vi å få på plass en plan som sikrer forsvarlig drift til et nytt sykehusbygg er på plass, sier Synnes.

I 2018 skal etter planen et storby-sykehus stå klart på Ullevåls tomt. Da skal mange av de gamle bygninger være revet, og nybygg være i bruk.

– Men alt er avhengig av statsbudsjettet for 2013. Da må vi begynne å bygge dersom vi skal klare å følge planen, sier foretakshovedverneombud ved OUS, Per Oddvar Synnes.

Enighet

Han er glad for at både ledelse og tillitsvalgte er enige om at ting må gjøres.

– Problemene vi står overfor nå, er et resultat av 30 år hvor ledelsen har dyttet problemene foran seg og ikke vært villig til å bruke ressurser på vedlikehold, sier han.

– Så nå er du sikker på at ting blir gjort?

– Jeg har vel vært så lenge i gamet at jeg tror ikke på noe før jeg ser det, sier Synnes.


Han tror imidlertid at Arbeidstilsynets trussel om å gi tvangsmulkt på 1 million per dag dersom de ikke følger opp planen, er et godt pressmiddel.

– Da blir det dyrt å ikke gjøre noe, sier han.

Arbeidstilsynet mener at tvangsmulkt er det mest hensiktsmessige pressmiddelet overfor OUS, siden det av hensyn til befolkningens behov for sykehustjenester vil være vanskelig å stanse bruk av hele eller deler av helseforetakets bygninger.

Gjeld

Noe av problemet er at alle midler OUS får, bevilges som lån.

– Gjeldsbyrden til OUS er 



VEGGFLASS: Per Oddvar Synnes håper noe blir gjort, men tror det ikke før han ser det.

så stor, at vi er kommet inn i en ond sirkel. Stadig mer av midlene vil etter hvert gå til å betjene gjeld. Det vil gå ut over pasientbehandlingen og sannsynligvis skape lengre ventetider, sier Merete Norheim Morken.

Det er ikke bare Riksrevisjonen og Arbeidstilsynet som har påpekt avvik fra lovverket. Branntilsynet har også hatt tilsyn i høst. I deres rapport er det gitt to merknader og sju avvik.

Mye å være stolte over

Synnes har fått med seg at andre landsdeler synes OUS får mye oppmerksomhet rundt sine problemer.

– Men tilstanden ved OUS burde

«Vi må ta med appelsinskrellet hjem, ellers råtner det i søppelkorgen.»

Lege på OUS

bekymre folk i hele landet. På mange områder har OUS både lands- og regionsfunksjon.

Men alt er ikke elendighet.

– Det nye Kreftsenteret er i toppklasse på alle måter, sier han og peker i retning av Kreftsenteret.

– Terrorangrepet i sommer viste også at når det står på som verst, fungerer akuttberedskapen ved sy-

kehuset plettfritt. Granskningsrapporten gir fagfolkene ved OUS godt skussmål. Vi har mye å være stolte over, sier han.

Dette er en arbeidsplass

Fuktskader, maling som flasser av veggene, støv, skitt, vinduer som er så råtne at de må skrus fast for ikke å ramle ut, er noe av hva Synnes viser frem. Men noe av det som er mest alvorlig, ligger utenfor synsfeltet.

– Det er mye som er skjult inni veggene, sier han.

I trappeoppganger og inne på avdelinger er det lett å se at sykehuset har sett bedre tider. Ett eksempel er de ansattes garderobeforhold. På lungesavdelingen er det som bildet viser, svært trangt om plassen.

– Det er viktig å tenke på at det jeg viser frem under denne turen er arbeidsplassen til mange mennesker. Det gjør noe med innstillingen når man føler man jobber i et høl, sier han.

Noen garderober og avdelinger er «pyntet» på. Selv om fukt og skader bare er gjemt bak noen strøk maling, ser det unektelig mer innbydende ut.

– Det gir inntrykk av at det ikke er så ille som det er. Det får holde til nye bygg er på plass, sier Synnes.

Hei

– Hei, er det du som er verneombud?

Spørsmålet kommer fra en kvinnelig lege. Synnes svarer bekreftende at det medfører riktighet.

– Kan du komme en tur inn til oss. Det er noe vi vil ta opp med deg.

Inne på et rom som er rundt 10–12 kvadratmeter, deler ti leger kontor.

– Dette er også garderoben vår og pauserommet vårt. Det er trangt og uegnet. I tillegg blir det bare vasket og tømt søppel her en gang per måned, sier hun.

De andre legene nikker bekreftende idet det kommer inn en mann med fruktkorg.

– Vi har jobbfukt, da. Det er jo bra, sier legen.

– Men vi må ta med appelsinskrellet hjem ellers råtner det i søppelkorgen, sier en annen lege, ikke helt uten ironi.

Å kutte renholdsbudsjettet er et av tiltakene sykehuset har gjort for å spare penger.

– Du kan selv tenke deg at dette ikke er ideelt ut fra et hygienisk perspektiv. Det verken lukter eller ser bra ut, sier Synnes.

– Vi får begynne å ta overtidsbetalt for å tømme søppel og vaske, konkluderer en av legene før hun drar tilbake til sengestuen.

Tekst **Kari Anne Dolonen**

Foto **Erik M. Sundt**

Arbeidstilsynets bilder fra Radiumhospitalet, alle tatt 28.06.11.



BYGG F OGG: Eksempel på ventilasjon.



BYGG F OGG: Innluft som må tettes på grunn av trekk.



BYGG A OGB: Muggsopp i dusjer.



BYGG F OGG: Lagring av kjemikalier. Avtrekkskap (gammelt og ikke i bruk). Dårlig avtrekk. Tilkoblet??



BYGG A OGB: Fjerning av overskuddsvarme fra kjølevifte.



TRANGT: Dette er garderoben til de som jobber på lungemedisinsk sengepost.

Slag mot hode, spark og spytting: 3337 voldsepisoder og tilløp til vold er registrert på Brøset siden 2005.

Mye vold - men trygg på jobb

Pasient på paragraf:

- › Pasientene på Brøset er innlagt etter forskjellige paragrafer:
- › Frivillig innleggelse: psykisk helsevernloven paragraf 2-1
- › Straffegjennomføringsloven paragraf 13
- › Varetektssurrogat straffeprosessloven paragraf 188
- › Tvungent psykisk helsevern, kapittel 3 psykisk helsevernloven, paragraf 3-2 og 3-3 og kapittel 5 paragraf 5-2
- › Straffeprosessloven paragraf 167

Klikk-klikk. Dører låses opp. Dører låses igjen. Rasling fra nøkkelknipper er eneste lyd i de lange, hvite korridorene som binder de gamle bygningene på Brøset, tidligere Reitgjerdet, sammen denne tirsdag ettermiddagen.

Nøkler, nøkkelkort, walkie-talkie og voldsalarm er standard jobbutstyr her. For om det er rolig nå, kan situasjonen raskt snu. Det har mange av de ansatte fått erfare på kroppen – gjennom slag, spark, kloring og skalling. Det er ikke risikofritt å jobbe med pasientene som er regnet som landets farligste.

Fem pleiere per pasient

Brøset er den første av de tre regionale sikkerhetsavdelingene vi har i Norge, og har rundt 24 innleggelses hver år. Pleieforholdet på Brøset er 5:1, altså fem pleiere per pasient. Sikkerhetspostene på Brøset består av to regionale og en fylkesdekkende sikkerhetspost. Det er også en egen enhet for ergoterapi. Til sammen jobber det 13 sykepleiere og 21 psykiatriske sykepleiere på de tre sengepostene. Her er pasienter med alvorlige psykiske lidelser, som er for farlige eller ressurskrevende for det ordinære helse- og fengselsvesenet. Flere av pasientene er overført fra fengsel etter å ha blitt psykotiske og utagerende der. Andre har begått drap eller har utført

grove voldshandlinger, og blitt dømt til tvunget psykisk helsevern. Noen er gjengangere, de har vært innlagt tidligere, blitt bedre, men kommer så tilbake når sykdomsbildet forverrer seg.

Slag, spark, trusler

Voldsstatistikken på Brøset preges av hvem som til enhver tid er pasienter: I 2005 var det for eksempel én pasient som sto for rundt 1400 skademeldinger.

– Det samme gjelder for 2010 og i år, her er det én pasient som drar opp tallet, sier psykiatrisk sykepleier Erik Kroppan. Han jobber som systemrådgiver og koordinerer sikkerhetsgruppene på Brøset. Han har samlet inn statistikk over alle voldsepisoder og tilløp til vold siden 2005. 3337 er tallet oppe i nå.

– Det høres mye ut?

– Ja, det høres mye ut. Når vi ser på tallene for hvert år, er det enkelt-pasienter som drar opp statistikken. Vi har rutine på at hver ansatt skal registrere alt av faktisk vold, trusler og tilløp til vold. Dette kan omfatte slag, spark, verbale trusler, spytting og så videre. En hendelse kan utløse flere skademeldinger, siden flere personer kan være involvert, sier han.

Når voldsepisodene eller tilløpene til

vold oppstår, registreres det på et skademeldingsskjema. På dette skjemaet spesifiseres antatt utløsende årsak, utageringsmåte, konsekvens for den utsatte og skadeomfang, og alvorlighetsgrad. En skademelding kan inneholde flere utageringsmåter – for eksempel slag, spark og spytting.

Kroppan har også ført statistikk over beltelegging eller transportbelter på utagerende pasienter. De årene det er mange skademeldinger, er det mange beltelegginger.

– Kollegialt samhold

En studie utført ved Brøset viser at de ansatte trives, til tross for tøffe arbeidsforhold med høy forekomst av vold og trusler.

100 sykepleiere ved Brøset ble spurt om symptomer som kan tyde på posttraumatisk stress. De samme ble også spurt om yrkeslivskvalitet, etter et såkalt ProQoL-skjema, hvor de skulle krysse av for symptomer som kunne indikere for eksempel utbrenthet. Disse svarene ble så sett i sammenheng, og det viste seg at forekomsten av symptomer på utbrenthet og posttraumatisk stress var lavere enn hva internasjonale studier fra psykiatriske avdelinger viser.

– Vi tror at mange ansatte per pasient og systematisk jobbing med å



FORSKER: Sykepleier og forsker Christian Lauvrud ved Breivik kompetansesenter har sett på hva som gjør at ansatte trives på jobb, til tross for trusler og vold.



PÅ VAKT: Over 3000 rapporter om vold eller tilløp til vold mot ansatte er meldt inn på Brøset fra 2005 til 2011. Likevel, sykepleier Stig Emil Johansen (til høyre) og hjelpepleier Frank Løkken Skaanes, er ikke redde for å gå på jobb.

forebygge at voldsepisoder oppstår, er viktige faktorer for å forhindre utbrenthet og posttraumatisk stress. Aksept fra ledelsen om hva de ansatte står i, kollegialt samhold og rask linje til for eksempel psykologhjelp, er også viktig.

Det sier Christian Lauvrud, forskningskoordinator og psykiatrisk sykepleier ved Brøset kompetansesenter. Sammen med psykologspesialist Kåre Nonstad og psykiater og veileder Tom Palmstierna ved Karolinska Institutet, er det han som har stått for studien.

– Ikke redd

Denne tirsdagen har sikkerhetsgruppa nettopp hatt møte. De samles en gang i måneden for å ta opp alt som handler om sikkerhet på Brøset. Det kan være en lås som må skiftes, en list som har løsnet, eller en pasient-/pleier-relasjon som har blitt vanskelig, og som potensielt kan utløse en farlig situasjon. Skaderapportene blir gjennomgått, og

det brytes ned til når på døgnet situasjonene oppsto, hvem som var på jobb, for å få et totalbilde av risikoen.

– Vi må se på hva som var rundt hendelsen, sier psykiatrisk sykepleier Stig Emil Johansen. Han har jobbet på postene på sikkerhetsavdelingen i 10 år, og er med i sikkerhetsgruppa.

Han sier de jobber for å oppnå relasjoner, framfor å ha en klar «vokter»-rolle overfor pasientene.

– Vi streber etter å ha en likeverdig måte å snakke med pasientene på, ikke ovenfra og ned.

Policyen er at den ansatte som først oppnår en god relasjon til en pasient, er den som skal jobbe aller tettest på. Det rokkeres gjerne på vaktlistene for å få til dette.

– Relasjoner er vårt viktigste arbeidsredskap, sier han.

– Vi er alltid tre sammen, ingen er alene med en pasient. Vi går alltid med sikkerhetsalarm og walkie-talkie, slik

at vi raskt kan mobilisere fra andre avdelinger ved behov, sier Johansen.

– Er du redd på jobb?

– Nei, jeg er ikke det. Der et veldig godt og støttende arbeidsmiljø her. Vi jobber mye med å lese situasjonene, for å unngå at det smeller. Har det vært en voldsepisode, snakker vi alltid gjennom det som skjedde, rapporterer videre til

«Relasjoner er vårt viktigste arbeidsredskap.» Christian Lauvrud

ledelsen, og om nødvendig er det tilbud om legesjekk og psykologhjelp her på huset, sier Stig Emil Johansen.

Sikkerhetsgruppa arrangerer også praktiske øvelser. Disse øvelsene skjer i gymsalen, med gymtøy på.

– Der simulerer vi situasjoner som har vært eller kan tenkes å oppstå. Det er viktig å holde kunnskapene ved like,





288 TIMER: Hittil i år er pasienter blitt reimet, enten i seng eller i transportreimer, 288 timer, fordelt på 44 hendelser. Enkelt pasienter drar opp antallet timer, sier sykehusledelsen.

slik at man ikke blir overrasket, sier Stig Emil Johansen.

– Kvinner forebygger vold

Denne desember tirsdagen er det enkelte ledige plasser på noen av postene, men det kan raskt snu.

Inne på post B er det stille og rolig. Alle pasientene på rommet sitt, og tre ansatte sitter gangvakt. Utenfor pasientrommene er det et stort oppholds-



HISTORIE: Brøset har en lang historie som psykiatrisk institusjon, og het tidligere Reitgjerdet.

rom med TV, kjøkken og spisekrok. Dersom de ansatte vurderer at noen av pasientene trenger skjerming, må de lenger inn i lokalene. Bak nok et par låste dører er det et stort, nesten nakent rom. På gulvet er det tapet fast en treningsmatte. På andre siden av korridoren er det et soverom - vegg i vegg med en enkel seng med reimer. En pasient har hele skjermingsavdelingen alene – sammen med pleierne.

Eli Fjærstad Ellemyr og Else Nyheim har jobbet på Brøset i henholdsvis 20 og 13 år. De er på jobb på posten, og de mener sikkerheten er godt ivaretatt. At de er kvinner, mener de forebygger en del voldsepisoder.

– Mange pasienter har det «innebygget» at de ikke skal slå kvinner. Vi får en slags morsrolle for enkelte av pasientene, sier de.

Bruker sjekkliste

Pasientene skal bare være på Brøset til de er klare for et lavere omsorgsnivå. Det vil i de aller fleste tilfeller si at de blir overført til en sikkerhetsavdeling i hjemfylket.

– Men det har skjedd, en sjelden gang, at pasienter har blitt såpass friske at vi har skrevet dem ut direkte til kommunehelsetjenesten. Jeg må understreke at det er unntakene, men det har skjedd, og det er teoretisk mulig, sier Christian Lauvrud.

På postene jobber de ansatte mye med å redusere farlig atferd.

Brøset har utarbeidet en internasjonal kjent «sjekkliste» på seks tegn som ansatte bør være oppmerksomme på for å unngå at pasienter blir utagerende og voldelige. De seks tegnene er:

- › Mer forvirret
- › Mer irritabel
- › Mer brautende atferd
- › Oftere fysiske trusler
- › Oftere verbale trusler
- › Oftere slag, spark og lignende mot inventar

Denne listen ble til av dr. philos. og psykiatrisk sykepleier Roger Almvik, som er forskningsleder ved Brøset kompetansesenter. I sykepleierdokumentasjon ble 56 ulike atferdsendringer beskrevet før voldsepisoder. De seks mest hyppige er bakgrunnen for det som kalles «Brøset Violence Checklist» (BVC). BVC er i dag validert gjennom studier og utprøvinger, og er i bruk over hele verden. Den er den eneste i sitt slag som har gjennomgått to randomiserte kontrollerte studier.

– Sjekklisten sitter i ryggmargen, sier Stig Emil Johansen.

– Vi kan aldri senke guarden når vi er på jobb. Vi kan ofte både se og føle når noe er i gjære, sier han. ■■■

Tekst og foto **Ann-Kristin Bloch Helmers**

Risikovurdering:

FOR Å VURDERE RISIKO OG BEHANDLING, bruker Brøset en såkalt START-kartlegging av alle pasienter (Short Term Assessment of Risk and Treatability).

Her vurderes risikoen for vold, selvskaade, selvmord, rusmiddelbruk, rømming, svikt i egenomsorg, samt risikoen for å bli et offer for andre eller seg selv.

Siden 2005 er det foretatt nesten 600 START-vurderinger.

Bruk av mekaniske tvangsmidler (reimer i seng eller transportreimer):

2006:	45 timer - 4 pasienter
2007:	57 timer - 7 pasienter
2008:	32 timer - 4 pasienter
2009:	29 timer - 3 pasienter
2010:	111 timer - 4 pasienter
2011:	288 timer - 6 pasienter



Tallene fra 2011 er ifølge Brøset høye på grunn av mye bruk av transportbelter i en kort periode.



ALT PÅ **ETT** KORT

NYHET!

ALLE NYE KUNDER FÅR

25 liter
DRIVSTOFF*

I STARTBONUS!

Esso MasterCard er mer enn gode rabatter på drivstoff. Det er også et fullverdig kredittkort uten årsavgift, som sparer deg for penger.

Les mer om alle fordelene på nettsiden vår.

essomastercard.no
Drivstoffrabatt og mye, mye mer



20% rabatt på

Tiger Wash

NYHET!

DRIVSTOFFRABATT
50 øre
fra første liter



Send en SMS med **SYKEPLEIERNE** og e-postadressen din til **2290** så sender vi deg søknadsskjema.

Tilbudet gjelder medlemmer av Norsk Sykepleierforbund / Drivstoffrabatt er øre/liter på pumpepris drivstoff inkl. moms / Effektiv rente ved en kreditt på kr 15.000 er 32,32%.
* Vi spanderer tilsvarende 25 liter drivstoff til nye kort som innvilges innen 31.3.2012. 25 liter drivstoff à kr 14 pr. liter = kr 350,- vil bli satt inn på kortet etter første kjøp er foretatt og før du mottar din første faktura.

Ubekvemt lukt? Utflod?

Ønsker du enkelt å gjøre noe med det?

Ecovag® Balance vaginalkapsler inneholder humane melkesyrebakterier som effektivt behandler akutte plager og samtidig forebygger tilbakefall.

Les mer på www.vitaflo.no

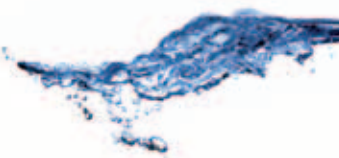


kun 1 kapsel/døgn



Ecovag Balance® fås i alle apotek og i Vitaflos nettbutikk, www.vitaflo.no


VITAFLO
Part of the Navamedic Group



300 prosedyrer direkte til din mobil

PPS 2. generasjon lanseres 15. mars 2012. Alle prosedyrer og alt kunnskapsstoff er tilgjengelig for mobiltelefon og lesebrett. Du vil også kunne få tilgang til prosedyrene hjemmefra.

Nytt i PPS 2. generasjon

- Flere nye prosedyrer, også i spesialsykepleie
- Legemiddelregning er tilrettelagt for øving og testing
- Forbedret visualisering
- Kunnskapstestene er videreutviklet
- Utvidet søkefunksjon

akribe.no/pps



Akribe



Lansering
15. mars



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Masterstudier

Fakultet for helsefag tilbyr følgende masterstudier høsten 2012:

- Biomedisin
- Helse og empowerment
- Klinisk sykepleievitenskap
- Læring i komplekse systemer
- Psykisk helsearbeid
- Rehabilitering og habilitering
- Samfunnsnærning

www.hioa.no/studier
Nærmere yrket du vil ha.



Studiestart
høsten 2012

Søknadsfrist
1. mars

melli
SUKKERFRI



INGEN:
SUKKERALKOHOLER
BLODSUKKERSTIGNING

To nyheter mot sår hals: honning sitron og mint eucalyptus

Melli halsdrops lindrer og smører sår hals, og smaker friskt og godt. Melli halsdrops inneholder hovedsakelig polydektrose, et dietisk fiber, som har et beregnet energiinnhold på 2 kcal pr. gram. Dropsene inneholder ikke sukkerarter, men er søtet med sukralose. Dette gjør at produktet ikke påvirker blodsukkeret, og klassifiseres som sukkerfritt. Melli Halsdrops har glykemisk index mindre enn 5.

Fåes kun på apotek

www.apotekproduksjon.no



A·PRO
apotekproduksjon

Monica Selvén

Alder: 44 år

Tittel: Rehabiliteringsrådgiver, Regional koordinerende enhet, Sunnaas sykehus

Hjelper folk på veien videre

Monica Selvén har full oversikt over rehabiliteringstilbudene.

Min jobb får jeg yte god service til pasienter, pårørende og helsepersonell på telefon. Jeg føler at vi gjør en forskjell i hverdagen til folk. Vi hjelper pasienter på veien videre – og det er noe av det beste med min jobb.

Som regel består min arbeidsdag av mange varierte arbeidsoppgaver. Jeg skal gi informasjon om offentlige og private rehabiliteringstilbud. Da besvarer jeg informasjonstelefonen for rehabilitering, som er landsdekkende, med grønt nummer 800 300 61. Hvis du ringer fra Østlandet kommer du til oss på Sunnaas.

Hver måned blir det besvart cirka 600 telefoner, så det er stor etterspørsel på informasjon. Mange av henvendelsene gjelder spørsmål om smerte. Det ringer mange med prolaps eller annen muskel- og sjellettproblematikk. De ønsker seg tilbake til jobb og lurer på hvor de får hjelp til å bli bra nok til det. Det er også pårørende som etterspør rehabiliteringstilbud for slektninger, for eksempel etter operasjoner.

Mange av disse telefonene knytter seg til henvisninger, ettersom Regional koordinerende enhet også har som oppgave å behandle henvisninger til private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med Helse Sør-Øst. Dette er for mange kjent som SeB-henvisninger, som vi behandler cirka 12 000 av i året. Det er både fastleger og sykehus som ringer og spør om rehabiliteringstilbud. Den samme informasjonen fins på vår nettside www.helse-sorost.no/rehabilitering. Nettsiden er hele tiden under utvikling, og her er jeg med og kommer med innspill. Siden blir besøkt av nærmere 10 000 i måneden.

Jeg trives veldig godt i jobben min. Den er en meningsfull og spennende jobb, og da spesielt med tanke på informasjonstelefonen. Her treffer jeg mange mennesker som er i en vanskelig situasjon og som trenger råd og veiledning for veien videre. For mange er det vanskelig å ringe til en offentlig etat. Derfor tror jeg det er en stor fordel at vi er sykepleiere med lang fartstid innen rehabilitering, og er vant til å snakke med mennesker som er i en sårbar fase.

I tillegg til dette er jeg mye ute og reiser i forbindelse med institusjonsbesøk. Dette gjør vi for å holde oss oppdatert på tilbud og fasiliteter. Senest i vår hadde vi en rundreise hvor vi besøkte 30 private rehabiliteringsinstitusjoner, fra Sørlandet til Lillehammer. For øyeblikket besøker vi de offentlige institusjonene, så vi kan bli bedre kjent med deres tilbud også.

Jeg har også som oppgave å være med på å arrangere Regional Rehabiliteringskonferanse, som er en del av aktivitetene i rehabiliteringsuken, som årlig arrangeres i uke 43.

Jeg er også tillitsvalgt, og deltar derfor på forum for tillitsvalgte på Sunnaas sykehus. ■■■

Fortalt til Kristin Engløy Mainitz Foto Stig Weston





SYKEPLEIERE I BAHRAINSK OPPRØR: Opprøret mot autoritære regimer sprer seg til stadig nye arabiske land. Utenfor FNs amabssade i Manama, Bahrain, holder sykepleier Rula al-Saffar (til venstre) portettet til sykepleier-kollega Hasan Matoog og krever at han blir løslatt fra fengselet. Matoog hadde tatt bilder av demonstrasjonene i Bahrain mot det sittende regimet og ble arrestert av opprørspolitiet.

Rula al-Saffar er president i Baharains sykepleierforbund, som spilen en aktiv rolle i protestene. Hun var selv arrestert i april da hun hjalp sårede etter politiaksjoner.

Demonstrantene krever demokratiske valg i landet og ber FN overvåke om regjeringen overholder menneskerettighetene. Under aksjonene i desember bar helsearbeidere hundrevis av plakater med bilde av den arresterte kollegaen, med teksten «Freedom for the angel of mercy, the nurse Hasan Matoog».

Foto: Scanpix AP Photo/Hasan Jamali

Med ordet «medisinsk» foran, har yogaen blitt stuerein i svensk helsevesen. Nå læres norske sykepleiere opp.

- Medisinsk yoga passer for ganske syke pasienter



Rotér akkurat som en hula-hula-danser!

Elisabeth Engqvist har kommet helt fra Stockholm for å instruere helsepersonell i «medisinsk yoga» på Sagene samfunnshus i Oslo. Nå er det øvelsen «sufisirkel» som gjennomgås grundig. Kursdeltakerne sitter i skredstilling på hver sin ullmatte og puster dypt gjennom nesen mens de roterer sakte på overkroppene med øynene igjen. På innpust tenker de «sat», på utpust tenker de «nam».

– Sat nam er sanskrit og betyr jeg er sann, informerer Engqvist.

Mantraet skal hjelpe dem å være til stede her og nå, slik at de kjenner hvordan kropp og sinn reagerer.

– Så finner dere midten. Ryggraden skal havne i midten, sier Engqvist.

Øynene åpnes, noen noterer. Det gjelder å huske dette, for etter endt kurs er de selv blitt instruktører. De skal

bruke det de har lært i møte med norske pasienter.

Myk og forsiktig yoga

Engqvist sitter barbeint i rød kittel og turkise steinsmykker mens hun filmes av et lite kamera som står på gulvet. Deltakerne får forelesningene på dvd etterpå. De får også skriftlig materiale og henvisninger til nettsider hvor de blant annet kan finne

Medisinsk yoga

Yoga sies å ha eksistert i over 5000 år. Det finnes hundrevis av ulike yogaformer, noen med vekt på fysiske øvelser, andre med vekt på mental trening/meditasjon, men alle med vekt på kontrollert og dyp pusting.

Medisinsk yoga er en liten terapeutisk undergruppe under en annen undergruppe kalt Kundaliniyoga.

Den tidligere reklamemannen og eidendomsmeglern Göran Boll er grunnleggeren av medisinsk yoga og Institutet för Medicinsk yoga (IMY), samt merkevarenavnet Mediyoga. Han var instruktør i Kundaliniyoga da Karolinska institutet på 90-tallet ba ham bli med i et forskningsprosjekt på ryggpasienter. Med seg i firmaet har han den tidligere markedsføreren Elisabeth Engqvist som har ansvaret for opplæringen utenfor Sverige.

SVENSK OPPFINNELSE: Elisabeth Engqvist er læreren på de norske kursene i medisinsk yoga. Hun er tidligere markedsfører, men har lest grunnleggende medisin.



de siste års forskningsresultater på medisinsk yoga.

På gulvet ved siden av henne står en Ipod plugget til portable høyttalere. Noen av øvelsene krever musikk.

De 27 kursdeltakerne er fordelt på to grupper, en på mandager og en på tirsdager. 15 av dem er sykepleiere.

– Resten er stort sett fysioterapeuter og en og annen psykiater, sier Engqvist.

I løpet av terminen treffes de seks ganger fra klokken halv ti til fire. Hjemme gjør de øvelsene de lærer, og kan studere materiellet de får utdelt.

Da forrige kurs ble arrangert i vår for første gang i Norge, fullførte 38 stykker. I november startet kurs i Stavanger og i februar har flere leger meldt sin interesse i Oslo. De vil gjøre en studie på yoga og smerte.

– Hvorfor kaller dere det «medisinsk» yoga?

– Det er for å understreke at dette er en myk og forsiktig yoga som passer for nokså syke pasienter. Hjerte-, rygg- og psykiatriske pasienter er noen av gruppene disse øvelsene har dokumentert effekt på. Vi utsetter hele tiden den medisinske yogaen for vestlig medisinsk vitenskapelig forskning. Evidens er det språket

alle i helsevesenet forstår, sier Engqvist.

Ingen eksamen

De som utdannes til instruktører må ha et minimum av medisinsk kompetanse. Kravet er minst 10 studiepoeng innen fysiologi og anatomi, det tilsvarer et tredjedels semester på fulltid i høyere utdanning.

– Har du selv noen medisinsk bakgrunn?

– Jeg har lest grunnleggende medisin, sier Engqvist som tidligere har jobbet som markedsfører i næringslivet.

Instruktørene testes ikke på noen måte til slutt. Har de møtt opp de seks dagene, kan de kalle seg instruktør, og kan praktisere på nokså syke pasienter.

– Hvilken kvalitetssikring har dere av instruktørene?

– På utdanningen deler vi ut tre verktøykasser, tre såkalte startpakker. Med deltakernes medisinske kompetanse og den begrensningen som startpakken utgjør, finnes det som behøves for å kunne lære ut det mest grunnleggende innenfor Mediyoga, altså for å være instruktør. Terapeututdanningen består av tre terminer, og her er det flere skriftlige prøver si-

den yogaterapeuten har mange flere verktøy å arbeide med, sier Engqvist.

Lavere blodtrykk

I 1998 kom den første studien innen medisinsk yoga fra Karolinska instituttet som viste god effekt på ryggpasienter. Men interessen bredte seg for alvor da sykepleier og yogaterapeut Maria Nilsson ved hjerteavdelingen hos Danderyds sjukhus publiserte en mindre pilotstudie i 2009. Hun fant at medisinsk yoga senket både blodtrykk og kortisolnivå signifikant når det ble brukt i rehabilitering for pasienter som hadde hatt hjerteinfarkt. I kontrollgruppen som bare gjorde vanlige fysioterapi-øvelser, steg derimot både blodtrykk- og kortisolnivå. Pasientene

POPULÆRT: Kravet for å gå instruktørkurs i medisinsk yoga er ti studiepoeng i anatomi og fysiologi, det vil si en tredjels semester på høyere utdanning. Nå er det 73 slike instruktører i Norge.

«Jeg vil være en del av at øst og vest møtes.» Eva Edwin

i yogagruppen oppga også forbedret allmenn helsetilstand, mindre uro og bedre søvn.

Siden januar 2010 har derfor en time yoga i uka vært en fast del av rehabiliteringen av disse pasientene hos Danderyds sjukhus, et offentlig sykehus i Stockholm. Der tilbys yogaen også





SYKEPLEIERFORSKER: Maria Nilsson er den svenske sykepleieren som har gjort forskningen som har ført til at svensk helsevesen fikk øynene opp for medisinsk yoga. Foto: Danderyd Sjukhus.

til slagpasienter og til pasienter med utmattelsessyndrom, etter at to andre studier viste god effekt også her.

