

7 2012
31. mai 2012
100. årgang

Sykepleien *100 år*

På gli

Sykepleier Merete G. Nordstad gjør oppgaver som tidligere bare ble gjort av kardiologene på Lovisenberg sykehus. Side **20**



Her får du mer ut av noe du allerede har!

Som sykepleier har du en veldig god pensjonsordning i KLP. Dette gir deg økonomisk trygghet gjennom hele livet. Det gir deg også tilgang til flere økonomiske fordeler og muligheter, som du kan benytte deg av allerede i dag. Du kan få vår beste rente på sparing og lån, gunstige forsikringer, samt gode betingelser på sparing i fond.

Les mer om fordelene og mulighetene på klp.no/medlem, eller send "Sykepleier" til 2262 og vi vil kontakte deg en av de nærmeste dagene.

klp
for dagene som kommer

ACCU-CHEK® Mobile

Roche

Strimmelfri, enkel, smart.



STRIMMELFRI
TEKNOLOGI

Nye strimmelfrie Accu-Chek Mobile.
Spesielt tilpasset insulinbrukere.

Enkel blodsukkermåling med smart, ny design.

- 50 tester på et langt bånd
- Ingen håndtering av løse strimler og lansetter
- Ingen koding

Opplev mulighetene.

Finn ut mer om strimmelfri teknologi, besøk www.accu-chek.no

Roche Diagnostics Norge AS
PB 6610 Etterstad, 0607 Oslo
Accu-Chek Kundestøtte tlf. 815 00 510



ACCU-CHEK®

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

Ansvarelig 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 Nina Hauge
tlf. 22 04 33 56
nina.hauge@sykepleien.no

Grafisk formgiver Hilde Rebaard Evensen
tlf. 22 04 33 58
hilde.rebaard.evensen@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/bilag Lise Dyrkoren
tlf. 22 04 33 72
lise.dyrkoren@sykepleien.no

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

Repro og trykk:
Color Print A/S



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:



Bjørg Marit Andersen skriver om at færre og dyrere sykehus-senger betjener en økende befolkning i Oslo-området, en konsekvens av fusjonen av de fire Oslo-sykehusene i 2009. Side 62.



Per Nortvedt skriver om betydningen av grunnleggende sykepleie, etter presseoppslag om både god og uakseptabel fagutøvelse. Sykepleieren må være «limet» i pasientenes hverdag, mener han. Side 64.



Eli Gunhild By mener arbeidsgiverne prøver å skape et inntrykk av at sykepleiere flest ønsker å jobbe deltid, men det stemmer ikke. Side 68.



Rolf Andreas Markussen frykter at prioriteringen av kunnskapsbasert praksis i politiske dokumenter gjør at politiske veivalg fort blir til spørsmål om hva forskningen anbefaler? Side 70.



Innhold

Sykepleien

AKSJONISTEN: «Vi har for lengst blitt

Hva skjer

- 7 Aksjonisten
- 8 Hva skjer – småstoff
- 11 Vi bare spør Marthe Valle
- 12 Radiograf brukte sykepleier-ID
- 14 Streiken i Unio
- 15 Jakten på «Den gode turnus»
- 16 Ny veileder for fengselshelsetjenesten
- 17 Skal gutter få ekstrapoeng?
- 18 Skal melde til Kunnskapscenteret

Der ute

- 28 Smånytt fra utlandet
- 30 Ellen fikk reise hjem
- 34 Innsikt via bilder
- 38 «Sykepleiere trenger ikke smykker for å glitre»
- 40 Øyeblikket
- 42 – Selger ikke helga for 2000 kr.
- 43 Min jobb: Kristin Schjøberg Hanche-Olsen
- 44 Lange dager



74



30



11

Tema: Maxisykepleiere

- 20 Avlaster legene
- 22 – Jeg skal diagnostisere, forskrive og henvise
- 25 Dominoeffekten
- 25 Legger til rette i Danmark
- 26 Doserer Marevan
- 27 3 på gangen

20



vant til å kjøpe Ibux hos sommervikaren på Rimi.»

7 • 2012

31. mai 2012 • 100. årgang

Fag og bøker

- 48 Hvordan gi god pasientveiledning?
- 51 Fagnyheter
- 52 Steller døde til musikk
- 53 Fagnyheter
- 54 Deler refleksjonen digitalt
- 57 Syfilis vinner terreng
- 58 Forfatterintervju: Lily Bandehy
- 60 Bokanmeldelser
- 62 Bjørg Marit Andersen:
Lite lønnsom sykehusfusjon
- 64 Etikkk: Per Nortvedt
- 66 Quiz
- 66 Fagnyhet

Mennesker og meninger

- 68 Eli Gunhild By om deltid
- 69 Minneord
- 70 Rolf Andreas Markussen om praksisfeltet
- 72 Innspill: Leif Andreas Heløe
- 74 Tett på Rolf Lindemann
- 78 Sykepleien 100 år: 1970-tallet
- 80 Paragrafrytterne

81 Stillingsannonser

86 Kunngjøringer

GJESTESKRIBENTEN:

«Er noe alvorlig
galt med syke-
pleiefaget?»

Per Nortvedt

64



«Mye vakkert
kan skje»

34

58



Nye **Nutrison** hjelper til med å **redusere** komplikasjoner i både **øvre** og **nedre** del av mage-tarmkanalen

Nye **Nutrison** inneholder:

Ny myse-dominant proteinsammensetning for bedre toleranse og ventrikkeltømming^{1*}



Fiskeolje (DHA & EPA) for å redusere inflammatoriske komplikasjoner^{2*}



Karotenoider for reduksjon av oksidativt stress³



Multi Fibre-blanding MF6™ for bedre toleranse i nedre del av mage-tarmkanalen⁴



Referanser: 1. Mahé S *et al.* Nitrogen movements in the upper jejunum lumen in humans fed low amounts of casein or β -lactoglobulin. *Gastroenterol Clin Biol* 1995;19:20–6. 2. Calder PC. Long-chain n-3 fatty acids and inflammation: potential application in surgical and trauma patients. *Braz J Med Biol Res* 2003;36(4):433–446. 3. Vaisman N *et al.* Enteral feeding enriched with carotenoids normalizes the carotenoid status and reduces oxidative stress in long-term enterally fed patients. *Clin Nutr* 2006;25:897–905. 4. Wierdsma NJ *et al.* Comparison of two tube feeding formulas enriched with guar gum or mixed dietary fibres. *Ned Tijdschr Dietisten* 2001;56:243–7.

* Gjelder Nutrison MF, Nutrison, Nutrison Energy MF, Nutrison Energy og Nutrison 1200 Complete MF.

Barth Tholens om nye oppgaver

Stilling: Ansvarlig redaktør i Sykepleien

E-post: barth.tholens@sykepleien.no

Illustrasjon: Colourbox/Sykepleien

Pølser ved pumpen

Når sykepleiere overtar visse legeoppgaver, vil andre også kunne overta sykepleieroppgaver. Er det ønskelig?



Task skift er et ord som politikere i Europa stadig oftere tar i sin munn når mangelen på helsepersonell står på dagsorden. Kort fortalt handler oppgaveglidning om at sykepleiere overtar visse legeoppgaver og at pleieassistenter overtar visse sykepleieroppgaver. I den andre enden av skalaen vil mangelen på helsepersonell gjøre at pårørende og frivillige i framtiden må stille opp mer for sine syke familiemedlemmer. Denne avanserte formen av stolteken har til hensikt å utnytte kjernekompetansen til leger og sykepleiere best mulig. De vil være for få, og skal derfor kunne konsentrere seg om det de kan best. Personell med lavere kompetanse kan da ta seg av «rest-oppgavene».

Utviklingen er ikke ny, og oppgaveglidning skjer overalt hele tiden. Personlig følte jeg en gang en merkelig trang til å klemme en ansatt på en bensinstasjon som ikke bare kunne pølser, men også skifte lypæren på bremselykten. Vi har også for lengst blitt vant til å kjøpe Ibux hos sommervikaren på Rimi og nesep spray på Narvesen. At arbeidsgivere velger den billigste mulige arbeidskraften for å utføre en tjeneste, kan være irriterende, men så lenge det funker, funker det. I hvert fall savner ikke jeg lenger postmannen som kommer rundt med pakkeposten. Post på Ica er helt i orden.

I helsetjenesten har oppgaveglidning ikke vært like opplagt. Skjer det noe alvorlig med helsen, nøyer folk seg ikke med en som jobber i sykehuskantinen. Da vil pasienten ha den flinkeste kirurgen og helst en sykepleier med både videreutdanning, lang praksis og en solid porsjon innlevelse. Folk liker ikke å gamble med helsen, og politisk sett har derfor oppgaveglidning ikke vært noen innertier i helsedebatter i Norge.

Det er likevel mye som tyder på at dette snart vil endre seg. Ifølge offisielle tall vil det mangle 28 000 sykepleiere og 57 000 helsefagarbeidere i Norge i 2035. Også leger vil det være altfor få av. Det er en illusjon å tro at de i framtiden vil bruke tid på noe som helst annet enn det de kan aller best. Det er ikke noen tilfeldighet at såkalte «advanced nurses» er mest utbredt i de landene hvor ressursmangelen er mest prekær. I USA og England kan sykepleiere

med spesialopplæring både diagnostisere enklere lidelser, behandle skader og forskrive legemidler. Også i Norge finnes det noen eksempler på at sykepleiere i spesialisthelsetjenesten avlastet legene ved at de har overtatt noen av deres oppgaver. Det skjer særlig i poliklinisk virksomhet. Stadig flere peker dessuten på at sykepleiere bør kunne overta noen av oppgavene til fastlegene, som myndighetene nå mener skal bli flinkere til å drive med kommunalt forebyggende arbeid. Høyre har fremmet et forslag om at sykepleiere i kommunehelsetjenesten skal få en egen refusjon, på linje med den i poliklinisk virksomhet i spesialisthelsetjenesten.

Heldigvis ser vi foreløpig lite til profesjonsstrid omkring disse spørsmålene. Det har nok sammenheng med at leger og sykepleiere vil være de første til å forstå sammenhengen mellom ressursmangel og kvalitet i helsetjenesten. Overlegeforeningens leder Jon Helle har beskrevet oppgaveglidning som en «naturlig og langt på vei ønsket» prosess. Likevel sitter både Legeforeningen og Sykepleierforbundet litt på gjerdet. Baksiden av medaljen er nemlig at profesjonene også står i

fare for å miste noen oppgaver som kan anses som grunnleggende. Flinke sykepleiere med spesielle evner vil nok glede seg over å kunne fylle noe av legens sko – vel å merke uten å overta noe i nærheten av legens lønn. Andre vil se det som problematisk om yrket utvikler seg i mer «teknisk» retning. Det er ikke sikkert sykepleiere, som tradisjonelt liker å ta (altfor) mye ansvar, vil ønske å slippe til andre yrkesgrupper. Det vil rykke i foten når personer uten utdanning i grunnleggende sykepleie skal få større ansvar for pasienten.

Frykten for en uoverskuelig dominoeffekt mellom yrkesgruppene er reell. Men det er ikke profesjonenes eventuelle angst som bør være det sentrale, men pasientenes behov. Derfor finnes det tre svar på spørsmålet om oppgaveglidning kan ha noe for seg: Opplæring, opplæring, opplæring.

Det skjer over-
alt hele tiden.

Ny HPV-test godkjent

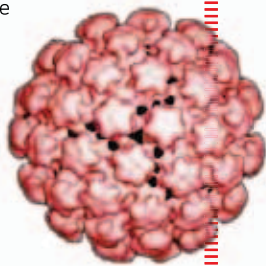
Nasjonalt referanselaboratorium for HPV har vurdert testen på forespørsel fra Helsedirektoratet. HPV-testen «Abbott Real-Time High-Risk» påviser 14 høyrisiko HPV-typer, og angir genotype for HPV-typer 16 og 18.

HPV-testen fra Abbott vil dermed falle innunder kravene som er satt for refusjon ved bruk i screening i Norge, skriver Dagens Medisin.

Fra 1. januar ble det innført nye krav for at sykehus og laboratorier skal få statlig refusjon når det brukes HPV-tester som ledd i sekundær-screeningen i Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft.

Også Roche-testen Amplicor HPV og firmaets nye automatiserte test Cobas 4800 HPV kommet gjennom nåløyet. NorChips test PreTect HPV Proofer oppfyller ikke kravene som blir stilt til refusjon.

Dagens Medisin



Hva skjer

太守也 太守謂誰 廬陵國

Hvis du blir syk ...

Oslo er blitt en smeltedigel av forskjellige kulturer og språk. Oslo universitetssykehus skal sikre at viktig informasjon når ut til alle, og blir forstått av alle brukere. Sykehusets seksjon for likeverdig helsetjeneste har laget informasjon på arabisk, engelsk, persisk, polsk, russisk, somalisk, tamilsk, tyrkisk, urdu og vietnamesisk om blant annet hvor folk skal henvende seg i ulike tilfeller av sykdom, skader, plager, forgiftning og lignende.

Informasjonen er lagt ut på nettsiden: <http://www.oslo-universitetssykehus.no/internationalpatients> og Her finnes også informasjon om rettigheter knyttet til tolk.

OUS

環滁皆山也 其西南諸峰

Tilsyn med tilsynet

Helsetilsynet ba for et år siden EPSO (European Partnership of Supervisory Organisations in Health Services and Social Care) om å gjøre en såkalt likemannsvurdering. Det har de gjort. Tilbakemeldingene har Helsetilsynet tenkt å bruke for å bli bedre i sine tilsynsoppgaver. EPSO har gitt 26 anbefalinger om hvor Helsetilsynet bør sette fokus. Her er tre av dem:

1. Statens helsetilsyn vurderer hvordan etaten bedre kan kommunisere sine mål til samfunnet.

2. Statens helsetilsyn innfører et register over mulige interessekonflikter og rutiner som gjør at ansatte skal erklære hvorvidt de har en potensiell interessekonflikt i forhold til det tilsynsarbeidet de har fått tildelt.

3. Statens helsetilsyn bør innføre et rullerende program med regelmessige revisjoner for å teste at styringssystemet etterleves.

Resten av anbefalingene kan du lese hos: www.helsetilsynet.no

Helsetilsynet



Les mer om:

- 14 Lei av å være lønnstapere ›
- 17 Ekstra poeng til gutta? ›
- 18 Skal melde til Kunnskapssenteret ›

sykepleien.no

Følg utviklingen i årets lønnsoppgjør.



Viktig lovendring

Regjeringen varsler endringer i loven om yrkesskader. Frem til nå har det vært slik at yrkesskaden må være resultat av en unormal hendelse på arbeidsplassen for å få erstatning. Derfor har mange som har fått skader i situasjoner som kan betegnes som normale, ikke hatt rett til kompensasjon.

Forslaget regjeringen kommer med innebærer blant annet at to regelverk forenes i én lov. Juridisk og medisinsk spisskompetanse samles. I tillegg vil én uavhengig enhet i offentlig regi treffe vedtak om erstatning etter ny lov.

Det skal lages en liste over yrkessykdommer som kan likestilles med yrkesskade. Listen skal i utgangspunktet inneholde alle sykdommer som ut ifra anerkjent forskning på sammenhenger mellom arbeid og sykdom kan settes i sammenheng med yrket.

Dagsavisen

Mer journalrot

Elin Bakken, pasient- og brukerombud i Sør-Trøndelag, vurderer å anmelde et trøndersk legekontor for journalrot. Det har blant annet ikke systemer som avslører snoking.

– Vi har foretatt en undersøkelse blant 20 legekontor i Sør-Trøndelag. Flertallet kunne ikke fremlegge logg over journalbruk, eller de manglet systemer som avslører snoking i journalene, sier Bakken til Adresseavisen.

Datatilsynet er enige med Bakken. Fylkeslege i Sør-Trøndelag, Jan Vaage, tror dette er en systemsvikt som eksisterer ved mange legekontor i landet, og ikke bare i Trøndelag.

Adresseavisen



Foto: Stig M. Weston

Flere kvinner enn menn på sykehus

Antall personer som hadde minst en behandling ved somatiske sykehus. Etter kjønn 2011.

	Totalt	Menn	Kvinner
Pasienter totalt på somatisk sykehus	1 737 029	796 443	940 586
Pasienter døgnopphold	567 490	251 227	316 263
Pasienter dagbehandling	206 080	89 800	116 280
Pasienter, poliklinisk konsultasjon	1 537 954	700 910	837 044

Kilde: SSB



Til skrekk og advarsel

Selv om den eldre kvinnen hadde tatt femdobbel dose med medisin, forlot hjemmesykepleieren henne uten å reagere. Episoden fant sted i fjor høst, og brukes nå som skrekkeksempel i hele hjemmesykepleien i Bergen.

Dette skjedde:

12. oktober om morgenen gir en sykepleier en eldre kvinnelig pasient morfin i multidoser-pakker. Sykepleieren legger fem pakker på bordet. Pasienten har avtale med hjemmesykepleien om at de skulle ha det fulle ansvaret for bruk av medisin.

Om kvelden kommer en ny sykepleier på jobb. Pasienten forteller at hun har tatt alle fem pakkene med medisin som lå på bordet og kastet opp. Altså femdobbel dose. Sykepleieren tror alt er i orden og drar. Pasienten får heller ikke ekstra tilsyn i løpet av natten.

Dagen etter går gruppelederen gjennom rapporten. Hun reagerer umiddelbart, og sender ut en sykepleier og hjelpepleier til pasienten. De finner henne, og ringer øyeblikkelig etter ambulanse. Tilstanden hennes er livstruende, men hun overlever.

Fylkeslegen reagerer også sterkt: «Det at sykepleieren hadde nevnt hendelsen til sin kollega som var tidlig på vakt, og som heller ikke hadde reagert, leder i retning av at flere i samme situasjon kunne gjort samme feilen».

Bergensavisen



Over 100 ønsker heltidsstillinger

Totalt jobber over 3000 ansatte deltid ved St. Olavs Hospital. Sykehusdirektør Nils Kvernmo har bedt ansatte som ønsker deltid om å melde seg. Så langt har over hundre sykepleiere meldt sin interesse. Tillitsvalgte har tidligere kritisert ledelsen for at prosessen for å få flere over på

heltid er for dårlig. Nå håper Sykepleierforbundet at de som ønsker det får heltidsstillinger så fort som mulig.

– Fra en klinikk fikk vi faktisk en liste på hele 53 navn, sier NSFs fylkesleder i Sør-Trøndelag, Knut Jørgen Rotabakk, til NRK Trøndelag.

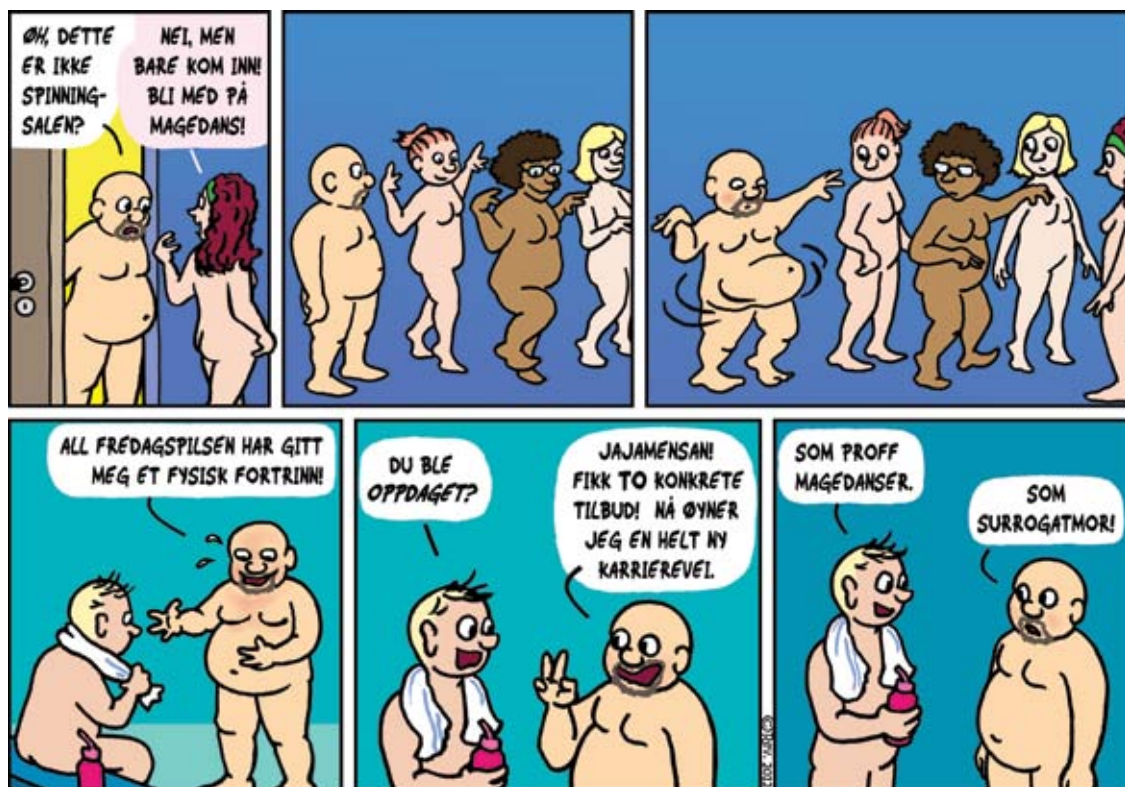
Heltidsprosjekt ved Sykehuset Østfold

Å få flere ansatt i heltidsstillinger er målet for et prosjekt ved Sykehuset Østfold. NRK Østfold melder at det per i dag er 280 ansatte på dette sykehuset som enten vil ha større stillingsbrøk eller fulltidsstilling. Det finnes avdelinger hvor ingen ansatte har 100 prosent stilling. Foretakstillitsvalgt i Sykepleierforbundet, Jane Ann Lindahl, nevner jordmødrene som jobber i turnus på kvinneklinikken som eksempel.



Foto: Colourbox

TERAPI av Bodil Rønhavug



Meninger fra www.sykepleien.no



– Helsesøster har for mye ansvar

Jeg undrer meg over hva helsesøster egentlig får sett av barn og foreldre den korte timen på helsestasjonen. Jeg er sykepleier og jobber i barnehage og erfarer at helsestasjonen i en del tilfeller ikke klarer å fange opp familier som burde bli fanget opp.

(Eb)

Ekstrapoeng til mannlige studenter

Manglende kjønnskvaliter/dårlige karakterer er neppe årsaken til at vi gutter er underrepresentert i dette yrket. Sats heller på å øke lønnen, så vil kanskje flere gutter som er på vippen, velge sykepleieryrket.

(Kruttlappen)

Hele innlegget finner du på: www.sykepleien.no_debatt

Nyhet!

Natusan® first touch. Utviklet for den nyfødte hudens unike behov.

Forskning viser at spedbarnshud er nesten en tredel tynnere enn voksen hud¹ og at den mister fuktighet raskere.² Dessuten får 60 prosent av spedbarna tørr hud i løpet av det første leveåret,² og opp til 50 prosent får utslett på stumpen i løpet av bleiealderen.³

Hudpleieproduktene i serien Natusan first touch er utviklet spesielt for den nyfødte hudens unike behov og inneholder verken parfyme eller fargestoffer. Bak Natusan ligger et omfattende dokumentasjonsarbeid og mer enn 60 års klinisk erfaring.



Dokumentert mild for huden
Test av ingrediensene
Test for sikkerhet og toleranse
Dermatologisk testet



No More Tears® – Mild mot øynene
Test av ingrediensene
In vitro-tester, irritasjon og tåreflom
In vivo-tester, irritasjon og kløe



Samtlige produkter



Sinksalve, badeolje, lotion og sjampo

¹Stamatas GN et al. Infant skin microstructure assessed in vivo differs from adult skin in organization and at the cellular level. *Pediatric Dermatology*, 2009; July/Aug issue.

²Nikolovski J, et al. Barrier function and water-holding and transport properties of infant stratum corneum are different from adult and continue to develop through the first year of life. *J Invest Dermatol* 2008; 128:1728–36.

³Atherton D, Mills K. What can be done to keep babies' skin healthy? *RCM. Midwives* 2004;7:288–290.



Marthe Valle

Alder: 29 år

Aktuell som: Sykepleierstudent og musiker

BAKGRUNN:

Marthe Valle er musiker og har blant annet fått Spellemannsprisen. Men det ble strevsomt å klare seg økonomisk, ikke minst da hun ble alenemor. Hun slapp tak i drømmen om å leve av musikken og begynte på sykepleierutdanningen i Bergen sist høst. 12. mai meldte hun seg på debatten om «naving» med et innlegg i Dagbladet.

– Ledighet låser tankene

Hva ville du ha fram i innlegget ditt?

– Jeg ville spørre: Er det konstruktivt for motivasjonen å gå uten noe å gjøre? Min erfaring er at det er en klar sammenheng mellom god selvfølelse og å få brukt sine ressurser. Innlegget var ikke mot dem som er syke, men til dem med motivasjonsbrist.

Hva mener du med motivasjonsbrist?

– Vegard Skjervheim brukte begrepet i innlegget som jeg svarte på. Han ønsket å bli forfatter. Det ble vanskelig, men han var ikke motivert for noe annet og fikk penger fra Nav.

Hva legger du i begrepet «naving»?

– Unge som ikke er motivert til å jobbe eller gå på skole, skal visstnok lett kunne skaffe seg en diagnose så de kan få sosialstønad hos Nav. De tar seg et friår og gjør ingenting eller spiller data.

Har du fått mange reaksjoner?

– Ja, veldig. Mange er takknemlige fordi jeg satte ord på noe de kjenner seg igjen i, særlig de som prøver å klare seg som artister. Noen har misforstått og regnet med at jeg skar alle Nav-brukere over en kam, og det var virkelig ikke meningen. Andre har takket meg for inspirasjon. Jeg vet godt hva det er å gå uten noe å gjøre. Det låser tankene. Jeg har lovet meg selv at jeg aldri skal dit igjen.

Hvordan trives du i sykepleierutdanningen?

– Veldig godt. Når jeg fant ut at jeg skulle gå på skole etter åtte år som musiker, var jeg ikke i tvil om at det måtte bli sykepleie.

Hvorfor det?

– Far er lege og jeg har vokst opp med å være med ham på jobb. Og jeg har jobbet på sykehus i alle ferier. Har alltid trivdes i møtet med pasienter. Den kontakten kan man savne som musiker, som er en ensom jobb.

Fra kunstnerliv til et jordnært yrke – vil du holde ut?

– Jeg tror fortsatt at de to lar seg kombinere.

Hvordan?

– Det er lett å få vikariat som sykepleier. Og jeg kan planlegge musikkutøvelsen godt. Jeg

tror sykepleien gjør meg til en bedre musiker. Som artist er du opptatt av deg selv, så det er sunt med noe jorda ved siden av.

Var det et nederlag delvis å velge vekk musikken?

– Ja, med en gang. Men ikke når jeg først hadde tatt avgjørelsen. Jeg erkjente at som alenemor var det ikke stabilt nok økonomisk til å gå rundt. Nå ser jeg det som en berikelse å kunne definere seg selv som flere ting. Jeg er veldig, veldig stolt over å skulle kalle meg sykepleier.

Har de unge for høye forventninger om å bli forsørget av Nav?

– Det er veldig skummelt hvis det sprer seg at det er en smal sak å få en diagnose som holder til å få dekket til livets opphold. Mange vet ikke hvilke ressurser de sitter med. Ofte kan de jobbe litt, 20 eller 40 prosent. Mange blir sykere av ikke å gjøre noe.

Ville du foretrukket å være musiker på full tid med Nav-støtte?

– Nei, jeg er veldig fornøyd nå. Det ble ikke som jeg hadde tenkt meg, men jeg fant løsningen selv, og det gir en god følelse. Jeg er glad jeg ble tvunget til å ta et valg.

Hva er drømmejobben?

– 50/50 musiker sykepleier. Jeg tror jeg passer best til litt action. Kanskje legevakt eller akuttmottak.

Hva gjør du akkurat nå?

– Har praksis på sykehjem. Det er veldig hyggelig. Fint å være hos pasientene.



Tekst **Marit Fonn**
Foto **Ane Aspén**

Radiograf brukte sykepleier-ID

En radiograf har gått i en sykepleier 1-stilling ved et omsorgssenter i Odda kommune – med sykepleiertittelen på brystet.

Tekst **Kari Anne Dolonen og Ann-Kristin Bloch Helmers**

I et brev fra Sykepleierforbundet i Hordaland kommer det frem at radiografen har hatt fullt sykepleiefaglig ansvar på omsorgssenteret, og har vært alene i helgene.

Nå har helseavdelingen hos Fylkesmannen (tidligere Helsetilsynet i fylket) opprettet tilsynssak.

Sykepleierforbundet i Hordaland fikk henvendelser fra ansatte ved Eide Omsorgssenter i Odda kommune, med bekymringsmeldinger

Dette bæres som et navneskilt, slik at det gis inntrykk av at hun er sykepleier for beboere, pårørende og annet helsepersonell som ikke er klar over at vedkommende ikke har autorisasjon som sykepleier, skriver NSF Hordaland i en henvendelse til helseavdelingen hos Fylkesmannen.

– Ikke lov

Kommunikasjonsrådgiver i Statens autori-

og opplæring av nye sykepleiere.

Hun har også hatt ansvar for sykepleierstuderenter.

– Kan ikke veilede

Anne Lise Naasen, pleie- og omsorgssjef i Odda kommune, ønsker ikke å kommentere saken før helseavdelingen hos Fylkesmannen har konkludert.

– Er dere klar over at sykepleier er en beskyttet yrkestittel?

– Ja. Det er vi. Det er viktig å få frem at hun er ansatt i Odda kommune som radiograf. Det at hun har gått inn i en sykepleier 1-stilling, handler om at hun har gått inn i en funksjon. Det er en glipp fra vår side, det har vi også beklaget overfor Sykepleierforbundet i fylket, sier Naasen.

Om det er dokumentfalsk å bære et navneskilt hvor det står at man er autorisert sykepleier når du ikke er det, er et av spørsmålene Sykepleierforbundet ønsker at Fylkeslegen skal ta stilling til. I tillegg påpeker forbundet at en radiograf ikke kan ha ansvaret for å veilede sykepleierstuderenter i praksis.

Odda kommune har fått fire ukers frist på å besvare spørsmål ved forsvarligheten rundt ansettelsen av radiograf, samt bruken av tittel. Radiografen selv ønsker ikke å kommentere saken ovenfor Sykepleien. ■■■

«Det er en glipp fra vår side, som vi også har beklaget.»

Anne Lise Naasen

etter at en radiograf hadde gått inn i en sykepleier 1-stilling.

– På radiografens ID-kort står det navn, resursnummer, arbeidsplass og «Sykepleier 1».

Beskyttede titler

Helsepersonelloven § 48 omhandler bruk av beskyttede titler. Et brudd på denne paragrafen kan gi straff etter helsepersonelloven § 67. Strafferammen er bøter eller fengsel inntil 3 måneder.

sasjonskontor for helsepersonell (SAFH), Magnus Karlsrud Dahlen, sier at bevisst å gi inntrykk av å ha en autorisasjon man ikke har, er ulovlig. Han presiserer at det er helseavdelingen ved Fylkesmannen som skal behandle og vurdere slike saker.

Radiografen har ifølge henvendelsen hatt fagansvaret for helsehjelpen som ytes, samt ansvaret for den fastlagte legevisittordningen og pårørendesamtaler for halvparten av beboerne. I tillegg har hun utført vanlige sykepleieroppgaver som for eksempel medikamenthåndtering, blodprøver, innlegging av kateter

Helsesvada-generator på nett

SÅ ILLE står det til med helsebyråkraternes språkføring, at Språkrådet har laget en egen helseadministrativ svadagenerator. – Med Språkrådets svadagenerator kan du lage fiks ferdige setninger som er fullt på høyde med det beste innenfor statlig prosa, skriver Språkrådet om generatoren. Her er et knippe svadagenererte setninger: 1: «På grunnlag av en tverrfaglig utvikling

stimuleres statssekretærens vurdering i motsetning til styringsmodellen.» 2: «Med utgangspunkt i en inkluderende innsats initieres økonomisjefens målhorisont i relasjon til tilsynsrapporten.» Hva betyr dette? Har du forslag til tolkninger eller eksempler på egenerfart svada, send oss gjerne en e-post på firmapost@sykepleien.no

«Lex Breivik» vedtatt

ENDRINGENE i psykisk helsevernloven innebærer nye sikkerhetsbestemmelser i regionale sikkerhetsavdelinger og hjemmel for å etablere en enhet med et særlig høyt sikkerhetsnivå. Lovendringene kalles Lex Breivik – dersom Anders Behring Breivik dømmes til tvungent psykisk

helsevern må han overføres til en helseinstitusjon umiddelbart. Endringene innebærer også at det blir opprettet en ny enhet for særlig farlige pasienter. Når den vil stå klar er ikke bestemt, men helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen vil få det gjort så snart som mulig.

Mindre volum,
mer næring,
nå med fiber



Volum kan være en barriere for å oppnå fullt utbytte av næringsdrikker. Nye Nutridrink Compact Fibre komprimerer all næringen du får fra en 200 ml standard næringsdrikk med fiber i en 125 ml flaske. Det betyr 300 kcal, 12 g protein og 4,6 g fiber i 40 % mindre volum.

Gi dine pasienter Nutridrink Compact Fibre og hjelp dem til å få den næringen de trenger, i et volum de kan takle, samtidig som man hjelper til med å bedre tarmfunksjonen.

NUTRICIA
Nutridrink
Compact Fibre

Lei av å være lønnstapere

– Vi aksepterer ikke en dårligere lønnsvekst enn i privat sektor, sier forhandlingslederne Mimi Bjerkestrand (Unio-KS) og Arne Johannessen (Unio Stat). I første omgang ble rundt 8 000 Unio-medlemmer tatt ut i streik.

Tekst Bjørn Arild Østby Foto Unio

Litt over klokka 04.00 torsdag 24. mai ble det brudd i meklingen mellom Unio og staten. Like etter brøt Unio også forhandlingene med KS (Kommunesektorens organisasjon).

– Det var umulig å få til en løsning. Avstanden på den økonomiske totalrammen var altfor stor, sier forhandlingslederne Arne Johannessen og Mimi Bjerkestrand.

Tilbud på 3-tallet

Staten antydte en økonomisk ramme som ville gitt 100 000 ansatte i staten et generelt lønnstillegg på 9 000–10 500 kroner. Det er

langt mindre enn i privat sektor.

– Industrien har fått en lønnsøkning på opp mot 4,3 prosent. I tillegg kommer det de vil få i lokale forhandlinger til høsten. Da er det fryktelig skuffende at sentrale grupper i velferdsstaten blir avspist med et tilbud på 3-tallet. Det kan ikke være sånn at privat sektor forsvinner av gårde, mens våre grupper gang på gang skal bære kostnadene ved en god velferdsstat, sier Johannessen.

– Det er ikke bare arbeidstakerne som taper på det. Alle som er avhengige av gode offentlige tjenester, taper på at regjeringen ikke tar ansvar, legger forhandlingslederen til.

Årsaken til bruddet i KS-området er den samme som i staten, at det var altfor stor avstand mellom partene på totalrammen.

– Unio var villig til å strekke seg langt for å unngå streik, men det kom ingen signaler fra arbeidsgiver som gav oss håp om en akseptabel løsning. Privat sektor har fått et godt oppgjør, og det er helt urimelig at det pålegges offentlig sektor alene å vise moderasjon, sier forhandlingsleder Mimi Bjerkestrand.

Steder som ble berørt i første streikeuttak: Tromsø, Narvik, Trondheim, Ålesund, Bergen, Askøy, Sandnes, Larvik, Drammen, Asker og Lillehammer.

«Det er fryktelig skuffende å bli avspist med et tilbud på 3-tallet.»

Arne Johannessen



STREIK: – Det var det umulig å få til en løsning, sier forhandlingslederne Mimi Bjerkestrand (Unio-KS) og Arne Johannessen (Unio Stat). Foto: Unio.

Provosert av regjeringen

Størrelsen på den totale rammen har vært mest sentralt for Unio i årets lønnsoppgjør. Det er kun i tariffoppgjørene at de offentlig ansatte har muligheten til å få hele den lønnsveksten som privat sektor får.

– I offentlig sektor får arbeidstakerne lønnsopprykk først og fremst gjennom tariffavtalene, mens privat sektor kan få mer enn 50 prosent av lønnsveksten utenfor tariffavtalene i form av lokale tillegg, sier Mimi Bjerkestrand.

Det provoserte Unio kraftig at regjeringen i revidert nasjonalbudsjett i mai justerte ned årets lønnsvekst fra 4 til 3,75 prosent. Det ble oppfattet som et forhandlingsutspill og en utidig innblanding i de pågående forhandlingene.

– Er det slik det skal være, så kan man like godt legge ned hele forhandlingssystemet, mener Arne Johannessen. ■■■

Følg streikeutviklingen på sykepleien.no.