Ifølge Engqvist har andre studier vist at nivåene av antistresshormonet oksytocin øker som følge av yoga. En studie i Malmø har også vist god effekt ved depresjon, angst og stress, mens

Spredt over hele Sverige

Til sammen er det nå mellom 40 og 65 vårdcentraler (et slags helsesenter), fem sykehus og et sykehjem i Sverige som bruker medisinsk yoga som ledd i behandling eller rehabilitering av ulike grupper pasienter. I tillegg utdanner Akademiska sjukhuset i Uppsala sitt psykiatriske personell i medisinsk yoga i løpet av våren.

Her er oversikten over hvilke pasientgrupper tilbudet gis til:

- › Stockholms sjukhem: Alle pasientgrupper
- › Helseentrenere: Både ved psykiske og fysiske lidelser.
- › Karolinska institutet: Ryggpasienter
- › Dala Anorexi Bulimi Center: Mot spiseforstyrrelser.
- › Drottning Silvias Barn och Ungdoms sjukhus: Mot smerte-, pust- og spiseforstyrrelser.
- › Huddinge sjukhus: Hjerterpasienter.
- › Danderyds sjukhus: Infarkt- og slagpasienter, samt mot utmattelsessyndrom.

store studien som planlegges innen hjerterehabilitering til neste år. Det planlegges også en studie der yogaens effekt i rehabiliteringen av kreftpasienter skal undersøkes.

Sykepleier Maria Nilsson på Danderyds sjukhus er dessuten godt i gang med en ny studie der hun ser på yogaens effekt i rehabiliteringen av pasienter med paroksysmal atrieflimmer.

– Denne typen av forkammerflimmer gjør at pasientene har det dårlig psykisk. Hjerteslagene går opp i 170–180 når det står på, og de blir veldig stresset, sier hun.

Resultatene fra de 80 pasientene, 40 i intervensjonsgruppen og 40 i kontrollgruppen, blir klare til våren.

– Så langt ser yogaen ut til å ha god effekt, sier hun.

Pusten er nøkkelen

– Hva er det med yogaen som gir reduksjonen i blodtrykk og kortisolnivå?

– Det er først og fremst at du lærer å puste rett, slik at du senker hjerterefrekvensen. I dag går mange rundt og stresser og hyperventilerer. Meditasjonen er også med på å dra ned de fysiologiske parametrene, sier Nilsson.

– Er det viktig å si mantraet sat nam for å oppnå god effekt?

– Nei, man kan like gjerne si Brad Pitt. Poenget er at du kobler bort tankene slik at du er til stede i yogaen. Men de ulike mantraene har alle en betydning på sanskrit, så jeg synes det er viktig når jeg gjør min egen yoga.

Det var bare i begynnelsen jeg syntes det var litt merkelig.

Vanligvis bruker hun også guidede dype meditasjoner og samtaler som del av medisinsk yoga, men ikke i det enkle tredelte hjerterprogrammet hun har fått hjelp til å utarbeide av Göran Boll, grunnleggeren av medisinsk yoga (se faktaboks).

Få skader

– Har noen av pasientene opplevd bivirkninger av yogaen?

– En pasient fikk faktisk for lavt blodtrykk, men det er nærmest en positiv bivirkning for en hjerterpasient. Ellers hender det at noen gråter, forteller Nilsson.

Sverker Carlsten ved Linköpings universitet har gjort et litteratursøk der han har sett på ulike studier som omtaler skader oppstått under yoga. Det var svært få studier å ta av. I 2007 var det ifølge ham 14 millioner utøvere av yoga i USA. 13 000 yogaskader hadde oppstått de siste tre år der pasienten hadde oppsøkt akuttavdeling eller lege. Skadene oppstod spesielt i forbindelse med poweryoga, en slags gymyoga.

Carlsten skriver at det er usikkert om yoga kan ha negativ effekt ved infeksjon. Han fant dessuten ett tilfelle der en 61 år gammel kvinne sprakk noen arterier i mageområdet etter pusteøvelser. Hun gikk på blodfortynnende midler, men overlevde etter å ha blitt operert og fått blodoverføring.

– De ville nok sprukket uansett om hun hadde gjort pusteøvelser eller ikke, tipper Maria Nilsson.

– Det forekommer skader ved yoga,

«Det hender at noen gråter.» Maria Nilsson

Huddinge sjukhus har vist effekt ved hjertesvikt.

Flere studier på vei

Ytterligere seks sykehus i Sverige og ett i Italia vil være med på den neste



MOT UTMATTELSESSYNDROM: Elin Saugerud sliter med fatigue og sier hun ikke hadde vært på beina hadde det ikke vært for hennes bakgrunn som sykepleier og erfaringen med medisinsk yoga.



også alvorlige. Men det er ingen indikasjoner på at yoga kan gi psykologiske vansker eller psykotiske tilstander, slik noen har vært redde for. Yogaen er nok mer til nytte enn til skade, skriver Carlsten i metaanalysen og etterlyser samtidig flere studier på området.

Øst møter Vest

På Sagene samfunnshus er det flere sykepleiere. Hvorfor har de gitt seg i kast med medisinsk yoga?

– Jeg vil være en del av at øst og vest møtes, sier Eva Edwin, tidligere intensivsykepleier og kandidat i sykepleievitenskap.

– Østen har en litt annen tradisjon og tankegang enn Vesten, og det ser nå ut som om tiden er inne for at øst møter vest. En integrering av disse tradisjonene, der vi tar i bruk det beste fra hver av dem, vil kunne være nyttig for oss alle, sier hun.

– Mediyoga arbeider med årsaken til sykdommen og ubalansen i uhelden, mens vestlig medisin ser mer på symptomene. Mediyoga er en bro mellom den holistiske måten å se mennesket på og skolemedisinen, supplerer kursleder Engqvist.

Planen til Edwin er å starte eget firma hvor hun vil tilby medisinsk yoga sammen med flere andre alternative metoder for behandling av lettere plager. Men først vil hun ta den mer omfattende yogaterapeututdanningen som går over tre terminer.

– Jeg har tro på yoga som helsebringende metode og liker initiativet til medisinsk yoga for å tilrettelegge den for bruk i vestlig medisin og forskning, legger hun til.

Forskning er mulig

Ved siden av Edwin sitter Stig Ove Raade. Han er også intensivsykepleier og jobber deltid som hjemmesykepleier i Tønsberg kommune. I tillegg har han sitt eget firma hvor han har planer om å integrere medisinsk yoga sammen med tankefelletterapi.

– Ordet «medisinsk» gjorde at jeg ble med på dette yogakurset, sier han, men innrømmer at akkurat det ordet gjorde ham også litt skeptisk. Var det bare dyktige markedsførere som hadde slengt på et ord som de vet nordisk helsepersonell skulle falle for?

– Men så satte jeg meg inn i det, og oppdaget at det var seriøst. Jeg leste meg opp på yoga i sommer og skjønte hvor stor utbredelse det har. Dette måtte jeg bare bli med på, som et helsefremmende tiltak for meg selv, og for å kunne veilede grupper av mennesker som sliter med ulike lidelser. Mye forskning ligger til grunn, det gjør dette spesielt interessant.

– Kan du bruke øvelsene som hjemmesykepleier også?

– Nei, jeg kan ikke trekke dette inn i hjemmesykepleierhverdagen. Da er jeg på jobb for kommunen, og dette er ikke standard pleie ennå.

– Men du kan kanskje starte en studie? Det trenger ikke koste så mye for kommunen, foreslår Engqvist.

Maria Nilsson fikk jo i sin tid lov å forske på yoga på hjerteavdelingen på et offentlig sykehus, etter at hun hadde invitert grunnleggeren Göran Boll til å vise kollegene og ledelsen hva medisinsk yoga gikk ut på.

– Kostet det noe mer enn lønnsuttgiftene dine?

– Ikke selve forskningen, jeg gjorde den første studien på fritiden min. Men blod- og kortisolprøvene kostet jo noe, og etisk forskningskomité skulle ha 5000 kroner for å behandle søknaden.

– Hvilket råd vil du gi norske sykepleiere som kunne tenke seg å forske på yoga?

– Gi ikke opp! Og vær forberedt på å

DRIVE FOR SEG SELV: Intensivsykepleier Eva Edwin vil gå videre og bli yogaterapeut med eget firma, mens intensivsykepleier og hjemmesykepleier Stig Ove Raade vil bruke medisinsk yoga i firmaet han allerede har etablert.

«Evidens er det språket alle i helsevesenet forstår.»

Elisabeth Engqvist

legge ned litt ekstra tid. Nå i min andre studie har jeg fått 20 dager per år til å forske på. Det er ikke så mye det heller, men det hjelper.

– Et kraftfullt verktøy

Ytterst ved døren på Sagene samfunnshus sitter Elin Saugerud, også tidligere sykepleier. For tiden sliter hun med fatigue etter kreftbehandling. Hun ser på medisinsk yoga som en måte å komme seg tilbake i helsevesenet på, ved at hun kanskje kan starte som instruktør på Rjukan hvor hun bor.

– Uten min bakgrunn som sykepleier og min erfaring med medisinsk yoga hadde jeg ikke vært på beina. Dette er et kraftfullt og svært nyttig verktøy for helbredelse, rehabilitering, helse og velvære. Jeg er ennå ikke i arbeid, men med denne utdanningen spirer et håp, sier hun. ■■■

Tekst og foto **Eivor Hofstad**

40 prosent sykepleiere

Siden 2006 har Institutet för Medicinsk yoga (IMY) utdannet instruktører, lærere og terapeuter i medisinsk yoga. Utdanninger finnes i dag i Stockholm, Göteborg, Malmö, Linköping, Karlstad, Umeå og Östersund. I Norge går det kurs i Oslo og Stavanger. Til sammen finnes det nå 73 instruktører i Norge og 500 i Sverige. Til neste år kommer det ytterligere 300 i Sverige og 100 i Norge. 15 prosent av instruktørene i Sverige og 40 prosent av dem i Norge er sykepleiere.



De unge i Europa er ikke lenger opptatt av lønn. De vil bare ha seg en jobb.

– Vi betaler for «kasino-økonomien»

Dere lever i en boble, sier polske Tomasz Jasinski. Han taler til en sal full av sykepleiere, lærere, politi og andre Unio-folk på årskonferansen på Sundvolden.

Jasinski er leder for ungdomsgruppen i European Trade Union Confederation (ETUC), der Unio er medlem. Hans første tanke går til sommerens tragedie uti fjorden like ved.

– Jeg er polsk og jeg er europeisk. 22. juli var jeg også norsk, sier han før han viser hvor sinte de unge i Europa kan være for tiden.

Bildet på storskjermen er av ham selv og andre unge euro-demonstranter i Budapest. «Fuck austeritet» – til helvete med nedskjæringene – står det på plakaten deres.

– Unnskyld språket, men det er sånn de føler det. De er uskyldige ofre for den økonomiske krisen som startet i 2008. De betaler med arbeidsledighet, sosial nød, høyere skatter og dyrere varer.

EUROPEER: Tomasz Jasinski bor i Warszawa, men er ofte i Brussel. Han ser euro-krisen på nært hold. På bildet til høyre demonstrerer Jasinski med andre unge mot nedskjæring.

Verst i Spania

Han belegger med tall: I Europa er arbeidsledigheten nesten 10 prosent. Blant de unge er den over 20 prosent. I Spania nærmer ungdomsledigheten seg 50 prosent. De fleste i jobb har bare midlertidige kontrakter.

De lavlønnte er to-tre ganger mer utsatt for å miste jobbene sine enn andre. 5 millioner europeere er langtidsledige, og tallet øker blant de unge og de lavlønnte. Aller mest sårbare er unge kvinner.

– Dere er ikke så langt fra Europa. «Vil dere reise til Norge?» har jeg spurt unge polakker. «Nei, det er for langt hjemmefra og språket er fremmed. Vi kan ikke kommunisere der», sier de.

Forventningene synker:

– For et par år siden krevde vi flere og bedre jobber. Nå krever vi bare jobber.

Utdanningen er også utsatt:

– Regjeringen i Polen vil privatisere og kommersialisere alt mulig.

Vi slåss for offentlig og gratis utdanning.

Han påpeker at problemet med å flytte over grensene for polakker ofte er at de mangler kvalifikasjoner. Og de mangler finansiering for å skaffe seg disse kvalifikasjonene.

– Men penger er ikke lenger det viktige. De vil ha jobb – en stabil jobb. De vil ha verdighet. Den er svekket i det siste.

Trenger nytt blod

Han mener at fagforeninger er de eneste organisasjonene som kan sikre sosial trygghet.

– Mens dere har en organiseringsprosent på over 50, er den 15 i Polen og 9 i Frankrike. Vi må ha nytt blod. De unge sier vi er altfor gammeldage. Mange vet ikke at vi finnes.

Til Sykepleien forteller Jasinski at han har studert sosialpolitikk i Warszawa, der han også er vokst opp.

– Vi trodde kanskje interessen for fagorganisering ville endre seg med krisen. Men vi ser ikke det ennå. Skal vi ha en spesiell kampanje for å skaffe medlemmer? Kanskje, men de som melder seg inn fordi de er redde, blir ikke varige medlemmer som vil gjøre en innsats. →

«I Polen er det en slags skam å være fagorganisert.» Tomasz Jasinski



Han bruker Twitter og Facebook for å rekruttere «nytt blod».

– Men det virker som de unge bare bruker Facebook for å pleie kontakt med venner. Jeg klandrer dem ikke for det, altså.

– Unge polakker vil ikke til Norge, sier du?

– Nei, til tross for billige fly og bare to og en halv timer i reisetid. De vil heller til nærmere liggende land som Tyskland, Frankrike, Østerrike og Italia.

I 2004 ble Polen medlem i EU. Siden har én til to millioner forlatt landet. De fleste er unge, mange er velutdannet.

– Men krisen i Europa gjør at bare få drar fra Polen nå. I det svarte markedet drar de kanskje, men ellers venter de og ser hva som skjer.

– Du da?

– Jeg vil ikke flytte. Jeg har utdanning og bedre selvtilitt enn andre som kommer fra mindre byer eller landsbygda.

Assosierer med kommunisme

Jasinski går nå av som leder i ungdoms-ETUC, men fortsetter i jobben han har som internasjonal rådgiver i All Poland Alliance of Trade Unions.

– Dere lever i en boble også fordi dere er sosialt orientert. I Europa mangler solidariteten. I Skandinavia er det en selvfølge å være medlem i en fagorganisasjon. I Polen er det en slags skam.

Mange assosierer fagorganisasjoner med kommunismetiden, forklarer han. Dessuten skaper harde angrep fra næringslivet og mediene

et bilde av at fagorganiserte bare vil bevare det gamle.

– Men du skammer deg ikke?

– Jeg har alltid vært sosialt interessert. Far var fagorganisert, men pushet meg ikke, heldigvis. Mine venner er samfunnsengasjert.

Jasinski er 34 år og har planer om å bli «flinkere med seg selv». De siste seks ukene har han bare vært hjemme i fem dager, forteller han.

– Unge polakker vil føle seg trygge før de får barn. De fleste får bare ett.

– Hva tror du om framtiden?

– Jeg prøver å være optimistisk og håper folk vil endre syn på systemene. Men økonomien i EU gjør det vanskelig. Politikerne tenker bare på å få fart i økonomien, ikke på velferd. Jeg er virkelig redd for kredittvurderingsbyråene som påvirker det nervøse aksjemarkedet. Vi, særlig de unge, betaler for følgene av kasino-økonomien.

– Hva kan nordmenn gjøre?

– Dele tanker med oss, være solidarisk. Bygge nettverk. Penger er også nødvendig, men dere er jo flinke med donasjoner allerede.

Han synes et godt eksempel på hvordan nettverk kan oppstå, er aksjonen som startet med å okkupere plassen Puerta del Sol midt i Madrid. Aksjonen var en protest mot kutt i velferdsøkonomien og spredte seg raskt spredde til hele Spania.

– Det samme skjer nå i Wall Street. Aksjonen der viser at folk er lei det gammeldage systemet. Men hva det nye blir, vet jeg ikke. ■■■

Tekst og foto Marit Fonn



– Helseutdanning er ingen jobbgaranti

– MAN KAN NESTEN IKKE FATTE DET

når man hører hvordan de har det i Europa. Våre problemer er av en helt annen karakter, ikke minst når det gjelder ungdomsledighet. Det ser ut som de mister en hel generasjon fra arbeidslivet, sier Eivind Sogn, nestleder i Norsk Sykepleierforbund Student.

– Selv om nyutdannede sykepleiere har problemer med å få seg fast og hel jobb her hjemme, så har vi gode forhold i Norge. Samtidig skal vi ikke ta noe for gitt. Ting kan endre seg fort. Det har vi sett i Europa.

– Noe som særlig må passes på?

– Først og fremst tenker jeg generelt. Men privatiseringsgraden er stor i Europa. Det har satt seg en tanke om at alt som er bra, gjøres i det private. Men er det noen som har skyld i arbeidsledigheten, så er det jo det private næringslivet.

– Hva kan norske sykepleierstudenter gjøre for likesinnede i Europa?

– Engasjere seg internasjonalt. Dele erfaringer. Gi dem støtte.

Sogn var selv nylig i Brussel.

– Vi lager et nettverk for ungdom,

hovedsakelig i offentlig sektor, der også sykepleiere er representert. Det jobbes knallhardt i Europa nå for å sette de unge arbeidstakernes sak på dagsordenen, sier han.

I Brussel traff han folk fra 15 land, blant annet Tomasz Jasinski fra Polen.

– Å utdanne seg i helsefag er ikke noen garanti i Europa. Vi ser nå en strøm av sykepleiere som reiser fra Hellas og Romania. De drar blant annet til Nederland og Belgia. Det skaper nye problemer med sykepleiermangel.

Sogn fikk høre at det er de erfarne sykepleierne som forlater Romania.

– Men de ansetter ikke nyutdannede sykepleiere i Romania, for de er for dårlig kvalifisert.



SOLIDARISK:

Kontrastene er store til Europa, men vi må være på vakt her også, mener student-nestleder Eivind Sogn. Foto: Marit Fonn.

forebygging.no



Kommunetorget.no

– for planlegging av rus- og folkehelsearbeid i kommunene

Fag

bøker
& kultur



FORFATTERINTERVJU:
– Brukermed-
virkning fordrer
kunnskap. Side 60



SYKE SKRIVER: Stadig flere som rammes av alvorlig sykdom velger å opprette sykdomsblogger. Les om positive og mulige negative kosekvenser av denne og andre former for skriveterapi. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Side
50

Side
54

«Enten må hjemmesykepleien tilføres mer ressurser, eller så må oppgavene kuttet.» **SIRI TØNNESEN**



FAG

Skriveterapi

Berit Johannessen, førsteamanuensis i helsefag, Universitetet i Agder.

Marianne Gunnufsen, sykepleierstudent, Universitetet i Agder.

Skriver om sykdommen

Mennesker som rammes av alvorlig sykdom kan ofte få hjelp til å mestre situasjonen sin gjennom skriving.

Denne artikkelen bygger på en bacheloroppgave i sykepleie som handler om skriveterapi for mennesker med alvorlig sykdom. Å få en alvorlig sykdom kan skape mange tunge tanker og vanskelige følelser. Det er viktig å få utløp for og bearbeide disse tankene og følelsene for at de ikke skal forverre en allerede vanskelig situasjon.

Skriveterapi

En måte å bearbeide tanker og følelser på, er å skrive. Man kan for eksempel skrive dagbok eller blogg. Skriving som terapi er lite omtalt i norsk sykepleie, men terapiformen beskrives i større grad internasjonalt (1). Hensikten med artikkelen er å drøfte hvordan skriveterapi kan brukes for å bearbeide følelser knyttet til det å ha fått en alvorlig sykdom og hvordan sykepleiere kan støtte mennesker som ønsker å bruke skriving som terapi.

Å skrive om stressende hendelser og negative følelser er ikke noe nytt fenomen. Traumatiske opplevelser har ofte blitt sett på som inspirasjon for poeter og romanforfattere. Skriveterapi

bygger på den psykoterapeutiske tradisjonen hvor kjernen er å benytte seg av teknikker som uttrykker stressrelaterte tanker og følelser. De siste årene har interessen for den terapeutiske effekten av å skrive økt kraftig. Skriving har vært en måte å omforme traumer og helbrede seg selv og andre på (2,3).

Metode

Jeg valgte litteraturstudie som metode. Det vil si at jeg har forsøkt å skaffe meg en oversikt over relevant forskning og litteratur om temaet ved hjelp av litteratursøk. Deretter har jeg vurdert og analysert disse funnene (4). Funn fra litteratursøket viser at det å sette ord på vanskelige følelser kan ha en innvirkning på fysisk og mental helse, ved at det påvirker immunsystemet, blodtrykket og medfører psykologisk stress (2). Videre viser det seg at det å uttrykke følelser via skriveterapi kan være en form for mestringsstrategi i en vanskelig situasjon. Kvinner som benytter seg av skriveterapi går sjeldnere til lege, har færre tillegglidelser som for eksempel smerte, forbedret selvrapportert helse og redusert angst, og opplever større grad av sosial støtte. Skriveterapi har en positiv innvirkning på livskvaliteten (5,6,7).

Åpenhet

Mange mennesker i dagens samfunn ønsker å være åpne om sykdommen sin. Forskingen viser at åpenhet har både positive og negative følger for den sykdomsrammete (8,9). Stadig flere velger å opprette såkalte sykdomsblogger for å beskrive opplevelser og erfaringer i forbindelse med sykdommen. Dette kan føre til bedret kommunikasjon mellom pasienter, familiemedlemmer og helsevesenet (10). En undersøkelse som er gjort på området viser at halvparten av personene som blogger vurderer det som en form for terapi (10).

Å uttrykke tanker og følelser er nødvendig for å bearbeide følelsene som oppstår når man rammes av alvorlig sykdom. For noen føles det naturlig å være åpen om sine tanker og følelser, mens andre er mer reserverte i forhold til dette (12). Valg av uttrykksform påvirker innholdet i det som kommuniseres. Når det som skal formidles er følelsesmessig vanskelig, kan det virke som en ansikt-til-ansikt-situasjon ikke alltid er det ideelle (13). Når en person skriver om sine innerste tanker og følelser knyttet til et vanskelig tema, kan man få en bedre oversikt over tankene og følelsene sine. Dette kan være med på å skape en avstand til temaet som kan være nyttig.

Mestring av følelser

Skriveterapi må ikke brukes som en erstatning for handling, hvis man kan gjøre noe for å endre den situasjonen man er i, fungerer handling bedre enn skriving. I tillegg bør ikke skriving brukes som forum for usensurerte klager. Studier viser at hvis man bruker skriveterapi for å få ut sinne, kan det tvert imot føre til mer sinne (15).

Menneskets mestringsevne utfordres når man rammes av sykdom, og skriveterapi kan være en form for emosjonelt fokusert mestring. Gjennom skriveterapi kommer man i kontakt med sine innerste følelser, og når ordene får et skriftlig uttrykk kan de lettere gi mening (13). Dette underbygges av en studie som viser at bruk av fortellinger kan hjelpe pasienter til å mestre en kreftdiagnose ved at man får organisert tankene. I tillegg vil det å skrive en fortelling bidra til følelse av kontroll, da «forfatteren» selv bestemmer hva den skal handle om (16). Å skape mening i en situasjon krever at man reflekter over «hvorfor?» Skriveterapi kan være et ledd i en prosess mot å akseptere situasjonen man er i. Dette bekrefte også av Snyder og Lindquist (1) som påpeker at

Hovedbudskap

Sykepleiere som arbeider med kreftpasienter og andre pasienter med alvorlig sykdom bør tilegne seg kunnskap om skriveterapi. Det ser ut til å være et nyttig redskap i omsorgen. Ulike former for skriving kan hjelpe pasientene til å uttrykke tanker og følelser, og øke deres mestring.

Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.
 ▶ Kvinne ▶ Vold ▶ Rus ▶ Veiledning



SKRIVER: Å skrive dagbok eller blogg kan gjøre det lettere for alvorlig syke mennesker å forstå og formidle sine egne følelser. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

skriveterapi kan øke en persons kunnskap om seg selv og dermed bidra til å identifisere skjulte ressurser som kan gi økt tro på egen mestring.

Mindre ensomme

Mennesker som rammes av alvorlig sykdom kan føle seg ensomme (13). I utgangspunktet er skriveterapi en intervensjon hvor man får uttrykke sine innerste tanker og følelser uten å dele dem med andre. For mange kan bruk av dagbok oppleves ensomt. Man gir uttrykk for følelsene sine, men får ingen tilbakemeldinger. Dette kan for noen føre til økt ensomhetsfølelse og økt grad av isolasjon (17).

Blogg er derimot en form for kommunikasjon og kan bidra til å opprettholde relasjoner. Pasienten kan oppleve det som støttende å få tilbakemeldinger fra andre på innleggene de skriver. Det kan være med på å opprettholde kontakt med familie og venner i en tid hvor pasienten for eksempel er innlagt på sykehus og atskilt fra omverdenen (18). Når en person rammes av kreft, ønsker mange å vite hvordan det går og mange vil vise sin støtte. Gjennom bloggen kan man oppdatere omgivelsene og på den måten slippe å fortelle vanskelige ting gang på gang.

Dele erfaringer

Å være åpen om sykdommen kan være en måte

å bearbeide følelsene på. Dette understøttes også av forskning som viser at halvparten av personer som blogger vurderer det som en form for terapi (12). Mens det tidligere ble advart mot å være offentlig om sykdom, opplever mange nå et sterkt behov for å dele (19). Et relativt nytt fenomen er bruk av blogg for å dele sykdomserfaringer. Mange pasienter og pårørende oppretter såkalte sykdomsblogger, hvor man kan utveksle informasjon, ideer og følelser mellom berørte og uberørte personer (11). En utbredt oppfatning er at åpenhet bidrar til å øke kunnskap og redusere fordommer i befolkningen, samtidig som det bidrar til å gi den sykdomsrammete støtte. Dette understøttes også av forskning som viser at åpenhet om sykdom og lidelse har ført til en opplevelse av støtte, mindre grad av negative tanker og styrket pågangsmot (9). Samtidig viser studier at det er vanskelig å si noe om hva som betyr mest, det å kunne uttrykke seg selv eller responsen fra andre (14).

Blogg

Å blogge innebærer at personen kan dele sine innerste tanker og følelser ved bruk av datamaskinen, og kan på denne måten dele sin historie med både kjente og ukjente. En antakelse er at det kan være lettere å være åpen om vanskelige tema når man uttrykker det ved hjelp av tekst

enn ved å uttrykke det verbalt (17).

I en norsk studie svarer 46 prosent at de tar opp ting på internett som de ikke tar opp med sin lege eller terapeut. En av tre synes det er lettere å snakke om helseplager på internett enn med familie og venner (14). En grunn til dette kan være at den sykdomsrammete benytter seg av det som Davidsen-Nielsen (18) kaller for «kjærlighetens skjold». Pasienten bruker «kjærlighetens skjold» for å beskytte seg selv og andre i familien, og deler ikke sine bekymringer og tanker omkring sykdommen, da det kan føre til endringer i rela-

«Mange mennesker i dagens samfunn ønsker å være åpne om sykdommen sin.»

sjonene deres. Det er imidlertid en fare for at man forteller mer enn man hadde tenkt.

Å skrive blogg er en måte å dele sine ofte «rå» følelser i forbindelse med en krise, samtidig som man opprettholder en komfortabel avstand fra sine lesere. Blogging kan på denne måten være svært offentlig, samtidig som den på andre måter er anonym. Man kan dele sine erfaringer med tusenvis av lesere, uten nødvendigvis å diskutere det med de nærmeste (19). Samtidig viser fors-



kning at åpenhet også kan ha negative følger. I en studie opplevde noen av kvinnene at det ikke fantes noen kreftfrie soner (9). Når man velger å være åpen om sykdom kan man oppleve at utenforstående stiller spørsmål i tide og utide, også når vedkommende har blitt friskmeldt. Dette kan for mange føre til at de ikke får mulighet til å glemme sykdommen. Når man velger å være åpen omkring sykdommen i en blogg, stiller man seg i en sårbar situasjon. Selv om de fleste opplever å få positive tilbakemeldinger på innleggene sine, kan man også oppleve å få negative og useriøse tilbakemeldinger, slike tilbakemeldinger kan oppleves krenkende i en tid hvor man er spesielt sårbar.

Sykepleiers rolle

Kunnskap er en forutsetning for å kunne støtte og tilrettelegge for skriveterapi til pasienter. Skriveterapi passer ikke for alle personer, men etter som sykepleieren tilegner seg mer kunnskap og erfaring på området, vil hun kunne identifisere kjennetegn ved personer som vil ha nytte av å skrive (1).

Sykepleieren kan la pasienten gjøre rede for sine egne måter å mestre på (13). Hvis hun mener at pasienten kan ha utbytte av skriveterapi kan hun høre om pasienten er interessert i å lære mer om dette. De fleste som velger å benytte seg av skriveterapi velger å skrive dagbok. For personer som kan ha vanskeligheter med å være åpne omkring sin sykdom, kan det være et hjelpemiddel. Dersom pasienten ønsker det, kan innholdet i dagboken danne grunnlag for en senere samtale med sykepleieren. Dette forutsetter at pasienten selv fremmer et ønske om å dele innholdet med sykepleier. Det er viktig at pasienten ikke føler seg presset til dette. Som sykepleier bør man ikke

oppfordre pasienter til å opprette blogg, men man bør ha kunnskaper om at mange mennesker velger å uttrykke sine tanker og følelser ved hjelp av dette mediet.

Kvinner som deltok i studie om skriveterapi kommenterte at å fokusere på de positive sidene ved sykdommen var et forfriskende tillegg. En sa det slik: «Første gang jeg ble bedt om å skrive om de positive aspektene ved min sykdom i 20 minutter, tenkte jeg: «Du tuller». «Da jeg begynte å tenke over det, ble jeg overrasket over alle de tingene som kom til mitt sinn» (6). Ved bruk av skriveterapi kan sykepleieren hjelpe pasienten til å fokusere på de positive aspektene ved sykdommen, dette kan være med å hjelpe pasienten til å bearbeide følelsene og dermed klare å finne en mening i hendelsen (20).