Fakta:

Første streikeuttak: I KS-området er 5 726 Unio-medlemmer tatt ut i streik, i statlig sektor er antallet 2 200. Forhandlingene i Oslo kommune var ikke ferdig da Sykepleien gikk i trykken 25. mai.

Jakten på «Den gode turnus»

NSF har undersøkt 14 arbeidsplasser for å se om ulike turnusordninger oppfyller kravene til «Den gode turnus». Tekst **Kari Anne Dolonen**

A få turnusen til å gå opp virker som et evigvarende problem. For å få det til ender man fort opp med andre utfordringer; små stillingsbrøker eller turnuser som tøyler Arbeidsmiljølovens bestemmelser. Både NSF, arbeidsgivere, ansatte og politikere skulle gjerne løst flokene.

«Prosjekt arbeidstid» ble opprettet av NSF for to år siden. Målet var blant annet å gjennomføre en undersøkelse fra arbeidsplasser som var fornøyd med sine turnusordninger.

– Fant dere noe nytt?

– Vi fikk en bekreftelse på at der de samarbeider godt og har gode relasjoner, får de turnusarbeidet til. Det er sånn det må gjøres, sier NSFs forbundsleder Eli Gunhild By.

NSF skal bruke undersøkelsen i opplæringskurs for ledere, i tillitsvalgtarbeidet og på et temakurs til høsten.

– Det er og naturlig å trekke den frem i dialogen vi har med arbeidsgivere på ulike nivåer, sier By.

14 arbeidsplasser

Arbeidsstedene som ble plukket ut hadde forskjellige turnuser: Tradisjonell, rullerende turnus, medlevertturnus, ønsketurnus, turnus med 13-timers vakter, turnus med lengre vakter i helgene og 3–3 turnus.

Alle arbeidsstedene mente selv de hadde funnet frem til gode løsninger på turnusproblematikken.

Samtidig ser det ut til at ingen av ordningene løser utfordringene med deltid. De fleste stedene var vaktens lengde og antall vakter i strekk i tråd med det NSF anbefaler i sine kriterier for «Den gode turnus». Unntakene var medlevertturnus og turnus med 12–13 timers vakter.

Overgangen fra kveldsvakt til dagvakt og nattevakter er problematisk.

Jobbing i helger ble også av mange nevnt som belastende i forhold til familie og sosialt liv. Der det var innført sjeldnere bruk av helgevakter enn hver tredje helg ble det ansett som den viktigste suksessfaktoren ved turnusen.

Utfordrende «hull»

Selv om både ansatte, tillitsvalgte og ledere var fornøyde med turnusordningene de hadde valgt, var «huller» i turnus et problem de fleste steder. Dette førte til at sykepleiere måtte jobbe mer enn hver tredje helg. ■■■

ALT PÅ ETT KORT

NYHET!

DRIVSTOFFRABATT

50 øre
fra første liter

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



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

Ny veileder for fengselshelsetjenesten

Skal fengselsbetjenter dele ut medisiner, eller er dette en jobb for fengselshelsetjenesten?

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers**

En problemstilling i forslaget til ny veileder for fengselshelsetjenesten, er i hvilken grad fengselsbetjenter skal kunne administrere medisiner de innsatte trenger. Veilederen åpner opp for at medisiner som den innsatte normalt administrerer selv, men som fengselsadministrasjonen av sikkerhetsmessige eller andre grunner vil ha kontroll på, skal kunne gis av betjentene. Denne «praktiske bistanden» av legemidler kan skje forutsatt at betjentene har fått opplæring fra fengselshelsetjenesten.

I disse dager går Helsedirektoratet gjennom innspillene til forslaget til den nye veilederen. Den gamle veilederen er fra 2004, og arbeidet med den nye har pågått siden 2009. Høringsfristen ble først satt til under en måned, men etter protester fra fagmiljøet, ble fristen utsatt med ni dager.

Ifølge Helsedirektoratet er årsaken til den lange behandlingstiden, før forslaget omsider ble sendt på høring, at det har oppstått flere problemstillinger underveis. Disse går blant

annet på implementering av de europeiske fengselsreglene, avveininger omkring helsepersonells taushetsplikt og hvem som skal ha anledning til å dele ut medisiner i fengsel.

I veilederen blir det også diskutert rollefordeling dersom legen og fengselsdirektøren ikke er enige. Veilederen foreslår at dette blir tatt opp med henholdsvis helseavdelingen hos Fylkesmannen og kriminalomsorgens regionaldirektør. Dette skal også gjelde i øyeblikkelig hjelp-situasjoner. ■■■

Ubehagelig 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 Vitaflors nettbutikk, www.vitaflo.no


VITAFLO
Part of the Navamedic Group





Skal gutter få ekstrapoeng?

Hvordan få flere menn til å velge sykepleierutdanning?

Kjønns-poeng er ett virkemiddel. Tekst **Kari Anne Dolonen**

Komité for kjønnsbalanse i forskning (Kif-komiteen) er positive til innføring av kjønns-poeng. I et brev til Kunnskapsdepartementet skriver komiteen at kjønns-poeng er et gjennomgangstema i diskusjonen om kjønnsdelt arbeidsliv og menn og kvinners tradisjonelle utdanningsvalg.

NSF student har tidligere tatt kontakt for å høre hva Kif-komiteen mener om tilleggspoeng for menn til sykepleiestudier. Komiteen er positiv til slike ordninger, men de mener det er noen kriterier som må oppfylles.

NSF Student har også tidligere kjempet for at menn skal få to ekstrapoeng når de søker seg inn på sykepleierutdanning.

Ifølge Samordna opptak gis det i dag to poeng til kvinnelige søkere til følgende studier:

- › 2- og 3-årige ingeniørstudier (unntatt kjemi)
- › Maritime høyskolestudier
- › Landbruksstudier ved statlige høyskoler
- › Integrerte masterstudier i informatikk (5-årig) ved Universitetet i Oslo
- › Integrerte masterstudier (siv-ing) ved NTNU

(unntatt Kjemi og bioteknologi og Industriell design)

Det gis to poeng til mannlige søkere ved to studieprogrammer: Veterinær- og dyrepleierstudier ved Norges veterinærhøgskole.

Kif-komiteen sier i sitt brev at slike ordninger bør være for det underrepresenterte kjønn, uavhengig av om det er kvinner eller menn som er i mindretall. Det innføres der det er konkurranse om plassene. De ser også på kjønns-poeng som et midlertidig tiltak, som opphører når kjønnsfordelingen over tid viser en 30/70-fordeling.

– Kjønns-poeng vil ikke løse alle utfordringer når det gjelder mangel på menn i omsorgsykker, men det vil være et skritt i riktig retning, sa NSFs studentleder Bård Nylund i 2010.

Ifølge forskrift om opptak til høyere utdanning paragraf 7–9 kan departementet bestemme at det ved enkelte utdanninger kan gis ett eller to tilleggspoeng for søkere av det kjønn som er klart underrepresentert blant studenter eller yrkesutøvere fra en utdanning. ■■■

› Kvalitetsargumentet: Kjønnsbalanse i studentmassen virker positivt på kvaliteten i utdanningen. Får begge kjønn mulighet til å prege utdanningene, styrkes kvaliteten på innholdet i utdanningen.

› Rollemodellargumentet: Erfaringen fra Universitetet i Agder er at flere jenter i teknologiutdanningene har en positiv effekt på rekrutteringen og gjennomføringen for både gutter og jenter.

› Samfunnsargumentet: De som utdanner seg bør gjenspeile samfunnet. Kjønnsbalanserte miljøer bidrar til å utjevne det kjønnsdelte arbeidslivet. Norge har et av de mest kjønnsdelte arbeidsliv i Europa. Kjønnsbalanse i studievalg vil forhåpentligvis ha en positiv effekt på lønnsutjevningen mellom kvinne- og mannsdominerte fagområder.

› Rettferdighetsargumentet: Kjønns-poeng er urettferdig fordi de med dårligere karakterer går foran de med bedre karakterer.

› Meritokratiargumentet: Høyere utdanning og forskning er meritokratisk orientert. Det vil si at det er de med best meritter, altså karakterer, som skal vinne fram.



forebygging.no

Kunnskapsbase for rusforebyggende og helsefremmende arbeid

Skal melde til Kunnskapssenteret

Fra 1. juli overføres meldeordningen om uønskete hendelser fra Statens helsetilsyn til Kunnskapssenteret. Tekst Kari Anne Dolonen

Den 2. juli 2012 legges «Olga» på 80 år inn på sykehuset med lungebetennelse. Der faller hun og brenner lårhalsen. Hun venter i 55 timer før hun opereres og utvikler i etterkant en hissig infeksjon. «Olgas» tilstand beskrives som kritisk og hun overføres til intensivavdelingen. Man vet ikke om hun overlever natten. Pårørende tilkalles.

«Lise» er sykepleier og primærkontakt for «Olga». Hun skal skrive avviksmelding. Det slår henne at «Olgas» sykehusforløp ikke er enestående. Slikt skjer stadig oftere.

«Lise» vet at det er nye rutiner for hva som skal meldes hvor, men føler seg usikker.

Situasjoner som denne vil ganske sikkert oppstå når nye rutiner for å melde trer i kraft fra 1. juli. Alle meldinger om uønskete hendelser skal nå sendes til Kunnskapssenteret – uansett.

Kan sendes anonymt

Det første «Lise» derfor skal gjøre, er å skrive avviksmelding i sykehusets avvikssystem med kopi til Kunnskapssenteret innen 24 timer. Hun kan velge om hun vil sende den anonymt.

– Hvordan skal dere kunne gi tilbakemelding hvis meldinger sendes anonymt?

– Når sykepleier skriver en avviksmelding i sykehusets system med kopi til oss, har vi laget en elektronisk løsning som gjør at vi kan sende svar tilbake uten å se hvem som har sendt meldingen. Våre råd og tilbakemeldinger havner da tilbake i sykehusets avvikssystem og følger avviksmeldingen på veien videre i sykehuset. Det er Helseforetaket som bestemmer om meldingene i deres system kan være anonyme. De fleste aksepterer ikke det, forklarer Øystein Flesland i Statens kunnskapssenter for helsetjenesten.

Men selv om Kunnskapssenteret ikke ser hvem

som har sendt meldingen, kan sykehuset se at det er «Lise» som har gjort det ettersom alt ligger i sykehuset avvikssystem, sier han.

– Har alle sykehus slike systemer på plass?

– Alle helseforetak har systemer som gjør at de kan melde oss elektronisk. Noen har ikke fått på plass systemet som gjør at våre tilbakemeldinger havner tilbake i sykehusets avvikssystem, men det er rett rundt hjørnet, lover Flesland.

I tillegg er det noen private institusjoner i spesialisthelsetjenesten som ikke har fått på plass slike systemer. De kan sende inn skjema elektronisk via nettstedet: www.melde.no. Her må man imidlertid oppgi kontaktinformasjon for å få tilbakemelding.

Råd og veiledning

Årsaken til at meldeordningen ble overført til Kunnskapssenteret, er at det nå skal bli lettere å lære av feil.

– Hva blir den største forskjellen?

– Hele poenget med å melde til oss er at vi skal gi råd og veiledning. Vi skal bygge opp en kunnskapsdatabase og stimulerer til læring. På den måten håper vi å unngå at feil skjer igjen. Vi har ingen sanksjonsmuligheter, sier Flesland.

Det kommer flere tusen meldinger til Helseilsynet hvert år.

– Har dere ressurser til å gi raske tilbakemeldinger?

– Vi holder på å ansette sykepleiere og leger i deltidsstillinger. De skal jobbe ute i klinikken og deltid hos oss for å gi råd til dem som melder. Det er viktig at de som arbeider hos oss forstår situasjonen helsepersonellet har vært i. Vi kommer ikke til å vurdere juridiske aspekter, skyld og forsvarlighet, men forsøke å gi råd om tiltak som kan gjøres for å hindre at det samme skjer igjen.

– Kommer sykehus til å følge rådene dere gir når dere ikke har sanksjonsmuligheter, og sykehusene har knappe ressurser?

– Det er ikke alt som trenger å koste penger. Det har faktisk vist seg at det kan være god økonomi å gjøre forbedringer. For eksempel: God håndhygiene reduserer sykehusinfeksjo-

«Hele poenget med å melde til oss er at vi skal gi råd og veiledning.» Øystein Flesland



LÆRE AV FEIL: Øystein Flesland i Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten mener det er viktig å kunne gi tilbakemelding på meldinger. Foto: Kunnskapssenteret.



SER AN: Vi får gi den nye ordningen tid og mulighet før vi bedømmer hvordan den virker, sier Richard Knoff. Foto: Statens helsetilsyn

ner. På den måten sparer man liggedøgn og kostbar behandling. Håndhygiene er mer en kultursak enn en økonomisak. I tillegg har vi mulighet til å informere både Helsedepartementet og Helsedirektoratet hvis vi ser det er områder som trenger ekstra oppmerksomhet eller ressurser.

Flesland håper at de etter hvert også vil få en database med eksempler på gode løsninger.

– Når noen har et problem, kan de se hvordan andre har løst lignende utfordringer.

Akkurat som før?

«Lise» har skrevet avviksmelding, men hun er bekymret. De pårørende er også misfornøyd. De mener «Olgas» sykdomsforløp burde vært unngått. «Lise» skulle gjerne meldt saken til Fylkesmannen (tidligere Helsetilsynet i fylkene).

– «Lise» eller pårørende kan fremdeles melde saken til Fylkesmannen og be dem vurdere tilsynssak. Vi sender ingen meldinger til Helsetilsynet, sier Flesland.

– Selv om det er alvorlige hendelser?

– De aller alvorligste hendelsene skal varsles til Statens helsetilsyn etter spesialisthelsetjenestelovens paragraf 3-3a (se faktabokser). Dersom vi mistenker alvorlig systemsvikt som setter liv i fare og institusjonen selv ikke ser ut til å løse problemet kan vi gjøre Fylkesmannen oppmerksomme på dette og be om at de vurderer å gjøre et tilsyn, eller iverksette andre tiltak. De enkeltmeldingene vi får vil imidlertid ikke bli videresendt til Statens helsetilsyn eller fylket.

Helsedepartementet opprettet Helsetilsynets utrykningsgruppe 1. juni 2010. Det skulle være et toårig prosjekt som ved lov (spesialisthelsetjenestelovens paragraf 3-3a) er blitt en permanent ordning fra 1. januar.

– Alle alvorlige hendelser som fører til dødsfall eller betydelig skade på pasient og som er uventet, skal fortsatt meldes til utrykningsgruppa innen

24 timer, sier avdelingsdirektør i Statens helsetilsyn, Richard H. Knoff.

– Har det vært diskusjon rundt dette?

– Planen var at det skulle gjøres en evaluering før man bestemte om det skulle bli en permanent ordning. Nå ble rekkefølgen motsatt. Ut fra erfaringer og tilbakemeldinger valgte departementet å fremme lovforslaget før evalueringen var gjennomført, sier Knoff.

– Blir ikke dette uoversiktlig for helsepersonell? De må melde mange steder.

– Mye er som før. Forskjellen er at alt som faller inn under spesialisthelsetjenestelovens paragraf 3-3, meldes til Kunnskapssenteret. I tillegg skal alvorlige saker også meldes til Statens helsetilsyn etter lovens paragraf 3-3a. Ved bekymringer som gjelder risikable forhold eller uforsvarlig praksis, skal man fortsatt henvende seg til Fylkesmannen som vurderer om det skal opprettes tilsynssak. Alle nye systemer tar litt tid før de er på plass, men det vil bli gitt omfattende informasjon om dette.

– Blir det lettere å lære av feil etter at meldeordningen blir overført til Kunnskapssenteret?

– Meldeordningen har hele tiden hatt læring som formål. Den viktigste læringen skjer i virksomheten. Ledere og ansatte må gjennomgå og analysere den uønskete hendelsen og iverksette tiltak for å forhindre at noe liknende skjer i framtiden. Lovendringen bygger på en forventning om at flere vil benytte seg av meldeordningen når meldingene ikke lenger sendes til tilsynsmyndigheten. Vi får gi den nye ordningen tid og mulighet før vi bedømmer hvordan den virker, sier Knoff.

Sykepleien har hørt med noen tilfeldig valgte sykehus om de er forberedt på endringene. Tilbakemeldingene fra Helse Bergen, Helse Stavanger, St. Olavs Hospital og Universitetssykehuset i Nord-Norge tyder på at de fleste er i rute. ■■■

§ 3–3. Meldeplikt til Helsetilsynet i fylket

HELSEINSTITUSJON som omfattes av denne loven, skal snarest mulig gi skriftlig melding til Helsetilsynet i fylket om betydelig personskade som voldes på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade.

Departementet kan gi forskrift om innsendelse av meldinger som nevnt i første ledd, og om det nærmere innholdet i slike meldinger. Departementet kan også bestemme at helsetjenester som ikke er knyttet til helseinstitusjon, skal omfattes av meldeplikten etter første ledd.

(Helsetilsynet i fylket heter nå helseavdelingen hos Fylkesmannen.)

§ 3-3a. Varsel til Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser

FOR Å SIKRE tilsynsmessig oppfølging skal helseforetak og virksomheter som har avtale med helseforetak eller regionale helseforetak straks varsle om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn. Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om varsling som etter første ledd, herunder om innholdet i varslene. Departementet kan i forskrift også bestemme at andre helsetjenester enn de som fremgår av første ledd, skal omfattes av varslingsplikten.



XWEAR.NO

KOMPRESJONSSTRØMPER GIR OPPTIL 30% BEDRE SIRKULASJON OG RESTITUSJON I DINE FØTTER...

I FLOTTE FARGER OG MØNSTER

- 22 – Jeg skal diagnostisere, forskrive og henvise ›
- 25 Dominoeffekten ›
- 25 Legger til rette i Danmark ›
- 26 Doserer Marevan ›

Oppgaveglidning

Fra naturlig evolusjon til bevisst virkemiddel

- › Oppgaveglidning eller jobbglidning vil si at det skjer endringer i oppgavefordelingen, enten innad i yrkesgruppen eller mellom yrkesgrupper.
- › Slike endringer har alltid vært en mer eller mindre naturlig utvikling i helsetjenesten. Men i de seinere år har arbeidsgivere og politikere begynt å se på oppgaveglidning som et virkemiddel.
- › Det er nemlig penger å spare ved å la den billigst mulige arbeidskraften gjør oppgavene, samtidig som det kan bedre bruken av tilgjengelige helsepersonellressurser.

Kilde: Overlegen nr. 1, 2012

Avlaster legene

Sykepleier Siv Lock i England gjør mange fastlegeoppgaver, og kan forskrive hele den britiske Felleskatalogen om det skulle være.

Storbritannia er blant de landene som har kommet lengst i Europa med å la sykepleiere overta legeoppgaver. Nå kommer Norge så smått etter.

Tekst og foto **Eivor Hofstad**





KOLESTEROLET SKAL NED:
David Curry diskuterer statinbehandling med sykepleier Siv Lock ved Amersham legesenter.

«Jeg skal diagnostisere, forskrive og henvise.

Sykepleier Siv Lock forsikrer David Curry (73) om at blodtrykket er perfekt. Han er innkalt til sykepleierkonsultasjon på sitt lokale legesenter i Amersham.

Tekst og foto **Eivor Hofstad**

Helsevesenet i Europa står overfor en rekke utfordringer: Økonomiske vanskelige tider, en aldrende befolkning og teknologisk utvikling som krever økt kompetanse hos helsepersonell. For å imøtekomme dette har det blitt vanligere å la sykepleiere overta flere av oppgavene som tidligere var legeoppgaver. Fenomenet kalles oppgaveglidning (se faktaramme på forrige side).

Storbritannia er kommet ekstra langt med å la sykepleiere overta legeoppgaver, skriver Brusselkontoret AS i rapporten «Nye oppgaver, nye roller – Europas helsevesen i endring». Derfor har Sykepleien lagt turen til Amershams legesenter.

Amersham er en presentabel liten by nordvest for London, med brosteinslagte gater og boligpriser høye som risikoviljen til de mange bankansatte innbyggerne.

På det lokale legesenteret har David Curry akkurat fått vite resultatene av den nye helsesjekken som alle briter mellom 40 og 75 år nå må ta hvert femte år. Han har blitt målt i alle himmelretninger. BMI, blodtrykk, kolesterol, blodsukker, røyking, alkoholinntak, fysisk aktivitet og familiehistorie på hjertesykdom er notert. Verdiene er sammenliknet med normalverdiene, hans risiko for å utvikle hjerte- og karsykdom innen ti år er regnet ut.

– Det er altfor rigide grenser på risiko-kategoriene, sier Lock til Sykepleien og forklarer:

– De tar ikke hensyn til alder, slik at de eldre oftest får høy risiko. Dermed må jeg bruke mye tid på å avdramatisere resultatene og berolige pasientene.

Pålegget om denne helsesjekken kom i november, så systemet er ikke evaluert ennå.

Curry tar resultatet med fatning. Innimellom diskusjon om dosering og eventuelle bivirkninger av statinene, ler han og konverserer med sykepleieren som om han har kjent henne lenge. Lock må etter hvert reise seg fra stolen for å signalisere at det er på tide for ham å gå. Hun har bare ti minutter til hver pasient, og ligger litt på etterskudd.

– De fleste setter veldig pris på undersøkelsen. De eldre får slått av en prat og de yngre tar gjerne opp andre småting som må sjekkes også. En føflekk eller litt blod i avføringen. Eller et vektproblem.

Den nasjonale helsesjekken er ekstraarbeid Lock har påtatt seg hver onsdag ettermiddag.

Med og uten uniform

Siv Lock kom som sykepleier fra Norge til Storbritannia for 15 år siden. Der tok hun videreutdanning som helsesøster og mastergrad i medisinsk antropologi. Hun har vært innom sykehus, rusomsorg, rehabilitering og helsesøstervirksomhet før hun endte opp ved legesenteret på Amersham helsesenter.

Der sjonglerer hun mellom to jobber: Dels er hun spesialsykepleier med full forskrivingsrett ved senterets sykepleierstyrte klinikk, som tar seg av småskader og mindre sykdommer. Da bruker hun sine vanlige klær. Et skilt på brystet forteller at hun er spesialsykepleier.

– Jeg skal diagnostisere, forskrive og henvise og får mer autoritet uten uniform. Det er det faktisk forsket på. Fastlegene har heller ikke noen hvit frakk her i Storbritannia, forklarer Lock.

Dels er hun også «practice nurse» (se faktaboks). Da vaksinerer hun, tar blodprøver, gir råd om reisedis og prevensjon, skriver ut malariamedisin, forskriver hormoner for å utsette menstruasjonen og setter p-sprøyter. Hun tar også celleprøver i forbindelse med screeningprogrammet mot livmorhalskreft. Denne jobben gjøres med sykepleieruniformen på.

– Vi har overtatt all barnevaksinasjon. Tror det har noe med finansieringssystemet å gjøre. Helsesøstrene har liksom stille trukket seg bort fra det. Det er jo egentlig en forferdelig jobb, ingen liker å stikke små barn, sier Lock.

Pasientene foretrekker sykepleierne

Et par kontorer bortenfor, har kollega Alison Perry ettermiddagsvakt på den sykepleierstyrte klinikken, uten uniform. Det er her Siv Lock også jobber. Perry er tidligere hjemmesykepleier som har videreutdannet seg til «minor illness nurse» med forskrivingsrett (se faktaboks).

– Pasienten opplever neppe lidelsen sin som liten, men er først og fremst interessert i å få hjelp fort. Derfor heter klinikken «ekspresklinikk» utad, forklarer Perry.

Det er teamet i resepsjonen som avgjør om pasienten sluses til legene eller sykepleierne når pasienten ber om time. Legekontoret har definert hvilke tilstander som hører til hvor (se faktabokser).

– Pasientene ber ofte om å få komme til oss fremfor fastlegen. De får raskere time, og så synes de faktisk at vi har bedre tid, enda vi bare har ti minutter per pasient, akkurat som legene. Vi snakker nok et mer folkelig språk, sier Perry.

– Og så ser vi på pasientene når vi snakker. De sier at det er så kjekt å komme til oss fordi vi alltid er så blide. Men noen få pasienter vil ikke til sykepleier, innrømmer Lock og viser til at særlig utenlandske pasienter fra Europa eller USA er skeptiske.

Ringorm

Perry går til døren og kaller inn neste pasient. Steve Poulson er en ung gutt med utslett på begge armer som klør. Ved siden av hoste, sår hals og mellomøbetennelse, er dette den vanligste tilstanden sykepleierne behandler.

– Jeg hadde et kutt som nesten leget seg, men så spredte det seg

i stedet til den andre armen, forklarer han og viser fram det ringformete utslettet.

Perry ser på det og spør ham om hva han tror det er selv.

– Mamma tippet det var ringorm. Hun har vært sykepleier.

– Ja, det tror jeg også, sier Perry og forklarer at det er en soppinfeksjon som blant annet kan smitte gjennom visse dyr.

Poulson har katter. Perry ber ham smøre seg med kremen Dakta-rin.

– Sjekk kattene, de vil antakelig trenge behandling også.

Hun printer ut et faktaark om ringorm og det reseptfrie legemidlet mens de småprater om hvor moren hans har jobbet som sykepleier.

Neste pasient er nok en ung gutt med utslett – litt småprikker på overarmene. Han får med seg en resept når han går.

Til sammen tar ekspresklinikken imot 30 pasienter per dag.

Legemangel og finanskris

– Pasientene kommer for den minste lille ting, og av og til kommer de ikke til bestilt time, siden det ikke koster noe å la være. Særlig småbarnsforeldre kommer ofte med barna sine. Vi har nok overtatt noe av den rollen besteforeldre hadde før, sier Siv Lock.

I Storbritannia er flere helsetjenester gratis enn i Norge. Det eneste pasientene betaler hos fastlegen, er 72 kroner for resepten. Konsultasjon og selve legemidlet er gratis. Og det er mange grupper som ikke trenger å betale for resepten: Blant annet de fleste av kronikerne, alle barn opptil 18 år, mødre opptil et år etter fødselen, studenter og pensjonister.

Det blir derfor en del resepter som skal skrives, også for legemidler som ikke er reseptpliktige, fordi de da blir gratis for pasienten. Med legemangel og finanskris på toppen, har både legene og politikerne skjont behovet for å avlaste legene. Slik oppsto både forskrivingsrett og sykepleierstyrte klinikker. I Amersham kom ekspresklinikken i 2003.

– Den har ført til en reduksjon i forespørselen etter både akutte og ekstra timer hos fastlegene, slik at vi kan bruke mer tid på de komplekse pasientene, sier dr. Alan Dellow, en av seniorpartnerne ved Amersham legesenter.

Streng eksamenskrav

Siv Lock fikk forskrivingsrett for to år siden, etter å ha tatt en mastermodul på seks måneder.

– Er et halvt års kurs nok til å kunne forskrive alle legemidler?

– Ja. Jeg skriver ikke ut noe som er utenfor mitt felt, og det er strenge kriterier for å bestå eksamen. Man må ha 100 prosent riktig på medikamentregning, 85 prosent på farmakologi pluss to praktiske caser. Dessuten blir vi strengt kontrollert gjennom et nasjonalt register. Det vil fort oppdages hvis noen av oss misbruker forskri-

«Vi dokumenterer mer enn legene for å rettferdiggjøre valgene våre.

Siv Lock

vingsretten.

– Men reint juridisk kan du forskrive et hvilket som helst legemiddel?

– Ja, men etisk sett gjør jeg ikke det.

Sykepleiere med forskrivingsrett får to pund mer i timen. For å ta celleprøver eller en del andre typiske legeoppgaver, får de ikke noe ekstra.

– Vil du ha alt ansvaret med den lønna du får?

Til syvende og sist handler det om å være tilfreds i jobben.

Lock synes hun har et interessant yrke med et godt arbeidsmiljø og leger som respekterer henne. Men til å begynne med lå hun våken om

Practice nurse

Practice nurses er registrerte sykepleiere som arbeider på fastlegekontorer i et team som kan inkludere leger, sykepleiere, farmasøyer og ernæringsfysiologer. De har fått ytterligere opplæring av sin lokale arbeidsgiver.

Oppgavene er blant annet:

- ▶ Behandle småskader
- ▶ Assistere ved mindre operasjoner med lokalbedøvelse
- ▶ Helsescreening
- ▶ Familieplanlegging
- ▶ Vaksinerer
- ▶ Hjelp folk med å slutte å røyke

Minor illness nurse

Minor illness nurse er sykepleier med et seks måneders ekstra kurs i å diagnostisere og kjenne igjen vanlige symptomer på mindre lidelser (se faktaboks for hva sykepleierne kan ta ved Ekspresklinikken).



«Vi snakker nok et mer folkelig språk enn legene.

Alison Perry



natta og lurte på om hun hadde gjort riktige kliniske beslutninger.

– Vi dokumenterer mer enn legene for å rettferdiggjøre valgene våre. Journalene våre er grundigere i tilfelle rettssak.

Minilege eller maksisykepleier?

Det britiske sykepleierforbundet, Royal College of Nursing, skriver i en rapport at de aller fleste spesialsykepleiere ser på seg selv som maksisykepleiere fremfor minileger. De oppfatter at de har en sykepleiebase med helhetlig tankegang rundt pasienten som grunnlag for det de gjør.

– Er du en minilege eller en maksisykepleier?

– Ingen av delene. Jeg er slett ingen lege og kjenner mine begrensninger når det gjelder medisinske spørsmål. Maksisykepleier høres dumt ut. Da foretrekker jeg heller «nurse practitioner» (klinisk

ekspertsykepleier, red.anm.) eller spesialsykepleier, sier Lock.

Når sykepleiere får full forskrivningsrett, vil noen leger kanskje frykte at siste skanse er tapt. Men det har hittil ikke blitt noen boom i egne sykepleierpraksiser.

– Hvorfor starter ikke flere sykepleiere egen praksis?

– Noen gjør det, men det er mye jobb. Haugevis med papirarbeid og statistikker som må føres. De fleste sykepleiere er kvinner med familieforpliktelser.

Likestillingen er kommet kortere i Storbritannia. Lock har født to sønner som hun ikke fikk lønnet barslpermisjon for. To halve barnehageplasser kostet henne 10 000 kroner i måneden, og det er over ti år siden.

– Kunne du vært en like fornøyd sykepleier i Norge?

– Ikke i primærhelsetjenesten, men på sykehus, kanskje. I

På Amersham legesenter:



MODIG: Dette klistremerket får småbarn som har vært på sykepleierklinikken.

Dette kan sykepleierne ta:

- › Øyeinfeksjoner/irritasjoner
- › Hudlidelser (ikke føflekker)
- › Høysnue
- › Astmaanfall
- › Mindre skader
- › Sår hals
- › Hoste og forkjølelse (ikke over 70 år)
- › Bihulebetennelse
- › Øreverk
- › Akutt urinveisinfeksjon (ikke gutter/menn over 10 år)

Dette kan ikke sykepleierne ta:

- › Hodepine og migrene
- › Brystsmerter
- › Ujevne hjerteslag
- › Fordøyelsesplager
- › Svangerskapsoppfølging
- › Gynekologiske problem
- › Kroniske sykdommer
- › Depresjoner
- › Kul i brystet
- › Svimmelhetsanfall

Sykepleiere og forskriving

- › Over 20 000 sykepleiere har selvstendig forskrivningsrett i Storbritannia i dag.
- › I 1992 fikk hjemmesykepleiere og helsesøstre begrenset forskrivningsrett.
- › Siden 2006 har sykepleiere, etter et seks måneders langt kurs og bestått eksamen, kunnet forskrive legemidler fra hele British National Formulary (tilsvarer Felleskatalogen eller preparatomtalene til Statens legemiddelverk).
- › Unntaket har vært A-preparater (sterkt vanedannende midler), men siden 23. april i år fikk sykepleierne og farmasøytene også tilgang til å skrive ut de aller fleste av disse, såfremt de forskriver dem innen sitt kompetansefelt.

Kilde: Royal College of Nursing



Storbritannia er det omvendt. Sykehuslegene er autoritære. Og sykehusene er skitne, i hvert fall da jeg jobbet der. Jeg håper ting har forandret seg til det bedre.

Hun husker kaotiske skyllerom og sykepleiere som brukte samme kluten først nedentil så oventil på pasienten, for så å henge kluten til tørk for neste stell. Uniformene måtte de vaske hjemme.

– Ved et privat sykehus jeg jobbet var det teppebelagte golv, noe jeg synes er så uhygienisk at man kan få bakoversveis. Ikke rart det blir MRSA.

Juridisk ansvarlig

På de norske allmennlegenes diskusjonsforum på nettet, er det bekymring for at oppgaveglidning vil føre til at legene blir sittende med det juridiske ansvaret for komplekse arbeidsoppgaver som er delegert. Det kan bli en økt byrde for legene.

– Hva tenker du om det, Lock?

– Om jeg gjør en feil, kan jeg ikke gjemme meg bak legene, selv om de er arbeidsgiverne mine. Jeg har selv det juridiske ansvaret for de avgjørelser jeg tar og har forsikring som en del av ansettelsesforholdet. Premien stiger med økende selvstendighet i arbeidsoppgavene.

Dr. Simon Thompson er en av legene ved Amersham legesenter. Han føler seg ikke truet av at sykepleierne tar på seg tradisjonelle legeoppgaver.

– Ikke så lenge pasientenes interesser blir ivaretatt på en god måte og av den rette person. God kommunikasjon mellom sykepleierne og legene er selvfølgelig viktig, sier han.

Det er Lock hjertens enig i.

– Er det noe jeg ikke forstår, går jeg til legene og spør. Og legene spør også oss, særlig de som skal bli allmennleger og er hos oss i praksis.

Dominoeffekten

Når sykepleiere gjør legeoppgaver, forplantes oppgaveglidningen nedover i systemet. Tekst **Eivor Hofstad**

I Storbritannia utfører mange pleieassistenter nå kompliserte sykepleieroppgaver. Ifølge det britiske helsevesenet er oppgavene til en pleieassistent:

- › Vask og påkledning
- › Mating
- › Hjelp folk å bevege seg
- › Toalettassistanse
- › Re senger
- › Sørge for pasientenes ve og vel
- › Monitorere pasienthelse ved å måle temperatur, puls, pust og vekt

Men ifølge en undersøkelse utført av Sykepleiens søsterblad i Storbritannia, Nursing Standard, er oppgavene i realiteten mye mer kompliserte enn som så. Å ta EKG, blodprøver og stelle sår har blitt rutine for pleieassistentene som hjelper sykepleiere. Noen har også avansert til å pleie ventilerte pasienter og administrere insulin og vanedannende legemidler.

2 554 pleiepersonell (hovedsakelig sykepleiere) svarte i november 2011 på hvilke komplekse oppgaver pleieassistentene utfører på deres avdeling. Dette er noen av svarene:

- › håndtere legemidler
- › ta blodprøver
- › skylle blæren
- › enkle og kompliserte sårstell
- › kateterisere
- › ta EKG
- › sette injeksjoner
- › suge luftveier
- › gipse beinbrudd
- › fjerne sårdren
- › måle lungekapasiteten
- › sy
- › legge venekanyler

Bekymringen er at opplæringen av pleieassistentene er både så manglende og varierende at det vil gå ut over pasientsikkerheten. I mars skulle baronesse Emerton fremme et forslag i House of Lords om at alt hjelpepersonell i helse-tjenesten må registreres. Da må opplæringen også bli mer standardisert. I dag er en slik registrering frivillig.

Forslaget fikk fått massiv støtte i fagmiljøet, men ble likevel trukket tilbake.

Kilde: Nursing Standard og Unison

Britisk pleieassistent:

Health care assistants er en slags pleieassistenter med ulik type utdanning: Alt fra lærlingordning etter grunnskole til ulike kurs som på det meste omtrent tilsvarer fagbrevet til en helsefagarbeider.

Når de jobber med sykepleiere, kalles de også sykepleierhjelpere (auxiliary nurses).

LEGGER TIL RETTE I DANMARK

Danske myndigheter har lenge vært opptatt av å øke muligheten for ny rollefordeling mellom helsepersonell. Et eget regelverk som trådte i kraft i 2010 gir autoriserte faggrupper mulighet til å delegere oppgaver seg imellom. Det er den som delegerer som skal sikre opplæring og oppfølging.

Noen oppgaver, som å skrive ut resepter og tvangsinnlegge pasienter, kan ikke delegeres til andre.

I Danmark er det sykehusene selv som står for utdanningen i kliniske spesialiteter, og utdanningen foregår der.

Kilde: Nye oppgaver, nye roller – Europas helsevesen i endring, Brusselkontoret AS, februar 2012



Doserer Marevan

Sykepleier Merete G. Nordstad avlaster kardiologene. Tekst **Nina Hernæs** Foto **Stig Weston**

«Legene må være med i prosessen.