Konklusjon

Ettersom så mange mennesker som rammes av kreft velger å skrive om sykdommen, kan man anta at mennesker bruker dette som en måte å bearbeide følelser og dele opplevelser på. De fleste forskningsartiklene trekker positive konklusjoner om denne terapiformen. Forskning på skriveterapi tar ikke bare for seg dagbok og blogg. Vi mener likevel at bruk av dagbok og blogg kan være terapi for mennesker som rammes av kreft. Ulike former for skriving tilfredsstillende behovet for å uttrykke tanker og følelser, behovet for å mestre og skape mening, behovet for å opprettholde relasjoner til andre og behovet for åpenhet. På bakgrunn av dette mener vi at skriveterapi bør få mer oppmerksomhet. Sykepleiere som viser interesse for tema bør tilegne seg kunnskap, da skriveterapi viser seg å være et nyttig redskap i omsorgen for kreftrammede. Samtidig ser vi

at det trengs ytterlig forskning på effekten av skriveterapi og på ulik bruk av skriveterapi med pasienter. ■■■

LITTERATUR

1. Snyder M, Lindquist R. Complementary/alternative therapies in nursing. New York: Springer Pub co., 2006.
2. Lepore SJ, Smyth JM. The writing cure. How expressive writing promotes health and emotional well-being. American Psychological Association, 2002.
3. Pennebaker W. Writing to heal: A guided journal for recovering from trauma and emotional upheaval. Oakland, CA: New Harbinger Press, 2004.
4. Forsberg C, Wengström Y. Att göra systematiska litteraturstudier. Stockholm: Natur och Kultur, 2008.
5. Smith S, Anderson-Hanley C, Langrock A, Compas B. The effects of journaling for women with newly diagnosed breast cancer. Psycho-Oncology 2005; 14: 1075-1082.
6. Stanton A, Danoff-Burg S. Emotional expression, expressive writing and cancer. I: Lepore SJ, Smyth JM, red. The writing cure. How expressive writing promotes health and emotional well-being. USA: American Psychological Association 2002:SIDE-
7. Gellaity G, Peters K, Blomfield D, Horne R. Narrowing the cap: the effects of an expressive writing intervention on perceptions of actual and ideal emotional support in women who have completed treatment for early stage breast cancer. Psycho-Oncology 2010; 19:77-84.
8. Morgan NP, Graves KD, Poggi EA, Cheson BD. Implementing an expressive writing study in a cancer clinic. The Oncologist 2008; 13: 196-204.
9. Johansen VF, Andrew TM, Haukanes H. Når det intime blir offentlig. Kvinners erfaring med åpenhet om brystkreft. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning. 2009;2 (5): 2-17.
10. Condor B. Living Well: Blogging can be good for your mental health – to a point. Seattlepi, 2005. Hentet 28.03.11, fra: <http://www.seattlepi.com/default/article/Living-Well-Blogging-can-be-good-for-your-mental-1185151.php?source=rss>
11. Heilferty C. Toward a theory of online communication in illness: concept analysis of illness blogs. Journal of Advanced Nursing 2009; 65(7): 1539-1547.
12. Tan L. Psychotherapy 2.0. My space. Blogging as self-therapy. American Journal of Psychotherapy 2008; 62(2): 143-163.
13. Reitan A M. Krise og mestring. I: Reitan A.M. og Schjølberg, T. Kr. (Red.). Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – handling Oslo: Akribe, 2008
14. Eggen E. Lett å diskutere helse på nett. Hentet 13.03.11, fra: <http://www.forskning.no/artikler/2008/september/195336>
15. Pennebaker J. Opening Up. The healing power of expressing emotions. USA: The Guilford Press, 1997.
16. Carlick A, Biley FC. Thoughts on the therapeutic use of narrative in the promotion of coping in cancer care. European Journal of Cancer Care 2004; 13: 308-317.
17. Birkeland MS, Rimehaug T, Arefjord K, Jøraas T, Ruud E. Klienters erfaringer med e-terapi som tillegg til vanlig psykoterapi. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2009; 46 (4): 348-354.
18. Reitan A M. Mestring. I: Knutstad, U. og Nielsen B.K. (Red.). Sykepleieboken 2. Teoretisk-metodisk grunnlag for klinisk sykepleie. Oslo: Akribe 2006.
19. Baker S. Blogging Breast Cancer. Thousands of women are sharing their cancer stories and baring their souls to the world – without ever leaving their computers. Why are online diaries so popular? Mamm 2008; 10 (2): 1-4. Hentet 10.03.11, fra: http://www.mamm.com/highlights.php?&qbackid=47fa2db88642e37a_99906&qbacktitl=Current%20Issue&seq=2&page=1
20. King LA. Gain without pain? Expressive writing and self-regulation. I: Lepore SJ, Smyth JM, red. The writing cure. How expressive writing promotes health and emotional well-being. USA: American Psychological Association, 2002: SIDE?

LANGE ARBEIDSDAGER OG TRETTE BEN?

– Strøpene som gjør dagen lettere for deg kjøper du hos WWW.XWEAR.NO



Varer og faktura sendes med posten.

NB: Alle varer er sertifisert med Öko-TEX Standard 100.



Ingen bragd?

Marit Figenschou fikk kreft. Så fikk hun diagnosene leddgikt, osteoporose og artrose. Uførheten ventet. Men Figenschou tok opp kampen ved å sette seg mål hun var sikker på ikke å nå. Hun ville gå opp høye fjell. Og opp kom hun. I boken «Til Sydpolen ingen bragd» forteller hun om veien opp og om erkjennelsen av at det er andre ting enn å gå til Sydpolen som hun har større grunn til å være stolt av.

Ifølge en anmeldelse i Tidsskrift for Den norske legeforening er boken «god sengelektyre for både leg og helsefaglig lærd».



Diabetesfremkallende turnusarbeid

Tredelt turnusarbeid med minst tre nattevakter per måned, øker risikoen for type 2-diabetes hos sykepleiere. Derfor trengs det riktig screening og intervensjonsstrategier for skift- og turnusarbeidere for å forebygge diabetes.

Det er konklusjonen i en stor amerikansk studie som har sett på utviklingen av type 2-diabetes hos 178 000 turnusarbeidende sykepleiere, publisert i PLoS Medicine, november 2011.

Sykepleierne ble fulgt i 18-20 år. 10 126 av dem fikk type 2-diabetes, noe forfatterne omtaler som en beskjeden økning av risiko.

Tidligere studier har vist at turnusarbeid gir økt risiko for fedme og metabolsk syndrom, tilstander som er nært knyttet til type 2-diabetes. Noen studier har også vist at turnusarbeid kan øke risikoen for type 2-diabetes, men disse har vært av dårlig kvalitet på grunn av ulike metodiske problemer.

PPS til Århus

Århus kommune har valgt å kjøpe PPS (Praktiske prosedyrer i sykepleietjenesten) fra forlaget Akribe. En forundersøkelse kommunen har gjort, viser at PPS fungerer godt.

Århus er referansekommune for flere danske kommuner som vurderer PPS som kvalitetsverktøy i pleie- og omsorgstjenesten.

Kilde: Akribe



Ble årets bibliotek

Helsebiblioteket er kåret til årets bibliotek. Det er første gang et heldigitalt bibliotek vinner prisen.

Det er Norsk bibliotekforening som deler ut prisen, som går til et bibliotek som har anvendt nye ideer eller utmerket seg gjennom samarbeid med dem som styrer eller bruker biblioteket. Framtidsrettede, utradisjonelle og offensive tiltak kan være blant kriteriene for å få prisen.

Helsebiblioteket gir både befolkning og helsepersonell gratis tilgang til kvalitetssikrede kunnskapskilder. Juryen begrunner tildelingen med at Helsebiblioteket på mange måter er et pionerprosjekt.

Da ADHD'en ble et problem

Hågen Haugrønningen søkte om hjelp for sin ADHD. Da begynte problemene.

I siste nummer av tidsskriftet *Psykisk helse og rus* forteller Hågen Haugrønningen om sine erfaringer med diagnosen ADHD. Haugrønningen har det i dag bra og bygger opp en karriere som blant annet foredragsholder og coach. Han holder foredraget *Fra traume til ressurs – det var ingen selvfølge at jeg overlevde* og håper å bidra til økt kunnskap om ADHD.

Han mener diagnosen ble problematisk da han søkte offentlig hjelp for ADHD-problematikk.

– Det ble jeg overhodet ikke møtt på, sier han.

Derimot ble han møtt med at han hadde så mange ressurser.

– Det er skremmende at det fremdeles er så lite kompetanse og så mye fordommer mot ADHD og voksne i dag, mener Haugrønningen.

I 35 år gikk han rundt med ubehandlet ADHD. Han slet med depresjoner, ble utbrent og etter hvert medisineret. Medisinene førte til psykose. Han har vært på institusjon og i fengsel. Så tok han selv grep. Hvordan han gjorde det, forteller han i intervjuet.

PSYKISK HELSE OG RUS sendes med Sykepleien til medlemmer av NSFs landsgruppe av psykiatriske sykepleiere. Vil du abonnere, finn informasjon på sykepleien.no



Styres av klokken

Tidspress i hjemmesykepleien fører til lovbrudd, viser ny doktorgrad.

Tekst **Susanne Dietrichson** Illustrasjonsfoto **Colourbox**

Det ikke er samsvar mellom de oppgavene hjemmesykepleien er pålagt og ressursene som stilles til rådighet. Dette kommer frem i Siri Tønnessens ferske doktorgrad om prioriteringer i hjemmesykepleien.

Avhandlingen er basert på intervju med 17 sykepleiere og ni pasienter i hjemmesykepleien. Sykepleierne har forskjellig alder, kjønn og erfaringsbakgrunn og bor på forskjellige steder i landet. Noen hadde jobbet i hjemmesykepleien i halvannet år og andre i 35 år på tidspunktet de ble intervjuet. Alderen varierte fra 25 til 55 år.

Får ikke alt de skal

Samtlige av sykepleierne beskrev tidsmangel som en begrensning. Særlig de som jobber etter bestiller-utførermodellen, sliter med følelsen av at det er klokken som styrer dem, ikke pasientenes individuelle behov.

– I store trekk sier alle det samme, nemlig at tiden og ressursene ikke strekker til i forhold til oppgavene de er pålagt, forteller Tønnessen.

Hun viser til Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene og påpeker at tjenestene som ytes i hjemmesykepleien medfører lovbrudd.



– Pasientene får mat, medisiner og personlig stell, mens psykososiale og åndelige behov ikke blir ivaretatt i det hele tatt.

Pasientene som ble intervjuet uttrykker i stor grad at de er fornøyde med tjenesten. Dette samsvarer med tidligere spørreundersøkelser, men Tønnessen mener den tilsyne-

latende pasienttilfredsheten er svært overflattisk.

– Hvis man går nærmere inn på hvordan pasientene opplever tilbudet, avdekkes store mangler, forteller hun.

Positive pasienter

De ni pasientene Tønnessen og medforfattere intervjuet var mellom 52 og 93 år, med behov for hjelp fra tre ganger i uka til seks ganger i døgnet. Alle anerkjente hjemmesykepleierne på en positiv måte ved å påpeke at de gjør så godt de kan, innenfor de rammene de har.

– Pasientene sier at tjenestene de får dekker behovet deres, men de forteller likevel om krenkende situasjoner der basale behov ikke blir ivaretatt. Som for eksempel at de får dusje bare én gang i uka og må vente i timevis for å få komme på do.

Tønnessen påpeker at dette blant annet er i strid med forskriftene om respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet, helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat, samt mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet.

I tillegg brytes verdighetsgarantien, som garanterer ivaretagelse av individuelle behov

og samtaler om eksistensielle spørsmål.

Bekrefter egne erfaringer

Siri Tønnessen har selv lang erfaring fra hjemmesykepleien, blant annet som omsorgssjef utenfor Harstad, og er ikke overrasket over egne funn. Tvert imot har hun fått bekreftet erfaringen hun selv har fra sektoren.

– Som forhenværende omsorgssjef vet jeg hva det vil si å sitte med vanskelige valg; det er frustrerende og slitsomt. Vi har lenge sett at kvaliteten på tjenesten ikke er god nok, sier Tønnessen.

Hun ber politikerne ta ansvar.

– Enten må hjemmesykepleien tilføres mer ressurser, eller så må oppgavene kuttes. Slik tjenesten drives i dag er den lovstridig.

Tønnessen har lagt stor vekt på å være tro mot dem hun har intervjuet. Hun har lett etter motsetninger og uventete ting i materialet hun samlet inn.

– Ingen forskning er 100 prosent nøytral, men

«Som forhenværende omsorgssjef vet jeg hva det vil si å sitte med vanskelige valg.» Siri Tønnessen



jeg har aktivt lett etter ting som kunne fortelle meg noe annet enn det jeg forventet, sier hun.

Kjenner seg igjen

Hun har reist rundt og holdt foredrag i kommunene basert på funnene i doktorgradsarbeidet, og overalt har hun fått bekreftet at sykepleiere kjenner seg igjen i det hun beskriver.

– Jeg synes det er ille at politikerne ikke våger å ta de upopulære beslutningene som en eventuell nedprioritering av ressurser og tjenester innenfor hjemmesykepleien innebærer.

Hun mener resultatet blir at beslutningene skyves nedover. Dermed blir det overlatt til syke-

pleierne, som er nærmest pasienten, å prioritere.

– Det var dette som var mitt utgangspunkt for avhandlingen: Hva gjør du som sykepleier når du vet at pasientene har legitime krav som du ikke makter å oppfylle på grunn av mangel på ressurser?

Tønnessen mener resultatet blir tilfeldig og urettferdig, noe som er i strid med pasientenes lovfestede rett til likeverdige tjenester.

– Jeg mener det er etisk uakseptabelt å pålegge sykepleierne oppgaver som det ikke finnes ressurser til. Noen sykepleiere gir individuell hjelp. De tar av egen pause eller sparer inn tid hos andre pasienter. Men dette blir tilfeldig. ■■■

Grenseløse oppgaver

Helge Eide mener hjemmesykepleien er under et konstant og økende press. Tekst Susanne Dietrichson

Eide er områdedirektør for interessepolitikk i KS, og kjenner godt igjen den virkeligheten Tønnessen beskriver i sin doktoravhandling.

– Det er nærmest ikke grenser for hvilke oppgaver hjemmetjenesten forventes å ta fatt i, sier han.

– Forventningene de ansatte og lederne i kommunene møter, er enorme.

Nøkternhet

Eide er opptatt av nøkternhet og realisme med tanke på hvilke oppgaver hjemmetjenesten faktisk kan løse.

– Det er hinsides enhver realisme å tro at de ansatte i hjemmetjenesten kan utføre samtlige av oppgavene innen pleie- og omsorgssektoren som kommunene har ansvar for, mener han.

Eide mener man må ha en politisk diskusjon i hver enkelt kommune om hvilke oppgaver de ansatte i hjemmetjenesten må prioritere,

innenfor den ressursrammen som faktisk er tilgjengelig. Han understreker at oppfølging av «verdighetsgarantien» er alt for omfattende til at hjemmesykepleierne kan greie dette i løpet av de timene de er på jobb.

Frivillige

– En god frivillighetspolitikk og god støtte til pårørende er en viktig del av en verdig eldreomsorg i den enkelte kommune, mener Eide.

– Ansvar som er pålagt hjemmesykepleierne i dag er grenseløst og resulterer i slitne ansatte som ikke føler at tiden strekker til.

Han mener også at utvikling av velferdsteknologi og økt systematikk på innovasjonsarbeidet i kommunene er satsingsområder som kan bidra til å løse noen av oppgavene i hjemmesykepleien.

– Tønnessen mener at ressursene enten må økes eller forskriftene endres, er du enig i dette?

– Det er et helt klart et politisk anliggende å sørge for at det er samsvar mellom hva som

loves av tjenester, og delegering av ressurser til å løse disse oppgavene. Vi utfordrer regjering og Storting til ikke å love mer på vegne av kommunene enn hva kommunene får mulighet til å innfri. På kommunalt nivå bør det utformes serviceerklæringer som gir brukere og pårørende et ærlig bilde av de tjenestene som faktisk gis, mener han.

Dokumentasjon

Han peker på at dokumentasjonssystemer i kommunene er viktige verktøy for å kvalitets sikre og utvikle tjenestene, men at det må være et mål å begrense tiden man bruker på slik dokumentasjon til det som er nødvendig for å måle og sikre kvalitet.

– Derfor setter vi nå i KS i gang et FOU-prosjekt hvor vi vil måle samlet tidsbruk på dokumentasjon og rapportering i pleie- og omsorgssektoren. På den måten håper vi å få et bedre grunnlag for å skille det viktige fra det mindre viktige.



Hygienetiltak har effekt

Hygienepersonell kan bidra til å forebygge sykehusinfeksjoner.

Statistisk sett blir 5–12 prosent av alle innlagte pasienter påført sykehusinfeksjoner ved norske sykehus (1,2). Dette er en alarmende statistikk. Mikroorganismenes resistensutvikling overfor antimikrobielle midler er i dag et verdensomfattende og utfordrende helseproblem (1,3). Dersom man fulgte basale smittevernrutiner tilfredsstillende, kunne en betydelig del av nosokomiale infeksjoner vært forebygget (1,2,4). Basale smittevernrutiner omfatter håndhygiene, hostehygiene, pasientplassering, personlig beskyttelsesutstyr, håndtering av pasientnært utstyr, reinhold og desinfeksjon, avfallshåndtering, håndtering av sengetøy og tekstiler, trygg injeksjonspraksis, desinfeksjon av hud, samt beskyttelse mot stikkskader (5). Ettersom så mange pasienter påføres sykehusinfeksjoner, må helsetjenesten vektlegge på hvilke måter man bedre kan implementere basale smittevernrutiner (1,4). Formålet med denne artikkelen er å bruke forskningsbaserte artikler til å redegjøre for hvordan smittevernpersonell kan bruke ulike intervensjoner, og

slik øke kompetansen i smittevernarbeid hos ansatte i helseinstitusjoner.

Litteraturstudier

Artikkelen er basert på litteraturstudier. Kildene er fagartikler fra nyere forskning, litteratur og lovverk. Datasøk er gjort i Medline, SveMed+, Cinahl, Embase og Cochrane. Det finnes få forskningsbaserte artikler som gir en samlet oversikt vedrørende hele temaet. Men en relevant oversiktsartikkel inneholder funn og oppsummeringer fra flere primærstudier om problemstillingen, i tidsrommet 1994 til 2006. Denne artikkelen inneholder oversiktstabeller over utførte intervensjoner, der samsvaret mellom retningslinjer og oppfølging av disse er utregnet (6).

Artiklene viser at det på verdensbasis ikke er tilfredsstillende samsvar mellom hva som er anbefalt og ansattes etterlevelse av retningslinjene. Studier viser for eksempel at håndhygiene i helseinstitusjoner blir utført i under 50 prosent av tilfellene hvor det er anbefalt (7,8). Undersøkelser viser at prosedyrer kun blir fulgt i 60 prosent av tilfellene (9). Dette er i samsvar med funn i oversiktsartikkelen (6).

Viktig rolle

Et viktig funn er smittevernpersonellens rolle som bindeledd mellom sykehusledelsen og de ansatte, når det gjelder å identifisere smittevernproblemer og implementere ny kunnskap (10-12). Smittevernpersonell har ansvar for å gi ledelsen råd om ulike intervensjoner, og bør være oppdatert på innovasjonsmetoder både nasjonalt og internasjonalt. Studier viser at måten smittevernpersonell formidler kunnskapen om grunnleggende smittevernprosedyrer på er vesentlig (11,13). Tradisjonell undervisning

er det mest brukte tiltaket i smittevernarbeid (6,14). Resultatene fra 81 enkeltstudier viser at ansatte får størst læringsutbytte av små målrettede undervisningsgrupper med praktiske øvelser, case og gruppearbeid (14,15).


Dårlige forbilder

Andre undersøkelser påpeker at grunnopplæringen innen infeksjonsforebygging på høyskolene ikke er tilfredsstillende og at legestudenter kan mindre om basale smittevernrutiner enn sykepleierstudenter (16,17, 28,19). Dette skaper utfordringer ettersom legene ved helseinstitusjoner leder behandlingen og er rollemodeller (2,6,16,17). Det fremgår også at enkelte erfarne leger ikke etterlever grunnleggende rutiner, og dermed fremstår som dårlige forbilder for mindre erfarne kollegaer (17,20).

Informasjon

Funn i flere forskningsartikler viser også at ansatte får økt kunnskap etter å ha gjennomgått et e-læringsprogram. Andre effektive intervensjonsmåter er målrettede påminnelser og informasjonsfoldere (14, 21). Men forutsetningen for et godt resultat er at kvaliteten på informasjonsplakaten eller folderen er gjennomarbeidet, fokuserer på konkrete basale smittevernrutiner og fornyes med jevne mellomrom. Informasjonsbrosjyrer ved korrekt bruk av munnbind, stellefrakker og undervisning av håndhygiene er utprøvd og man har konkludert med at dette er hensiktsmessige tiltak (6).

Kampanjer

WHO har flere ganger iverksatt kampanjer for å forbedre smittevernrutinene på verdensbasis. Blant annet er 5. mai innført som en verdensomfattende dag for håndhygiene 

Hovedbudskap

Smittevern er avhengig av ansattes holdninger og verdier, og disse utvikles hovedsakelig gjennom økt kunnskap. Artikkelen beskriver i hvilken grad internasjonale forskningsbaserte fagartikler underbygger en slik oppfatning, samt i hvilken grad andre intervensjonsmetoder innvirker på smittevernarbeidet.

Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.
» Hygiene » Infeksjon » Smitte » Intervensjon



HINDRER SMITTE: Bedre håndhygiene blant sykehuspersonell er et av smitteverntiltakene som kan bidra til færre sykehusinfeksjoner. Foto: Svein Løvland.

(22). Høsten 2010 ble også kampanjen «Train the Trainer» fra WHO om håndhygiene innført i Norge. Denne gjelder sertifisering av smittevernpersonell i håndhygienekontroll (23). En artikkel beskriver verdifull implementering ved et universitetssykehus i Singapore, basert på WHO's «My 5 Moments for Hand Hygiene». I dette prosjektet deltok 90 legestudenter og 69 av disse endret holdning til korrekt håndhygiene (19).

Enkelttiltak

En hensiktsmessig form for intervensjon er samarbeid om planlagte pedagogiske oppsøkende besøk på enkeltavdelinger (24). Slike møtepunkter gir smittevernpersonell og avdelingsledelsen fleksible rammevilkår for å tilfredsstille de ulike behovene for kompetanseutvikling.

Forskningsartiklene peker også på ulike utfordringer smittevernpersonell vil møte ved gjennomføring av intervensjon (6). Hindringer kan være manglende ledelsesfokus (10,11,13,14), dårlige rollemodeller (10,13,17,20), mer tidsbruk i pasientpleien (2,16, 20), samt at ansatte ikke oppfatter kunnskap vedrørende basale smittevernrutiner som

«Det ble målt nedgang i urinveisinfeksjoner på mer enn 50 prosent.»

viktig nok (11,16, 19). Studier viser at ansatte ble bedre på oppfølging av smittevernrutiner dersom de oppfattet betydningen av retningslinjene (15,25). En utfordring kan også være at noen av retningslinjene vedrørende basale smittevernrutiner ikke er tilstrekkelig evidensbaserte (8,20,26,27).

Diskusjon

Når jeg i det følgende vil diskutere smittevernintervensjoner, baserer jeg meg både på ovennevnte forskningsfunn og egne erfaringer fra et ferdig gjennomført intervensjonsprosjekt ved et norsk sykehus. Hovedmålsettingen med dette prosjektet var bedre oppfølging av basale smittevernrutiner. Intervensjonen var strukturert (12) og basert på at økt kunnskap skulle gi holdningsendringer hos alle ansatte på sykehuset. Forankringen i sykehusledelsen ga meg som hygienesykepleier legitimitet som prosjektleder. Intervensjonen var avhengig av engasjement og oppfølging fra sykehusledelsen, delprosjektgruppa, avdelingslederne og sjefs-

legene. Vi fokuserte på verdier og holdninger. Prosjektet inneholdt en kombinasjon av ulike intervensjoner som internrevisjon, undervisning, pasientspørreskjema, håndhygienekampanje, kunnskapstest, spørreskjema til ansatte før og etter intervensjonsprosjektet, måling av urinveisinfeksjoner, samt registrering av ansattes bruk av ringer, klokker og smykker. Prosjektet, og videre oppfølging av dette, medførte merkbare positive holdningsendringer. Resultatmålsettingen var økt kompetanse og færre urinveisinfeksjoner. Det ble målt nedgang i urinveisinfeksjoner på mer enn 50 prosent. Holdningsendringen viste seg blant annet ved at ansatte i arbeidsuniform ikke lenger bruker ringer og klokker. Utfordringen består i hvilke nye intervensjoner som er nødvendige for å opprettholde holdningsendringer over tid (6,12,14).

Ledelsesforankring

For at smittevernpersonell skal kunne gjennomføre en vellykket intervensjon, er det en forutsetning at arbeidet er forankret hos sykehusledelsen (10-14). Smittevernkulturen som etableres på helseinstitusjonene er avhengig av i hvilken grad ledelsen generelt vektlegger smittevernarbeid i overordnede styringsdokumenter. Omfattende intervensjonsprosjekter må godkjennes av ledelsen gjennom enkeltvedtak, eller ved godkjenning av handlingsplaner. Mindre omfattende intervensjoner kan gjøres med basis i overordnede styringsdokumenter. Smittevernpersonell må være aktive pådrivere og skape tillit hos både ansatte og ledelse for å få gjennomført intervensjoner.

Kompetanse

Det er mange muligheter for smitteoverføring på et sykehus (1,28). Studier viser at flere intervensjoner vil forbedre ansattes kompetanse (6,14). Intervensjon som tar sikte på å forbedre basale smittevernrutiner må ta sikte på både å øke de ansattes kunnskap og utvikle deres evne til å utføre prosedyrene på en korrekt måte (11,14). «Learning by doing» er et pedagogisk virkemiddel som sikrer at de ansatte erverver kunnskap bedre (18). Sykehuspersonell kan mene at basale smittevernrutiner både er diffuse og ikke viktig nok (14). Forbedringer av rutineene får derfor ikke alltid tilstrekkelig oppmerksomhet fra de ansatte. Til tross for økt kunnskap, er sykehusansatte selektive i hvordan de følger opp basale smittevernrutiner, og de tilpasser seg gjerne systemet selv om dette ikke er tilstrekkelig (6, 13). I slike situasjoner må pedagogiske læremåter vektlegges.

Undervisning

Hvert år brukes store ressurser på undervisning, konferanser, kurs og seminarer (6,14,15). Dette er viktig for utvikling av faglig kompetanse, men må likevel ikke gå på bekostning av tradisjonell undervisning som bør kombineres med case og praktiske øvelser (6,14,15). God forankring og involvering av medarbeidere er en forutsetning for at undervisningen skal lykkes. Formidleren må være bevisst på at ansatte på sykehus har forskjellig yrkesbakgrunn og at ulike avdelinger har egenartete kulturer. Studier viser at undervisningen må være forskningsbasert for at legene skal endre praksis, derfor må undervisningen tilpasses dette (16, 20). Undervisning særlig rettet mot leger er kanskje nødvendig for at smittevern skal bli tatt alvorlig nok også i praksis.

E-læring

I flere helseregioner i Norge har smittevernpersonell utarbeidet kvalitetssikret e-læringsundervisning vedrørende mikrobiologi, smittetekjeden, infeksjonssykdommer og basale smittevernrutiner. Fordelen med e-læring er ressursbesparelse og at de ansatte kan gjennomføre opplæring når det passer (29). Avdelingsledere kan kontrollere hvem som har gjennomført opplæringen, og purring kan sendes til dem som ikke har svart. Mine erfaringer samsvarer med studier som beskriver noen ulemper ved e-læringen: Ikke alle ansatte er datakyndige, samt at det for noen ikke er så motiverende som vanlig undervisning. De kan heller ikke stille direkte spørsmål (29). E-læring er velegnet for teoretisk læring, men må suppleres med praktiske øvelser og gjennomgang av enkeltprosedyrer.

Pedagogiske besøk

En helseinstitusjon består av et avdelingsfellesskap som omfatter pasienter, pårørende, ansatte og ledelse. Alle disse må involveres i smittevernarbeidet for at ansatte skal oppleve eierforhold og delaktighet. I lys av dette kan det å innføre pedagogisk oppsøkende besøk, i samarbeid med avdelingsledelsen, ha stor nytteverdi (24). Her kan de ansatte ta opp sine spørsmål ansikt til ansikt med fagpersonell, og man etablerer relasjoner basert på gjensidig forståelse. Utfordringen er at denne formen for intervensjon er ressurskrevende. For å gi besøkene tilstrekkelig grad av profesjonalitet er det fornuftig å bruke befaringsrapporter. Disse rapportene kan danne grunnlag for at de lovpålagte internrevisjonene får et mer konstruktivt innhold (1). Avvik må følges opp med

pedagogisk undervisning, fremfor pålegg om endring som ansatte ikke forstår (30). Smittevernkontakter på avdelingene vil kunne gi et godt grunnlag for å etablere pedagogiske besøkssrunder i samarbeid med avdelingsledelsen. Samarbeidet kan føre til økt smittevernbevissthet hos de ansatte. Holdninger kan endres over tid basert på forståelse, tilbakemeldinger, involvering og tverrfaglig samarbeid (31). Ved slike befaringsbesøk kan smittevernpersonell både avdekke mangler og uheldige rutiner, samt undervise om infeksjonsforebyggende tiltak (1). På den måten oppnår man et samarbeid som er gunstig og som kan brukes effektivt for å øke kompetansen om basale smittevernrutiner (14).

Innovasjon

Betydningen av undervisning i korrekt håndhygiene anses som en «døråpner» til videre kunnskapsformidling vedrørende de andre basale smittevernrutinene (22). Håndhygiene er retningslinje nummer en, og skal gjelde i kontakt med alle pasienter (8,20,26,32). Korrekt håndhygiene er imidlertid vanskelig å implementere i helseinstitusjoner. WHO har nå standardisert og utarbeidet systemer for observasjon av ansattes håndhygiene i pasientsonen. Modellen er anerkjent og utprøvd internasjonalt (23). Smittevernpersonell har forventninger om at modellen «My 5 Moments for Hand Hygiene» skal innføres i Norge, og brukes som en kvalitetsindikator for pasientsikkerhet innen få år. For at registreringen skal ha verdi, med tanke på sammenlikning av resultater innen og mellom institusjoner, må observasjonene være standardiserte. Intervensjonen inneholder kunnskapsformidling, etterfulgt av observasjoner og øvelser, og er et teoretisk og praktisk tiltak som gir ansatte økt kompetanse (19).

Presentasjon

En grunnleggende forutsetning for at hygiene-sykepleiere skal kunne intervensere med gode resultater, er at de har kompetanse til dette. Derfor er det viktig at de erverver ny kunnskap i form av videreutdanning, etterutdanning og kurs. Formidlingen må være kunnskapsbasert og formidles pedagogisk (33). Kurs og øvelse i presentasjonsteknikk vil være nyttig for hygiene-sykepleiere. Smittevernpersonell må ha evne til å oppnå tilhørernes oppmerksomhet og gjøre fagstoffet aktuelt. En presentasjon involverer tre komponenter: budskapet, ansatte og smittevernpersonell (34). Noen blir overbevist av fakta, mens for andre er verdier og lojalitet utslagsgivende (14). Dette underbygger at

undervisningen bør foregå i mindre grupper.

Holdninger

Studier viser at smittevernpersonell bør ta utgangspunkt i ulike holdningsendringsteorier før de setter i gang intervensjoner (6,13,14,33). Min erfaring fra intervensjonsprosjektet har vist at holdningen til ansatte er avgjørende for å forbedre oppfølgingen av basale smittevernrutiner. Forskningsartikler angående oppførsel og holdninger konkluderer med at enkelte ansatte ikke har gode nok verdier. De overveier ikke eventuelle smittekonsekvenser i tilstrekkelig grad (8, 33,35). Dette kan ha sammenheng med at utilstrekkelig oppfølging av basale smittevernrutiner rammer pasientene, og ikke den ansatte selv (35). Det er i dag lite forskningsmessig dokumentert hvorvidt og hvordan sykehus arbeider med å realisere holdninger og verdier i praksis, og hvilken effekt dette arbeidet eventuelt har (36). Bevisstgjøring og synliggjøring av de faglige verdiene er vesentlig for å oppnå grunnleggende pasientsikkerhet (36,37). Smittevernpersonellets rolle er å være pasientenes advokat.

Konklusjon

Betydelig mangelfull utøvelse av basale smittevernrutiner gir ikke tilfredsstillende pasientsikkerhet. Forskningsbasert kunnskap tilsier at intervensjoner er nødvendig for å gi resultater ved implementering av basale smittevernrutiner. Det er smittevernpersonellet som har fagkunnskap. Smittevernpersonell bør fungere som rådgivere for både ledelse og ansatte, samt lede utførelsen av de ulike intervensjoner. Iverksetting av flere tiltak som er pedagogisk tilpasset ulike målgrupper viser seg å gi best resultat. Hvilke form for intervensjoner man velger og gjennomfører syntes å være av underordnet betydning. Det viktige er at man faktisk intervenser. Selv om smittevernpersonell ikke har det formelle ansvaret, så er det å ta initiativ essensielt for å oppnå tilfredsstillende kompetanse om basale smittevernrutiner i helseinstitusjoner. ■■■

LITTERATUR

- Andersen BM. Håndbok i hygiene og smittevern for sykehus. Mikrober og smitteveier. 4. ed. Oslo: Ullevål universitetssykehus HF, 2008. p. 8-9, 151-3, 660-4.
- Berland A, Berentsen SB, Gundersen D. Sykehusinfeksjoner og pasientsikkerhet. *Vard Nord Utvekl Forsk* 2009;29(1): 33-7.
- Solberg CO. Mikroorganismer slår tilbake - infeksjonssykdommene i de siste 50 år. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2001;30:3538-43.
- Jarvis WR. Investigating Endemic and Epidemic Healthcare-Associated Infections. I: Jarvis WR, editor. Bennett & Brachman's Hospital Infections. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007: 91.
- Folkhelseinstituttet. Basale smittevernrutiner i helsetjenesten. 2009 [updated 11.08.2009; cited 2010 17.10]; Available from: <http://www.fhi.no/artikler?id=7407>.

- Gammon J, Morgan-Samuel H, Gould D. A review of the evidence for sub-optimal compliance of healthcare practitioners to standard/universal infection control precautions. *J Clin Nurs* 2008;17:157-67.
- Golan Y, Doron S, Griffith J, Gamal H, Tanios M, Blunt K, et al. The Impact of Gown-Use Requirement on Hand Hygiene Compliance. *Clin Infect Dis* 2006;42:370-6.
- Jumaa PA. Hand hygiene: simple and complex. *Int J Infect Dis* 2005;9:3-14.
- Resar R. How to design reliable processes in Healthcare. [cited 2010 12.10]; Available from: <http://www.ihl.org/IHI/Topics/Reliability/ReliabilityGeneral/EmergingContent/HowtoDesignReliableProcessesinHealthCare-Presentation.htm>.
- Ling ML. Patient Safety. I: William JR, editor. Bennett & Brachman's Hospital Infections. 5th ed. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2007: 813-17.
- Runy LA. Hospital-acquired Infections: Leadership Challenges. *Hosp Health Netw* 2008;82 (10): 56-65.
- Jones M, Woeltje KF. The Development of Infection Surveillance and Control Programs. I: Jarvis WR, editor. Bennett & Brachman's Hospital Infections. 5th ed. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2007: 66-70.
- Pittet D. The Lowbury lecture: behaviour in infection control. *J Hosp Infect* 2004;51:1-13.
- Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *J Lancet* 2003;362:1225-30.
- Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien Mary A, Wolf F, et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [serial on the Internet]. 2009; (2): Available from: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cdsysrev/articles/CD003030/frame.html>.
- Sax H, Perneer T, Hugonnet S, Herrault P, Chraïti M, Pittet D. Knowledge of Stein AD, Makarawo TP, Ahmad MFR. A survey of doctors' and nurses' knowledge, attitudes and compliance with infection control guidelines in Birmingham teaching hospitals. *J Hosp Infect* 2003;54:68-73.
- Tavolacci M, Ladner J, Bailly L, Merle V, Pitrou I, Czernichow P. Prevention of Nosocomial Infection and Standard Precautions: Knowledge and Source of Information Among Healthcare Students. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2008;29(7): 642-7.
- Fisher D, Pereira L, Ng TM, Patlovich K, Teo F, Hsu LY. Teaching hand hygiene to medical students using a hands-on approach. *J Hosp Infect* 2010;76:86-7.
- Jang J-H, Wu S, Kirzner D, Moore C, Tong A, McCreight L, et al. Physicians and hand hygiene practice: a focus group study. *J Hosp Infect* 2010;76:87-8.
- Robert J, Renard L, Grenet K, Galerne E, Farra AD, Aussant M, et al. Implementation of isolation precautions: role of a targeted information flyer. *J Hosp Infect* 2006;62:163-5.
- WHO. SAVE LIVES. Clean Your Hands. Patient Safety. 2009; Available from: <http://www.who.int/gpsc/5may/en/>.
- Sax H, Allegranzi B, Uckay I, Larson E, Boyce J, Pittet D. «My five moments for hand hygiene»: a user-centred design approach to understand, train, monitor and report hand hygiene. *J Hosp Infect* 2007;67:9-21.
- O'Brien Mary A, Rogers S, Jamtvedt G, Oxman Andrew D, Odgaard-Jensen J, Kristoffersen Doris T, et al. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [serial on the Internet]. 2007; (4): Available from: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cdsysrev/articles/CD000409/frame.html>.
- Swoboda SM, Earsing K, Strauss K, Lane S, Lipsett PA. Electronic monitoring and voice prompts improve hand hygiene and decrease nosocomial infections in an intermediate care unit. *Crit Care Med* 2004;32(2): 358-63.
- Fagernes M, Lingaas E. Impact of Finger Rings on Transmission of Bacteria During Hand Contact. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2009;30(5): 427-32.
- Dancer SJ. Pants, policies and paranoia. *J Hosp Infect* 2009;74:10-5.
- Kramer A, Schwebe I, Kampf G. How long do nosocomial pathogens persist on inanimate surfaces? A systematic review. *BMC Infectious Diseases* 2006;6 (130).
- Dawson S, Bennett H, Ongley V. E-learning module for delivering infection prevention and control training. *J Hosp Infect* 2010;76:89.
- Jamtvedt G, Young Jane M, Kristoffersen Doris T, O'Brien Mary A, Oxman Andrew D. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [serial on the Internet]. 2006; (2): Available from: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cdsysrev/articles/CD000259/frame.html>.
- Romsland GI. Tverrfaglig samarbeid og etikk. I: Slettebø Å, Nortvedt P, editors. Etikk for helsefagene. 2nd ed. Oslo: Gyldendal Akademisk 2007: 149-51.
- Gould DJ, Drey NS, Moralejo D, Grimshaw J, Chudleigh J. Interventions to improve hand hygiene compliance in patient care. *J Hosp Infect* 2008;68:193-202.
- Webb TL, Sniehotta FF, Michie S. Using theories of behaviour change to inform interventions for addictive behaviours. *The Authors Journal compliance*. 2010.
- Ernst&Young. Lær å holde en god presentasjon. *Karrieremagasinet.no*; 2009 [cited 2010 12.10]; Available from: <http://www.karrieremagasinet.no/Faa-jobben/Intervjuet/Laer-aa-holde-en-god-presentasjon>.
- Angus D, Brouwers M, Driedger M, Eccles M, Francis J, Godin G, et al. Designing theoretically-informed implementation interventions. *Implement Sci* 2006;1:4.
- Eide T, Eide H. Verdien av en Verdi-Intervensjon. En studie av verdier i et norsk sykehus. Oslo: Diakonhjemmet høgskole, 2008.
- Nortvedt P. Etisk Teoridebatt – Forholdet mellom lojalitet og rettferdighet i helsefag. In: Slettebø Å, Nortvedt P, editors. Etikk for helsefagene. 2nd ed. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2007.
- Slettebø Å. Etikk og Jus. In: Slettebø Å, P. Nortvedt, editors. Etikk for helsefagene. 2nd ed. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2007. p. 21-22.

Julegave- boken

DET LÅ INGEN harde bokpakker under treet denne julen. Boken som godt kunne ha ligget under treet kjøpte jeg selv.

Sånn var det ikke i barndommens jul. Da var den store spenningen knyttet til de harde og bokformede pakkene under treet. Det var ikke så mange, men de som lå der utløste desto mer forventning og spenning. Det var det vi i dag kanskje ville ha kalt et kjønn utvalg, preget som de var av klar gutte- eller jente-profil. GGG-bøkene (Gyldendals gode guttebøker), Hardyguttene og Nasjonalforlagets bøker om superhelten Lyn Gordon var det som uløste størst glede når den harde pakken ble åpnet. Bortsett fra GGG-bøkene var det ikke så høy litterær kvalitet på bøkene, men de utløste en lese-glede og spenning hos meg som jeg tok med meg videre i livet.

Hardyguttene Frank og Joe og bøkene om Lyn Gordon holdt meg våken til langt på natt. Med lommelykt under dynen dro jeg til sekstitallets USA der jeg sammen med Frank og Joe løste hemmelige mysterier, knuste bander av forbrytere og avslørte kommunistiske spioner. Jeg var en helt – en tredje, men skjult person på lasset.

Sånn var det også med Lyn-Gordon. I en galaktisk atmosfære dro jeg i lysfart gjennom verdensrommet.

Bøkene som var for dårlige til at biblioteket tok de inn, ble starten på en lang lesekarriere. Smusslitteratur sa min tante, men for meg var det julens store glede og spenning. I fjor kjøpte jeg juleboken selv – og det var ikke Lyn Gordon, men det siste til Jan Guillou. Jeg kjenner fortsatt litt av den samme gleden ved å lese som for femti år siden.



Kjetil Myrnes

Vil gi ungdom håp

Psykolog Arnhild Lauveng har selv tilbrakt år på institusjon som schizofren.

Tekst **Susanne Dietrichson** Foto **Stig Weston**

Jeg ville aldri referert til egne erfaringer som psykisk syk i samtale med en pasient.

Arnhild Lauveng har nylig kommet med bok for og om ungdom med psykiske lidelser. Hun er psykolog, stipendiat, forfatter og foredragsholder og har selv vært psykisk syk. Men er opptatt av ikke å blande roller.

– Alle mennesker er forskjellige, og alle erfarer det å være psykisk syk på sin individuelle måte, slår hun fast. Terapi er en lærer-elevsituasjon mer enn lege-pasientforhold.

Lauveng bruker hele seg når hun snakker. Hendene er i stadig bevegelse og brillene må innimellom dyttes på plass på neseroten.

– Nettopp det at vi er så forskjellige gjør faget så krevende og brukermedvirkning så viktig.

Hun smaker litt på ordet «bruker», og innrømmer at hun ikke er så glad i det.

– Så vidt jeg vet var det Margaret Thatcher som oppfant ordet som et ledd i å minske pasientenes rettigheter. Men du må for all del ikke gi inntrykk av at jeg er mot brukermedvirkning, for det er jeg virkelig ikke.

Som hjelpere er vi nødt til å lytte til den det gjelder.

Hun synes «bruker» i mange sammenhenger blir flatt og lite dekkende.

– Jeg synes «samarbeid» eller «innvirkning» er mer dekkende for å beskrive forholdet mellom behandler og pasient. Men også her er det individuelle forskjeller. Mange av dem som har slitt med psykiske lidelser i årevis og føler seg lite sett og stigmatiserte av hjelpeapparatet, hater ordet pasient. For andre igjen kan det å få en diagnose være en enorm lettelse.

Lauveng understreker at ordet bruker likevel er det ordet de fleste store pasientorganisasjonene foretrekker, og derfor også det beste.

– Så lenge det ikke fører til ansvarsfraskrivelse fra behandlerens side. Det er mye ansvarsfraskrivelse, særlig innenfor rus og psykiatri. Når det blir for vanskelig har jeg lett for å si: «Men hvis han vil ruse seg så må han få lov til det.» Det holder ikke, hevder hun.

Lauveng mener det ikke er tilstrekkelig med hjelp fra bare ett menneske når man er psykisk syk.

– Nøkkelen ligger i samhandlingen mellom pasienten og hjelpeapparatet og mellom første- og andrelinjetje-

hva som er forskjellen på psykologer og psykiatere og om alle behandlere har taushetsplikt.

Boka blander fiksjon og fakta. Første del består av historier om ungdommer som sliter med forskjellige psykiske lidelser. Vi møter Amir som har ADHD og Thea som lider av spiseforstyrrelser.

– Alle som har studert psykologi vet at det morsomste er å lese casene, sier Lauveng og ler.

– Derfor valgte jeg å begynne med historiene. De er morsomme å lese og skaper gjenkjenning hos leserne.

Hun mener historiene er realistiske selv om de er fri fantasi.

– Som psykolog vet jeg at det jeg

«Å hele tiden bli spurt om hvordan jeg ville ha det, hjalp meg.»

nesten og mellom behandlere og pårørende.

Hun tror at det var dette som bidro til at hun selv ble frisk etter mange år med diagnosen schizofreni.

– Nettverket av behandlere og pårørende, og det at jeg selv hele tiden ble spurt om hvordan jeg ville ha det, hjalp meg. Og tid. Det er viktig at man som behandler ser an hva som hjelper den enkelte.

Bruchermedvirkning fordrer kunnskap. Lauveng har møtt mange ungdommer i jobben som psykolog. Hennes fjerde og siste bok er derfor en faktabok om psykisk helse rettet mot ungdom.

– Jeg synes det er gøy å følge med på blogger, så jeg vet at mange lurer på helt vanlige ting. For eksempel

beskriver kunne hendt i virkeligheten. Alle møter og samtaler jeg har hatt med ungdom er der som et bakteppe, men personene er oppdiktete.

Det var også viktig for henne at boka fremsto som lys og innbydende. Boka er illustrert med Lauvengs egne naivistiske illustrasjoner i lyse og klare farger. En hobby hun har dyrket i mange år.

– Dessuten har jeg jo hatt god tilgang på malerverksteder gjennom flere år på institusjoner, fleiper hun.

– Jeg ønsker å gi ungdommene håp med denne boka. De skal forstå at man kan ha det vanskelig, men at det går an å få hjelp. Bokas andre del består derfor av fakta slik at ungdommene blir klar over sine rettigheter og hvor de kan søke hjelp. Man kan bli

frisk fra psykiske lidelser, understreker hun.

I motsetning til i tidligere bøker, hvor hun har diskutert og kritisert hjelpeapparatet, har hun denne gangen valgt en mer nøytral fortellerstil.

– Jeg er ikke tannløs, tvert imot. Hun ler.

– Men jeg må spare kruttet til andre arenaer. Denne gangen ville jeg skrive en snill bok. En bok som gir håp og hjelp til ungdom som sliter.

Lauveng peker på at helsesøstre har en nøkkelrolle når det gjelder å fange opp ungdom med psykiske problemer.

– Jeg vet at ungdom i dag dør fordi de ikke får hjelp av helsevesenet. Det kan være ekstremt vanskelig for ungdom å oppsøke DPS eller fastlege, derfor er helsesøster med sin tilstedeværelse i skolehverdagen og et åpent kontor uvurderlig.

Lauveng håper og tror at helsesøster kan bruke boka som inngang til å samtale om ting som er vanskelig å sette ord på. Hun vil at ungdom skal vite at det er vanlig å ha det vanskelig når man er ung.

– Med denne boka ønsker jeg å motvirke den stigmatiseringen psykiske lidelser ofte medfører. Jeg vil at ungdom som sliter skal vite at det går an å få det bedre og hjelpe dem til å finne fram i det psykiske hjelpeapparatet.

Hun er også opptatt av at helsesøster og lærer samarbeider tett om elever som sliter med psykiske problemer slik at de blir fulgt opp og sikret en mest mulig helhetlig behandling.

– Det er svært viktig at ungdommer med psykiske problemer ikke får for stort skolefravær. De er i en fase av livet hvor det er vanskelig å ta igjen det tapte, både læringsmessig og sosialt. ■■■



Arnhild Lauveng

Aktuell med: Boka Noe mye mer annet, om ungdom og psykisk helse.



Den digitale patient

Av Jacob Birkler og Mads R. Dahl
155 sider
Munksgaard Danmark, 2011
ISBN: 978-87-62-8103-7
Anmelder: Sturle J. Monstad,
sykepleier/M.Phil.Health Promotion
Digitale danske pasienter

Digitale danske pasienter

ANMELDELSE: Det har de seinere årene kommet flere bøker om digitalisering av helsevesenet. Denne boken er dansk, og med en online personlig helsejournal og annen satsning på elektronisk kommunikasjon, ligger Danmark et hakk foran Norge i digital kontakt med helsevesenet.

I Norge har vi helsenorge.no, som gradvis vil utvides til å inneholde flere online-tjenester. På sundhed.dk kan danskene allerede finne mye av sin egen helseinformasjon på et sikkert nettsted. På nett kan de skrive til journalen om hva de for eksempel ønsker i forhold til organdonasjon.

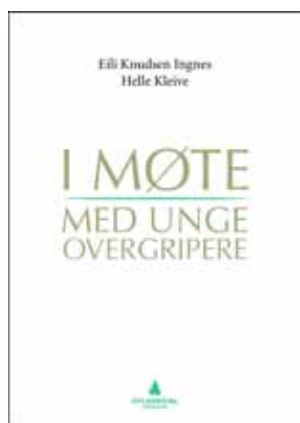
En stadig digital utvikling av helsevesenet, der all informasjon skal gå elektronisk mellom helsevesenet på den ene side og bruker på den annen side, problematiseres i denne boken. Det argumenteres med at dette går ut

over noen grupper, deriblant eldre, som blir et B-lag i et samfunn som blir mer og mer digitalt.

Bokens styrke er problematiseringen og drøftingen av de etiske sidene rundt digitaliseringen av sensitive helseopplysninger. Kan helsepersonell i større grad erstatte den fysiske pasient med en digitalisert pasient, når dataene blir så mange og grundige? Den litauiske filosofen Emmanuel Lévinas sine tanker om at det å se en annen i ansiktet belyser betydningen av å være nær den en skal hjelpe. Noe mistes når en ikke ser en annen i øynene. Nærheten kan lett bli fraværende når helsepersonell forholder seg til den digitale pasienten mer enn den faktiske pasienten. Forfatterne ønsker å skape mer debatt ved ikke å se seg blind på fordelene, men også reflektere over det vi taper med digitaliseringen.

I elektroniske pasientjournaler klassifiseres og diagnostiseres pasientens tilstand i ferdige sjekkbokser. Slik kan teknologi fjerne terminologien og redusere språklige nyanser som kunne gjort beskrivelsen av pasienten bedre. Det kan bli vanskeligere for helsepersonell å bli oppmerksomme på signaler og symptomer som faller utenfor fastsatte kategorier og klassifiseringskoder. Det argumenteres for at digitaliseringen må bli mer pasientsentrert og at helsepersonell skal ha mer å si i utviklingen av informasjonsteknologi i helsevesenet.

For norske forhold er nok ikke dette et førstevalg som nybegynnerbok om digitale pasienter. Den vil imidlertid være nyttig for de som er interessert i feltet og som ønsker å få kjennskap til danske forhold og etiske betraktninger.



I møte med unge overgripere

Av Eili Knutsen Ingnes og Helle Kleive
133 sider
Gyldendal Akademisk, 2011
ISBN 978 82-05-40745-9
Anmelder: Inger Frogg Jørgensen,
psykiatrisk sykepleier

Det vi har vanskelig for å tro

ANMELDELSE: Det er prisverdig å rette oppmerksomheten mot seksuelle overgrep begått av barn og unge. At det skjer er gammel viten, men vanskelig å tro eller mistenke. At mange unge som har begått overgrep, har erfaringer fra oppveksten som gjør at de ser liten grunn til å stole på voksne, gjør problemstillingen enda vanskeligere.

Gjennom denne boken får vi følge den fiktive skadeskutte stakkaren Knut. Moren er alene om omsorgsansvaret, ulike samboere av suspekt karakter kommer og går, og tre år gammel blir Knut utsatt for overgrep av en noe eldre gutt i barnehagen. Elleve år gammel får han søsteren på seks til å beføle seg. Begge tier om overgrepet. Et par år seinere forsøker han å dra av seg buksene i et skogholt mens han holder søsterens klassevenninne nede,

men blir oppdaget og stanset av en lærer. Omgivelsene varsles, og Knut og familien får oppfølging av BUF og poliklinisk behandling. Barnevernet koples inn, og ettervern iverksettes. Det ender i dette konstruerte tilfellet godt.

Allerede på 1980-tallet ble oppmerksomheten rettet mot seksuelle overgrep mot barn i Norge. Men det skulle gå mange år før det ble alminnelig anerkjent (sic) at det ikke bare var voksne, men også barn og unge som forgrep seg.

Denne boken gir kunnskap om hva utredning av unge overgripere omfatter. Prognoser og framtidsutsikter vites det noe mindre om for både offer og overgriper, men alvorlighetsgraden og eventuell bruk av trusler/vold spiller inn.

Her finnes også informasjon om

hva et seksuelt overgrep er og hvilke instanser som skal involveres.

I Norge underlegges overgriperen ulike tester, som brukes i USA. Testene kalles henholdsvis ASAP og ERRASOR og gjøres greit rede for i boken. Derimot finnes det ingen empirisk støtte for noen spesifikk metode for å kombinere risikofaktorer for gjentakelse. Vi står derfor igjen med en grundig klinisk vurdering som det viktigste verktøyet for å vurdere unge overgripere. Dette bekymrer forfatterne i noen grad. Selv synes jeg det ville være mer bekymringsfullt om denne vurderingen ble mindre vektlagt.

Denne boken er ment som en praktisk veileder for fagfolk som møter barn som har begått overgrep eller viser seksuelt upassende atferd. Ikke minst ansatte i skolen, tror jeg vil kunne ha nytte av den.

«En populær forfatter skriver det folk tenker. En genial forfatter får dem til å tenke noe annet.» *Ambrose Bierce*

Det skolemedisinen utelater

ANMELDELSE: Sitatet av Hippokrates: «Det er viktigere å kjenne hva slags person som har en sykdom, enn å kjenne hvilken sykdom en person har», sier mye om hva denne boken handler om. Forfatter Åse Dragland tar et oppgjør med biomedisinens ensidige vektlegging av naturvitenskap. Små glimt av medisins historie viser oss hvorfor det har blitt slik.

Gjennom en rekke seriøse forskere viser Dragland hvordan gode tanker styrer vår helse i positiv retning, hvordan det motsatte fremmer og forsterker sykdom og at stress og misnøye utmatt oss. Optimister lever 19 prosent lengre. Immunforsvaret vårt er nær knyttet til ytre hendelser og påkjenninger. Hun er også på linje med stadig flere som toner ned betydningen negative mønstre eller opplevelser fra fortiden har på sykdom.

Nyere forskning om cellenes fysiologi og den betydningen signalstoffene har, er uhyre interessant. Det samme gjelder placebo. 82 prosent av effekten av lykkepillen skal skrive seg fra denne effekten. Men skolemedisinen avviser alternativ behandling med at det bare er placebo. Placebo er blitt et sekkebegrep på fenomener som legene ikke finner noen rasjonelle forklaringer på.

Det Dragland skriver om låste tankemønstre vil nok mange kjenne seg

igjen i. Likedan at det er vanskelig å endre på oppfatninger om egne evner, andre mennesker og verdensbildet. Hun skriver at altfor mange medisinere har en virkelighetsoppfatning som bidrar til status quo.

Denne boken formidler at ingen endringer til det bedre er umulig. Meditasjon, oppmerksomhetstrening, kognitiv terapi, nevrologvistisk programmering (NLP), og den omstridte Lightning Process-modellen, kan bidra til det.

Dragland mener politikerne lar den farmasøytiske industrien sette premisene for hva medisinere skal forske på. Det vil ta tid før syke mennesker får nytte fruktene av det vi i dag vet om sammenhengen mellom psyke og soma. Derfor er det viktig at pasienter tar kontroll over og ansvar for eget liv og helse.

Åse Dragland peker på at innenfor Østens medisin har det i svært lang tid vært aksept for forbindelsen mellom kropp og sinn. Hun nevner ikke at homøpatien alltid har vært opptatt av pasientens livssituasjon og psykiske symptom. Homøopater ser på behandlingen som et puff for å få de selvhelbredende krefter til å virke. Forfatteren gir Nasjonalt forskningscenter for komplementær og alternativ medisin (NAFKAM) et godt skussmål, mens min oppfatning er at store deler av de alternative terapeuter mer ser på det

som en motspiller enn en medspiller.

Dragland viser på en utmerket måte hvordan et ofte uuttalt vitenskapssyn preger dagens medisinske tenkning. Det er en kamp mellom naturvitenskap og en holistisk tilnærming, mellom det objektive og det subjektive. Men hun er overbevist om at legenes rolle, som premissleverandør for framtidig helsepolitikk, vil bli redusert. Og her mener hun sykepleierne kommer inn. De har en helhetlig forståelse av mennesket og ser betydningen av gode relasjoner mellom pasient og behandler. Jeg er overbevist om at Åse Dragland setter ord på det som mange sykepleiere både har erfart og tenkt.

Boken inneholder et vell av interessant forskning og kunnskap, blant annet om psykonevroimmunologi, som forklarer ryggsmertor med fortrengete og ubevisste følelser, og pussige funn som at sykehuspasienter nærmest vinduet blir raskere friske. Hun viser også til forskning som viser at sykehusleger kommuniserer dårligere enn de gjorde før de begynte å studere medisin.

Dragland har trukket inn forskere som det neppe blir henvist til i skolemedisinen, som blant annet Dag Viljen Poleszynski, ernæringsforskningens enfant terrible, Aslak Steinsbekk, den til nå eneste homøopaten med doktorgrad og Else Egeland, som jobber som healer og sykepleier.



Kroppens skjulte intelligens

Av Åse Dragland

220 sider

Flux Forlag, 2011

ISBN 978-82-92773-44-4

Anmelder: Thore K. Aalberg, fagbokforfatter, cand.polit. og homøopat

Dragland holder det hun lover: Hun gir stoffet en populærvitenskapelig framstilling. Det er ikke vanskelig å se at hun har erfaring som journalist. Hun forklarer til dels vanskelig stoff på en meget god måte og bruker gode bilder.

I selve teksten er det lite av stereotypet kjønnsrolleoppfatninger, noe mer i illustrasjonene.

Jeg undres over hvorfor en så viktig bok er gitt ut på et lite forlag. Kan det være at de store forlagene er rammet av låste tankemønstre?

Hva leser du nå?



Elsker Amalie Skram

– Jeg holder på med en biografi om Amalie Skram, sier nyvalgt nestleder i NSF, **Solveig P.K. Bratseth**.

– Den heter «Amalie Skram – et forfatterliv» og er skrevet av Janet Garton. Jeg fikk den til jul av en som vet jeg elsker denne forfatteren. Amalie Skram var en tøff dame som levde på slutten av 1800-tallet, og hun tok et oppgjør med datidens syn på kvinner. Det jeg ikke var klar over,

var hvor nydelig hun var. Hun var en mørk, pen dame med et glimt i øyet som vekket mennene. Blant andre Alexander Kielland.

Denne biografien handler om perioden da Amalie traff mannen, danske Erik Skram, om forholdet mellom norske og danske forfattere og hvordan paret ble sett på i miljøet.

– Amalie Skram var kontroversiell, hun var tydelig og følsom. Hun slet også med

psykiske problemer, forteller Bratseth.

Hun tror den første Skram-boken hun leste var Constance Ring. Det var forfatterens debut og skapte skandale da den ble utgitt.

Noen favoritt har Bratseth ikke.

– Jeg anbefaler hele forfatterkapet, sier hun.

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Marit Fonn**



FAG

Sykepleieridentitet

Inger-Lise Magnussen,
universitetslektor, Uni-
versitetet i Nordland

Gode kort på hånda

Sykepleierstudenter hadde god nytte av pilotprosjekt om utvikling av sykepleieridentitet.

Det jobber flere forskjellige yrkesgrupper både på sykehjem og i hjemmetjenesten. Mye av det samme arbeidet utføres av flere yrkesgrupper, og mange sykepleierstudenter sier at de har vanskeligheter med å se sykepleierens særegne kompetanse og rolle. Med utgangspunkt i dette ønsket jeg å undersøke om sykepleieridentiteten kan synliggjøres bedre i utdanningen og hvilke verktøy som kan utvikles og brukes til dette formålet. Prosjektet har som mål å:

- ▶ Prøve ut følgekortene som dialogverktøy i veiledningsgrupper.
- ▶ Utarbeide følgekort for god sykepleie, med vekt på faglige kunnskaper, praktiske ferdigheter og holdninger, i samarbeid med studentene.
- ▶ Kartlegge muligheten for å kunne videreutvikle et pedagogisk verktøy – eventuelt en metodebok som kan synliggjøre og styrke sykepleieridentiteten i utdanningen.

Positive samtaler

Hva kjennetegner en god sykepleier og hvilke ferdigheter har en god sykepleier? Hva er sykepleierens særegne kompetanse i forhold til andre helsearbeidere? Dette er noen av flere spørsmål man kan stille seg i forhold til syke-

pleieridentitet og den virkelighet studentene møter i praksis.

Anerkjennende studentsamtaler kan være en god metode for å bevisstgjøre studentene og synliggjøre sykepleieridentiteten. Samtalene skal utelukkende ha et positivt fokus (1). Anerkjennende intervju er styrkebasert læring og målet er å utløse det menneskelige potensialet i organisasjoner, stimulere evnen til å tenke nytt om seg selv og evnen til å se nye muligheter (2). Samtalen er sentral. Språket vi bruker vil bevisstgjøre oss og er med på å skape vår virkelighet. Vi skaper hverandre i møter.

Følgekort er et dialogverktøy som kan brukes i samtaler mellom to eller flere personer. Det er et hjelpemiddel til å finne og sette ord på hverandres styrker og gode egenskaper. Målet er å skape større bevissthet om egne og andres sterke sider, og hvordan vi kan ta i bruk disse for å få til ting som er viktige i arbeids- eller utdanningsammenheng (1).

Følgekort

En kortstokk består av 24 forskjellige kort, og hvert kort beskriver en positiv egenskap ved en person eller et moralsk mål. I tillegg finnes det blanke kort som deltakerne eller studentene skal bruke til å skrive ned den personlige positive egenskapen som utkrystalliserer seg gjennom samtalen. Det finnes moralske mål, eller dyder, som alle mennesker strever etter på tvers av kulturer (1). Seks slike moralske mål er: Klokskap, mot, medmenneskelighet, rettferdighet, måtehold og transendens. Man tenker seg at det er det enkelte menneskets karakterstyrke som gjør det mulig å realisere disse moralske handlingene. Mennesket setter de moralske handlingene ut i live ved hjelp av sin personlige styrke. Ved å bruke følgekortene får studentene mulighet til å gjøre seg kjent med dette begrepsapparatet.