Magne Hustavenes

Jeg har lang erfaring, sier Merete G. Nordstad rolig. Hun tar imot på Lovisenberg Diakonale Sykehus i Oslo. På medisinsk poliklinikk sitter flere pasienter på gangen og venter. Hit, hvor Nordstad har jobbet i 15 år, kommer blant annet pasienter med atrieflimmer. De har fått et nytt tilbud for å møte et økende behov.

Atrieflimmer rammer stadig flere og yngre pasienter. Behandling fins, men pasientene trenger ofte tett oppfølging på veien dit. De fleste blir satt på det blodfortynnende legemiddelet Marevan, i tillegg til andre medikamenter, og som krever oppfølging med blant annet blodprøver.

Naturlig

Før gikk disse pasientene til kardiolog hele veien. Nå blir flere konsultasjoner overført til sykepleier. Også når de skal justere dosene av marevan.

Ordningen er et prøveprosjekt, som skal evalueres etter ett år. – Målet, sier seksjonsoverlege Torstein Jensen, er å utrede og følge opp pasientene raskere og bedre.

Det var hans idé å la sykepleiere få større ansvar for å følge opp de med atrieflimmer.

– Jeg har lenge fulgt disse pasientene på poliklinikken, forteller Nordstad.

– Jeg har sett over skulderen til legene når de har dosert blodfortynnende. Ofte har jeg hatt innspill.

At hun fikk lov til å dosere selv, ser hun som en naturlig utvikling.

Torstein Jensen ser ingen grunn til at ikke kompetente sykepleiere kan gjøre dette, så lenge lege har avgjort at det er indikasjon for slik behandling og satt den i gang.

– Men det krever god opplæring og nært samarbeid, presiserer han.

Ikke noe nytt

På Lovisenberg er oppgaveglidning strategi.

– Spørsmålet er om vi jobber optimalt i dag, sier sjef for helsefag Magne Hustavenes.

– Svaret er ofte «kanskje».

Hustavenes, som er sykepleier, ser oppgaveglidning som et middel til å løse lokale utfordringer. Å tenke praktisk.

– Oppgaveglidning foregår hele tiden, påpeker han.

– Ta det å legge inn urinkateter hos menn. Før var det en legeoppgave. Nå gjør sykepleiere det. Helsevesenet har lange tradisjoner for oppgaveglidning, men har ikke gitt det navn.

På Lovisenberg brukte man en stund begrepet jobbglidning.

– Men da høres det ut som om hele jobben skal flyttes, sier Hustavenes.

– Det skal den absolutt ikke. Vi snakker om enkeltoppgaver.

Kompetanse

Tilbake på poliklinikken viser Merete G. Nordstad fram et marevankort. Hun har fått opplæring av sykehusets kardiologer. Doseringen gjør hun som en delegert oppgave.

– Det fungerer veldig greit. Jeg føler meg trygg. Dessuten har jeg

alltid kardiolog å konferere med, ved behov, sier hun.

For Hustavenes er kompetanse stikkordet. Det å bygge kompetanse er en viktig del av glidningen.

– Skal man gjøre nye oppgaver, må man ha opplæring, slår han fast.

– De som gir fra seg oppgaver må stole på at det er trygt.

Derfor tror han oppgaveglidning vil fungere når det brukes til å løse lokale utfordringer, som lange ventelister til behandling for atrieflimmer. Han har ikke tro på at det er noe myndighetene kan pålegge sykehusene.

– Legene stoler på Nordstad. Den tilliten er helt grunnleggende. Legene må være med i prosessen. På den måten tror jeg oppgaveglidning gir trygghet og avlastning. Målet er et bedre tilbud til pasienten, men også å bruke ressursene vi har best mulig, sier han.

– Legene skal få bedre tid til å utrede, diagnostisere og behandle, som er deres spesialområde.

Bedre tid

Å dosere Marevan kan være en utfordring. Legemiddelet gir økt blødningstendens, og pasientene må ligge innenfor et smalt behandlingsvindu. De må stadig kontrolleres med såkalte INR-målinger, som gir indikasjon på fortynningsgraden.

Pasientene har mange spørsmål.

– Før vi opprettet dette tilbudet, ble legene nedringt av disse pasientene, forteller Nordstad.

Som erfarer at sykepleierne har bedre tid til å svare.

– Pasientene får mulighet til å komme med alle spørsmål, og vi kan gå inn i den enkeltes utfordringer. Vi har også bedre tid til å følge opp doseringen ved avvikende INR-verdier, sier hun.

– Da leter vi etter årsaken, for det er som regel en forklaring. Reagerer ikke pasienten på legemiddelet som forventet? Har han eller hun kanskje drukket mer alkohol enn anbefalt, kanskje glemt å ta pillene? Det er detektivarbeid, og jeg stiller ganske direkte spørsmål.

– Er det lettere for sykepleiere å gjøre det?

– Det vet jeg ikke. Men sykepleiere er nok opptatt av å informere. Kanskje møter vi dem på en annen måte, sier hun.

– Jeg vil at pasientene skal vite hvorfor de tar foreskrevne legemidler, da er det kanskje lettere å følge anvisningene de får. «Dette visste jeg ikke», kan de si. Kunnskap gir økt trygghet for pasientene og bedrer etterlevelsen.

– Reagerer pasientene på at du er sykepleier?

– Nei.

– Gjør leger det?

– Nei. Skepsisen var nok større tidligere. Nå opplever jeg at fastleger ringer og spør om råd. De skal ta seg av så veldig mye, mens jeg har spisskompetanse på akkurat dette, påpeker hun.

Nordstad har opplevd at leger ikke tør å la en pasient fortsette på marevan fordi INR har vært skyhøy. Men hun har tatt tak og forsøkt å nøste i hvorfor INR stiger sånn. Blant annet ved å undersøke om pasienten har genmutasjoner som gjør at marevan brytes ned på en annen måte enn forventet.

– Det gjøres med en blodprøve, som både legene og jeg kan rekvi-rere. Gang på gang får vi bekreftet at det var lurt å teste.

Tenke nytt

Magne Hustavenes peker på at oppgaveglidning ikke bare handler om sykepleiere.

– På vårt sykehus har fysioterapeutene overtatt noen kontroller av ortopediske pasienter. Ortopedene, som før gjorde disse kontrollene, ønsket at fysioterapeutene skulle overta, sier han.

Han tror det å diskutere oppgaveglidning stimulerer til nytenkning, på tvers av faggrupper.

– Skjønner du at leger kan bli bekymret over at legerollen utfordres?

– Hvis det hadde vært for mange leger til å gjøre jobben, ville jeg delt bekymringen. Men saken er at pasienter venter på å komme til disse undersøkelsene. Da mener jeg det er rasjonelt å tenke praktisk ut fra de ressursene vi har. Men, som sagt, dette må løses ut fra behovene til det enkelte sykehus.

Må være trygt

Nordstad hilser blidt på en lege i gangen. Hun opplever at hun blir behandlet som en likeverdig.

– Vi diskuterer og de tar mine innspill på alvor, sier hun.

– Jeg får også dra på for eksempel kongresser og kommer tilbake og kan dra i gang en diskusjon. Kanskje er det enklere på et lite sykehus, som her. Jeg har jobbet på større sykehus tidligere, hvor det var strengere hierarki.

– Er det oppgaver du har gitt fra deg?

– Jeg bruker mindre tid på å kalle inn pasienter. Sekretærene har tatt over noe.

– Får du mer lønn med mer ansvar?

– Ja. Det mener jeg er naturlig, siden dette krever at jeg øker min kompetanse.

– Hva gjør dette med ditt forhold til jobben?

– Jeg liker utfordringer. Økt kunnskap gjør jobben mer meningsfylt. Jeg ser også at det er en avlastning for kardiologene at jeg får gjøre mer. Samtidig er jeg veldig opptatt av at det skal være trygt for pasientene, sier Merete G. Nordstad. ■■■

«Økt kunnskap gjør jobben mer meningsfylt.

Merete G. Nordstad

3 på gangen

Tekst Eivor Hofstad og Nina Hernæs

Sykepleiere overtar legeoppgaver. Hva synes du om det?



Trond Egil Hansen, leder av allmennlegeforeningen

– Oppgaveglidning innenfor sykehus kan føre til at pasienter som kunne vært fullgodt håndtert hos fastlegen, i stedet blir fulgt opp i sykehusenes sykepleierpoliklinikker. Det er uheldig, da det strider mot prinsippet om nærmeste effektive omsorgsnivå. På

den annen side mener vi at finansieringen av fastlegetenesten burde legges til rette for at flere oppgaver kan utføres av sykepleier eller annen medarbeider i praksisen. Det er ingen finansiering av konsultasjon hos medarbeider i fastlegepraksis i dag.



Eli Gunhild By, forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund

– Historisk ser vi at sykepleiere har tatt over mange legeoppgaver. Denne utviklingen vil fortsette. Et eksempel på det

er at i dag gjør sykepleierne mange av de oppgavene som legene tidligere gjorde på poliklinikkene.



Bent Høie (H), leder av Stortingets helse- og omsorgskomite

– Ja, sykepleiere kan overta oppgaver som i dag utføres av fastlegene. Vi ønsker å endre refusjonssystemet slik at sykepleiere, leger, psykologer og annet helsepersonell i større grad kan jobbe sammen om pasientene også i primærhelsetjenesten. Det er

et paradoks at vi har refusjon for sykepleieraktivitet i poliklinikkene på sykehusene, men ikke for sykepleieraktivitet i primærhelsetjenesten. Det er bakgrunnen for at Høyre allerede har fremmet et forslag om dette i Stortinget.



Der ute

Les mer om:

30 Ellen fikk komme hjem ›

34 Fotograferer eldre på sykehjemmet ›

38 Smykkepoliti i Tønsberg ›

44 Forskere jobber lange dager ›

Tekst **Kari Anne Dolonen**



RED OPP: Sykepleierne skal sørge for at pasientene kommer seg ut av sykehuset og får et tilbud i lokalsamfunnet. Illustrasjon: Colourbox

ONTARIO ansetter flere sykepleiere

I Ontario i Canada er det opprettet 900 nye stillinger for sykepleiere. Stillingene skal knyttes til sykehjem og hjemmesykepleie.

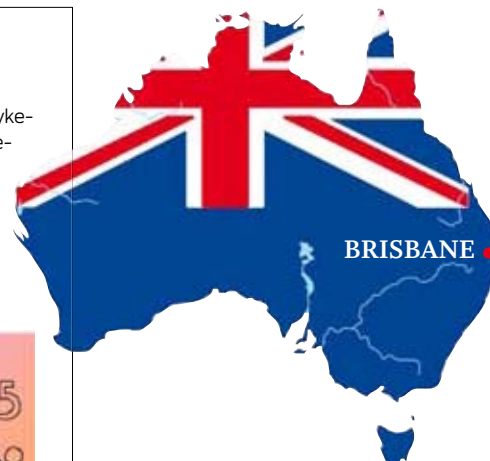
Også i Canada ligger utskrivningsklare pasienter på sykehus på grunn av at lokalsamfunn ikke kan gi dem det tilbudet de trenger. De 900 sykepleierne skal sørge for at ferdigbehandlede pasienter kommer seg ut av sykehuset. De skal sørge for at de får den hjelpen de trenger samtidig som sykehus får frigjort sengekapasitet, melder The Canadian Press.

Sykepleiere superhelter i VERDENSROMMET

Katie Skelly har laget 7 tegneseriehefter kalt «Nurse nurse». Hovedpersonene er sykepleiere. Handlingen er lagt til fremtiden, nærmere bestemt år 3030. Jorden er overbefolket og menneskeheten har flyttet til mange kolonier rundt om i verdensrommet. Kunstig atmosfære har gjort det mulig. Men noen av de første kolonistene har blitt forgiftet av den nye atmosfæren. Kolonistenes forsvar har derfor ansatt en hær av sykepleiere som skal behandle de forgiftede kolonistene. Du kan kjøpe og lese tegneseriene på Katie Skellys hjemmeside: <http://calicocomics.com>



Faksimile fra <http://calicocomics.com>



AUSTRALSK nysgjerrigper

I Brisbane Australia bor sykepleier Karen Kline. Hun har lenge lurt på hvilke kriterier som ligger til grunn når guvernøren deler ut æresbevisningen «Australia Day honours». Hun begjærte i 2009 innsyn i hvordan tildelingene skjer og hvilke argumenter som legges til grunn for utdeling. Guvernørens kontor nektet Kline innsyn. Men det stoppet ikke den nysgjerrige sykepleieren.

Et advokatfirma jobber nå gratis for å få Klines innsynsbehandling opp for høyesterett. Hun får også støtte av offentlighets ekspert Peter Timmins. Også han mener myndighetene er urimelig hemmelighetsfulle, ifølge Canberra Times.



Foto: Rwanda National Police Media Center

Lege og sykepleier arrestert i RWANDA

Ifølge Rwandisk politi er årsaken til at legen og sykepleieren ble arrestert, uetisk praksis. Det er politiet i Kicukiro som arrestert dem. Dr. Bonaventure Hishamunda er tiltalt for å ha glemt igjen tre par operasjonshansker, en sprøyte og bomull inni en pasient han opererte på under fødsel.

Legen mener beskyldningene er uriktige.

– Det er umulig at jeg kan ha glemt igjen så mye utstyr inne i en pasient. Hun ville ikke overlevd. Dette er en skittkastingskampanje for å ødelegge mitt rykte, sier han ifølge Rwanda National Police.

Perpetue Mbabazi er sjefsykepleier ved Kigali Central Hospital. Hun er tiltalt for å ha gitt ordre om at utstyr som ble tatt ut av pasientens mage, skulle ødelegges.

Sykepleieren sier til sitt forsvar at hun ikke har gjort noe galt ettersom alt utstyr skal destrueres etter operasjoner.

Kilde: Rwanda National Police

Misfornøyde sykepleiere i **ENGLAND**

Politisk helseråd-giver (Health Secretary) Andrew Lansley (bildet), var invitert til de engelske sykepleiernes årlige konferanse. Mange forventet at rådgiveren ville bli «grillet» av sykepleierne under konferansen. Det skjedde ikke. Han fikk ifølge BBC en verdig mottakelse, men det engelske sykepleierforbundets leder Peter Carter sa etter Lansleys innlegg at sykepleierne var misfornøyde selv om han ble godt mottatt.

– Mange mennesker i denne salen blir ikke behandlet med verdighet, de blir ikke lyttet til og de blir ikke respektert. At vi behandler deg med respekt må ikke misforstås som at alt er bra. Ute blant sykepleierne er det mye misnøye, sa Peter Carter ifølge BBC.

Årsaken til misnøyen er først og fremst budsjettkutt, lønnsfrys og omorganiseringer.

(Les også sykepleien nr. 6, 2012 «Den engelske pasienten».)

Falsk malariamedisin i **AFRIKA** og **ASIA**

I visse deler av Afrika og Sør-Asia er en tredjedel av flere tusen undersøkte malariamedisiner falske eller med lite virkning. Det viser en rapport publisert i tidsskriftet the Lancet. Dette fører til en risiko for resistens, i tillegg til dårligere behandling for de som har fått sykdommen, og er en alvorlig trussel mot de siste års arbeid for å eliminere malaria.

Ni myter om **AMERIKANSKE** sykepleiere

Sykepleierstudenten Sean Dent har skrevet følgende topp ni-liste over myter om sykepleiere hos Scrubs Magazine. Han er lei av feiloppfatninger folk har om sykepleiere, og lei av å svare på de samme spørsmålene til stadighet. Han har derfor laget listen: Hva vi ikke er, og hva vi ikke gjør. Han håper listen kan ta knekken på noen myter.

1. Ikke alle går i hel-hvite uniformer.
2. Nei, vi sluttet å gå med uniforms-lue for lenge siden.
3. Vi gjør mer enn å dele ut medisiner.
4. Vi gjør mer enn å vaske opp bæs.
5. Dette er ikke Grey's Anatomy – vi har ikke sex med alle legene. Det er heller ikke House – vi taper blod selv.
6. Vi samarbeider aktivt når avgjørelser skal tas. Vi tar ikke bare imot ordre.
7. Nei, ikke alle sykepleiere er kvinner.
8. Nei, vi arbeider andre steder enn på sykehus og legekantor.
9. Nei, det er ikke sant at vi ikke kom inn på legestudiet. Vi valgte dette yrket.

Kilde: Blogg hos Magasinet Scrubs



Ulønnsom sykepleierstyrt klinikk i **AUSTRALIA**

Australias første private sykepleierstyrte klinikk er omgjort til en tradisjonell legestyrte poliklinikk. Refusjonsordningene gjør at det ikke er mulig å tjene penger slike klinikker hevder forretningsmannen bak, Stephen Dahl.

– Legestyrte klinikker er det eneste som er økonomisk bærekraftig, sier Dahl.

For to år siden erklærte Australias helseminister Nicola Roxon at innføringen av sykepleierstyrte klinikker som «historisk».

Dahl hevder at dersom man skal få sykepleierstyrte klinikker til å lønne seg, må konsultasjonsrefusjonen økes fra 17 dollar til minst 25 dollar. Kilde: Australian Doctor



Får ikke forlate **SAUDI-ARABIA**

The Sunday Independent skriver at fire Sørafrikanske sykepleiere har fått inndratt sine pass og får ikke forlate Saudi-Arabia.

Sykepleierne jobbet ved Riyadh Military Hospital. Ifølge et brev har de fire fått inndratt passene etter klager fra pasienter. Det er opprettet diplomatisk kommunikasjon mellom Sør-Afrika og Saudi-Arabia, men per 13. mai er det ingen løsning.

I Saudi-Arabia har gjestearbeidere færre rettigheter enn statsborgere. Ifølge Daily Maverick og The Sunday Independent eksisterer det en avtale mellom Riyadh Military Hospital og sykepleiere om at pass kan inndras dersom sykepleiere er involvert i alvorlige hendelser. Ifølge brevet som The Sunday Independent har fått tak i, er ikke det tilfelle. I den ene pasientklagen er det sagt at en jordmor har sparket pasienten, og en annen pasient klaget på at sykepleieren åpnet et vindu. Men slike historier stopper ikke strømmen av Sørafrikanske sykepleiere som ønsker jobb i Saudi-Arabia. Det er først og fremst den høye skattefrie lønna som lokker.

Riskhospitalet



Ti uker gamle Ellen får sykehuset på besøk.

Ellen fikk reise hjem



A photograph of a man in a white t-shirt holding a newborn baby in his arms. He is looking off to the side with a serious expression. Behind him, a woman with red hair, wearing a rust-colored cardigan, is leaning forward with her hands on a wooden table, looking in the same direction. The setting appears to be a home with a bookshelf in the background and a modern lamp on the left.

I EGEN STUE: Ellen er hjemme, men får besøk av barnepleier Jorunn Stokke. Cecilie og Asgeir Falch-Eriksen setter pris på at hun har erfaring med barn som har Downs syndrom. Foto: Erik M. Sundt.

«Foreldre, og særlig foreldre til premature, mestrer foreldrerollen bedre hjemme.»

Vigdís Ziener, sykepleier



PÅ VEKTEN: Jorunn Stokke vil vite nøyaktig hva Ellen veier. Foto: Erik M. Sundt.

Avansert hjemmesykehus for barn

- › Et tilbud til barn mellom 0 og 18 år som er innlagt på Oslo universitetssykehus.
- › Er bemannet fra 07 til 23.
- › Har nesten åtte stillinger, fordelt på barnesykepleiere, sykepleiere, barnepleier og lege.
- › Finansieres av barneavdelingens driftsmidler.
- › Får midler til kompetanseheving og utstyr fra private organisasjoner.

Så herlig å se henne uten sonden, utbryter Jorunn Stokke.

Barnepleieren står på stuegulvet hjemme hos familien Falch-Eriksen på Carl Berner, midt i Oslo. Ti uker gamle Ellen ligger på fanget til pappa Asgeir og får morsmelk av flaske.

– Hun har blitt rund i kinnene, sier Stokke, og setter fra seg ryggsekken på en stol.

Stokke spør om ammingen. Deler noen råd hun har hentet inn.

– Det er lite oppløftende når det ikke går framover, sier mamma Cecilie.

– Jeg ammer en gang om dagen.

– Så kjempebra, svarer Stokke.

Ellen er sugesvak, og det har vært utfordrende å få i henne nok mat. I flere uker har Stokke forsøkt å hjelpe til med ammingen. Hun er opptatt av å spille på lag med mor.

– Bare en gang, altså, presiserer Cecilie Falch-Eriksen.

– Det er kjempebra. Det skal være ok for deg, beroliger Stokke.

– Amming skal ikke bare være mas.

Tidlig

Cecilie og Asgeir Falch-Eriksen fikk datter nummer to i februar, to måneder før termin. Pappa Asgeir satt på jobb i det ene øyeblikket, og sto på Rikshospitalet i det andre. Der så han en lege trekke en livløs unge ut av konas mage. «Et episk øyeblikk», mente anestesilegen. Asgeir Falch-Eriksen var ikke helt enig.

Tjue minutter seinere fikk han se Ellen igjen, tilkople masse ledninger og slanger. Han fikk vite at hun har Downs syndrom, i tillegg til å være født prematurt. Han ble informert om alt som kunne gå galt.

– Jeg trodde jeg hadde to måneder å forberede meg på et barn til, sier han rolig.

Trygt

Ellen lå på nyfødt intensiv. Mamma Cecilie fikk familierom på sykehuset. Pappa Asgeir og storesøster kom på besøk. Ellen pustet snart ved egen hjelp, men måtte ha hjelp med mat. Hun hadde sonde og sa ikke fra når hun var sulten. Hun var fremdeles sykehuspasient.

Men en dag nevnte en sykepleier at det var mulig Ellen kunne overføres til avansert hjemmesykehus for barn. Oslo universitetssykehus, som Rikshospitalet er en del av, har et slikt tilbud. Barna er fremdeles innskrevet på sykehuset, men i stedet for at de ligger på sykehuset, kommer sykehuset hjem til dem.

Foreldrene tenkte på det, og nevnte dette for en annen sykepleier. Hun kjente ikke til tilbudet, og trodde de mente vanlig hjemmesykepleie.

– Da fikk jeg angst, sier Asgeir Falch-Eriksen.

– De er sikkert flinke, men har så mange pasienter i ulike aldre. Det føltes ikke trygt.

– Skulle vi reise hjem, måtte vi føle

oss trygge, supplerer Cecilie Falch-Eriksen.

De fant fort ut at det var snakk om et spesialtilbud for barn. De diskuterte med sykepleiere og lege, og valgte å takke ja til tilbudet.

Nå har Ellen vært hjemme i sju uker.

Ansvar

– Vi tror de fleste barn har det best hjemme.

Det sier Vigdis Ziener, sykepleier og seksjonsleder for hjemmesykehuset. Hun har kjempet for dette tilbudet i mange år.

– Det er ikke bare noe vi tror, men noe vi ser, fortsetter hun.

– Foreldre, og særlig foreldre til premature, mestrer foreldrerollen bedre hjemme. På sykehuset får de lite ansvar for barnet. Men foreldre kan mye mer enn helsepersonell tror. Hjemme bemyndiges de.

Ziener tror det å komme hjem også har mye å si for friske søsken.

– En splittet familie er en stor belastning for dem, sier hun.

Nærhet

Det er forsket lite på effekten av at syke barn får være hjemme. Men Ziener viser til observasjonene de gjør. Hun tar hjertebarn som eksempel.

– De er ofte små og skjørr, og strever med å få opp vekten, sier hun.

– Hjemme legger de raskere på seg. Vi vet ikke hvorfor, men tror det blant an-

net skyldes at foreldrene har et lavere stressnivå.

Hjemme er også barna mer sammen med foreldrene sine. Den nærheten fremmer spising, tilknytning og samspill mellom barn og foreldre, sier hun.

– I Oslo fins det ingen familietilbud til premature og syke nyfødte på sykehus. Det er ikke så lett å fremme spising, tilknytning og samspill når foreldrene ikke er der.

Veies

På Carl Berner finner Jorunn Stokke fram vekten. Hun pleier ikke infor-

– Ikke for å si noe negativt om sykehuset, de var ekstremt imøtekomende, men det er trangt der. Mange andre å forholde seg til. Ekstremt mye stimuli. Ellen var så vant til å ha folk rundt seg, at når vi kom hjem ble hun urolig når det var mørkt og stille.

– Men vi merker kanskje mest forskjell på oss selv, sier hun.

– Nå blir vi kjent med henne. Vi får rutiner. På sykehuset bodde vi ikke sammen, og når du ikke gjør det, har du ikke kontroll over barnet ditt. Noen andre vet alt om det, ikke du. Det er litt klaustrofobisk.

«Tre uker føltes uendelig lenge.»

Cecilie Falch-Erichsen

mere om det, men de mest observante, særlig fedrene, ser at det er en fiskevekt.

– Lett å bære og veldig nøyaktig, forklarer hun.

Asgeir Falch-Eriksen kler av Ellen, og legger henne opp i nettet. Stokke løfter. En liten fot stikker ut. Ellen følger med.

– Hun liker seg oppi der, sier Stokke.

Vekten viser i underkant av tre kilo. Stokke tenker høyt om hvilke tiltak som kan gjøres for å få Ellen til å spise mer.

– Jeg skal høre med legen om det er noe mer vi kan gi, sier hun.

Premature barn, som er umodne, må ofte ha hjelp til å legge på seg. I tillegg vokser barn med Downs syndrom mindre det første leveåret enn det andre barn gjør.

Ellen har vokst seg så stor at hun kan skrives ut fra sykehuset. Helsestasjonen skal overta. Men Stokke synes det er gøy å følge med.

– Dere kan bare ringe oss, dersom dere lurer på noe, sier hun.

Blir kjent

Cecilie og Asgeir Falch-Eriksen har hatt en bratt læringskurve.

– Vi hadde jo begrenset pleieerfaring, sier han.

– Men jeg tror det er lettest å være hjemme, sier hun.

– Det gagnar Ellen, mener han.

– Vi blir tvunget til å mestre.

Han synes det er absurd å tenke på at de kunne vært på sykehuset i mange uker til.

– Hadde det ikke vært for at vi fikk sykehuset hjem, måtte hun ha vært på nyfødt intensiv i to–tre uker til, sier han.

I tre uker lå Ellen på sykehuset.

– Det føltes uendelig lenge, sier Cecilie Falch-Eriksen.

Forsvarlig

Premature er, sammen med kreftbarn, den største gruppen som er aktuell for hjemmesykehus. Vigdis Zieners anslår at de besøker mellom åtte og ti barn hver dag. Hun kunne gitt flere barn tilbud, dersom hun hadde hatt flere ressurser. Men siden starten i 2008, er det kuttet fem stillinger. Det synes hun er synd.

– I tillegg til at dette gagnar barna, tror jeg det er en smart måte å bruke helsekroner på, sier hun.

Foreldrene tar over alt stellet.

– Og de ønsker å gjøre det, sier hun.

– Når vi spør, kan de si at det er veldig slitsomt å ha barnet hjemme. De får mye ansvar. Likevel vil de heller være hjemme enn på sykehus.

Det er sykepleiere og leger på avdelingene som vurderer om et barn kan få hjemmesykehus. Tilbudet er frivillig, og det hender foreldre takker nei.

Hjemmesykehuset vurderer også om de kan ta imot barnet.

– Vi kan si nei når vi mener det ikke er forsvarlig å sende dem hjem, sier Zieners.

– Vi tar aldri ansvar for å følge opp et barn hjemme om det ikke er forsvarlig.

De har flere ganger tatt barn med fra hjemmet tilbake til sykehus, der-

FAR OG DATTER: Asgeir Falch-Eriksen synes det er lettere å bli kjent hjemme. På sykehuset kunne han bare være på besøk.

som tilstanden til barnet forverrer seg.

– Det viser at ordningen fungerer, sier hun.

– Vi observerer barna tett nok til at vi fanger opp endringer i tilstanden som krever en annen oppfølging enn det vi kan tilby.

Erfarne

Ellen har vokst seg større mens hun var hjemme. Men hun måtte en tur til Rikshospitalet en av de første nettene. Da dro hun ut sonden. Hjemmesykehuset har ikke nattevakt, da må foreldrene ringe avdelingen barna ligger på. Det gikk greit, synes Cecilie Falch-Eriksen.

Foreldrene er nøye på å følge veiledning de har fått.

– Jeg føler vi er et i regime som står for den medisinske tryggheten, sier Asgeir Falch-Eriksen.

– Det virker som de som kommer hit er erfarne, sier hun.

– Vi lurte jo litt på hva slags folk som skulle komme hjem til oss. Men vi kan jo ikke be om CV heller. Vi må stole på intuisjonen, sier han.

Cecilie Falch-Eriksen synes også det er greit å få råd om hvordan hun gjør ting hjemme. Som hvor varmt det bør være. Om hun kan åpne vinduet. Jorunn Stokke erfarer at mange har slike spørsmål.

Videre

Ellen, som er ferdig veiet, er klar for en lur. Jorunn Stokke samler sammen tingene sine og ønsker foreldrene lykke til.

Asgeir Falch-Eriksen ser ned på datteren.

– Å komme hjem ga oss ro til å bli kjent, sier han.

– Nå er vi helt oppslukt av henne. ■■■

Tekst **Nina Hernæs**



PÅ VEI TIL ELLEN: Avansert hjemmesykehus for barn har egne biler. Foto: Erik M. Sundt.



20 fotografer og 20 beboere.
Sammen skaper de livshistorier.

Innsikt via bilder

Ed Kashi

› Amerikansk fotojournalist
› Arbeidene hans fins på:
www.edkashi.com
www.mediastorm.org
www.talkineyesmedia.org



Ed Kashi har aldri vært på et norsk sykehjem før. Nå sitter han på rommet til Erna Marie Lillestølen (83) på Paulus sykehjem i Oslo. Han arbeider. Kameraet er hans redskap.

At Kashi er amerikansk, er ikke noe problem for Lillestølen. Hun snakker godt engelsk. Hun levde sine første år i Sør-Afrika, fordi faren var sjømannsprest.

De to er med i et prosjekt om livshistorier. 20 fotografer skal portrettere hver sine beboere her på sykehjemmet.

60-tallet i reprise

De tar heisen ned i første etasje. Kashi jakter på det gode lyset. Ikke for hardt, ikke for bløtt bør det være. De tar en tur innom 60-tallsrommet. Her er det teakmøbler, en svart telefon med tallskive, en hund i porselen, broderte sofaputer og sigøynerbilder. Veggene har geometriske mønstre i gult og blått.

– Hva synes du om tapetet, spør Kashi.

– Jeg liker det ikke, innrømmer Lillestølen.

– Det gjør meg svimmel.

Med en lett hånd leder Kashi henne

mot vinduet, mens hun støtter seg til gåstolen. Han tar bilder av henne fra alle kanter. Hun poserer tålmodig.

– Du er umettelig, ler hun.

– Det får jeg høre hele tiden, sier fotografen.

I korridoren utenfor henger svart-hvitt-bilder av sommerbyen Oslo, utlånt fra Oslo Museum. Lillestølen forklarer amerikaneren hva en kolonihage er.

– Pene hender

I kafeen får hun sette seg ved et vindusbord. Kashi justerer lyset med persiennen. Lillestølen blå øyne blir enda blåere.

– Jeg liker hendene dine. Kan du holde dem opp mot ansiktet?

Erna Marie gjør som fotografen sier.

Folk strømmer til, for nå blir det lørdagskonsert med kaffe og vafler til. En pianist og en fiolinist åpner med «Kom mai du skjønne milde».

– Er det en kjent melodi, spør Kashi. Lillestølen bekrefter det.

– Er du trøtt, spør Kashi.

– Nei da, svarer Lillestølen.

Tilbake på rommet blir det enda flere portretter. Lillestølen setter seg på divanen. Veggene rundt er fylt av familiebil-



der. Med fire barn og 11 barnebarn er det nok å ta av. Kashi lyser henne opp med en fotolampe. Fotograferer henne rett forfra.

– Nå er du nok trøtt, sier Lillestølen til Kashi.

Han tar hintet. Pakker sammen, kysser henne på kinnet og takker for seg.

Dokumenterer med bilder

Ed Kashi har lang erfaring med å fotografere eldre mennesker. Hans prosjekt *Aging in America* har vart i snart 20 år. Den prisbelønte fotojournalisten Kashi har tro på at bilder og fakta kan endre verden. Med visuelle fortellinger dokumenterer han ulike sosialpolitiske tema for å skape et varmere samfunn.



Hans arbeider er brukt i undervisning av sykepleiere i USA. Særlig to personlige prosjekter har slått an. Det ene er det om aldring. Det andre handler om sandwich-generasjonen, et begrep for folk i 40-50-årene som i en periode må ta seg av både barn og foreldre. Han bruker både stillbilder og video.

– Tilbakemeldingen fra sykepleierne er at bildene virkelig viser hvordan eldre folk lever. Bildene er ekte, ikke glansbilder. De gir innsikt i hva fremtiden vil by på, sier Kashi tilbake på 60-tallsrommet.

– Sykepleierne håndterer både teknikk, medisin og omsorg. Filmene viser hva de gamle føler, hva de har behov for, hvordan de oppfører seg. Hele mennesket kommer fram. Sykepleierne er den

viktigste delen av helsetjenesten. De er interaktive med pasientene. Blir pasientene behandlet godt, føler de seg bedre. Slik kan de gamle beholde sin verdighet.

– Har du fått noe inntrykk av norsk helsevesen?

– Ikke annet enn at dette er vidunderlige fasiliteter.

I USA ville det vært veldig dyrt å bo slik, mener han.

– Det første du bruker når du kommer til en institusjon, er nesen: «Lukter det urin? Lukter det avføring?»

Hvis ja, vet du at personalet ikke gjør en god jobb, for pasientene må gå med våte bleier.

Den andre testen gjelder pasientenes fingerneglar:

– Er det skitt under dem?

Her på Paulus har Kashi ingenting å klage på.

– Sa Erna Marie noe til deg som gjorde ekstra inntrykk?

– Ja, hun fortalte om annen verdenskrig da de måtte flykte fra nazistene. Hun var redd og de måtte gjemme seg i kjelleren. Hun var bare

BREDT SPEKTER: Ed Kashi har dokumentert krig og katastrofer. Å fotografere Erna Marie Lillestølen på et rolig sykehjem i Norge tar han like alvorlig.

«Bildene er ekte, ikke glansbilder.»

Ed Kashi





Prosjekt livshistorie

Historiene til 20 beboere på Paulus sykehjem beskrives med:

- » Gamle bilder
- » Nye portretter
- » Tekst
- » Blir til en utstilling

12–13 år. De dro til fjells for å komme i trygghet.

Svigerfar ble dement

Noen dager senere er Ed Kashi igjen på Paulus. Denne gangen for å vise bilder for politikere og andre interesserte.

Han snakker om babyboom, lengre levealder og økt press på helsetjenestene. Han viser bilder av gamle amerikanere. Noen bor dårlig og blir dårlig ivaretatt. Andre lever livet og utfolder seg. En mann kaster seg i mål etter en løpekonkurranse. En 80-åring triller en 101-åring av gårde i rullestolen, på vei til deres ukentlige lunsj.

– Det er ikke sånt som skaper de

store overskriftene. Men det viser at mye vakkert skjer.

Et av bilde/film-prosjektene handler om hans egen familie. Da svigerfar Herbie ble dement, flyttet han inn hos dem. Det ble mer krevende enn de først tenkte.

«Vi så for oss en sprint, men det ble en maraton», sier konen hans i filmen.

Noen demente blir aggressive, men ikke Herbie. Han er en søt gammel mann, aldri aggressiv, slik demente kan bli. Kashi vet at slik sett er de heldige. Men Herbie krever sitt. Hele tiden. De to barna, nå tenåringer, gjør bestefaren godt. De er bedre for ham enn medisiner.

Men datteren sier: «Da bestefar flyt-

tet inn, var det mye som endret seg.»

Hun synes det er bra å passe på bestefar, men ser samtidig hvor slitsomt det er for foreldrene, som på sin side får dårlig samvittighet fordi de har mindre tid til sine barn.

Etter hvert innser Kashis kone at det blir for mye. Dyrt er det også. De har solgt huset hans for å finansiere assistenter. Forvirringen til Herbie øker.

«Mannen som bor her, er ikke min far. Han er blitt en annen», sier hun.

Kashi frykter at barna vil forbinde alderdom med å miste forstanden. Han får lyst til å vise at det er andre måter å eldes på. At det fins aktive mennesker i 90-årene som er klare i hodet.



MULTIMEDIA: Ed Kashi filmer også til sine historier. Erna Marie Lillestølen på Paulus sykehjem poserer tålmodig i over en time.

Herbie døde 5. januar 2008 med familien rundt seg.

– Rørende

Tord Dale, politisk rådgiver i Helse-departementet, er en av tilhørerne. Han er sykepleier og har selv hatt en dement mormor. Dokumentaren om demente Herbie synes han er rørende.

– Jeg skulle ønske jeg så dette da jeg gikk på sykepleierutdanningen, sier han etterpå.