Kreativt samspill

Gruppearbeid, gruppesamtaler, idédugnad og prosjektarbeid er kreative former for samspill. Gjennom dette opplever mennesker kontakt og

fellesskap. Når mennesker skaper noe sammen, oppstår det bånd mellom dem som gir glede og energi. I boken *Relasjonskompetanse* skriver Jan Spurkeland (4) at det overføres og skapes en kraft mellom gruppedeltakerne som er selvfornyende og varig. Denne kraften har sitt utspring i godhet for hverandre. Gleden er gjensidig og oppleves som medfølelse, forståelse, harmoni, raushet, åpenhet, sympati, aksept og personlig styrke og motivasjon. Dette vil være erfaringer og verdier som studentene kan bære med seg ut i praksis.

Sykepleieridentitet

I hverdagen bekreftes det enkelte mennesket av de andre, og slik utvikles identitet og yrkesidentitet. Mennesket har behov for trygghet, tilhørighet, anerkjennelse og forutsigbarhet for å kunne utvikle og vedlikeholde sin identitet og yrkesidentitet. Mangel på bekreftelse kan oppleves som en trussel mot vår yrkesidentitet. Vår yrkesidentitet er knyttet til våre muligheter for yrkesutøvelse. Bevisstgjøring og synliggjøring av sykepleieridentiteten i utdanningen vil kunne bidra til at studentene er bedre rustet til å møte praksis.

En god sykepleier skal ha gode og forsvarlige fagkunnskaper, gode praktiske ferdigheter og «bærende» yrkesetiske holdninger. I tillegg må han eller hun ha kunnskaper, holdninger og vilje til å utøve faglig skjønn. Kari Martinsen skriver i sin bok *Fra Marx til Løgstrup* (3) følgende: «Det faglige skjønn er knyttet til det konkrete. Skjønn uttrykker fagkunnskapen gjennom de naturlige sanser. Med sin åpenhet for sansingen gir skjønn mulighet for at sykepleieren kan ta imot pasientuttrykket og tolke og strukturere uttrykkene for det gjennom ferdigheter og grep, holdning og handling, slik at pasienten opplever situasjonen som god».

Pilotprosjekt

Pilotprosjektet varte i 16 uker og ble gjennomført da studentene hadde praksis i hjemmesykepleien og sykehjem. Tolv studenter fra to ulike kull deltok, studenter fra desentralisert

Hovedbudskap

Mange sykepleiestudenter opplever at det kan være vanskelig å se sykepleierens særegne kompetanse og rolle i pleie- og omsorgstjenesten. Gjennom prosjektarbeid om sykepleieridentitet kan studentene bli bevisstgjort sin egen yrkesidentitet og dermed være bedre rustet til å møte praksis. Prosjektarbeid er en form for kreativt samspill, og når studentene vektlegger de positive egenskapene hos hverandre, oppstår det relasjoner som gir læring, glede og energi.

Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- ▶ Sykepleierrolle
- ▶ Sykepleierutdanning
- ▶ Identitet
- ▶ Sykepleier

«Mangel på bekreftelse kan oppleves som en trussel mot vår yrkesidentitet.»

og nettbasert utdanning. Gruppeprosessen, samhandlingen, kreativiteten og fellesskapet var like viktig som arbeidsresultatet. En student uttrykte det slik: «Det har vært godt med veiledningsgrupper. Lærerikt å høre hvordan de andre har opplevd praksis. Godt å snakke med andre i samme situasjon. Jeg har fått hjelp til oppgaver, og det har vært veldig sosialt». Studentene hadde tre gruppesamlinger der de arbeidet med følgekort.

Første gruppesamling

På første gruppesamling informerte jeg om styrkebasert læring og bruk av følgekort. Deretter delte jeg studentene inn i grupper på to og to som gikk sammen om følgende oppgave: «Fortell om noe du har fått til i arbeidet eller praksisen som du er særlig stolt av, en situasjon der du viser «deg på ditt beste». En situasjon som viser noe du er stolt av å ha fått til eller gjort. Det kan være en situasjon der du opplevde «at alt klaffet» eller følte en dyp glede over det du holder på med.» Den ene forteller og den andre lytter. Det er ikke lov å avbryte, men lytte og registrere og vise den andre oppmerksomhet. Hver deltaker forteller i noen minutter, så byttes rollene.

Etter at studentene har fortalt sin historie, skal de bruke følgekortene. Hver deltaker skal ta utgangspunkt i den andres historie og ved hjelp av kortene finne fram til tre positive egenskaper hos medstudenten. Tre følgekort som illustrerer disse egenskapene skal plukkes ut fra kortstokken. Når de tre følgekortene er valgt ut, presenteres de for hverandre. Det er viktig at man leser opp det som står på kortet og forklarer hvorfor akkurat denne egenskapen er valgt. De tre følgekortene leveres til den andre. Mottakeren skal selv få velge ut et av de tre kortene han eller hun føler seg mest vel med, og fortelle hvordan han eller hun opplever denne formen for tilbakemelding. Her forteller studentene hverandre hvordan de opplever positive tilbakemeldinger og bekreftelser på atferd, kunnskaper og holdninger.

I løpet av første gruppesamling sa noen av studentene at det burde være noen følgekort som handlet mer spesifikt om sykepleie. Vi snakket litt om det i gruppen, og studentenes oppdagelse og utsagn førte oss lett over i neste fase av prosjektarbeidet som nettopp var å utarbeide sykepleiekort.

Andre gruppesamling

Jeg hadde en kort oppsummering fra forrige

samling. Deretter ble studentene delt inn i grupper på fire. De fikk følgende oppgave: «Ta utgangspunkt i en situasjon fra praksis som en av studentene forteller. Det kan være en situasjon fra første gruppesamling. Finn ferdigheter hos vedkommende ved hjelp av følgekortene.»

Denne prosessen danner overgang til neste trinn som består av å finne gode sykepleieegenskaper i de praksissituasjoner som studentene erfarer og forteller om. Spørsmålet blir da: Hva kjennetegner en god sykepleier? Hvilke egenskaper bør en sykepleier ha når det gjelder:

- › Faglige kunnskaper
- › Praktiske ferdigheter
- › Yrkesetiske holdninger

Følgekortene som vi tok utgangspunkt i handlet om moralske mål (dyder), og det var nok årsaken til at studentene først diskuterte yrkesetikk og holdninger. Studentene diskuterte og kom med forslag til hva som burde stå på sykepleiekortene. Sykepleiekort med overskriften holdninger begynte å ta form. Jeg systematiserte forslagene fra gruppene under de tre sykepleieegenskapene. Dette ble et utkast til sykepleiekort. Vi skulle arbeide videre med dem på neste samling og evaluere prosjektarbeidet.

Tredje gruppesamling

Først delte jeg ut utkastene til sykepleiekort til hver enkelt og sa litt om arbeidet så langt. Jeg ga studentene positive tilbakemeldinger og anerkjennelse, både på vilje til deltakelse og engasjement. Noen av sykepleiekortene hadde fått mange punkter, mens andre sykepleiekort kun hadde overskrift. På denne gruppesamlingen skulle studentene ha muntlig fremlegg av studiekrav, noe som var en individuell oppgave. Studentene fikk i oppgave å gi sine medstudenter tilbakemeldinger på fremlegget ut fra sykepleieregenskaper de mener er viktige. Disse ble skrevet inn i kortene. Utkastene til sykepleiekort fra forrige

GODE KORT: Ved hjelp av dialogverktøyet følgekort får sykepleierstudentene hjelp til å sette ord på hverandres sterke sider og positive egenskaper. Foto: Scanpix.

gruppesamling ble fulgt opp og videreutviklet i samspill mellom studenter og lærer.

Studentevalueringer

Studentene ga individuelle og anonyme tilbakemeldinger på eget evalueringsskjema om hvordan de opplevde gruppeprosessen, prosjektarbeidet, arbeidsmetoden, innholdet, nytteverdien og ønsket om å fortsette. Ti av tolv studenter svarte. Evalueringen viste at studentene opplevde gruppeprosessen som stimulerende, støttende, motiverende og at samspillet i gruppene var preget av gjensidig tillit og respekt. På en skala fra 1–6, der 6 er høyeste skår, ligger hovedvekten (90 prosent) av svarene på 5 og 6.

Hvordan gruppearbeidet hadde fungert ble vurdert som godt og svært godt av samtlige. Innhold og tema ble vurdert som aktuelle og svært aktuelle. En student sa: «Man lærer av å høre hva de andre skriver om og hvordan». Nytteverdien samlet sett ble vurdert som stor for 75 prosent av studentene. Åtte av ti studenter svarte at gruppearbeidet har bidratt til bevisstgjøring i forhold til sykepleieridentitet. En student sa: «Jobbingen med kortene fører til refleksjon over hvilke av sykepleierens oppgaver som er viktige, og hva som forventes av kunnskap i sykepleiefaget». Svarene viste at samtlige studenter ønsket å fortsette med gruppearbeid, og at de kunne tenke seg å delta i et videre prosjektarbeid om sykepleieridentitet.

LITTERATUR

1. Hauger B. Metodebok – Opplæringsprogram i prosessedelse. Buskerud: Sarepta AS, 2010.
2. Hauger B. Organisasjoner som begeistrer. Oslo: Kommuneforlaget AS, 2008.
3. Martinsen K. Fra Marx til Løgstrup. Otta: TANO AS, 1997.
4. Spurkeland J. Relasjonskompetanse. Oslo: Universitetsforlaget AS, 2010.





Berit Støre Brinchmann, Professor i sykepleie ved Universitetet i Nordland og medlem av Rådet for sykepleieetik.

Bruk av tvang når behandling ikke hjelper

Er det riktig å opprettholde et liv hvor pasienten opplever mye smerte?

En klinisk etikk-komité (KEK) fikk en henvendelse fra behandlingsansvarlig ved en psykiatrisk avdeling. Saken dreide seg om en ung kvinne som hadde vært tilknyttet avdelingen i en årrekke grunnet alvorlig anoreksi og selvskading. Hun sover lite, og spiser ingen måltider alene. Pasienten behandles nå medikamentelt mot depresjon og er for tiden tvangsinnlagt. Hun bor hos en pårørende når hun ikke er innlagt.

Ingen bedring

KEK droftet saken sammen med avdelingspersonalet i to møter. Personalet uttrykte oppgittethet og maktesløshet over situasjonen. Flere hadde kjent pasienten gjennom flere år. Hun

Hva er tvangsparagrafens funksjon når situasjonen ikke er akutt, men kronisk? Er dette en situasjon der det kan tenkes at mennesket må stilles fritt om det vil ha frihet eller ikke? Vil en alltid i psykiatrien si at det foreligger en kognitiv forvrengning, eventuelt en depresjon som gjør det uaktuelt å la en pasient velge behandling eller ikke? Kan tvang bidra til å opprettholde avdelingen som omsorgsbasis? Er det i tilfelle uheldig for personens utvikling, eller er det nødvendig for gradvis å kunne bygge opp en tilknytning til andre mennesker, som vil øke evnen til egenomsorg og selvstendighet? Kan tvang slik sett lage forutsigbarhet og minske risikoen for selvmord? Kan behandlingsteamet i samråd med KEK forsvare tvang utover akutt-

overfor pasienter med langvarige, kroniske og alvorlige psykiske lidelser hvor det er behov for behandling med medisiner (nevroleptika) og støtte (støtteterapi), og som tidligere ikke har fulgt opp frivillig ettervern med tilbakefall og forverring av lidelsen som en følge. § 13 innebærer at personen ved forverring kan innlegges direkte i sykehus eller klinikk igjen uten de formaliteter som § 5 i lov om psykisk helsevern krever.

Det var enighet mellom personalet i avdelingen og KEK om at tvunget ettervern i denne situasjonen syntes som en god og etisk forsvarlig løsning. Pasienten er orientert om dette, og også om at saken har vært diskutert i KEK.

Manglende retningslinjer

«Å gi helsehjelp til pasienter med dårlig prognose er utfordrende på flere måter. Mulighetene for å oppnå bedring gjennom medisinske tiltak ønskes benyttet så langt det er mulig ...» Teksten er sakset fra forordet i Nasjonal veileder (15 – 1691) «Beslutningsprosesser for begrenning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende», og er skrevet av Bjørn-Inge Larsen, direktør i Helsedirektoratet. Denne veilederen retter seg mot nytteløs behandling, og begrenning av livsforlengende behandling i somatikken.

Det eksisterer ingen nasjonal veileder som tar for seg «nytteløs» behandling i psykiatrien. Like fullt hender det at det dukker opp problemstillinger som beskrevet ovenfor fra

«Det fins ingen nasjonal veileder for «nytteløs» behandling i psykiatrien.»

hadde hatt tilgang til de aller beste behandlere og pleiere. Her var ikke noe uprøvd. Likevel var det lite tegn til bedring. Pasienten ble oppfattet som ambivalent i forhold til om hun ønsker fortsatt behandling eller ikke. Det ble stilt spørsmål om det er alltid er riktig å bidra til å opprettholde et liv der pasienten opplever så mye smerte.

Er tvangsbehandling riktig?

Følgende problemstillinger ble tatt opp i møtene med KEK:

situasjoner? Og kan vi snakke om samtykke til tvang når noen tenker at de er skiftende i sine ønsker?

Tvunget ettervern

En løsning som ble vurdert var tvunget ettervern. I henhold til § 13 i lov om psykisk helsevern av 28. april 1961, kan pasienter som har vært innlagt etter § 5 i lov om psykisk helsevern («tvangsinnlagt»), utskrives fra sykehuset til såkalt tvunget ettervern. Denne lovbestemmelsen kommer vanligvis bare til anvendelse



psykisk helsevern der det kan være relevant å diskutere hvorvidt behandlingen som tilbys fører til bedring, og er til pasientens beste, og der pleiere og behandlere stiller seg spørsmål om behandlingen er til nytte eller tvert imot bidrar til å opprettholde og forlenge et for pasienten opplevd miserabelt liv.

Pasienten må tas med

I saken med den unge anorektiske kvinnen uttrykte personalet oppgitthet og maktesløshet over situasjonen. Det ble stilt spørsmål om det er alltid er riktig å bidra til å opprettholde et liv der pasienten opplever så mye smerte.

Kan det være relevant å snakke om nytteløs og livsforlengende behandling også i psykiatrien?

Livsforlengende behandling vil være alternativet der helbredende behandling ikke er mulig. Helsefagene, etikken og jussen bygger på viktige verdivalg, for eksempel i forhold til hjelpeplikt, omsorg for pasienten og pasientens medbestemmelse. Kunnskaper og verdier som har forankring i disse fagene, gir helsepersonell en god basis for å gi helsehjelp når man står overfor en pasient hvor det er påkrevd å vurdere livsforlengende behandling. Faglige verdier må ikke være enerådende. Pasientens verdier må trekkes inn. De verdimessige komponentene er et av de forhold som gjør at beslutninger om å sette i gang eller avslutte livsforlengende behandling ofte er vanskelige.»(Forord/ Nasjonal veileder (15-1691). ■■■



Illustrasjon: Karine Kristiansen

Quiz

Tekst **Nina Hernæs**

Er du en kompetent sykepleier?

Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hva slags bakterier er acinetobacter?

- A Gramnegative staver
- B Grampositive staver
- C Gramnøytrale staver

2 Til hvilken familie tilhører acinetobacter?

- A Moraxellaceae
- B Moureaux
- C Mantoux

3 Hva er det viktigste enkelt-tiltaket for å forhindre infeksjoner i helsevesenet?

- A Isolasjon
- B Håndvask
- C Fotvask

4 Er det greit å bruke giftinger på jobb som sykepleier?

- A Ja
- B Nei
- C Hvis det er veldig viktig for forholdet

5 Hva slags infeksjon gir norovirus?

- A Omgangssyke
- B Luftveisinfeksjon
- C Sårinfeksjon

6 Hva anbefaler Folkehelseinstituttet ved utbrudd av Norovirus?

- A Håndvask med såpe og vann
- B Hånddesinfeksjon
- C Er så smittomt at det ikke er vits i håndhygiene

7 Hva er klebsiella?

- A Parasitt
- B Virus
- C Bakterie

8 Kan klebsiella gi infeksjoner?

- A Nei
- B Bare hos dyr
- C Ja

9 Hva slags infeksjon kan klebsiella ozaenae gi?





- A Nesekatarr
- B Infisert forhud
- C Neglerotbetennelse

10 Et annet ord for infeksjonen klebsiella ozaenae kan gi?

- A Stinknese
- B Råttentiss
- C Negleråte



NESE I TRØBBEL: Kan klebsiella føre til infeksjon i denne? Foto: Colourbox

-  **10 POENG:** Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)
-  **6-9 POENG:** Lovende. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.
-  **3-5 POENG:** Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?
-  **0-2 POENG:** Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

SVAR: 1A Gramnegative, 2A Moraxellaceae, 3B Håndvask, 4B Nei, 5A Omgangssyke, 6A Håndvask med såpe og vann, 7C Bakterie, 8C Ja, 9A Nesekatarr, 10A Stinknese

FAG

Leseraksjon



Finn fram til verstingene!

Helt siden 1800-tallet har vi visst at god hygiene er avgjørende for pasientsikkerhet. Men fortsatt syndes det mye. Nå kan du «anmelde» forholdene til vårt Hygienepoliti. Tekst **Barth Tholens** Foto **Kjersti Hochlin**

Ringer. Smykker. Manglende håndvask. Eller hansker som aldri byttes. Eksemplene på overtramp mot basale hygieneregler er mange.

Fy i eget blad

Også redaksjonen i Sykepleien mottar fra tid til annen henvendelser fra årvakne lesere som arresterer oss når vi trykker bilder av sykepleiere med smykker og ringer. «Det bør ikke forekomme i vårt eget fagblad», hører vi da.

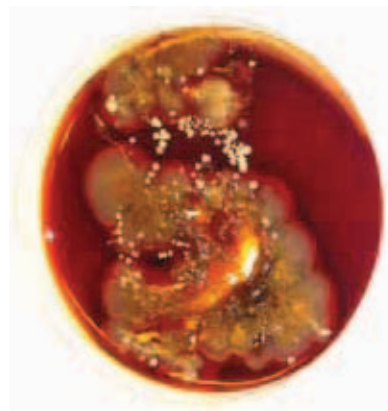
Problemet er at bildene ofte hentes fra virkeligheten. For selv om sykepleiere lærer om hygienetiltak helt fra første året i utdanningen, synes mye av lærdommen å være glemt når hverdagen på avdelingen melder seg. Og hygiene-sykepleierne fortviler, med god grunn: Infeksjoner rir mange helseinstitusjoner som en mare. Sykehusinnleggelse er i seg selv den største helseerisikoen for mange pasienter.

Gjør noe!

I serien «Hygienepolitiet» ønsker Sykepleien å få fram historiene om manglende hygiene, enten på din egen arbeidsplass eller når du er vitne til det andre steder. Vi ber derfor våre lesere om å sende oss eksemplere på typiske (eller utypiske) overtramp. Også om du er i tvil om hva som er god hygiene i spesielle situasjoner, kan du kontakte oss.

Send en e-post til hygienepolitiet@sykepleien.no

- › Beskriv de forholdene som du mener er kritikkverdige
- › Maks lengde på innlegg: 1000 tegn
- › Oppgi gjerne navnet på helseinstitusjonen som «synder», men ikke navn på enkeltmennesker.
- › I hver utgave av Sykepleien i 2012 tar vi fram ett eller flere eksemplere, og ber om kommentarer fra eksperter.
- › Du kan også komme fram med solskinnshistorier fra hygienefronten!
- › For at vi skal kunne trykke et innlegg trenger redaksjonen å kjenne til navnet på innsenderen. Vedkommendes navn trykkes ikke hvis man ikke ønsker det.
- › Alle historiene legges også på våre nettsider www.sykepleien.no, med mulighet for kommentarer fra andre. ■■■



ARMBÅNDSUR: På dette armbåndsuret ble det funnet flere enn 80 bakteriekolonier. Her var det hvite stafylokokker og også bakterier som kan gi matforgiftning.

Nei takk til flere
helger! Side 72

Helsestasjonen
er 100 år. Side 74

Hvorfor får ikke sykepleiere
driftstilskudd? Side 76

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 TOVE GUNDERSEN

«Vi kan ikke oppnå null-tvang.»

78

FRA TIDSSKRIFTET SYKEPLEIENS BARNDOM:

«For hvert aar som gaar blir jeg mer
og mer gla i Sykepleien og tror den
bringer søstrene nærmere hinanden.»

82



NSF HAR ORDET

Forbundsleder Eli Gunhild By

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: eli.gunhild.by@sykepleierforbundet.no

«Den døende må ikke et øyeblikk være alene»

God omsorg ved livets slutt må aldri bli en salderingspost!
Alle er egentlig enig i det, men praksis kan være noe annet.

Nyhetsoppdrag i media den siste tiden tyder på ulike prioriteringer og praksis for nærvær hos døende pasienter, alt etter hvilket sykehus pasienten ligger på. Sitatet i tittelen er fra en 70 år gammel norsk lærebok i sykepleie, og viser historikken og fagtradisjonen forut for nyere erklæringer om den døendes rettigheter. Hvis nærvær fortsatt skal være normen, må vi kunne begrunne standpunktet og samtidig forstå kreftene som setter normen

tross for verdighetsgaranti og kvalitetsforskrift registrerer helsepersonell og pårørende med fortvilelse at praksis fjerner seg fra pasienters forventninger og faglige normer. Varsling fra våre medlemmer om utglidning av anerkjent sykehuspraksis fortjener respekt, og vi utfordres nå til å konkretisere verdien av å være hos en døende. Dette skal gjøre normen robust i møtet med ressursknapphet.

Å være hos er mer enn å være fysisk til stede

Å være hos er mer enn å være fysisk til stede i samme rom som en døende.

under press. Norsk Sykepleierforbund kan aldri akseptere at vanskelige prioriteringer blir til saldering av god og omsorgsfull hjelp ved livets slutt.

Det må være slik at vi har et helsetilbud som omfatter det å være hos en døende. Ingen argumenterer for noe annet. Men felles aksept for normen er åpenbart ikke nok. Til

i samme rom som en døende. Det dreier seg om hjelp til å bevare den døendes verdighet og integritet. Nærværet kan tenkes tredelt som å være et vitne, å gi psykososial støtte og hjelp til dagliglivets gjøremål, og å sørge for lindring av plagsomme symptomer ved livets slutt.

Det å være et vitne bekrefter den døendes integritet. Pasienten er en hel person og bør bli behandlet som dette så lenge man lever. Når livet er sårbart blir en bekreftelse av personens eksistens viktig, enten det er bekreftelsen av ord, blick, relasjoner eller gjennom berøring og visshet om kroppens fysiske utstrekning. Åpenhet for den døendes åndelige og eksistensielle spørsmål hører med til nærværet foran livets slutt. Samtidig bør det også være en respektfull distanse og avgrensning i nærværet. Bjørn Eidsvåg griper noen av disse egenskapene i sangteksten Eg ser: «Eg ser at du er trøtt, men eg kan ikkje gå alle skritt for deg / Du må gå de sjøl, men eg vil gå de med deg». Vi ser også at familie og andre nærstående kan fylle funksjonen, og at rollen til helsepersonell da kan være å veilede og støtte i denne fasen av pasientforløpet.

Problemet er at helsepersonell ikke har særlig stor presisjon på å forutsi et tidspunkt for

døden. Det å forutsi når døden vil inntre er like vanskelig som spørsmålet er vanlig og presiserende. Gang på gang opplever vi at kunnskap kommer til kort når det gjelder å forutsi hvor lenge livet vil vare, ofte på den måten at det går flere timer eller dager enn antatt. Vi har ingen retningslinje for hvor lenge man skal ha fastvakt eller anbefale en familie å våke før døden inntre. Er det den siste timen som er kritisk, eller det siste døgnet, eller de tre siste dagene? Individuelle vurderinger må gjøres i forhold til hva pasienten trenger. Men behovet for å individualisere kan gi tilfeldige variasjoner dersom grunnlaget for vurdering er uklart.

Selv om vurderingen av den enkeltes situasjon krever et skjønn, kan hyppigheten av vurdering struktureres. Enkelte steder er det i bruk retningslinjer som fastsetter revurdering hver fjerde time når behandlingsmålet er gått fra tilfriskning og til en verdig livsavslutning. Krav til hyppig og kvalifisert vurdering av pasientens behov kan være et virkemiddel for å redusere tilfeldighet i omsorgen ved livets slutt.

Ved livets yttergrense spisses forventningen om at verdier skal komme til uttrykk i handling. Det er bekymringsfullt når verdier utsettes for press, men det er grunn til optimisme når det finnes helsepersonell som tar belastningen med å si fra. Kan vi så unngå at folk dør alene i sykehus og sykehjem? Neppes. Kan vi gjøre konkrete forbedringer av dagens praksis? Absolutt. Jeg håper at lederen har vist noe om hvordan sykepleiere og annet helsepersonell tenker, slik at det kan bli lettere for oss alle å være med og diskutere omsorg ved livets slutt. Pasienter og pårørende må kunne forvente regelmessig og etterprøvable vurdering av døende pasienters behov for helsehjelp.



NÆR: Åpenhet for den døendes åndelige og eksistensielle spørsmål hører med til nærværet foran livets slutt. Samtidig bør det også være en respektfull distanse og avgrensning i nærværet, skriver By. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Eli Gunhild By

Gjør eggdonasjon lovlig!

Eggdonasjon er ikke lovlig i Norge, men i forbindelse med evaluering av bioteknologiloven er spørsmålet om eggdonasjon et tema som vurderes på nytt. Vi er veldig fornøyd med at et flertall i Bioteknologinemnda vil at eggdonasjon skal være lovlig i Norge. Hovedargumentet til flertallet i nemnda at menn og kvinner skal behandles så likt som mulig i loven. Det er et stort skritt i riktig retning.

Vi synes det er spesielt å høre mindretallets begrunnelse for hvorfor de ikke vil tillate eggdonasjon. De mener det er mer problematisk å innføre et skille mellom genetisk og sosial mor, enn det allerede etablerte skillet mellom genetisk og sosial far. De mener det ikke er riktig å sidestille sæddonasjon og eggdonasjon.

Det er ganske underlig – for om paret får donorsæd, så er det greit med farskapet, men om paret får eggdonasjon og kvinnen selv bærer barnet frem og føder det, så er det mer problematisk med morskapet. Vi synes det er vanskelig å si at egg er mer knyttet til genetisk mor enn sæd er til genetisk far. Spesielt når man ved eggdonasjon faktisk bærer barnet frem selv og føder det.

Det er foretatt undersøkelser i befolkningen om holdningen til tema. De viser at folk har et positivt

syn på å gjøre eggdonasjon lovlig i Norge. Mange gir der uttrykk for at det er vanskelig å se forskjellen på sæddonasjon og eggdonasjon.

Eggdonasjon handler om å hjelpe par som ønsker seg barn, men som ikke kan få det fordi kvinnens egg er for dårlige eller hun ikke har egg. På samme måte som vi hjelper par der mannens sædkvalitet er for dårlig, med sæddonasjon. Eggdonasjon innebærer at en kvinne som ikke har egg selv som kan befruktes får donert egg, som etter befruktning deretter settes inn i livmora hennes igjen. Det er kvinnen selv som bærer det frem. I motsetning til surrogati, hvor det er en annen kvinne som bærer frem barnet. Kvinnen som ønsker seg barn, bærer selv fram barnet. Hun er i fysisk i stand til å bære frem et barn, men kan likevel ikke gjøre det av ulike årsaker, som at hun ikke har egg, eller har egg som er for dårlig, er uten eller med ikke-fungerende eggstokker, har gjennomgått en for tidlig overgangsalder, eller ikke kan få barn på grunn av genetiske årsaker. Ved å gjøre eggdonasjon lovlig i Norge vil disse kvinnene kunne få hjelp.

Eggdonasjon handler også om likestilling. Vi har i Norge praktisert sæddonasjon siden 1930, nå er

det på tide å tillate eggdonasjon. Det er et unaturlig skille på egg og sædceller. Hvorfor skal det være andre regler for kvinner enn for menn?

Våre naboland tillater eggdonasjon. I dag reiser norske par til Danmark, Sverige eller et annet europeisk land for å få hjelp. Noen føler seg som kriminelle for at det ikke er lov i Norge. Kostnadene er høye. Det hevdes at en eggdonasjon kan koste over 100 000 kroner. Det betyr at dette er et tilbud bare noen få kan nytte seg av. Vi vil at disse skal få samme tilbud om assistert befruktning som andre ufrivillige barnløse.

En lovgjøring av eggdonasjon krever regulering. Det er viktig at vi har gode rammer som sikrer både barnet, giver og mottaker. Vi ser ingen grunn til at vi ikke skulle tillate eggdonasjon og ser frem til at det blir lovlig i Norge.

Arbeiderpartiets stortingsrepresentanter i Helse- og omsorgskomiteen,
Sonja Mandt og Wenche Olsen.

www.sykepleien.no

Du kan si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no



SIDEN SIST
Siden sist inneholder korrigererte og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe? Kontakt oss på interaktiv@sykepleien.no

Unøyaktig i Sykepleien

I forbindelse med Riksrevisjonens årlige rapporter de siste tre årene, har tidsskriftet Sykepleien hatt et spesielt fokus på rapporteringer knyttet til Helsedirektoratet. Helsedirektoratet forstår Riksrevisjonens påpekninger, og synes det er bra at de kommer frem.

Imidlertid er vår oppfatning at Sykepleiens omtale av Riksrevisjonens påpekninger ikke er korrekt. Sykepleiens vinkling har vært at tilskuddsmidler ikke har kommet frem til mottakere slik Stortinget har bestemt. Dette er ikke riktig, og heller ikke i tråd med det Riksrevisjonen har kommentert.

Riksrevisjonen har påpekt at direktoratet har gjennomført det Stortinget har

vedtatt og beskrevet i tekst. De tilhørende budsjettene er tildelt direktoratet på feil post i henhold til statens kontoplan. Det er derfor riktig at midlene er brukt feil i henhold til statens kontoplan, men oppdragene er gjennomført i henhold til Stortingets intensjon.

Helsedirektoratet har helt siden budsjetteringsfeilen ble oppdaget hatt et samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet, og i fellesskap har vi ryddet opp i dem. Dette oppryddingsarbeidet har Riksrevisjonen omtalt i Dok. 1, avsnitt 6.1.1:

«Riksrevisjonen ser positivt på det utviklingsarbeidet som er utført av departementet i samarbeid med Helsedirektoratet. Det er viktig at dette arbeidet følges opp av departementet.»

I dialogen med Sykepleien har vi vært tydelige på at saken er en annen enn den tidsskriftet har fremstilt. Til tross for dette har de uriktige påstandene om feil bruk av tilskuddsmidler fortsatt.

Riksrevisjonens rapport for 2010 tar opp en ny problemstilling knyttet til oppfølging av tildelte tilskuddsmidler. Revisjonen påpeker at Helsedirektoratet må ha tydeligere krav til tilbakerapportering om hvordan tilskuddsmottakerne har brukt de mottatt midlene, og om de har nådd de målene som var forutsetning for tildelingen. Vi er enige i denne påpekingen og vil fortsette arbeidet med å spisse kravene til innrapportering fra tilskuddsmottakerne.

Bjørn-Inge Larsen, helsedirektør



Jeg vil ha et liv ved siden av jobben!