Han mener Ed Kashi fortjener et større publikum, og ønsker ham velkommen tilbake til Norge. ■■■

Tekst og foto **Marit Fonn**

– En politisk utstilling

Sykepleier Geir Hansen var inntil nylig institusjonssjef på Paulus sykehjem.

Nå er Hansen markedsansvarlig for Attendo, som driver sykehjemmet for Oslo kommune.

– Hagen-utvalget peker på at dagens omsorgssystem ikke er bærekraftig. Omsorgen må i framtiden bli mer familiebasert, med opplegg som for eksempel omsorgslønn og permisjonsrettigheter, sier Hansen.

Han leder prosjektet som handler om livshistorier, der Ed Kashi er en av 20 fotografer som deltar.

Beboerne skal velge ut et gammelt fotografi fra et øyeblikk i livet som har vært viktig for dem. Det skal skannes opp sammen med en tekst om historien bak bildet. Det nye bildet skal settes sammen med det.

– Prosjektet har en pedagogisk påminner-funksjon. Det innebærer å bli kjent med den enkelte og å fremme verktøyet «min historie», som brukes til å samle inn data ved innkommst av nye beboere.

Blir utstilling

Det hele skal ende opp i en utstilling som først skal vises på sykehjemmet, antakelig rundt årsskiftet.

– Utstillingen har et politisk motiv: Å løfte fram alder ved å peke på hvor viktig det er å verdsette livsløp og livshistorier, sier Hansen.

For å finne fram bilder og historier bruker personalet spesielle metoder. De snakker både med pårørende og pasient.

– 80 prosent av pasientene er demente i ulik grad. Men vi prøver å finne fram til hva de har gjort, om roller og funksjoner for å finne restevne.

Hansen gir et eksempel:

– Vi fant ut at en dame her er flink til å lese i forsamlinger. Derfor skal hun holde 17. mai-talen her i år. Vi jakter på sånne ting.

Både sykehus og hjem

Livshistorieprosjektet har fått 90 000 kroner i støtte fra utviklings-senter for sykehjem i Oslo kom-

mune og 200 000 kroner fra Fritt Ord.

– Vi skal lage webutstilling også. Derfor intervjuer vi også beboere på video.

– *Ikke alle sykehjem kan sette i gang et så stort prosjekt. Hvordan kan de hente inspirasjon fra dere?*

den enkeltes identitet, i tillegg til tradisjonell sykepleie.

Hansen drømmer om at bildene av de anerkjente fotografene, som både er norske og utenlandske, kan bli en svær utstilling og forhandler nå med større gallerier.

– Men dette er også vår stemme

«Dette er vår stemme mot aldersdiskriminering.»

Geir Hansen

– Alle kan kaste seg over livshistorier. Å ta tak i mer av mennesket er uvurderlig for sykepleiere som skal se hele den eldre pasienten. Det er forskjell på å gi sykepleie på sykehus og sykehjem. Sykehuset begrenser seg til behandling og avslutning av liv. Sykehjem behandler stadig mer og likner mer på b-sykehus, men de skal samtidig være hjem. Derfor må vi jobbe mer med verdsetting av sosiale roller og

mot aldersdiskriminering. Visjonen til Attendo er å styrke individet. Pårørende synes at våre kulturprosjekter er morsomme og engasjerende. Blant annet har vi stadige utstillinger med gamle fotografier utlånt av Oslo Museum. Bildene og gjenstandene som er utstilt sammen med dem, vekker minner, og beboerne og de pårørende kan vandre rundt og snakke om dem. Det er aktivitet satt i system, sier Hansen.



LIVSLØP: Geir Hansen vet at Lillestølen vokste opp i Sør-Afrika. Hansen er sykepleier og eks-sjef på Paulus.

Noen kutter heller fingeren enn ringen.
Men i Tønsberg er det ingen bønn: Smykkene skal av.



«Sykepleiere trenger ikke

Tips til ringer som ikke vil av

- › Tre en suturtråd (som er mye sterkere enn sytråd) under ringen.
- › Fukt fingeren godt med vann og såpe.
- › Fest og lås begge trådene med en arteriepinsett, og dra tråden rundt ringen samtidig som du drar ringen mot fingertuppen.
- › Å skjære eller klippe i en ring vil gi stygge merker. Om ringen begynner å bli trang, er det lurt å gå til en gullsmed for å utvide den.

Kilde: Jorunn Eid, hygienesykepleier ved Sykehuset Vestfold, Tønsberg

De er på vei til lunsj. De fleste kledd i hvitt, noen i grønt. Hygienesykepleier Jorunn Eid kaster et blick på alle.

Det er 4. mai, siste dag før smykkene skal bort fra sykehuset i Tønsberg. I flere dager har hun stått på stand for å informere og minne de ansatte på forbudet. Hun ser resultater. Nils Grude, avdelingsoverlege på mikrobiologisk avdeling, har allerede vært nede og vist sine ringfrie hender. Etter 37 år er giftingen av. Den ligger hjemme i en oransje smykkepose.

Kona, som er operasjonssykepleier, har mast lenge.

– Nå er den av. Jeg kommer ikke til å huske å ta den på når jeg kommer hjem. Det får bli til fest, sier han.

Gjelder ikke dem

Hva er det med helsepersonell og ringer? Armbåndsur? Øredobber?

De går forbi Jorunn Eid, og noen gli-

trer. Fra fingrene, håndleddene, øreflip-pene. Det er som de aldri har hørt at sykehusuniformer er smykkefrie, synes hun. Selv om det er pensum på utdanningene, står i instruksjer og stadig er tema i aviser og tidsskrifter. Det er slått fast at håndsmykker øker mengden av sykdomsframkallende bakterier på hendene. Men det er som det ikke går inn.

– Jo høyere utdanning de har, jo flere argumenter har de for at risikoen med å bære smykker ikke gjelder dem, forteller Eid.

– Mine øredobber er så små, kan de si. Eller «nå har jeg tatt av så mye, det er så lite igjen» eller «Jeg er mer trofast mot kona enn direktøren».

Men direktørens ordre er klar: Alle som går i hvitt eller grønt skal fra nå være uten smykker.

Med gifting

Eid, som tror mest på positiv oppmerksomhet, komplimenterer de

smykkefrie som haster forbi. En av dem er Åsmund Kalrud. For ham, som er avdelingsleder på dialysen, er det en selvfølge.

– Vi har ikke noe problem med ringer eller andre smykker. Vi har vært fri for det lenge, sier han.

– Det er snodig at det skal være nødvendig med en egen smykkekampanje. Vi skulle vært ferdige med dette for lenge siden.

De som bærer smykker tar Eid blidt tak i.

Jacob Myhre, sykepleier og spesialrådgiver i kirurgisk klinikk, blir tatt på fersken.

– Jeg er ikke mye i klinikken, men skjønner at ringen må av, sier han.

– Prinsippet er greit nok.

Bra nok uten

En og annen pasient lurar på hva som foregår.

– Nå skal vi ansatte være smykkefrie,



SER ETTER SMYKKER:

Jorunn Eid tar for seg ansatte til og fra kantinean på sykehuset i Tønsberg. Sammen med flere andre stod Eid på stand i dagene før 5. mai.

smykker for å glitre»

forklarer Jorunn Eid.

– Fra alle bakteriene som lurer under gifteringen, kommenterer Eldrid Folkesson.

– Så flott.

Lars Bodin kan ikke få fullrost sykepleierne nok.

– De fleste kan ikke bli bedre, mener han.

– Sykepleiere trenger ikke smykker for å glitre.

I lommen

Men alle er tydeligvis ikke helt enige. En dame i hvitt blir lettere amper når Jorunn Eid kommenterer gifteringen.

– Jeg får den ikke av, sier hun.

– Da må du til gullsmed og ta den ut, sier Eid rolig.

– Da faller den av, mener damen og går raskt videre.

Flere stryker forbi med hendene dypt ned i lommene.

Eid ser rundt seg, på bordet med

spritservietter og små, yndige smykkeposer. De blir revet bort. Noen tar to. Tanken er at ansatte skal ha smykkene i pose når de jobber.

Enkelt

En utfordring er at hun ikke har noen sanksjoner.

Administrerende direktør Stein Kinserdal har liten tro på sanksjoner overfor den enkelte ansatte. Han konsentrerer seg om lederne og kulturen i sykehuset. Til høsten skal ledere gå visitter i klinikken, og blant annet se etter smykker.

– Vi ser også på muligheter for å gjøre stikkprøver og interne revisjoner, opplyser han.

Et hyppig argument er at det ikke er så farlig med smykker for dem som ikke jobber klinisk. Men det biter ikke på direktøren.

– Reglementet for arbeidstøy sier at alle i arbeidsantrekk, hvitt eller grønt,

ikke skal bruke smykker, påpeker han.

– Det forventer vi at våre ansatte følger opp.

Ikke mer å diskutere

Det begynner å glisne i rekkene av sultne helsearbeidere. Martin Paulson har likevel tid til å snakke om hygiene. Han er lege i spesialisering, jobber halv tid klinisk og halv tid med kvalitet.

– Studier har vist ganske tydelig at smykker utgjør en smitterisiko, sier han.

– Det er ikke noe å sette spørsmålstegn ved.

Og innrømmer at han gikk med gullklokke selv.

– Men nå er den av, bedyrer han.

Og viser fram bare håndledd. ■■■

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

Nulltoleranse i Helse Sør-Øst

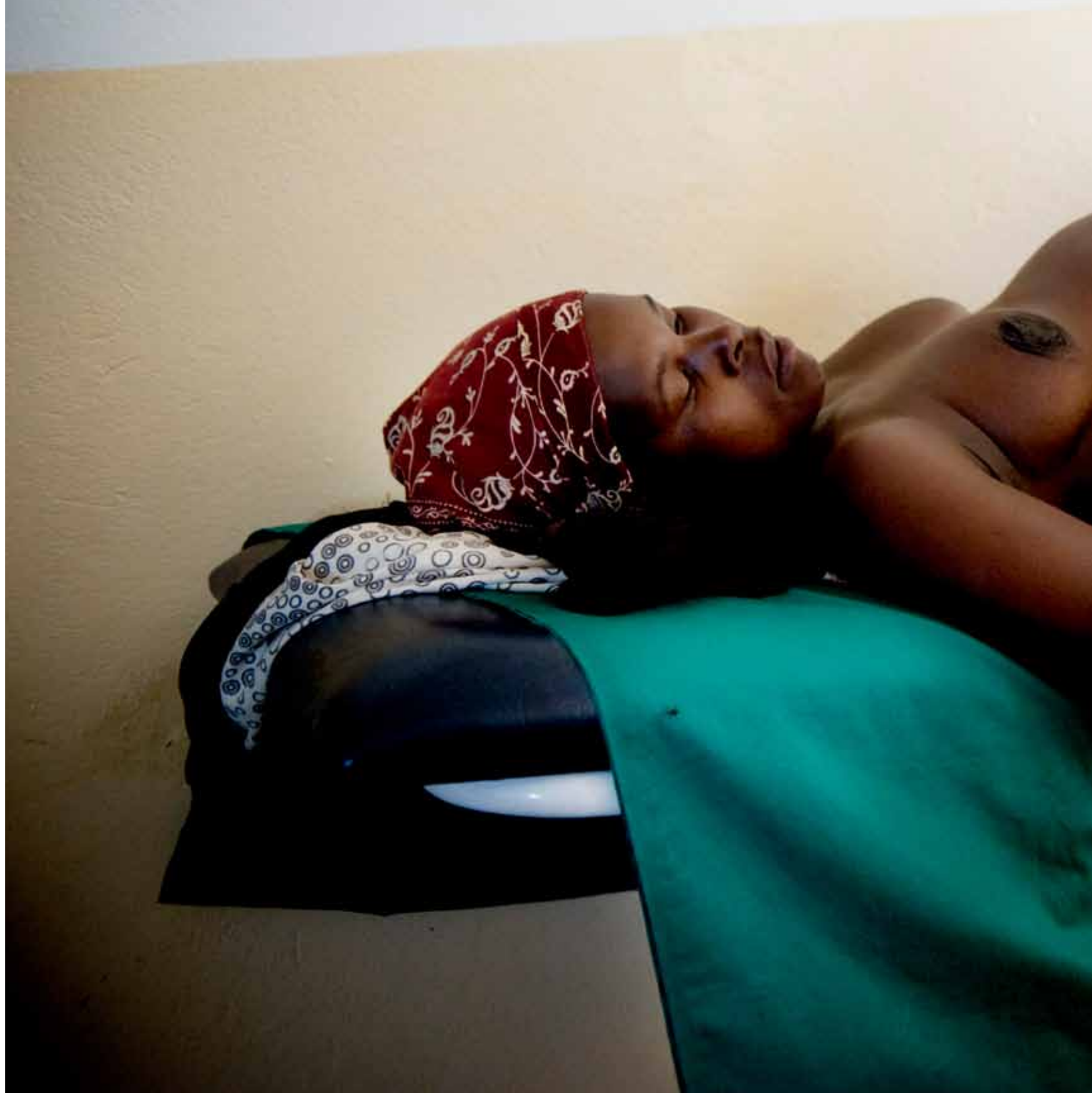
«Jeg har ventet lenge nok. Dette skal gjennomføres, punktum», sa tidligere helseminister Ansgar Gabrielsen på styremøtet i Helse Sør-Øst i mars.

Da hadde styret diskutert smykkebruken blant de ansatte. 5. mai skulle smykkene være av.

– Nå forventer vi at lederne ute i sykehusene gjør jobben sin, sa styreleder Per Anders Oksum.

I Tønsberg har administrerende direktør Stein Kinserdal gitt sine ansatte beskjed om at alle smykker skal bort.

FØDSEL I BEIRA En sykepleier lytter til fosterlyden hos en kvinne som har kommet seg til fødeklubben i Beira, Mosambik. Landet på Afrikas østkyst ble uavhengig i 1975. Den gang hadde bare en av ti innbyggere tilgang til helse-tjenester. Etter en blodig borgerkrig har situasjonen stabilisert seg og helsetilbudet er blitt bedre. Men fortsatt ligger spebarnsdødeligheten på 92 per 1000 levendefødte. Litt over halvparten av alle fødsler skjer nå med kvalifiserte pleiere til stede. Leger er fortsatt mangelvare, mens det finnes en lege pr 2500 innbyggere i Norge, har Mosambik en lege per 250 000 innbyggere. Foto: NTB scanpix





Sykepleiere vil ikke forlenge avtalen om helgearbeid.

– Selger ikke helga for 2 000 kr.

Sommeren er endelig kommet til Trondheim. Men med sommer og sol kommer også sommeravvikling.

I fjor var Trondheim kommune en gjenganger i media. Arbeidsmiljølovens bestemmelser om arbeidstid ble brutt over en lav sko. Noe måtte gjøres.

– Som et første steg for å bote på bruddene, skrev vi i fjor sommer under på en avtale om 2 000 kroner for hver helg ansatte frivillig jobbet utenom ordinær turnus. Vi ville gi kommunen tid til å rekruttere flere sykepleiere, og

tette gapet mellom oppgaver og bemanning. Dessverre viser det seg at avtalen er blitt en sovepute for kommunen, sier hovedtillitsvalgt Gørill Tranås i Norsk Sykepleierforbund (NSF) i Trondheim kommune.

Fagforeningene Fellesforbundet og Delta har forlenget avtalen. Underskriften til NSF er borte.

– Spør heller hva som ikke har skjedd. Lite, om noe i det hele tatt er forandret. Våre medlemmer vil ikke lenger veksle inn lørdag og søndag for et så lite beløp. Det er kommunens an-

svar å skaffe nok kvalifisert personell. Tar den dette på alvor, skal vi gjerne stille opp igjen. Men nå er det snakk om et tillegg på minst 4 600 kroner. Da sitter man igjen med litt etter at skatt er betalt, sier Tranås.

Kun 125 helger er dekket opp gjennom den forrige avtalen, og da i all hovedsak i forbindelse med sommeravviklingen. Helsefagarbeidere og assistenter har tatt på seg dobbelt så mange ekstraselger som sykepleierne, ifølge en intern rapport.

Tranås er heller ikke imponert over

kommunens nye forslag om et prøveprosjekt med å gi alle ansatte 100 kroner per time i ulempetillegg på helg og kveld. I dag er tillegget for lørdag- og søndagsjobbing 35 kroner per time.

– Når kommunen må bryte arbeidsmiljøloven for å gi befolkningen sine lovpålagte helsetjenester, så er jeg spent på om kommunen har tatt høyde for følgende: Det skal gjennomføres sommeravvikling også i 2012, sier Gørill Tranås. ■■■

Tekst **Bjørn Arild Østby**

Bli med i vår konkurranse «Den beste historien» og vinn kr. 10.000!

I år er det 25 år siden DIPS så dagens lys!

I løpet av disse årene har produktet vært gjennom en omfattende utvikling, med stadig bedre og bredere funksjonalitet som har kommet helsesektoren til gode.

Som en del av jubileumsmarkeringen inviterer vi deg som bruker av DIPS til å fortelle din historie om hvordan DIPS har vært med på å forbedre arbeidsdagen for deg og dine kolleger, og også hvordan dette har kommet pasientene til gode.

Vinneren vil bli invitert til overrekkelse av diplom og kr 10.000 i forbindelse med vår

markering av jubileet i Bodø 18. september 2012. Vi venter i spenning på ditt bidrag!

Les mer om konkurransen og 25 års-jubileumet på dips.no/jubileum.

Send din historie til post@dips.no innen 1. september 2012!



Brukertips

Visste du at vi har en blogg på dips.no der vi blant annet legger ut brukertips hver uke? Brukertipsene er skrevet av våre erfarne konsulenter for at du som bruker DIPS skal kunne få nyttige tips til bedre og enklere bruk.

Sjekk ut dips.no/blogg eller scann QR-koden »





Kristin Schjølberg Hanche-Olsen

Alder: 43

Yrke: Sykepleier

Jobber: Seksjonsleder, Seksjon for internasjonalt samarbeid, Oslo universitetssykehus

Vi må sende kompetansen ut

Det er ikke nok å sende medisiner og lærebøker.

Jeg har ansvar for bistandsprosjekter ved Oslo universitetssykehus. Det er ikke hjelpearbeid i tradisjonell forstand, men samarbeid. Norske overleger og sykepleiere reiser til sykehus i lavinntektsland, for å lære opp helsepersonell. Vi er opptatt av å sende helsearbeidere med spesialistutdanning eller lang arbeidserfaring. Målet er å bidra med norsk kompetanse, men vårt helsepersonell skal også ha faglig utbytte av å jobbe ute.