Min statsminister Jens Stoltenberg forteller meg at jeg skal jobbe oftere enn hver 3. helg. Han synes det er en god idé at jeg skal jobbe 2–4 helger ekstra i året. Dette skisseres som en løsning på problemet med «huller» i bemanningsplanen, ubesatte helger og for å redusere antall deltidsstillinger.

Ved jobbing annenhver helg vil jeg få en økning av stillingen min på cirka 5 prosent. Forslaget betyr for meg at jeg må jobbe annenhver helg store deler av året. Jeg tjener 35 kroner ekstra i timen for å jobbe lørdag og søndag. Dette frister!!!!

Har Jens Stoltenberg glemt at jeg også jobber kveldsvakt på julaften samt de andre høytidsdagene når han er hjemme og hygger seg sammen med sin familie? Husk at jeg også jobber nyttår, påske, 17. mai, 1. mai, pinse og Kristi himmelfartsdag. De som ikke jobber turnus har automatisk fri med betaling disse dagene.

Forsakelse av et sosialt liv er underforstått. Sykepleiere favner kvinner og menn i alle aldre

og situasjoner. NSF's arbeidspolitikk sier at turnusavtaler skal fremme helse, velferd, faglig forsvarlighet og likestilling. NSF's klare råd til både tillitsvalgte og arbeidsgiver er at de beste arbeidstidsordningene oppnås gjennom godt samarbeid med god forankring hos arbeidstakerne. Dette er også lovens ordning.

Mitt yrke er kvinnedominert. Mange kvinner er dobbeltarbeidende. Din likestillingsminister kan bekrefte at likestilling i hjemmet på langt nær er på plass. Forslaget om økt helgebelastning oppleves som kvinnefiendtlig. Vi strekker oss allerede svært langt for å få dekket vakter til alle døgnets tider.

Regjeringen har opprettet en komité for likelønn, og konkludert med at kvinners arbeid blir mindre verdsett. Utsagnene fra statsminister Jens Stoltenberg i disse dager viser at det er manglende politisk vilje til å verdsette kvinnedominerte yrker.

I 1987 endret man arbeidstidsforholdene for sykepleiere fra å jobbe hver 2. helg til å jobbe hver 3. helg. Forslaget som fremmes i dag er altså et stort tilbakeskritt. Kan et parti som Arbeiderpartiet forsvare løsninger på et bemanningsproblem med å innføre dårligere arbeidsforhold? Konsekvensene kan vi bare ane i form av økt sykefravær, noe som allerede er et stort problem innen helsevesenet.

Jeg tror nok at dersom du blir innlagt på sykehuset, Jens Stoltenberg, så er det vel betryggende å møte opplagte sykepleiere, som kan din diagnose, gjør gode observasjoner, og er handlingskraftige? Sykepleiere som yter deg det aller beste?

2–4 helger ekstra i året får store konsekvenser for en allerede presset arbeidsgruppe. Helgebemanningen er på de aller fleste plasser lavere enn resten av uken, selv om pasientantallet er likt. Kan økt antall vakter med redusert bemanning forsvares?

Ønsker Arbeiderpartiet at jeg skal klare å stå i min jobb som sykepleier til jeg blir 65 år?

Tillitsvalgte i Norsk Sykepleierforbund:

Heidi Morken, medisinsk intensiv/dialyse, Drammen sykehus,

Erik Johansen, psykiatri Frognerlia, Drammen sykehus,

Mona Sundal, intensivavdeling, Bærum sykehus,

Jorunn Søberg, psykiatri Røise, Ringerike,

Liv Astrid Rosendal, Modum Bad,

Susan Myhr, operasjon, Kongsberg sykehus

Trude Hansen, barneavdelingen, Drammen sykehus.

Nei til flere helger!

I debatten om helgejobbing som har gått i høst, hører jeg hva som sies om å jobbe 2–5 helger ekstra i året utover hver tredje helg. Jeg er stygt redd for at det går mot jobb annenhver helg. Dette er fullstendig uakseptabelt!

Da undertegnede var ferdig sykepleier i 1991, var «normalen» arbeid tredje hver helg. Jeg har også vært i den situasjon at jeg har hatt redusert stilling og måtte derfor ta ekstravakter når det var behov, også på helg. Det var derfor en stor lettelse da jeg for noen år siden fikk 100 prosent stilling med jobb hver tredje helg, noe jeg mener er til å leve med.

Det som ofte glemmes er at vi sykepleiere (og hjelpepleiere) også må være på jobb påske, 17. mai, julekvelden osv. året rundt. Mange har også nattarbeid. Selv tror jeg ikke at jeg har hatt fri en hel påskehelg siden jeg var tenåring. Det er lett for utenforstående å si at dette var noe vi visste da vi gikk inn i dette yrket, men når yrkesvalg tas i ung alder er det ikke sikkert man ser på ubekvem arbeidstid som noe problem. Hvis presset på de dyrebare frihelgene øker, kommer jeg til å vurdere å forlate yrket. Det samme er jeg redd gjelder mange av mine kolleger gjør, særlig de av oss som begynner å få noen år på baken. Og jeg har tre døtre som jeg oppfordrer til å utdanne seg til et annet yrke.

Alle som følger noenlunde med i media vet at pleie- og omsorgssektoren står overfor kjempemessige utfordringer i forhold til å skaffe nok arbeidskraft. At det i dette bildet foreslås å gjøre arbeidsvilkårene enda tøffere er for meg totalt uforståelig. Enda verre er det at tankene kommer fra ledere i LO og Fagforbundet. Svært få av oss greier å stå i en tøff jobb fram til pensjonsalderen. Skal vi greie å stå løpet ut i et krevende, men også givende yrke, må vi ha en turnus vi greier å leve med!

Hvis noen lever i den villfarelse at vi blir rike av å jobbe helg, kan jeg opplyse at mitt lørdags-/søndagstillegg er på 28,50,- kr/time før skatt.

Jeg ser problemet som fagforbundet setter fingeren på, men mer helgejobbing ser jeg ikke som løsningen. Dette dreier seg ikke bare om et regnestykke som skal gå opp, men om mennesker.

Mvh. Jartrud Benjaminsen,

sykepleier med 20 års fartstid i Kristiansund kommune

Fra Sykepleiens Facebook-side

Etterlyser handlingsplan for eldre overgrepsofre:

Tove S Magnussen: Eldre som bor hjemme må ha fast pårørende som kan støtte dem i tykk og tynt. Hva skal man ellers ha arvinger for?

– Dårlig timing av Mikkelsen:

Sølvi Helene Sæther, undrer meg på hva som egentlig ligger bak denne beslutningen 5 mnd permisjon med lønn for å studere NATO når OUS skriker etter ledelse ... annen ledelse?

Naylah S. Sørli: Alle trenger faglig påfyll, men tidspunktet var vel ikke optimalt!

Torgeir Østenengen: Innsikt og ydmykhet er oppskrytt :-)

Anne Blomholm: En selvfølge at hun trekker seg! NSF støtter dette? Sprøtt!

Pasienter dør alene - fastvaktene kuttes:

Tamara Soldner: Dessverre har vi sjelden fastvakt ... jeg jobber som fast nattevakt og jeg synes det er svært trist, spesielt hvis det er flere som er dårlig samtidig – dem som ikke har familie til å stille opp, taper ofte.

www.sykepleien.no

Du kan si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no

MINNEORD

Berith Laila Hjeltestad

Mandag 10.10.11 fekk me meldinga me hadde grua oss til – vår gode venninne gjennom 40 år, Berith Laila Hjeltestad, døde denne ettermiddagen.

Berith vart råka av kreftsjukdom i 2004. Gong på gong trudde me at ho hadde vunne kampen. Denne siste runden vart for hard – me såg alle korleis sjukdomen utvikla seg. Ho døde stille og roleg på Sunnivaklinikken i Bergen, med den næraste familien rundt seg.

Me vart kjent med Berith i januar 1971, då me starta på utdanninga vår på Haukeland sykepleierskole. I tre år budde me tett i tett på minihyblane våre. Der delte me kjøkken og bad, gleder og sorger. Det vart knytta varige vennskap. Berith var sosial og inkluderande, spontan og trygg – eit godt menneske, som vart ei solid støtte for oss alle.

Etter tre år som sykepleierelev, flytta me alle til forskjellige adresser. Nokre av oss heldt likevel kontakten og møttes jevnleg. Slik vart den såkalla Klubben starta.

Berith var født i Harstad i 1952. Ho vaks opp i Melvika, som nummer 2 av 3 søsken. Ho var svært glad i familien sin. Far til Berith døde før me vart kjent med henne. Me opplevde at ho hadde eit ekstra nært og godt forhold til mor si.

Etter endt utdanning var ho ein periode attende til Harstad og arbeide ved sykehuset der. I Bergen hadde Berith og familie – tante Tordis og onkel Hans. Dette var medverkande då Berith valgte Bergen for å ta utdanning. Ho vart til stor hjelp og støtte for tante og onkel på deira eldre dagar.

Etter grunnutdanninga tok Berith vidareutdanning innan intensivsykepleie. Ho arbeide både på intensivavdelinga og på hjereteavdelinga på Haukeland sykehus. Ein periode arbeide ho og som styrar på Florida sykehus. Ho fekk spørsmål om å koma attende til Haukeland som avdelingssykepleier, og takka ja til dette. I denne jobben såg ho ei pasientgruppe som stadig vart innlagt på nytt. Dette var pasientar som kunne fått, og skulle hatt oppfølging poliklinisk, men tilbodet mangla. Ho vart drivkrafta bak oppstarten av Hjertesviktpoliklinikken på Haukeland. I denne tida hadde ho det særdeles travelt. Over lang tid reiste ho jevnleg til Gøteborg, for å heva eigen kompetanse.

Hjertesviktpoliklinikken vart Berith sin arbeidsplass til ho av helsemessige årsaker måtte innsjå at ho nok ikkje kom til å klara å arbeida meir.

For oss er det nesten ufatteleg at Berith er død. Berith som var så sterk – fysisk og psykisk. Berith som hadde så mykje livslyst og handlekraft. Berith som var så glad i arbeidet sitt og pasientane ho kom i kontakt med. Berith som var så raus og gjestfri. Berith som betydde så mykje for så mange.

Ho kjem til å bli sakna av svært mange, i svært lang tid – venner, kollegaer, naboar, pasientar og ikkje minst familien. Tankane våre går særleg til Berith sine barn, barnebarn og øvrige nære familie.

Klubben kjem til å halda fram, men den kjem aldri til å bli heilt den same. Me er takksame for at me fekk bli kjent med Berith, og fekk ha henne som venninne. No er det trøst i å ha mange gode minner – både frå Klubben og frå turar me har hatt saman – i inn- og utland. Ho vil alltid vera med oss i tankane og hjertene våre. Me lyser fred over Berith sitt minne.

Ingrid, Solveig, Aase, Gerd og Magni.

Marit Skagestad

Vår kjære kollega og venninne Marit Skagestad døde 13. juli 2011, nærmere 61 år.

Ved Marits bortgang mistet intensivavdelingen i Stavanger en av sine mest trofaste medarbeidere gjennom 32 år.

Marit var født i Mandal og var eldst av fem søsken. Hun gjennomførte sin sykepleierutdanning ved Røde Kors sykepleierskole i Stavanger og ble uteksaminert i 1976. Etter endt utdanning begynte hun å jobbe ved Flekkefjord sykehus. Der var hun i 3 år. Etter dette oppholdet, kom hun tilbake til Stavanger og startet sin videreutdanning i intensivsykepleie. Marit jobbet etter det som intensivsykepleier til hun døde.

Marit var en bauta i intensivavdelingen og fulgte avdelingen i oppturer og nedturer. Hun var en faglig dyktig intensivsykepleier og visste å gi beskjed når ting ikke var som de skulle. Hun hadde stor tillit hos sine ledere, kollegaer og i anestesilegetjensten. Marit hadde en ro som smittet over på oss andre når situasjoner ble hektisk.

Marit hadde et spesielt ansvar for oppfølging av postoperativ smertebehandling, og hun delte sine kunnskaper med andre sykepleierkollegaer. Hun var også en systematiker, noe som gjorde at hun sto for mye av dataregistreringen i avdelingen. Hun har vært en god medhjelper på flere doktorgradsarbeid.

Overfor sine kollegaer var Marit alltid omtenkstom og interessert i hva vi foretok oss. Hun hadde «en god penn», og det er ikke få som har fått hjelp til sanger/ taler som skulle skrives til forskjellige anledninger. Hun skrev også ved tilstelninger i avdelingen, og disse sangene lever videre. Marit hadde mange interesser, hun likte å lese, reise og hun var en «kløpper» til å løse kryssord.

Marit var på jobb i intensivavdelingen til hun ble lagt inn 26. mai i år. Hun hadde slitt med vondt i et kne over tid, noe som viste seg å være en alvorlig kreftsykdom. De siste ukene Marit levde ble veldig intense. Hun ønsket åpenhet om sin situasjon, og det var mange som ønsket å ta farvel. Selv ble hun veldig rørt over den støtte og hjelp hun fikk fra sine kollegaer.

Marit hadde mange planer, men tiden hun hadde igjen ble så altfor kort. Hun ble gravlagt fra Holum kirke 21. juli.

Vi savner Marit på jobb og våre tanker går til hennes nærmeste familie, søsken og tantebarn som hun var så utrolig glad i.

For intensivavdelingen, Stavanger universitetssykehus,
Wendy Bjørnevik Tønnessen, oversykepleier



Astrid Grydeland Ersvik, leder
Landsgruppen av helsesøstre NSF

KRONIKK Helsestasjon

En liten stor tjeneste

Helsestasjonen i Norge har passert 100 år. Hva med de neste hundre?

1911 åpnet den første helsestasjonen for mor og barn i Norge. Barnepleiestasjonen som den ble kalt, ble drevet av Tøyen menighet i Oslo. Siden den gang har helsestasjonen utviklet og utvidet sitt tilbud til barn og foreldre over hele landet, og bidratt til at norske barn er blant de friskeste i verden.

I årene før og etter 1911 ble det etablert flere forløpere til dagens helsestasjon. Det var barnepleiestasjoner drevet av menigheter, og spedbarnsklinikker og kontrollstasjoner drevet av Norske Kvinners Sanitetsforening (N.K.S.)

Da helsestasjonen på Tøyen ble åpnet av professor T.B.C. Frølich i 1911, var målsettingen å oppmuntre mødre til å amme barna sine. Det ble også delt ut tran og melk til mødrene. Kontrollstasjonene som N.K.S. drev, hadde som oppgave å gi råd om barnets pleie og ernæring, og barnet ble undersøkt og veid. Søsteren som var

behov og fagfolks vurderinger, og er en vesentlig del av det tilbudet helsestasjonen gir.

De fleste foreldre er gode nok foreldre. De gir sine barn kjærlighet, omsorg, trygge og forutsigbare grenser – og gjør feil av og til. Noen foreldre trenger i korte perioder hjelp og råd i forhold til vanlige vansker med vanlige barn. Ofte er helsestasjonens jobb å bidra til å senke kravene og forventningene foreldre stiller til seg selv. Mange foreldre ønsker å gjøre alt 110 prosent perfekt, noe som resulterer i stress for både barn og foreldre, og påfølgende skuffelser. Foreldre har knapt vært mer beleste og opptatt av sine barns ve og vel enn i dagens samfunn – så til de grader at teorien av og til overskygger praksisutøvelsen!

I noen familier har både barn og foreldre større og til dels svært store utfordringer, enten som følge av forhold hos barnet, hos foreldrene eller på grunn av livshendelser som skaker familien. Ikke sjelden blir barna symptombærere på det som er galt i familien og vår innsats kan bli rettet mot symptomene mer enn årsaken. Problemene er gjerne av en slik karakter at det må iverksettes en lang rekke tiltak som eksempelvis avlastning, hjelp i hjemmet, økonomisk bistand og helsehjelp. Helsestasjonen blir ofte navet i den sammensatte hjelpen som må ytes.

Vi tror ikke lengre på «løftene» om satsing

tilknyttet kontrollstasjonen, assisterte legen og besøkte hjemmene i barnas første leveår.

Når vi gjennom 2011 har markert hundreårsjubileet på landets helsestasjoner, er det i visshet om en tjeneste som har klart å kombinere tradisjonelle funksjoner med nødvendig fornyelse. Helsestasjonen er en suksesshistorie som norske myndigheter burde eksportere med stor stolthet fremfor å se hen til stadig mer privatisering av det forebyggende helsetilbudet for barn og unge!

Helsestasjonen før og nå

De første tiårene helsestasjonene ble drevet var hygiene, forebygging av infeksjoner, tuberkulose og ernæring sentrale tema. Etter hvert som bolig- og levestandarden ble forbedret, tok forebygging av de såkalte livsstilssykdommene og ulykker stadig mer tid. I dag er det særlig psykososiale problemer og sykdom som dominerer hverdagen på helsestasjonene. Samtidig er vaksinasjon, kosthold, søvn, språk og barnets utvikling evigaktuelle tema.

Hver eneste konsultasjon i sped- og småbarnsalderen er viet observasjon og oppfølging av barnets vekst og utvikling, og foreldreveiledning. Dette er veiledning ut fra foreldrenes opplevde

Langt mer enn et sprøytestikk

Mange tror at helsestasjonen stort sett tilbyr vaksiner, veiing og måling. Da kan et besøk på den lokale helsestasjonen varmt anbefales! Det som vil møte deg er et yrende liv av pappaer, mammaer, babyer og større barn – med ulik kulturell og etnisk bakgrunn, språk og erfaringsbakgrunn. Du vil oppleve barn som får vaksiner, blir veid og målt, men også barselgrupper, nettverksgrupper, foreldreveiledning, babysang, individuelle konsultasjoner og mye, mye mer.

Barn har en lovfestet rett til helsekontroll. I løpet av barnets første leveår skal det ha tilbud om ti konsultasjoner/hjembesøk, deretter ytterligere fire konsultasjoner frem til fylte fire år. Alle nyfødte skal få tilbud om hjembesøk av helsesøster etter fødsel, og det er et ønske at hjembesøk benyttes som metode overfor eldre barn i langt større grad enn i dag. Noen steder får også kvinnen hjembesøk av jordmor etter fødsel.

Alle helsestasjoner skal ha ansatt helsesøster, jordmor, lege og fysioterapeut.

Helsesøster er den man oftest vil være i kontakt med, og som har hovedtyngden av oppfølging av alle barn – fra rett etter fødsel og til barnet fyller 20 år (+). Helsesøster er autorisert sykepleier med en videreutdanning innen helsefremmende og forebyggende arbeid, spesielt rettet mot barn og unge, på arenaen helsestasjon (og skolehelsetjenesten). Mange helsestasjoner har i tillegg ansatt eller tilknyttet eksempelvis psykolog, familieveileder og spesialpedagog.

Helsestasjonen skal bidra til gode og trygge oppvekstvilkår, god helse, opplevelse av mestring i hverdagen, og gi tilbud om veiledning, råd og støtte. Helsestasjonen skal være stedet hvor foreldre kan møte fagpersoner som på bredt grunnlag vurderer barnets helse, som kan være diskusjonspartnere og hjelpe foreldre å navigere i all den helseinformasjonen som finnes. Alle skal møtes med respekt og åpenhet. En viktig funksjon er å bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller.

Knapper og glansbilder

Man kan ha inntrykk av at helsestasjonen er en liten kommunal tjeneste. Så «liten» at ingen sentrale helsemyndigheter fant det på sin plass å markere hundreårsjubileet.

Totalt gir helsestasjons- og skolehelsetjenesten tilbud til cirka 1,2 millioner barn og unge og deres foreldre – altså rundt ¼ av befolkningen. Tjenesten skal være et tilbud for alle barn og unge fra 0–20 år og deres foreldre, samt til gravide. Nær 100 prosent av målgruppen benytter tilbudet, og brukerundersøkelser viser stor grad av tilfredshet med tilbudet.

Helsestasjonen har en stor målgruppe og et omfattende mandat, men er liten hva gjelder bemanning, bevilgninger og oppmerksomhet blant beslutningstakere.

Eksempelvis skulle Stavanger kommune hatt 67 helsesøsterstillinger mens de faktisk har 36! Den samme tendensen ser vi i de fleste kommuner – tjenesten drives for knapper og glansbilder.

De neste 100 årene?

Helsedirektoratet la i fjor fram en utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. De mener det er behov for bortimot 1500 flere ansatte i tjenesten – både helsesøstre, fysioterapeuter og leger. I statsbudsjettet for neste år har regjeringen foreslått 10 millioner til denne tjenesten, altså rundt 15 stillinger! Litt over en prosent av behovet. Når det samtidig er en meget stram kommuneøkonomi hvor forebygging ofte nedprioriteres, ser det dårlig ut for utvikling og styrking.

På bakgrunn av dette er det betimelig å spørre sentrale helsemyndigheter: Hva med helsestasjonen de neste 100 år? Betyr alle fine ord om hvor viktig helsestasjons- og skolehelsetjenesten er ikke mer enn papiret de er skrevet på?

Helsedirektoratets utviklingsstrategi peker på behov for tydeligere lovforankring, normering av stillinger og opprettelse av et kompetansemiljø. Når helse- og omsorgsdepartementet utfordres på hvordan denne strategien er tenkt oppfulgt, blir det tydelig at



VAKSINASJON: Mor med barn på spedbarnskontroll i 1947. Helsestasjonen er i dag langt mer enn vaksine, veiling og måling. Foto: Billedarkivet/Universitetet i Bergen.

man verken har tenkt å prioritere normering av stillinger eller kompetansemiljø. Man skal i stedet holde fagmiljøene «gående på gress» i påvente av arbeidet med en noe tydeligere lovforankring.

Vi tror ikke lengre på «løftene» om satsing, og vi er genuint usikre på om helsemyndighetene er villige til å gjøre det som skal til for at tjenesten fortsatt skal utvikle seg.

Jeg spør deg helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen: Finnes det reell politisk vilje til å satse på helsestasjonen også i fremtiden, eller er det bare fagre ord? Et tydelig og forpliktende svar vil være den beste jubileumsgaven barn og foreldre kan få! ■■■

KILDER

Helsesøster, mer enn et sprøytestikk, Landsgruppen av helsesøstre NSF 2008.
Helsesøstertjenesten, fra menighetssykepleie til folkehelsevitenskap, Glavin og Kvarme 2003.
IS-1154 Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, Sosial- og helsedirektoratet 2004.
IS-1798 Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, Helsedirektoratet 2010.
Nasjonalt kompetanse- og utviklingssenter for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, Plan- og idéskisse, Landsgruppen av helsesøstre NSF 2009.
Pasientrettighetsloven, 1999, www.lovdatab.no.
St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen helse- og omsorgsdepartementet.

Hva om du var sjefen her?

I år vil vi foreta et eksperiment.

I 100 år har Sykepleien skrevet om fag og hverdag. Våre journalister har oppdatert deg på nyheter, formidlet fag og forskning og snakket med enkeltmennesker om lønn og arbeidsmiljø.

Nå er det kanskje på tide å bytte roller!

I Sykepleiens jubileumsutgave, som kommer ut i desember 2012, skal du kunne være med på å utforme bladet selv, sammen med oss. Du får – for en gangs skyld – lov til å skape et drømmeblad, fullt av innsiktsfulle betraktninger, intervjuer og reportasjer, slik du selv har drømt om å lage.

Sykepleien søker derfor

SYKEPLEIERE

som har lyst til å ta sjansen på å vise hva de brenner for.

For deg som tør, venter følgende nøkkel-oppgaver:

- › Gjesteredaktør med evne til å se stort på det
- › Lekne kommentatorer
- › Stødige kverulanter
- › Rabiater reportere
- › Skjønnlitterære penner
- › Foto-entusiaster eller personer som kan uttrykke seg visuelt
- › Andre som kan tenke kreativt

Krav til kvalifikasjoner:

- › Du må brenne for noe
- › Du må ha et genuint hjerte for Sykepleien
- › Du må ha evne til å tenke utenom rammene

Godtgjørelse: Blir du plukket ut, betaler vi et beløp tilsvarende kontigenten i NSF for et helt år!

Tør du?

Send inn en søknad, med en ide om hva du kan bidra med, innen 1. april, til:
Redaktør Barth Tholens
Epost:
barth.tholens@sykepleien.no



TETT PÅ
Tove Gundersen

Hvorfor: Fordi hun er sykepleier og ny generalsekretær i Rådet for psykisk helse

Yrke: Generalsekretær

Utdanning: Sykepleier, tre videreutdanninger (i administrasjon og ledelse, psykiatri og i livssyn og etikk), sykepleiefaglig veileder, hovedfag i helsefag, master i PR ledelse og strategisk kommunikasjon.

Alder: 47 år

Hun vil bygge barn

Å bygge barn er lettere enn å reparere voksne. Det er Tove Gundersens motto når hun skal bedre nordmenns psykiske helse.

Tekst og foto **Marit Fonn**



Kvinnene på Gaustad sykehus ser hun ennå tydelig for seg. De er nakne på badet, mange samtidig. Noen dusjer, noen pusser tenner, noen bader. De har ikke en gang et håndkle rundt seg.

Nå, 26 år etter sin debut i psykiatrien, starter Tove Gundersen i jobben som vaktbikkje. I midten av januar inntar hun lokalene i Oslo-gryta, men vår psykiske helse skal hun verne om i hele landet.

Klokken er ett, men mørket har allerede pakket inn Sagene, bydelen som ligger både øst og vest i Oslo, delt av Akerselva. På Sagene lunsjbar, tidligere arbeiderkneipe, nøyer Gundersen seg med en kaffe.

Gundersen er kjent her. Hun har bodd i strøket i 20 år og gjør det fortsatt. Det er ikke langt til Gaustad der hun hadde sin bratteste læringskurve. Som pleieassistent gjorde hun sitt beste for damene som hadde vært innelåst i 40 år. Siden den gang har hun utdannet seg i så mange år at hun er flau.

DET VAR TO ÅR I KIBBUTZ i Israel som avgjorde yrkesvalget.

– I kibbutzen likte jeg å være på sykestuen og hjelpe folk. Mange var angstfulle og deprimerede, pluss at de trengte fysisk pleie. Det var mye bedre å være der enn på bomullsmarkene, selv om jeg kommer fra bondelandet, forteller hun.

På Jomfruland utenfor Kragerø vokste hun opp på gård, i en søskenflokk på sju.

– Jeg gjorde mye av meg, og var den første som kjørte traktor av jentene. Jeg var født mellom to brødre, og hadde mye å bevise.

Etter Israel-oppholdet, flyttet hun til Oslo. Der troppet hun opp på asyl.

– Hvem hadde ikke hørt om Gaustad sykehus? mimrer hun.

«Kan jeg jobbe her?» spurte hun oversykepleier. «Det kan du,» svarte hun.

Etter et par år begynte hun på sykepleierskolen. Hun tok først videreutdanning i ledelse, så i psykiatrisk sykepleie.

Hun har selv fått fem barn, som nå er i alderen 24 til 8 år. De yngste er tvillinger.

– Jeg er født med mye energi, forklarer hun.

Etter ti år på Gaustad, ble det tolv på Ullevål. Trikkedrapet skjedde i 2004, og hun ble leder for den nye koordineringsenheten.

En mann, nylig utskrevet fra psykiatrisk behandling, drepte én og skadet fem. Drapsmannen ble dømt til psykiatrisk behandling og en overlege på Ullevål fikk advarsel for uforsvarlig pasientbehandling.

– Hva skjedde egentlig før trikkedrapet?

Gundersen ordlegger seg forsiktig:

– Beskjedene mellom nivåene nådde ikke fram.

Hun konstaterer at drapet i hvert fall utløste en stor omorganisering.

– Det kan bli mange god-jul-ord, som tilgjengelighet og samhandling. De betyr ikke noe før de blir til noe i praksis. Det er alltid mer å gå på ved å koordinere og samhandle bedre.

– Du har jobbet på Tøyen i Gamle Oslo og i Vestfold. Er det store forskjeller på folks psykiske helse?

– Mest likhetstrekk. Det nye er at psykiatrien jobber mer ute

der pasientene er. Derfor har vi greid å få ned antallet tvangsinnleggelses.

Norge kommer som kjent dårlig ut på tvangsstatistikken. Hun lener seg fram over bordet, sperrer øynene litt ekstra opp:

– I tvangsdebatten er det viktig å vite: Hva snakker vi om nå? Antall innleggelses? Bruk av tvangsmidler? Antall døgn på tvang?

Selv er hun mye mer interessert i å snakke om tiltak. Er tiltakene gode, vil det bli mindre tvang.

– Hva virker? Det er det vi må fokusere på. Resultatet vil bli mer frivillighet. Tvangsdebatten låser seg ofte i noe negativt og unyansert.

Hun retter seg opp.

– En del positivt har skjedd. Mange i fagmiljøene er opptatt av samtykke, beslutningskompetanse, kriseplaner og tidlig identifisering av symptomer.

– Du er mest opptatt av forebygging?

– Absolutt. Vi må ut der barn og ungdom oppholder seg. Det er beste måten å jobbe på for å sikre bedre psykisk helse.

HUN VIL SAMARBEIDE med politiet. Hun vil involvere idretten.

– Fordelen med Rådet er jo bredden.

Det frittstående Rådet for psykisk helse har 27 medlemsorganisasjoner. De representerer brukere og pårørende, de er universiteter og høyskoler – og arbeidstakerorganisasjoner. For eksempel Sykepleierforbundet.

– Hvorfor vil du prioritere forebygging når mange sliter med å komme til for akutt hjelp?

– Akutttilbudet er blitt mye, mye bedre de siste ti årene. Over hele landet er kapasiteten bedre, så noe riktig har vi gjort. Tjenestene er mer sammenhengende. Flere arenaer snakker sammen. Tidligere gikk man mer i skyttergraver, og nivåene samarbeidet ikke. Mer debatt og dialog endret det. Det er enkel pedagogikk, altså.

– Du snakker som en arbeidsgiver?

– Min bakgrunn er jo som leder i spesialisthelsetjenesten. Nå skal jeg jobbe mot politisk ledelse og mediene.

At hun selv kjenner feltet, gjør at hun slipper å bli en glefsende vaktbikkje, tror hun.

Gundersen vender tilbake til idretten:

– Der er psykiatrien fraværende. Men de fleste unge driver med idrett. Vi vet at 15-20 prosent har psykiske lidelser.

– Hvilke da?

– Det viktigste er å normalisere sorg og krisereaksjoner. Mange har påkjenninger allerede som barn. Vi må ikke vente så lenge med å hjelpe at det blir fastlåst. Det er lettere å bygge barn enn å reparere voksne.

– Men hvilke lidelser har de unge?

– Hele spekteret, jeg ser ikke noe poeng med å ramse dem opp. Psykisk helse handler også om fattigdom og ensomhet. Hvis du ikke har noen å dele livet med, utvikler du mer problemer enn dem som har nettverk.

Som en understreking av poenget synger Sivert Høyem på musikkkanlegget: «Lift me, don't ever put me down». Han er heldig, for Ane Brun svarer: «I'm yours.»

Gundersen får igjen det insisterende blikket, bøyer seg fram:

«Gode fagpersoner er villige til å ta på seg utesko.»

– Når barn endrer atferd på skolen, må man tenke: «Hva hender her?»

Hun sier ikke mer om det.

DRAPSMANNEN Anders Behring Breivik fikk diagnosen schizofren paranoid.

– Hva gjør ABB-diagnosen med oss?

– Mye. En diagnose skal gjøre to viktige ting: si noe om prognose og om behandling. Hvis diagnosen ikke kan det, så utfordres det diagnostiske systemet. Sannsynligvis er det behov for å diskutere våre diagnosesystemer. Enda viktigere i denne debatten er spørsmålet om tilregnelighet.

Hun slår fast:

– Det er de færreste schizofrene og paranoide som noen gang skader. Og svært, svært sjelden at noen dreper.

– Du vil satse på de unge, men hva med de eldre?

– De er sårbare, mange er alene. Det er mange som ønsker å hjelpe de eldre. Det bør satses mer på frivillige besøksvenner.

Som generalsekretær vil hun formidle ny kunnskap.

– Rådets fremste oppgave er å bidra til kunnskapsvekst og satsing på forskning. Vi bør finne fram til der man lykkes. Fremme de tiltakene som har effekt.

Gundersen mener det må utdannes mer fleksible helsearbeidere.

– Brukermedvirkning krever mer av hjelperne. Gode fagpersoner har relasjonskompetanse. I tillegg er de villige til å ta på seg utesko.

– Har psykiatriske sykepleiere spesielle oppgaver?

– De har en viktig rolle i det tverrfaglige team. Det går ikke å gjøre jobben uten å samarbeide.

– Hva kan psykiatriske sykepleiere som ikke andre kan?

– Godt spørsmål.

Hun tenker.

– Mange oppgaver glir over i hverandre. De er ikke de eneste ekspertene på miljøterapi. Deres erfaringer over tid gjør dem genuine. Jeg er ikke redd for at deres spisskompetanse skal forsvinne. Jeg vet ikke om det er mer å si.

– Hvor mye identifiserer du deg som psykiatrisk sykepleier?

– Jeg føler meg mest som leder. Det har jeg vært i 20 år. Men jeg ville aldri vært psykiatriutdanningen foruten, for den har påvirket mine refleksjoner og valg. Det hørtes pompøst ut. Ha-ha-ha. Men det er jo sant.

– Hvor åpen kan man være i psykiatrien?

– Alle har utfordringer i livet. Det burde være mer åpenhet om hva det vil si å ha slike utfordringer. Jeg liker ikke å snakke om lidelser eller problemer. Det virker hemmende.

Nå hviler hun hodet i hånden.

– Men fortsatt er det mye skyld og skam knyttet til psykiske lidelser.

Psykisk helse, bladet utgitt av Rådet for psykisk helse, skrev nylig om en sykepleierstudent som ikke fikk ha praksis på et distriktspsykiatrisk senter fordi hun hadde vært innlagt for spiseforstyrrelser der fem år tidligere.

– Veldig skremmende. Jeg kan forstå at man ikke vil være åpen når konsekvensene kan bli som dette.

Gundersen vil ha et inkluderende arbeidsliv:

– Å ha en jobb å gå til, gir struktur og mening. Det er dessuten

på høy tid å gjøre noe med sykemeldingspraksisen. Jeg synes det er håpløst at man må diagnostiseres som deprimeret for å bli sykemeldt når livets normale kriser oppstår.

– Hvorfor er det så mye tvang i Norge?

– Det der kunne blitt en flere timers debatt. Hvis vi alltid ønsker frivillighet, blir det mindre tvang. Det krever at vi er tidlig ute så det ikke kommer så langt at pasienten ikke vil samarbeide.

Pause.

– Men noen pasienter mister så mye kontroll at de ønsker å bli behandlet med tvang. Det skaper trygghet. Da er det viktig at det blir riktig tvangsbruk. Vi kan ikke oppnå null-tvang. Jeg har selv holdt pasienter i hånda som har ligget i belteseng. Noen takket for at vi overtok den kontrollen de selv hadde mistet.

Hun påpeker at det fortsatt er mye å hente på holdningsarbeid blant de ansatte.

– Det å ha mye utdanning sier lite om det å ha evne til å forvalte kunnskap.

FOR SELV OM UTDANNING er bra, kan det bli for mye av det gode:

– Alle har jo mastere, ikke bare én, men ofte to. Men det sier ikke noe om endringsevne. Og det sier jeg som sitter i glasshus og har studert i 17 år, sukker hun.

Hun tenker på Gaustad-damene, de hun traff før hun ble profesjonell. All nakenheten, de var kanskje åtte på badet samtidig.

– Det var så uverdig. Dette var damer med store lidelser og vi var veldig mange ufaglærte. Alle røyka og spilte kort med pasientene. Det skortet på organiseringen, men det var også mye god omsorg. Det var bare så tilfeldig hvordan den ble gitt.

Hun føler det var i et annet liv. ■■■





NOVEMBER 1912 Første nummer av Sykepleien kom som vedlegg i Medisinsk Revue datert november 1912. Årsabonnementet var 1,00 krone.



Sykepleien med fra starten

Da Norsk Sykepleierforbund ble stiftet for 100 år siden, ble det bestemt å utgi et blad til medlemmene, noe som straks ble satt i gang. Abonnementsprisen det første året var 1 krone.

Pionerene som grunnla Norsk Sykepleierskeforbund i 1912 var moderne og offensive. De skjønte tidlig hvor viktig det var med å få et eget blad.

«Samtidig med at N.S.F. blev stiftet, blev det av formanden frk. Bergljot Larsson fremsat forslag om at forbundet snarest maatte faa sin egen avis. – Forslaget vandt som rimelig var meget bifald, for hvem av oss ønsket ikke det, vi var jo alle enige om, at vi intet virksomere middel kunde finne til at gjøre N.S.F. kjendt saa vel indad os søstre mellom som utad til hjelp for at vinde publikums opmerksomhet og sympati. (...) Som nævnt var vi alle begjærlige efter at faa vort eget blad, men vi blev staaende ved det store men: «økonomien» – det er jo ikke smaatterer at starte et blad!». (Referat fra Bladkomiteen i september 1913.)

Bergenssøstrene med frk. Struve i spissen visste råd. De fikk overbevist dr. Dethloff, redaktør av Medicinsk Revue, til å trykke Sykepleien som tillegg i Medicinsk Revue november 1912. Årsabonnementet var 1,00 krone, og bladet ble redigert av forbundets første «formand», søster Bergljot Larsson.

Samtidig fortsatte arbeidet med å utgi Sykepleien som eget blad. En komite ble satt ned, og i juli 1913 utkom Sykepleien som selvstendig blad i et opplag på 1 000. Og bladet ble godt mottatt ifølge Bladkomiteens referat fra september 1913:

«Sykepleien er blitt den store og gode «budbærer», vi haaper på. Og vi haaper at abonnenternes tal stadig vil øke sterkt, og det vil de ogsaa ganske sikkert gjøre, om dere alle er like flinke til at hjelpe til, som dere hittil har været. Altsaa arbeid for Sykepleiens utbredelse, det lønner seg.»

Og de lykkes. I et leserbrev skriver en søster i Nordland følgende i utgaven datert august 1915:

«For hvert aar som gaar blir jeg mer og mer gla i Sykepleien og tror at den bringer søstrene nærmere hinanden. (...) Jeg for min del glæder mig nu til hver gang bladet vort kommer, da den alltid bringer noget nyt og lærerikt med sig og jeg vil inderlig haabe at den maa komme til at fortsætte i samme spor som den har gjort i 2 1/2 aar.»

Om regnskapet første året står følgende «Det tilføies at vi for nærværende skylder hr. Kølbel for trykking for 2 maaneder – kr 116. Men vi har et nogenlunde tilsvarende beløp til gode for utestaaende annonser».

I Sykepleiens spalter har mye vært likt de siste 100 år. I et referat fra den stiftende generalforsamling gjengitt i første nummer datert november 1912 var kampsakene klare: Bedre lønn, bedre utdanning, bedre rekruttering og kontroll med formidling og autorisasjon av arbeidskraft.

Fagutvikling har vært et gjennomgangstema i Sykepleien. Allerede i nummer 3 datert januar 2013 utlyste redaksjonen en konkurranse om den beste kliniske fagartikkelen. Oppgaven var å beskrive «den bedste maate at gi et sengebadd paa (legemsbad i sengen)».

Et annet tilbakevendende tema i Sykepleiens spalter har vært sykepleierskenes lønnsforhold. I nummer 5 datert mars 1913 kunne redaksjonen gledesrående fortelle om «Lønsforbedringen ved Kristiania kommunale sykehjem». Resultatet var at en fast ansatt pleierske kunne komme opp i 500 kroner året pluss kost og losji etter seks års ansettelse.

Lønnsadelen utgjorde «oversøster ved stor avdeling» som kunne oppnå 1 000 kroner i året. Til sammenlikning fikk søster Larsson 900 kroner i året som formand pluss 300 kroner som redaktør av Sykepleien.

Tekst Bjørn Arild Østby Foto Norsk Sykepleierforbund



SYKEPLEIEN Redaksjonen i arbeid januar 1914. Damen i mørk drakt er sekretær Elise Furuholmen. På motsatt side av bordet sitter søster Ruth Mørk.

PARAGRAFRYTTERNE

Har du spørsmål om lønn, rettigheter eller forsikring?

Send en epost til interaktivt@sykepleien.no.

Du kan også gå inn på sykepleien.no og finne svar på aktuelle spørsmål.

Tillitsvalgte er også arbeidsgivers medspiller

Seniorrådgiver **Kirsten Nesgård** svarer på tre spørsmål, om tillitsvalgtes rolle, vakt på vaktrom og om avspasering.

? Hva er tillitsvalgtes rolle ved inngåelse av turnusavtaler?

§ Etter arbeidsmiljøloven har tillitsvalgt og arbeidsgiver adgang til å inngå avtaler om turnus. Slike turnusavtaler er bindende for alle sykepleierne. Men i forkant er det nødvendig å ha en dialog med medlemmene for å få klarlagt eventuelle ønsker og behov hos den enkelte. Det er imidlertid mange forhold som tillitsvalgte må ta hensyn til ved inngåelse av turnusavtale. Det er derfor ikke alltid mulig å imøtekomme alle enkeltønsker og behov.

Tradisjonelt har tillitsvalgtes viktigste rolle vært å påse at arbeidsgiver følger lover og avtaler, og at medlemmenes interesser blir ivaretatt. Nyere undersøkelser bekrefter at denne «vaktbikkjerollen» fortsatt anses som den viktigste å ivareta. Tillitsvalgte fungerer som en «buffer» mellom arbeidsgiver og medlemmene. I tillegg er det viktig å framheve at tillitsvalgte, gjennom å forplikte medlemmene, er en viktig samarbeidspart for arbeidsgiver ved å medvirke til forutsigbarhet og stabilitet. Enda en viktig rolle for tillitsvalgte vis-à-vis arbeidsgiver er rollen som konstruktiv medspiller. Denne rollen blir ofte undervurdert både av tillitsvalgte og arbeidsplassen, men i kraft av sin kunnskap om arbeidsplassen, kontakt med de ansatte og formidler av en organisasjons overordnede politikk, vil konstruktive tillitsvalgte gi arbeidsgiver nyttige innspill og korrektiver. Når vi diskuterer spørsmål som fleksibilitet og forholdet mellom individuelle ønsker og

kollektive rammer, er de to sistnevnte delene av tillitsvalgtrollen viktige å ha med.

? Hva betyr det å ha vakt på vaktrommet?

§ I helsesektoren blir arbeid av passiv karakter oftest omtalt som «vakt på vaktrom» og brukes en del ved spesialenheter i sykehus. Ordningen brukes for eksempel i operasjon- og anestesivdelinger, for å sikre beredskap på natt/helg i tilfelle det oppstår et akutt behov for spesialkompetanse (akutte operasjoner, fødsel etc). Vakt på vaktrom legges i praksis gjerne i tilknytning til en aktiv vakt, f.eks. i form av en hvilende nattevakt i etterkant av en kveldsvakt. En forutsetning for å foreta en forlengelse av arbeidstiden er at arbeidet helt eller i det vesentlige er av passiv karakter. I dette ligger at arbeidsforholdene må være slik at arbeidstakeren kan slappe helt av og om nødvendig ligge og sove i den passive tiden. Der arbeidet i perioder er passivt, men hvor det stadig er avbrytelser med aktivt arbeid, vil det derimot ikke være anledning til utvidelse av arbeidstiden. Forlengelse av arbeidstiden er derfor ikke aktuelt i tilfeller hvor arbeidet i perioder er passivt, men hvor det stadig er avbrytelser med aktivt arbeid.

Arbeidstiden kan forlenges ut over hovedregelen i § 10-4 (2), altså mer enn 2 timer per 24 timer og 10 timer i løpet av sju dager. Som

oftest vil det være behov for å inngå avtale etter aml § 10-12(4) for å få til slike ordninger, for eksempel 16 timers vakter, hvorav 8 timer aktivt arbeid og 8 timer vakt på vaktrom. I de fleste tilfeller må arbeidsgiver derfor søke NSF sentralt for å få til tariffavtale i tråd med reglene i § 10-12 (4). Arbeid av passiv karakter regnes som arbeidstid fullt ut. HTA og Overenskomsten har egne betalingsbestemmelser om vakt på vaktrom; 1:3. «Vakt på vaktrom» skal innarbeides i turnusplanen og være en del av turnusavtalen.

? Hva sier arbeidsmiljøloven om avspasering av overtid?

§ Arbeidsgiver og arbeidstaker kan skriftlig avtale at overtidstimer helt eller delvis skal tas ut i form av arbeidsfri på et avtalt tidspunkt. Arbeidstaker har altså ingen ubetinget rett til slik avspasering, men kan avtale dette med sin arbeidsgiver. På den annen side kan arbeidsgiver heller ikke kreve at arbeidstaker avspaserer overtidstimer. Der som man for eksempel har arbeidet seks timer overtid i løpet av en uke, kan man etter denne bestemmelsen avtale å avspasere time mot time de seks overtidstimer på et tidspunkt som er nærmere avtalt med arbeidsgiver.

Derimot er det ikke tillatt å avtale avspasering av overtidstillegget. Denne skal utbetales også i de tilfellene der det inngås avtale om avspasering av overtidstimer.

Passer på paragrafene:



Harald Jesnes
Forhandlings-
sjef i NSF



Marit Gjørdalen
Advokat



Johs Bruvik
Spesial-
rådgiver



Kirsten Nesgård
Spesialrådgiver



Oskar Nilsen
Advokat



Lars Petter Eriksen
Spesialrådgiver



Anne Lise Wien
Seniorrådgiver



Anne Lystad
Seniorrådgiver



Randi Moan Rieber
Leder av NSFs
Forsikringskontor



NORDLANDSSYKEHUSET
NORLÁNDA SKIHPPJVIESSO



Nordlandssykehuset har ledig følgende stillinger:

JORDMOR

Kvinne-/barnklinikk - VESTERÅLEN

- Fast 100% stilling. Stillingen inngår i 3-delt turnus, med arbeid hver 3. helg, samt en dag i hinkehelg hver 12 uke.

For informasjon ring til ass. enhetsleder Lise Jakobsen, tlf. 75 42 45 70 eller enhetsleder Kristen Olav Lind, tlf. 75 42 45 64.

Søknadsfrist: 15. februar 2012

Sykepleiere

Medisinsk klinikk - LOFOTEN

Enhet A:

- 100 % fast stilling som sykepleier fra 12.03.2012. Stillingen innehar arbeid på sengepost og dialyseenhet.

Enhet B:

- 100 % fast stilling som sykepleier fra 01.01.2012. Kreftsykepleier eller søkere med kompetanse innenfor kreftomsorg vil bli foretrukket.
- 15 % fast stilling som sykepleier fra 01.01.2012. Søkere med dialysekompetanse vil bli foretrukket.
- 25 % fast stilling som sykepleier fra 16.04.2012. Søkere med dialysekompetanse vil bli foretrukket.
- 20 % fast stilling som sykepleier fra 01.01.2012. Søkere med dialysekompetanse vil bli foretrukket.

For nærmere opplysninger om stillingen kontakt:

Enhetsleder enhet A; Monica Korneliussen, tlf. 76 06 01 64/941 69 940.

Enhetsleder enhet B; Merete Breivik, tlf. 76 06 04 01/941 58 535.

Avdelingsleder medisinsk klinikk (alle stillinger): Janne Løvdal, tlf 76 06 02 28/954 51 067.

Søknadsfrist: 31. januar 2012

Søknad sendes elektronisk via www.jobbnorge.no
– her finner du også fullstendig annonsetekst.

Jobbnorge.no



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVV-NORCGA UNIVERSITEHTABUOHCEVISSU



Universitetssykehuset har ledig følgende stillinger:

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 5800 ansatte. Virksomheten skal bygge på kvalitet, trygghet, respekt og omsorg.

Intensivsykepleiere (spesialsykepleiere)

Operasjons- og intensivklinikken

Intensiv- og oppvåkningsavdelingen – Oppvåknings- og intensivseksjonen

Faste stillinger og vikariater. Sykepleiere uten spesialutdanning, men med minimum 2 års relevant praksis, oppfordres også til å søke.

Oppvåkningsseksjonen er en stor postoperativ seksjon som mottar pasienter fra alle kirurgiske spesialiteter. Oppvåkningen er sentral i traumemottak, og mottar ustabile pasienter fra Akuttmottak og andre poster på UNN Tromsø.

Intensivseksjonen på UNN tilbyr avansert sykepleie til svært kritisk syke pasienter.

Kontakt: Astrid Dalum, tlf. 77 62 76 68, Ann Iren Lein, tlf. 77 62 62 49 eller Birgith Jørgensen Nerskogen, tlf. 77 66 95 90/77 62 67 02.

Se også www.unn.no/jobsok. Søknadsfrist: 01.02.12.

Jobbnorge.no



sykepleien.no



Hol kommune

Hol kommune ligger øverst i Hallingdal og har ca. 4500 innbyggere. Største tettsted er Geilo. Mulighetene for friluftsliv er unike gjennom hele året.

Hol kommune følgende ledige stillinger:

Ved Geilotun alders- og sykehjem på Geilo:

3 X 63 % FAST SYKEPLEIERE PÅ NATT

Ved Høgehaug alders- og sjukeheim i Hol:

92 % SYKEPLEIER, VIKARIAT

01.02.12-01.09.12

Ved Hjemmetjenesten øst, i Hol:

100 % FAST SYKEPLEIER

For full utlysningstekst og mer info om Hol kommune, se www.hol.kommune.no og www.hol.kommune.no/Tjenester/Omsorg-og-pleie/Geilotun/

Søknad sendes: postmottak@hol.kommune.no eller Hol kommune, personalkontoret, 3576 Hol.

Søknadsfrist: 29.01.12.



Avdelingssjef sykepleietjenesten

Ledig stilling som avdelingssjef sykepleietjenesten Hovedintensiv, Klinikk for anestesi- og akuttmedisin, St. Olavs Hospital HF.

Klinikken er på utkikk etter en leder som kan lede en sykepleieavdeling med høy faglig kompetanse, med en stor variert personalgruppe, samt et stort budsjett- og økonomiansvar.

Nærmere opplysninger om stillingen kan fåes ved henvendelse til konstituert Klinikkssjef Sindre Mellesmo, mob 416 25 422, e-post: Sindre.Mellesmo@stolav.no

Søknader sendes elektronisk via www.stolav.no, velg Jobbsøk – ledige stillinger. Se www.stolav.no for fullstendig tekst.

Søknadsfrist: 29. januar 2012



Jobbnorge.no



MHH Martina Hansen Hospital
1936

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. 340 ansatte. Vi har et stabilt arbeidsmiljø, det skyldes at vi, i tillegg til

glæde, samarbeid og effektivitet henger nøye sammen. Pasientene skal oppleve omsorg, trygghet og trivsel. Våre ansatte og pasientene trives på Martina Hansens Hospital.



Vestre Viken HF

Vestre Viken HF leverer sykehus- og spesialisthelsetjenester til 450 000 mennesker i 27 kommuner i Buskerud, Vestfold, Akershus og Oppland. Helseforetaket har 6700 årsverk.

Intensivavdelingen Ringerike sykehus har ledige faste stillinger og vikariater for

Intensivsykepleiere / sykepleiere

For mer informasjon kontakt avdelingssykepleier Tone Amlien, tlf 32 11 61 29

Søknadsfrist: 05.02.12
Referansenr: 1260151795

Vennligst benytt vårt elektroniske søknadsskjema som du finner sammen med fullstendig utlysningstekst på våre hjemmesider – www.vestreviken.no

HELSE SØR-ØST

Jobbnorge.no



St. Olavs Hospital HF er universitetssykehus for Midt-Norge og integrert med NTNU, og studenter, lærere og forskere er en naturlig del av pasientbehandlingen. Helseforetaket er lokalsykehus for befolkningen i Sør-Trøndelag, men har også flere regionale og nasjonale oppgaver. Hovedtyngden av virksomheten ligger i Trondheim. Helseforetaket har om lag 8000 ansatte og eies av Helse Midt-Norge RHF. 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



NEVROKLINIKKEN

Operasjonssykepleier

Det er ledige vikariater i 75-100 % stilling ved Nevrokirurgisk operasjon. Referansenr: 1293842303.

Nærmere opplysninger om stillingen kan du fås ved henvendelse til seksjonsleder Berit Lefstad Engen, tlf. 72 57 58 23, epost berit.lefstad.engen@stolav.no.

Søknadsfrist: 27.01.12.

Søknader sendes elektronisk via www.stolav.no, velg Jobbsøk – ledige stillinger. Se www.stolav.no for fullstendig tekst.

HELSE MIDT-NORGE

Jobbnorge.no

St. Olavs Hospital HF er universitetssykehus for Midt-Norge og integrert med NTNU, og studenter, lærere og forskere er en naturlig del av pasientbehandlingen. Helseforetaket er lokalsykehus for befolkningen i Sør-Trøndelag, men har også flere regionale og nasjonale oppgaver. Hovedtyngden av virksomheten ligger i Trondheim. Helseforetaket har om lag 8000 ansatte og eies av Helse Midt-Norge RHF. 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



KVINNEKLINIKKEN

Avdelingsjordmor

Det er ledig fast stilling 100% stilling ved Barselenheten i Pasienthotellet. Referansenr: 1290975030.

Vi søker en offentlig godkjent jordmor med interesse for barselfaget og med ledererfaring. Det legges stor vekt på personlige egenskaper som samarbeid, selvstendighet, fleksibilitet og evne til nyttenking. Bred klinisk erfaring er ønskelig.

Kontaktinformasjon: Seksjonsleder Anne-Lise Beversmark, tlf. 72 57 39 80.

Søknadsfrist: 10. februar 2012

Søknader sendes elektronisk via www.stolav.no, velg Jobbsøk – ledige stillinger. Se www.stolav.no for fullstendig tekst.

HELSE MIDT-NORGE

Jobbnorge.no



FORSVARET

Forsvarets sanitet

Forsvarets Sanitet har ansvaret for å stille med AE (Aeromedical Evacuation) team på beredskap for lufttevakuering innen 24 timer.

Flytypen er Hercules 130J eller Boeing 737.

Fra 2012 skal avdelingen ha Intensivkapasitet.

Forsvaret søker:

Til vår lufttevakueringsenhet søker vi:
**Sykepleiere - Anestesisykepleiere -
Intensivsykepleiere**



Mer informasjon om ledige stillinger og vår kontaktinformasjon finner du på våre nettsider

www.fsan.no



Vestre Viken HF leverer sykehus- og spesialisthelsetjenester til 450 000 mennesker i 27 kommuner i Buskerud, Vestfold, Akershus og Oppland. Helseforetaket har 6700 årsverk.

Medisinsk post 1 ved Drammen sykehus har ledig stilling som:

Avdelingssykepleier

Søknadsfrist: 01.02.2012 Søknad merkes ref.nr. 1293511224

Fast 100% stilling er ledig.
Nærmere opplysninger ved avdelingsjef Einar Husebye tlf:32803410 eller rådgiver Berit Fjelltoft tlf:32803430.

Vi ber om at du benytter vårt elektroniske søknadsskjema som du finner sammen med fullstendig utlysningstekst på våre hjemmesider – www.vestreviken.no



Spesialsykepleier anestesi

Seksjon Kragerø, Kirurgisk poliklinikk

• 50 % vikariat med mulighet for fast ansettelse.

Kontakt enhetsleder Hans Olav Lindrum eller spesialsykepleier anestesi Tone Korsnes, begge, tlf. 35 98 61 80.

Vi ber om at du benytter vårt elektroniske søknadssystem - se fullstendig utlysningstekst på www.sthf.no.

Søknadsfrist: 05.02.12.

ST – en del av foretaksgruppen 

Jobbberge.no



Norsk Sykepleierforbund - et førstevalg for sykepleierne, til beste for pasienten
NSF markerer i år sitt 100 års jubileum og starter jubileumsåret med å søke etter ny

Generalsekretær

Generalsekretæren er arbeidsgiver og administrativ leder for 175 ansatte. Sammen med forbundsledelse og styret skal generalsekretæren utvikle og lede organisasjonen til å møte fremtidige faglige, politiske og samfunnsmessige utfordringer.

Den rette kandidat har strategisk og politisk forståelse, samt robuste lederegenskaper. Du må ha gjennomføringskraft og evne til å engasjere og motivere kompetansemedarbeidere. Forbundet ønsker søkere med lederutdanning og dokumenterte resultater som toppleder. Det ønskes fortrinnsvis kandidater med sykepleierbakgrunn.

For mer informasjon om stillingen, se: www.habberstad.no eller www.sykepleierforbundet.no.

Søknad og CV merket «Generalsekretær NSF» sendes på mail til h.sommarset@habberstad.no innen 06.02.2012.

For ytterligere opplysninger kontakt våre eksterne rådgivere i Habberstad: Heidi Sommarset tlf. 90542146, eller Hans Petter Karlsen tlf. 93425743.



www.habberstad.no



Rømskog kommune er en av landets minste kommuner, med sine 680 innbyggere. Ligger sentralt på Østlandsområdet med 8,5 mil til Oslo/ Gardermoen. Kommunen tilhører Indre Østfold, blir kalt Østfolds perle, og med mange vann og mye skog byr det på mange fritidsmuligheter. Rømskog har natur til å bli rolig av, en luft til å bli sunn av og kostnader til å leve med. Vi har gode oppvekstvilkår for barn og et rikt kulturliv.



Skjervøy kommune er en øykommune med ca. 3.000 innbyggere hvorav 2.400 bor på tettstedet Skjervøy. Kommunen har nytt Helsecenter med sykestue, sykehjem, skjernet enhet for aldersdemente, hjemmetjeneste, legekontor og fysio- og ergoterapiavdeling. Tettstedet har fastlandsforbindelse via tunnel og god forbindelse til Tromsø ved daglige hurtigruteanløp og buss og hurtigbåt flere ganger pr. uke.



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCVEIESSU



Universitetssykehuset har ledig følgende stillinger:

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 5800 ansatte. Virksomheten skal bygge på kvalitet, trygghet, respekt og omsorg.

LONGYEARBYEN SYKEHUS har ledig følgende stillinger:

Helsesøster i prosjektstilling

Stillingen finansieres av midler innen «Opptappingsplan for rusfeltet» og vil bli tillagt oppgaver innen rus- og kriminalitetsforebyggende arbeid, skolehelsetjeneste og foreldreveiledning.

Vi søker etter helsesøster med tilleggsutdanning innen psykisk helsearbeid og/eller foreldreveiledning. Erfaring innen tverrfaglig samarbeid, skolehelsetjeneste og foreldreveiledning vektlegges.

Det legges vekt på personlig egnethet og evne til samarbeid, at man er positiv til endringer og nye utfordringer, har arbeids glede og er serviceinnstilt.

Lønn iht. gjeldende overenskomst.

Tiltredelse: Snarest.

Nærmer opplysninger fås ved henvendelse til helsesøster/jordmor Reidun Holte eller avdelingsleder Aksel Bilicz, tlf. 79 02 42 00.

Operasjonssykepleiere

Sommeren på Svalbard?

Fra og med uke 22 til og med uke 39 trenger vi vikarer for våre operasjonssykepleiere.

For sykepleiere som ikke har vært her før:

- Minimum 10 uker sammenhengende, inkludert to uker opplæring.
- Arbeidet er variert hvor operasjonstuevirksomhet kun utgjør en liten del av arbeidet.

For informasjon, kontakt avdelingsleder Aksel Bilicz, tlf. 79 02 42 00/02, eller på e-post: john.aksel.bilicz@unn.no

Fullstendig utlysningstekst og elektronisk søknad på: www.jobbnorge.no
Søknadsfrist: 10.02.2012

Jobbnorge.no



Stor-Elvdal kommune

- midt i Østerdalen

Virksomhetsleder Moratunet sykehjem

- 100% fast stilling.

Søknad med CV og opplysning om referanser sendes Stor-Elvdal kommune, 2480 Koppang. Søknadsfrist: 1. februar 2012

Se fullstendig utlysning på www.stor-elvdal.kommune.no

Jobbnorge.no



**HAMMERFEST
KOMMUNE**

Hammerfest kommune har om lag 10 000 innbyggere og er en kommune i vekst og utvikling. Vi er fylkets petroleumssentrum og er vertskommune for Snøhvit LNG.

RYPEFJORD SYKEHJEM

Sykepleiere/ spesialsykepleiere

- 2 faste 100 % stillinger med arbeidssted for tiden etterbehandlingsenheten.
- 3 faste 100 % stillinger med arbeidssted for tiden 1. etg.
- Fast 75 % stilling med arbeidssted for tiden skjermet enhet.
- 2 faste 63 % nattstillinger
- Fast 50 % nattstilling

Kontaktpersoner:

Virksomhetsleder Trine Nylund, tlf. 78 40 27 51 eller sykepleier Stina Løkke, tlf. 78 40 27 68.

Søknadsfrist: 2.2.12

Søknaden sendes elektronisk via www.jobbnorge.no, der fullstendig utlysningstekst også finnes.

Sammen for Hammerfest!



Jobbnorge.no



Trasoppklinikken er en stiftelse som inngår i tverrfaglig spesialisert rusbehandling innenfor Helse Sør-Øst RHF. Målgruppen er alkohol- og medikamentavhengige/blandingsmisbrukere og deres familier. Klinikken består av poliklinikk med vurderingskompetanse, døgnklinikk med 33 plasser hvorav 8 plasser er i mottaksavdelingen og eget familieprogram.



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGGA UNIVERSITEHTABUOHCEVISSU



Universitetssykehuset har ledig følgende stillinger:

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 5800 ansatte. Virksomheten skal bygge på kvalitet, trygghet, respekt og omsorg.

- **SYKEPLEIERE, Hjerter- og lungeklinikken.**
Faste stillinger og vikariater ved sengeposten, Avd. for Hjerter/lunge/kar kirurgi.
Kontakt: Siri Ottesen, tlf. 77 62 66 54 el. Vigdis Moe, tlf. 77 62 66 59/906 76 501.
- **OPERASJONSSYKEPLEIER/SYKEPLEIER, Hjerter- og lungeklinikken.**
Vikariat ved operasjonsenheten, Avd. for Hjerter/lunge/kar kirurgi.
Kontakt: Anna Roer, tlf. 77 62 61 52 eller Vigdis Moe, tlf. 77 62 66 59/906 76 501.
- **INTENSIVSYKEPLEIERE/SYKEPLEIERE, Hjerter- og lungeklinikken.**
Faste stillinger og vikariater ved Hjerteroppvåkning/intermediær, Avd. for hjerter/lunge/kar kirurgi. **Kontakt:** Vigdis Moe, tlf. 77 62 66 59/906 76 501.

Fullstendig annonsetekst, e-postadresser og søknadsfrister m.m. finnes på www.unn.no/jobbsok – Se også www.jobbnorge.no. Søknad sendes elektronisk via en av disse sidene. Har du problemer med å sende elektronisk søknad, kontakt Jobbnorges kundeservice, tlf. 75 54 22 29. **Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!**

Jobbnorge.no

Vestre Viken HF

Vestre Viken HF leverer sykehus- og spesialisthelsetjenester til 450 000 mennesker i 27 kommuner i Buskerud, Vestfold, Akershus og Oppland. Helseforetaket har 6700 årsverk.

Øre-nese-hals-operasjon, Drammen sykehus, søker:

Operasjonssykepleier

Søknadsfrist: 02.02.12 Søknad merkes ref.nr. 1289110724

Vi har ledig 100% stilling på dagtid med fri helg og helligdager. Øre-nese-hals-operasjon har en allsidig aktivitet og dekker hele spekteret av operasjoner innen spesialiteten.

Kontaktperson: Avd. sykepleier Trine Engebretsen, tlf: 32803811

Vi ber om at du benytter vårt elektroniske søknadsskjema som du finner sammen med fullstendig utlysningstekst på våre hjemmesider – www.vestreviken.no

HELSE  SØR-ØST



MEDIYOGA - medisinsk yoga

Utdannelse for helsepersonell.

OSLO - TRONDHEIM - STAVANGER

mediyoga.com +46 85 40 882 80



Vi søker sykepleiere og Jordmødre.... til Mellomøsten og Australia

Har du lyst til å reise ut i verden med ditt fag-område, få internasjonal erfaring og spennende opplevelser? Vi kan tilby deg utstasjonering i et år om gangen. Vi matcher deg med den rette arbeidsgiver, sikrer deg gode arbeidsvilkår og hjelper med praktiske forberedelser.

Du passer inn i vårt team...

hvis du har høy faglig kompetanse, faglig stolthet, høyt arbeidstempo, presisjon i arbeidet, og har en dynamisk, energisk og omsorgsfull personlighet.

Er du interessert?

Kontakt oss på tlf 0045 45 540 540
eller send e-mail til info@powercare.dk

POWERCARE A/S
Sønderhøj 16, 1.
DK-8260 Viby
Tlf. (+45) 45 540 540
info@powercare.dk
www.powercare.dk



Glittreklinikken
En del av LHL Helse

Astma, KOLS og mestring av livet med tung pust

To dagers kurs

15.-16. februar 2012

Kurset er for ansatte i hjemmesykepleie, sykehjem, legesentre, rehabiliteringsavdelinger.

Program, informasjon og påmelding:

<http://www.lhl.no/no/glittreklinikken/>

Kurset søkes godkjent til klinisk spesialist.



Nasjonal kompetansetjeneste for amming driver forskningsbasert arbeid for å fremme amming og kunnskap om morsmelk, blant helsepersonell, myndigheter og media, nasjonalt og internasjonalt

Hva kan du gjøre i ditt daglige arbeid for å forebygge selvmord?

VIVAT selvmordsforebygging utdanner nye kursledere for kurset Førstehjelp ved selvmordsfare.

Dato: 7.-11. mai 2012

Sted: Rica Hell Hotel, Værnes

Helsedirektoratet har bevilget ekstra midler slik at dette kurset ikke har noen kursavgift.

Førstehjelp ved selvmordsfare er et kurs over to dager som retter seg mot alle som i sitt virke møter selvmordsnære mennesker. Deltakerne lærer å tolke faresignaler og gripe inn i tilfelle akutt selvmordsfare.

Kurset er brukt i Norge siden 1998 og har hatt mer enn 20 000 deltakere. VIVAT er forankret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF og er finansiert av Helsedirektoratet.

Les mer om VIVAT selvmordsforebygging og vårt kurslederkurs på www.vivatselvmordsforebygging.net. Du kan også ta kontakt med VIVAT på e-post vivat@unn.no og tlf. 77 75 43 60.

Søknadsfrist er 24. februar 2012.



Norsk institutt for kunstuttrykk & kommunikasjon (NIKUT)

tilbyr:

Introduksjons kurs i Kunstuttrykk og Kommunikasjon

Tema: Veiledning

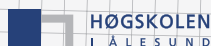
2. – 4. februar 2012, søknadsfrist 26.!!

m/ **Melinda A. Meyer**, PhD, psyk. sykepleier, psykodrama-regissør og leder v/NIKUT og **Annette Ødegård**, KUT og klinisk sosionom.

Forfattere av: Estetisk veiledning

Tlf./fax +47 22 20 11 30 nikut@online.no www.nikut.no

Sted: Darresgt. 20, 0175 Oslo Mobil: 90070078



HØGSKOLEN
I ÅLESUND

Høgskolen i Ålesund har 2000 studenter og 200 ansatte. Vi er et sentralt kompetansemiljø i regionen og holder til i flotte lokaler 4 km fra Ålesund sentrum.

VIDEREUTDANNINGER FRA AUGUST 2012

Avdeling for Helsefag

Helsesøsterutdanning med folkehelseprofil (60 stp)
Deltid over to år. Søknadsfrist: 1.mars 2012

Kreftsykepleie (60 stp)
Deltid over to år. Søknadsfrist: 1.mars 2012

Ledelse i helse- og sosialtjenestene (30 stp)
Deltid over ett år. Søknadsfrist: 15.april 2012

Veiledningspedagogikk del 1 (30 stp)
Deltid over ett år. Søknadsfrist: 15.april 2012

Tverrfaglig videreutdanning i rehabilitering del II (30 stp)
Deltid over ett år. Søknadsfrist: 15.april 2012

Felles: Alle utdanningene går som samlingsbaserte deltidsstudier lagt til høgskolens lokaler i Ålesund. Samlingene går hverdager på dagtid. Ingen studieavgift. Semesteravgift f.t. kr 650.

For mer informasjon: www.hials.no/videreutdanning

Høgskolen i Ålesund, Larsgårdsvegen 2, Tel: 70161200

Oppmerksomt nærvær

Heldagskurs for helsearbeidere

Oppmerksomt nærvær (mindfulness) er et buddhistisk begrep for aksepterende oppmerksomhet på øyeblikket her og nå.



Kurset gir innføring i begreper og metoder for dypere tilstedeværelse i møte med andre og parallell ivaretagelse av oss selv.

Kursledere psykolog og nonne Ani Könchog og psykolog-spesialist Katinka Salvesen har lang buddhistisk praksis.

Tider: fredag 10. feb kl 10-15, oppfølging fre 16.3: Nærvær med de vi skal hjelpe.

Sted: Paramita meditasjonscenter i Strøget i Oslo, adr. Storgt 13, 3. etg.

Pris pr dag: kr 1200 inkl lunsj.

Arrangør: Karma Tashi Ling (KTL) buddhistsamfunn, tlf. 2261 2884, e-post: post@ctl.no. Påmeldingsfrist 2.2.

Mer info og påmelding:

www.tibetansk-buddhisme.no

Velkommen til Oslo

NSF/FFDs nasjonale symposium Thon Hotel Ullevaal Stadion

22.–23. mars 2012

Påmelding via nettsidene våre: Sykepleierforbundet.no; faggrupper; diabetesykepleiere. Programmet vil også bli lagt ut der.



NFSS FAGGRUPPE FOR
DIABETESSYKEPLEIERE





100
1914-2014



NSF FGD Landskonferanse 2012

GERIATRISK KOMPETANSE FOR FREMTIDENS ELDEROMSORG

15.-16. mars 2012
Radisson Blu Royal Garden, Trondheim

www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/geriatri-og-demens

Dagsseminar 12. mars 2012

Hvordan forstå skjulte symptomer ved Multipel Sklerose?

Vi har gleden av å invitere sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og fagarbeidere til seminar og nettverksbygging.

Formål: Formidle kunnskap om MS-sykdommen med spesielt vekt på psykiske og kognitive aspekter, fatigue og urinveisproblematikken.

Påmeldingsfrist innen 24. februar 2012.

Kurset er godkjent av NSF og Fagforbundet med 5 tellende timer til klinisk spesialist / klinisk fagstige.

Kursavgift kr. 850,-

Spørsmål rettes til Anne Kristin Posti e-post annekristin.posti@mssenteret.no
Tlf. 67062909

ms-senteret
HAKADAL AS

Program og utfyllende opplysninger finnes på www.mssenteret.no

DRØMMER DU OM
Å BLI HUDPLEIER?

Vi tilbyr egen hudpleieutdanning for sykepleiere på høgskolenivå. Studiestart 26.03.12 – 15 studiepoeng.

Les mer på www.senzie.no

senzie
akademiet



NSFs LANDSGRUPPE
AV SYKEPLEIELEDERE

Ønsker å invitere sykepleieledere og andre som interesserer seg for ledelse innen helsesektoren til Stavanger 3.-4. MAI 2012.

Tema for konferansen vil være

Ledere i Norden – hvordan er vi?

Foreleserne har tema som spenner fra filosofi, økonomi, organisering, motivering med mer – der alle har hovedtema som bakgrunnsteppe. Dette gir en spennende sammensetning av forelesningstemaer som vi tror nordiske ledere vil oppleve som spennende og inspirerende.

LINN's formål er å dele kunnskap, kompetanse og erfaring innen ledelse og organisering på tvers av de nordiske landene.

Konferansen avholdes annethvert år i hvert medlemsland, i år er det i Stavanger.

For programinfo/poster og påmelding:
www.sykepleieledere.com

Videreutdanning?

**TVERRFAGLIG VIDEREUTDANNING I
ALDRING OG ELDEROMSORG**

VIDEREUTDANNING I KREFTSYKEPLEIE

**NASJONAL PARAMEDIC UTDANNING
FOR AMBULANSEPERSONELL**



Søknadsfrist 1. mars - oppstart aug/sept.
Info om videreutdanning og kurs/seminar:

www.betanien.no

Betanien diakonale høgskole

Ledelse i helsesektoren

Ny oppstart
2012

Master i Helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi

Deltidsstudium

Forskningsbasert kunnskap og refleksjon om helseleders utfordringer: Organisasjons- og personalledelse, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, samt økonomistyring og samhandlingsreformen.

Målgruppe: Ansatte i helsesektoren med utdanning på minimum bachelornivå samt to års relevant praksis.

Mer informasjon finner du på: www.via.uib.no

De tre emnene – som hver gir 20 studiepoeng – er frittstående og kan gjennomføres enkeltvis. Emnene inngår i en mastergrad der masteroppgaven på 30 studiepoeng kommer i tillegg (til sammen 90 studiepoeng).



UNIVERSITETET I BERGEN
Senter for etter- og videreutdanning (SEVU)

55 58 20 40 | post@sevu.uib.no

IMF Kommunikasjon



Katastrofen som rammet Norge 22. juli har vist at helse- og omsorgsarbeidere bør kunne håndtere reaksjoner knyttet til død, tap og sorg, både på individ-, familie- og samfunnsnivå.

Sorg: død, kriser og katastrofer

Richard Alapack foreleser om sorgprosesser som følge av traumatiske hendelser, og om hvordan du kan bistå personer i sorg. Kurs med to samlinger a tre dager.

<http://videre.ntnu.no/link/nv12872>

Telefon: 73 59 52 19/73 59 66 43
E-post: videre@adm.ntnu.no



Jobbnorge.no Foto: Brage

NTNU VIDERE
Hent ny kunnskap der den skapes

 **NTNU**
Det skapende universitet



INVITASJON TIL POSTERPRESENTASJON

Norsk Sykepleierforbund arrangerer
Den 9. Sykepleierkongressen i Oslo Spektrum
25. og 26. september 2012

Kongressens faglige program vil bli presentert som plenumsforedrag og parallelle sesjoner med følgende hovedtemaer: "Profesjon og identitet" og "Fag og omgivelser" som skal belyses fra perspektivet fremtidig utvikling i:

- profesjonen
- kunnskapsgrunnlaget
- helsetjenesten
- organisasjonen

I tillegg ønsker vi å presentere et bredt spekter av prosjekter, studier, fagutviklingsarbeid og forskning i vår planlagte posterutstilling.

NSF inviterer til å delta med postere som:

1. Presenterer sykepleieprosjekter, studier eller fagutviklingsarbeid. Det kan være nye, upubliserte prosjekter eller prosjekter som er vist på andre nasjonale eller internasjonale kongresser siste to år.
2. Forskningsarbeid som er presentert eller antatt for publisering i nasjonale eller internasjonale vitenskapelige tidsskrifter hvor arbeidet før publisering, blir fagfellevurdert/refereebedømt.

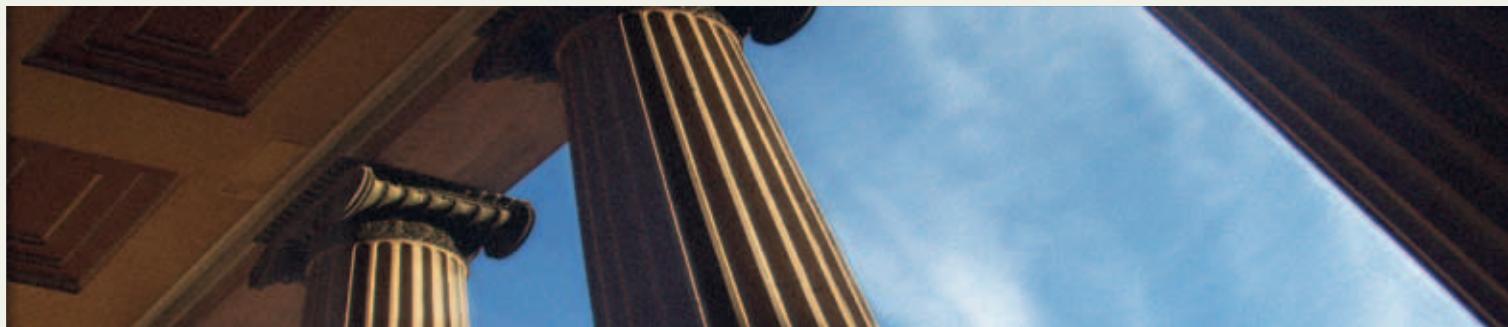
Alle som vil bidra med poster må sende inn et kort sammendrag/abstract:

- Teksten må være på maks 250 ord – unntatt tittel og forfatters navn
- Sammendraget skal inneholde problemstilling, metodisk tilnærming og kort om hovedfunn/resultater.
- Korresponderende forfatters navn, adresse og e-post må oppgis.
- Forfattere: fornavn, etternavn, kommune/helseforetak/institusjon
- Blokkjustert tekst – rett høyre og venstre marg. Bruk skrifttype Arial 10 pkt og små bokstaver. Enkel linjeavstand (1.0)
- Skandinavisk eller engelsk språk

Bare medlemmer i Norsk Sykepleierforbund kan presentere bidrag. Ikke-medlemmer kan delta som samarbeidende deltaker/medforfatter. Eksempel på utforming av sammendrag vil bli presentert på kongressens webside. De som får antatt sitt bidrag må selv melde seg på kongressen og betale registreringsavgiften. Under kongressen vil NSF kåre og premiere beste poster i begge kategorier.

Bidrag sendes som e-post til K2012@sykepleierforbundet.no
Sammendrag mottas fortløpende. Siste frist for innsending er 30. mars 2012. Antatte bidrag vil bli publisert på:
www.sykepleierforbundet.no

Spørsmål? Send en e-post til K2012@sykepleierforbundet.no



UiO er Norges største kunnskapsinstitusjon med 7.094 ansatte og 27.600 studenter. UiO er Norges fremste allmennvitenskapelige universitet, med nasjonalt ledende og internasjonalt vel anerkjente fagmiljøer – og en viktig samfunnsaktør.

UiO : Universitetet i Oslo

Universitetet i Oslo
Det medisinske fakultet
Institutt for helse og samfunn
Avdeling for sykepleievitenskap

Studentopptak høst 2012 Master i sykepleievitenskap

Masterstudiet i sykepleievitenskap sikter på å kvalifisere utdannede sykepleiere til å ta ansvar for endring i praksis og utdanning gjennom fagutvikling og deltakelse i forskning. Studiet kvalifiserer til opptak på ph.d. studier og det legges vekt på å utvikle og støtte egnede kandidater til å gå videre med doktorgradsstudier.

Studiet foregår ved Avdeling for sykepleievitenskap (ASV) som er en av seks avdelinger på Institutt for Helse og Samfunn ved Det medisinske fakultet. ASV har tilbudt høyere utdanning i sykepleie siden 1985. Avdelingen har god internasjonal vurdering og driver med forskning, publisering og formidling på et høyt nivå. Forskningen ved avdelingen er organisert i grupper og spenner over problemstillinger i både spesialist- og kommunehelsetjenesten, og i utdanningsfeltet. Vi legger stor vekt på å trekke våre studenter med inn i pågående prosjekter.

Se linken: www.med.uio.no/helsam/om/organisasjon/avdelinger/sykvit.
Studiested i nærheten av Oslo universitetssykehus, Ullevål.

Grunnlag for opptak til mastergraden er oppnådd bachelorgrad i sykepleie/cand.mag. grad med sykepleie grunnutdanning, eller tilsvarende. Veiet gjennomsnitt av karakterene fra grunnutdanningen må være C eller bedre.

Det kreves generell studiekompetanse, god språkmestring og offentlig godkjenning som sykepleier i Norge. Normert studietid er 2 år på full tid. Studiet kan gjennomføres som deltidsstudium på inntil 4 år.

Søknadsfrist 1. mars 2012

For søknadsskjema og ytterligere informasjon om studieprogrammet, se: www.uio.no/studier/program/sykepleievit-master

Her kan søknadsskjema fylles ut elektronisk eller lastes ned.
Ved elektronisk søknad må vedlegg ettersendes innen 1. mars 2012.

Søknader og vedlegg sendes til:

Institutt for helse og samfunn
Avdeling for sykepleievitenskap
Postboks 1130 Blindern
0318 Oslo

Merk konvolutt Opptak sykepleievitenskap

Besøksadresse:
Nedre Ullevål 9, (Stjerneblokka)
0850 Oslo

Telefon: +47 22 85 05 50

Telefaks: +47 22 85 05 90

e-post: sykvit-studieinfo@helsam.uio.no

Nettadresse: www.med.uio.no/helsam/om/organisasjon/avdelinger/sykvit

Universitetet i Oslo
Det medisinske fakultet
Institutt for helse og samfunn
Avdeling for sykepleievitenskap

Studentopptak høst 2012 Master i avansert geriatrisk sykepleie

Studieprogrammet gir erfarne sykepleiere klinisk spesialisering og faglig videreutvikling innenfor geriatri. Dette fagområde blir stadig viktigere i det norske samfunnet, siden antall eldre over 80 år fortsetter å øke. Studiet er deltid, slik at det er mulig å kombinere med jobb.

Hensikten med studiet er å utdanne avanserte kliniske sykepleiere til arbeid med eldre helse- og sykdomsutfordringer, med primært fokus på de kommunale helsetjenestene. Studiet kvalifiserer til opptak på ph.d. studier.

Studiet foregår ved Avdeling for sykepleievitenskap (ASV) som er en av seks avdelinger på Institutt for Helse og Samfunn ved det Medisinske fakultet. ASV har tilbudt høyere utdanning i sykepleie siden 1985. Avdelingen har god internasjonal vurdering og driver med forskning, publisering og formidling på et høyt nivå. Forskningen ved avdelingen er organisert i grupper og spenner over problemstillinger i både spesialist- og kommunehelsetjenesten, og i utdanningsfeltet. Vi legger stor vekt på å trekke våre studenter med inn i pågående prosjekter.

Studiested i nærheten av Oslo universitetssykehus, Ullevål.

Grunnlag for opptak til mastergraden er oppnådd bachelorgrad i sykepleie/cand.mag. grad med sykepleie grunnutdanning, eller tilsvarende. Veiet gjennomsnitt av karakterene fra grunnutdanningen må være C eller bedre.

Det kreves generell studiekompetanse, god språkmestring, offentlig godkjenning som sykepleier i Norge og minimum tre års klinisk praksis i 100 % stilling eller tilsvarende. Studiet er organisert som et deltidsstudium som kan gjennomføres på tre år. Man må regne med å studere på heltid i det første semesteret

Søknadsfrist 1. mars 2012

For søknadsskjema og ytterligere informasjon om studieprogrammet, se: www.uio.no/studier/program/geriatrisk-sykepleie-master

Her kan søknadsskjema fylles ut elektronisk eller lastes ned.

Ved elektronisk søknad må vedlegg ettersendes innen 1. mars 2012.

Søknader og vedlegg sendes til:

Institutt for helse og samfunn
Avdeling for sykepleievitenskap
Postboks 1130 Blindern
0318 Oslo

Merk konvolutt Opptak A.G.S.

Besøksadresse:
Nedre Ullevål 9, (Stjerneblokka)
0850 Oslo

Telefon: +47 22 85 05 50

Telefaks: +47 22 85 05 90

e-post: gerysk-studieinfo@helsam.uio.no

Nettadresse: www.med.uio.no/helsam/om/organisasjon/avdelinger/sykvit



Velkommen som søker!
For mer informasjon om å studere ved Universitetet i Oslo, se
www.uio.no/studier/ og www.uio.no/livet-rundt-studiene/



NORSK SYKEPLEIERFORBUNDS KONTINGENT 2012

Medlemmer som er i arbeid skal fortsatt betale 1,45% av brutto lønn, men minimums- og maksimumssatsene endres.

NB! Brutto lønn er beløpet som fremkommer under post 111-A i lønns- og trekkoppgaven.

Nedenfor er de nye satsene oppgitt:

Type medlemskap:	Minimum pr. mnd	Maksimum pr. mnd.
Nyutdannede (de to første årene etter endt grunnutdanning)	Kr. 59,-	Kr. 207,-
Ekstraordinære medlemmer *	Kr. 59,-	Kr. 207,-
Andre medlemmer i arbeid	Kr. 59,-	Kr. 414,-
Ute av lønnet arbeid/studenter under grunnutdanning**	Kr 48,-	

* EKSTRAORDINÆRT MEDLEMSKAP – NSF's vedtekter § 3 D

Sykepleiere og jordmødre fra andre land kan få ekstraordinært medlemskap fra det tidspunkt de søker norsk autorisasjon. Ekstraordinært medlemskap gjelder for den perioden medlemmet avventer svar på søknad om autorisasjon og/eller gjennomgår teoretisk/klinisk kvalifisering for å få innvilget autorisasjon, normalt inntil to år.

** UTE AV LØNNET ARBEID/STUDENTER UNDER GRUNNUTDANNING

Medlemmer under videreutdanning uten lønnet arbeid (eller stipend fra arbeidsgiver), medlemmer bosatt i utlandet uten lønnet arbeid fra norsk arbeidsgiver, medlemmer i 100% arbeidsavklaring, pensjon eller uførhet og studentmedlemmer (grunnutdanning).

NSF's LIVSFORSIKRINGSPAKKE (FORENINGSGRUPPELIV OBLIGATORISK)

I tillegg til ordinær kontingent betales det kr 128,- per måned i premie for NSF's Livsforsikringspakke. Alle medlemmer blir automatisk med i forsikringsordningen. De medlemmer som ikke ønsker forsikringen, må reservere seg skriftlig på egen reservasjonserklæring.

INFORMASJONSSKRIV OM TREKK AV KONTINGENT VIA LØNNEN

Medlemmer i lønnet arbeid skal betale kontingenten ved månedlige trekk i lønn der slik avtale er inngått mellom Norsk Sykepleierforbund og arbeidsgiver. Finnes det en slik ordning på ditt arbeidssted, kontaktes Medlemstjenester hos NSF, som sender informasjonsskriv om trekk av kontingent og evt. NSF's Livsforsikringspakke.

Informasjonsskrivet skal leveres videre til arbeidsgiver v/lønningskontoret.

Medlemmer i lønnet arbeid som ikke har mulighet til å delta i trekkordningen, må innbetale maksimumssats av kontingenten selv. Ved årsskifte må disse sende kopi av lønns- og trekkoppgave til NSF, slik at kontingenten kan etterberegnes og justeres i forhold til reell inntekt.

SELVANGIVELSEN 2011

Medlemmer som betaler kontingenten **via trekkordning** på arbeidsstedet får fradragsberettiget beløp for 2011 påført lønns- og trekkoppgaven fra arbeidsgiver.

Kontingent innbetalt **direkte** til NSF blir innberettet til skattedirektoratet i januar 2012.

For direkte betalende medlemmer er det også mulig å kontrollere innberettet beløp ved å logge seg på NSF's hjemmesider. Under fanen «Min side» velges «Mitt medlemskap». Her vil det fremkomme et felt «Siste innrapporterte fagforeningskontingent» dersom det er innberettet til Skatteetaten.

SENTRALT AJOURHOLD AV MEDLEMSREGISTERET

Alle henvendelser som gjelder ajourhold av medlemsregisteret rettes til Medlemstjenester ved NSF's hovedkontor, enten via internett, telefon, brev eller mail.

Telefon: 22 04 31 00
Internett: www.sykepleierforbundet.no
Postadresse: Norsk Sykepleierforbund,
 Medlemstjenester
 Postboks 456 Sentrum 0104 OSLO

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

Introduksjonskurs for ufaglærte

Det går mot lysere tider – og i løpet av våren og sommeren vil mange ufaglærte få sin første jobb i primærhelsetjenesten. For å gi dem en så god start som mulig har vi utviklet et nettbasert introduksjonskurs.

Trygge medarbeidere gir økt tilfredshet både blant pasienter og kolleger, og hvem vet – kanskje frister jobben til utdanning? Kurset inneholder temaer som:

- Etikk
- Ernæring
- Hygiene
- Sykdomslære
- Lover og regler
- Organisering av arbeidsdagen
- Møtet med pasienten
- Observasjon og dokumentasjon
- Omsorg ved livets slutt

Se www.helsekursportalen.no for mer informasjon, eller kontakt kursansvarlig Johan på jct@ambio.no / 22 41 17 02

Sommervikarer

Vi i AMBIO Helse er i full gang med sommerplanleggingen – og mange av dere har allerede reservert sommervikarer hos oss.

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 forventet. Hos oss kan du kostnadsfritt avbestille sommervikarer frem til og med 1. juni. Husk å ta høyde for sykefravær i løpet av sommeren så unngår vi unødvendig overtidbelastning.

Besøk www.ambio.no for mer informasjon, eller kontakt oss på helse@ambio.no / 22 41 17 02



Bli med til USA!

kun
14.990,-
Avreise 1. mai 2012



Las Vegas, San Francisco, Los Angeles og tre fantastiske nasjonalparker - 11 dager

Nå har du muligheten til å oppleve Californias største og beste storbyer til en rimelig penge! Og i følge med andre som jobber som sykepleier. Vi har hatt flere vellykkede turer for lesere av Sykepleien, og utvider med dette tilbudet.

Vi skal besøke Las Vegas, San Francisco, Hollywood og Los Angeles. Vi rekker også et besøk i den eksotiske badebyen Santa Barbara, samt eksklusive Beverly Hills.



Storslått natur får du også med på kjøpet. Vi skal besøke tre av USAs flotteste nasjonalparker!

Her får du både sprakende storbystemning med høy stjernefaktor og enestående naturopplevelser i særklasse på én og samme tur!

Reserver plass i dag!

Via nett: www.albatros-travel.no/sykepleien eller ring 800 58 106, eller send e-post info@albatros-travel.no
Oppgi reisekode LR-SYK



Dagsprogram

- Dag 1** Avreise fra Oslo, ankomst til Las Vegas. Byrundtur- Las Vegas "by night"
- Dag 2** Las Vegas. Byvandring eller mulighet for utflukt til Hoover-dammen
- Dag 3** Fra Las Vegas till Nord-Amerikas varmeste og tørreste ørken: Death Valley
- Dag 4** Videre til verdens høyeste trær i Sequoia nasjonalpark
- Dag 5** Videre til Yosemite nasjonalpark og San Francisco
- Dag 6** Byrundtur i San Francisco. Ettermiddagen på egen hånd
- Dag 7** San Francisco på egen hånd. Mulighet for utflukt med vintoget Wine Train gjennom Napa Valley
- Dag 8** Videre til Monterey og Carmel. Gjennom vinregionen til Santa Maria
- Dag 9** Videre til Santa Barbara, kort byrundtur. Videre til Los Angeles, kort byrundtur
- Dag 10** Los Angeles, formiddagen på egen hånd. Hjemreise
- Dag 11** Ankomst til Oslo



Prisen inkluderer

- Norsk/svensk reiseleder
- Fly Oslo – Las Vegas og Los Angeles – Oslo
- Utflukter ifølge program
- Innkvartering på hoteller i delt dobbeltrom (tillegg for enkeltrom kr. 2.990)
- Frokost
- Skatter og avgifter



Avsender
Sykepleien
Postboks 456 Sentrum
NO-0104 Oslo



DEN STORE NYTTÅRSMARSJEN!

Kryss Svalbard på 60 dager!
13. februar — 13. april



Se vårt bilag
i Sykepleien!

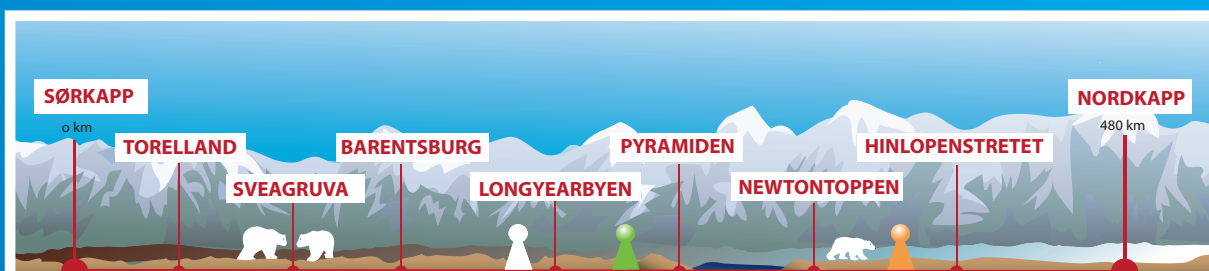


Ansatte fra helsesektoren i Norge inviteres med på Den Store Nyttårsmarsjen — En engasjerende og morsom aktivitetskonkurrans. Sammen skal vi krysse Svalbard på 60 dager! Konkurransene til Dytt kjennetegnes av at de er engasjerende for alle, uansett fysisk form.

Få med deg dine medarbeidere på en frisk start på det nye året. Konkurrer mot andre fra helsesektoren i hele Norge!

Pris kun 299 kr per deltaker inkl. skritteller. Prisen er eks. mva. Gjør deres påmelding på www.dytt.no, eller ring: 22 33 59 00.

Start det nye året med en aktivitetskonkurrans på arbeidsplassen!



Les mer om konkurransen på www.dytt.no eller ved å scanne QR-koden.

Påmelding før 7. februar.



Friskere og Gladere medarbeidere