Norske leger og sykepleiere som jobber på sykehus i lavinntektsland får helt nye utfordringer både faglig, språklig og kulturelt. De får mye ansvar og erfaring med sjeldne sykdomstilfeller. Og de får flerkulturell kunnskap som kommer godt med i møte med pasienter i norske sykehus med annen kulturell bakgrunn. I tillegg kommer sykepleiere og leger fra samarbeidslandene hit for å utveksle kompetanse med norske kolleger. Et av våre hovedmål er å redusere mødre- og barnedødeligheten i verden. I den forbindelse sender vi jordmødre og leger til sykehuset i Lilongwe, hovedstaden i Malawi. For å sikre kontinuitet og langsiktighet i prosjektet samarbeider vi med universitetssykehusene i Tromsø og Bergen.

Jeg er administrativ leder av alle bistandsprosjektene og bruker derfor mye tid på å følge opp prosjektene hjemme og ute. Både de norske helsearbeiderne som reiser ut og de som kommer hit trenger støtte og oppfølging, både praktisk, faglig og emosjonelt. Jobben består også av mye møtevirksomhet. Jeg holder kontakt med NORAD, UD, Helsedirektoratet og HOD her hjemme og med myndighetene i våre prosjektland. Jeg sitter også i styret for Norsk helsenettverk for utdanning. Her jobber vi med å danne et nettverk for alle som jobber med helse i lavinntektsland.

Det beste ved jobben er å oppleve at bistandsprosjektene våre kan bli bærekraftige. Mangelen på helsefaglig kompetanse i lavinntektsland er skrikende. Kompetent helsepersonell forsvinner ofte ut av landet, så vi jobber med hvordan vi kan få dem til å bli. En utfordring ved jobben er å få norske myndigheter til å forstå hvor viktig det er å sende vårt helsepersonell ut. Det er ikke tilstrekkelig å sende penger, bøker og medisiner. Kompetansen sitter innenfor veggene i norske sykehus. Hvis vi skal greie å formidle denne kunnskapen til sykehus i lavinntektsland, må vi sende dem som har rett kompetanse. Men det er dyrt å sende folk ut, og det å skaffe midler til dette er ikke den morsomste delen av jobben. Likevel gleder jeg meg til å gå på jobb hver dag. ■■■

Fortalt til Susanne Dietrichson Foto Erik M. Sundt

Forskere som ønsker karriere må jobbe langt ut over normalarbeidstid.

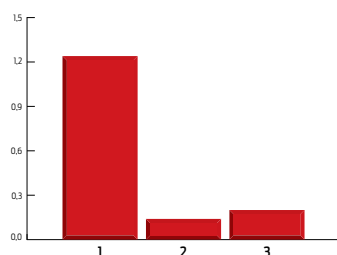
Lange dager

Om undersøkelsen

Det er totalt 313 respondenter i utvalget som er ansatt på helsefag (Kategorien er «medisin og helsefag», og i det følgende er de ansatte ved de fire «gamle» universitetene ekskludert)

- ▶ 78,5 prosent er kvinner
- ▶ 21,5 prosent er menn.
- ▶ 17 er professorer (5,4 %),
- ▶ 1 dosent,
- ▶ 72 førsteamanuenser (23 %),
- ▶ 38 førstelektorer (12 %),
- ▶ 27 universitetslektorer (8,6 %),
- ▶ 157 høyskolelektorer (50 %)
- ▶ 1 postdoktor.

Mengden publisert forskning i helsefag sammenliknet med gjennomsnittet for alle høyskolefagene



1: Gjennomsnittlig antall publiserte tidsskriftartikler i 2010: Helsefag 1,24 versus 2,23 i sektoren for øvrig.

2: Gjennomsnittlig antall bøker/monografier i 2010: Helsefag 0,14 versus 0,24 i sektoren for øvrig.

3: Gjennomsnittlig antall kapitler i antologier i 2010: Helsefag 0,20 versus 0,74 i sektoren for øvrig.

Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) kom nylig med rapporten: «Tidsbruk, arbeidstid og tidskonflikter i den norske universitets- og høyskolesektoren.» Rapporten gir et innblikk i hva vitenskapelig ansatte ved norske universiteter og høyskoler bruker tiden på.

Ann Cecilie Bergene er en av forskerne bak rapporten. Det har ikke vært mulig å hente ut spesifikke tall for ansatte i sykepleierutdanninger, men hun har hentet ut tall for helsefagutdanninger på høyskolenivå. De største utdanningene innenfor denne gruppen, er sykepleierutdanningene.

Funnene viser at de med helsefagutdanning, som altså hovedsakelig er sykepleiere, bruker langt mindre av arbeidstiden til forskningsarbeid enn hva som er gjennomsnitt for alle fagene i høyskolesektoren (se grafikk).

– Hvorfor ligger helsefag under gjennomsnittet når det gjelder publisering?

– Det kan være minst to grunner til det. Det er ulike tradisjoner innen fagområder. Noen fag har kort tradisjon for å skrive artikler, det er kanskje andre tradisjoner som har vært viktigere i formidlingen av faget. Den andre grunnen er tiden det tar å skrive artikler. Det er liten tid til å gjøre dette i arbeidstiden og det blir nesten forventet at dette skal gjøres på fritiden, sier Bergene. Om man har mulighet til å bruke fritiden på dette er ikke tilfeldig hvis man ser på kjønn.

Arbeidstid

Siste argument drar oss derfor rett over på arbeidstid. Ifølge undersøkelsen er gjennomsnittlig ukentlig

arbeidstid i 2010 innen helsefag, 43 timer. Snittet for hele universitets- og høyskolesektoren er litt over med 46,8 timer. Begge gjennomsnittstallene inkluderer også ansatte som jobber deltid.

Bergene tror at en av grunnene til at ansatte innen helsefag jobber litt mindre enn sine kolleger i snitt, skyldes den høye kvinneandelen, men også hvilke stillingskategorier vi har med.

– Overrasker det deg at kvinneandelen er så mye høyere?

– Nei. Forskere vet at når vi ser på fagområder, er det like mye kjønn vi studerer. Helsefag utmerker seg på den måten med å være svært kvinnedominert.

– Undersøkelsen viser at kvinnene tar mer av omsorgsoppgavene ved siden av jobben og at de har partnere med like lange, eller lengre, arbeidsuker. Ettersom helsefag er kvinnedominert, forklarer nok det at tallet er litt lavere. I tillegg er det få professorer og mange høyskolelektorer fra helsefag i utvalget. Likevel jobber de

miljølovens regler, og blant profesorene brytes også ILOs konvensjon. Men hvordan man skal få endret det, er komplisert. I dag er det nok ofte slik at dersom man vil gjøre karriere innenfor forskning, må man bruke mye fritid. Blant annet for å få antatt artikler i vitenskapelige tidsskrift. Selv om det er frivillig hva man bruker fritiden sin på, er det diskutabelt hvor frivillig det er for forskere å bruke tid på dette gitt det nåværende incitativsystemet. Det blir på en måte forventet dersom man vil ha en karriere siden både finansiering og tildeling av FoU-tid til en viss grad avhenger av «resultater», sier hun.

Lite tid til forskning

Liten tid til forskning er også noe av det de spurte er mest misfornøyd med. På spørsmål om muligheten for sammenhengende tid til forskning, svarer 70,3 prosent ved helsefag at de er ganske/svært misfornøyd. Snittet for hele sektoren er 60,4 prosent.

«Det blir nesten forventet at forskning skal gjøres på fritiden.»

Ann Cecilie Bergene

langt over en normalarbeidsuke, sier hun.

– Er det noe man bare må finne seg i at forskere må jobbe så mye?

– Nei det er ikke greit. Enkelte jobber så mye at det bryter med arbeids-

– At ansatte ved helsefag er enda mer misfornøyd enn snittet, skyldes nok kvinnedominansen, og det at de ikke har like mye fritid å ta av til forskning som mennene fordi de bruker mer tid på familie, sier hun.



FOR MYE TID: Inger Utne skulle gjerne brukt mindre tid på administrasjon, og mer på forskning. Her hører hun om student Hanne Ringstad (til v.) sine erfaringer fra praksis.

Tidstyver og «Parkinsons lov»

– Det er ikke mulig å drive forskning innenfor normalarbeidstid, konstaterer førsteamanuensis Inger Utne.

Inger Utne er førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA). Hun kjenner seg igjen i deler av AFI-rapporten om tidskonflikter, arbeidstid og tidsbruk.

– Apropos tidstyver. Har du hørt om Parkinsons lov? spør Utne og holder opp en gul bok.

– Den må du lese. Du kan google begrepet så får du en nokså presis oppsummering om hva det dreier seg om, sier hun.

– Jeg ville ikke bli overrasket om Parkinsons lov gjelder for hele den offentlige sektoren, sier Utne som bekreftelse på at hun kjenner seg

igjen i noen av AFI rapportens funn.

Noen arbeidsoppgaver synes hun «stjeler» for mye tid.

– Dersom jeg kunne fått velge bort noen oppgaver, ville det vært nettopp byråkratisk administrasjon, sier hun.

– Jeg har forståelse for at vi skal dokumentere det vi gjør, og i kvalitetsreformen er det mye bra. Men det skjer så mange omlegginger og endringer at dersom man vil, kan man bruke uendelig mye tid bare på å sette seg inn i de byråkratiske oppgavene. Det tar liksom ingen ende. Enten det gjelder omlegging av reiseregningssystemer, e-postsystemer,

nye skjema eller skifte av hvem som har ansvaret for hva, sier hun.

«Ungt» forskningsfag

Utne har jobbet som lærer for sykepleierstudenter siden 80-tallet. Hun har klart opp den akademiske stigen, og for to år siden tok hun sin doktorgrad. Motivet til Utne da hun begynte i sektoren, var å formidle faget til studenter. Hun hadde ingen forskerspire i seg.

– Min generasjon gikk ikke inn i høyskolesektoren fordi vi hadde lyst til å bli forskere. Det var ikke slik vi tenkte da. Jeg var rett og slett glad i faget sykepleie, sier hun.

Hun påpeker at den vitenskapelige utviklingen i sykepleie har skjedd på få år. De første norske doktorgradene i sykepleie kom på begynnelsen av 90-tallet.

– Det er en forholdsvis ny forskningsdisiplin. Ser vi på det med de øynene, synes jeg vi har vært flinke og kommet langt på kort tid, sier hun.

Sykepleie har også noen utfordringer som andre ikke har. Nemlig praksis. Både høyskoler og praksisfeltet har fått kritikk for at man ikke er flinke nok til å overføre forskningsresultater slik at praksis endres.

– Det kan jo være at vi hittil



Parkinsons lov

Parkinsons lov ble formulert av professor C. Northcote Parkinson i en humoristisk essay i *The Economist* i november 1955. Så kom boken «Parkinsons Law: or the Pursuit of Progress» i 1957. Boken kom ut på norsk i 1958.

Slik lyder loven på norsk: Arbeidet ekspanderer til å fylle den tiden som er til disposisjon.

Som en konsekvens av loven vil antallet byråkrater øke ved at en ansatt (A), som føler at han har for mye å gjøre, har tre valg:

1. Han kan slutte i arbeidet, eller gå av med pensjon.
2. Han kan dele arbeidet med en annen byråkrat.
3. Han kan kreve to nye ansatte (B+C), på et lavere nivå i hierarkiet.

I praksis vil han alltid velge alternativ 3. Etter hvert som antallet ansatte øker, vil også byråkratene produsere arbeid for hverandre, slik at det arbeidet som egentlig skulle vært utført kommer i bakgrunnen. Offentlige kontorer vil derfor oppleve en gjennomsnittlig årlig vekst i antallet byråkrater på 5–7 prosent, uavhengig av kontorenes oppgaver.

(Kilde: Wikipedia)

ikke har funnet all verden, men det vil endre seg, sier hun.

– Vi jobber med å finne løsninger på hvordan vi kan binde sammen teori og praksis forskningsmessig, sier hun og trekker frem Monica Nordtvedt som er professor ved Senter for kunnskapsbasert praksis ved Høgskolen i Bergen.

– De har fått mye ros for måten de har trukket det kliniske inn i forskningen. Jeg tror vi er i ferd med å finne veien å gå, sier hun.

En av grunnene til at det er færre vitenskapelige publiseringer innen helsefag tror hun skyldes at det er et ungt fag.

– De som kommer inn i sektoren nå er unge. De har en annen tilnærming enn det min generasjon hadde. Deres motivasjon er kanskje allerede å ta doktorgrad og bli professor. På mange måter føler jeg at jeg deltar i en historisk utvikling innen sykepleie. Det er spennende tider. Vi endrer oss, og det skjer fort, sier Utne.

Undervise er primæroppgaven

Inger Utne ser på undervisning som sin hovedoppgave. De andre tingene kommer på «toppen». Utnes spesialfelt er kreft så hun underviser og veileder også studenter som tar videreutdanning. Denne uken farter Utne Oslo rundt. Hun skal ha praksisveiledning med sykepleiere som tar videreutdanning i kreftsykepleie. Det tar tid.

Da hun begynte som lærer og veileder i praksis, gikk alle i hvitt, også lærerne.

– Det gjør vi ikke lenger. Rollen som lærer har endret seg sammen med kravet til at all undervisning skal være kunnskapsbasert. Hvis jeg skulle undervise i kvalme etter cytostatika-behandling, gikk jeg før til noen som jobbet i praksisfeltet, hørte hvordan de gjorde det, og gikk så for å undervise studentene. Nå sitter jeg foran «den», sier hun med et hodekast i retning pc-en.

– I dag bruker jeg nok mye mer tid foran pc-en for å finne kunnskapen jeg trenger før en forelesning. Du kan i prinsippet dele jobben min i tre hovedbolker. Jeg underviser studenter i teori og praksis i tillegg til forskningen. Jeg ser ikke på forskning som min hovedoppgave, men noe jeg må, sier hun.

I praksis

Inger Utne parkerer utenfor Radi-



VEILEDER: Inger Utne er veileder for 16 kreftsykepleiere på Radiumhospitalet.

umhospitalet. Ni fremtidige kreftsykepleiere skal ha veiledning.

– Nå skal du få se fine lokaler, sier Utne og smiler.

Å veilede i praksis er noen steder en utfordring. Plassmangel og lite skjerming gjør det vanskelig. Utne leder an og viser frem to store, lyse møterom og et kontor hun har tenkt å benytte seg mer av i fremtiden.

Selv om Utne er tidlig ute, sitter to studenter allerede klar til å veiledes. Resten dukker opp én etter én, men en har meldt avbud, så de er totalt ni rundt bordet denne torsdagen. Om fire uker er de alle kreftsykepleiere.

Praten går livlig. Opplevelser deles. Noen er hos Fransicushjelpen, andre i hjemmetjenesten og noen på hospice. På rundgang forteller de om sine praksiserfaringer. Utne stiller spørsmål og lytter.

– Er du fornøyd med oppfølgingen du får? spør Utne.

Ut ifra svarene, virker det som om alle føler seg godt mottatt på praksisstedene.

Sterke historier og opplevelser utveksles. Noen stiller spørsmål. Vil vite mer. Andre kommer med råd, eller løsninger på situasjoner som føles vanskelige.

Forskning på overtid

Vitenskapelig ansatte i universitets- og høyskolesektoren jobber i snitt 46,8 timer i uken. Det er nesten 10 timer over normalarbeidsuke. Utne har selv brukt helgen på siste finpuss på en forskningsartikkel sammen med flere medforfattere. Nå er den klar til sendes. Det er alltid spennende.

– Å få publisert forskningsartikler er noe man også må gjøre på fritiden. Ukene er fulle med undervisningsoppgaver, møter og administrative oppgaver. Da er det bare helgene igjen. Jeg kjenner ingen forskere som jobber 37,5 timers uke, sier hun.

– Må det være sånn?

– Jeg mener det må gå an å spare inn noe tid på administrative opp-

gaver. Men skal man forske, er det umulig å få til innenfor 37,5 timers uke uansett hvordan man organiserer arbeidet, sier hun.

Hun synes også det kan være vanskelig å definere hva som er arbeidstid, og hva som er fritid.

– Dersom jeg reiser på konferanse en helg er det ofte en kombinasjon av faglig påfyll og egen interesse. Er det arbeid eller fritid? Når jeg leser fagtidsskrifter, er det jobb eller hobby? Spør hun retorisk.

Ikke bare kjeft

I AFIs undersøkelse var det liten tid til forskning flest var misfornøyd med. Hva kan man gjøre for å endre misnøyen?

– Det går an å organisere litt bedre. For eksempel at man underviser i gitte emner over en periode, og så tar ut noen uker sammenhengende forskningstid. Det går ikke an å drive forskning en dag i uken, sier hun, men presiserer:

– Jeg er ingen racer-forsker. Jeg er «ny». Hvis du vil vite hvordan de drevne gjør det, må du snakke med noen andre, sier hun beskjedent, men ikke uten humor.

Sykepleierutdanninger har fått mye kjeft opp igjennom årene. Det har dreid seg om kløften mellom teori og praksis, men også lite veiledning, for store studentkull og dårlige praksisplasser.

– Føler du at dere bare får kjeft, selv om dere jobber hardt og mye?

– Vi tar det alvorlig når studenter kommer med kritikk. Vi har noen utfordringer som jeg håper vi klarer å løse. Når det gjelder oppslag i Sykepleien og andre media, tror jeg at man ville sluttet som lærer dersom man tok alt til seg. Vi får ikke bare kjeft, men skrytet kommer kanskje fra annet hold enn i avisoverskriftene, sier hun. ■■■

Tekst og foto **Kari Anne Dolonen**

Fag

bøker
& kultur



FORFATTERINTERVJU:
«Jeg skriver
på norsk og
drømmer på
iransk.» Side 58

MISLYKKET FUSJON?

Sammenslåingen til
ett stort Oslo-sykehus
har mange og uheldige
konsekvenser, skriver profes-
sor Bjørg Marit Andersen i
seitt debattinnlegg. Foto:
Stig Weston.

Side
62

«Sykepleiefagets renommé står og faller med faglig
kyndighet og moralsk opptreden.» **PER NORTVEDT**



Karin Ravn Pedersen,
sykepleier, høyskole-
lærer, Høgskolen i
Narvik



Åse Berit Vrenne,
sykepleier, førstelektor
ved Høgskolen i Narvik,
HOS-rådgiver i Narvik
kommune

FAG

Pasientveiledning

Hvordan gi god pasientveiledning?

Sykepleierne trenger tid og opplæring for å ivareta pasientenes behov for informasjon og veiledning.

Artikkelen er basert på et samarbeidsprosjekt om pasientveiledning mellom ansatte ved Høgskolen i Narvik (HiN) og en kirurgisk sengepost. Hovedmålet med prosjektet var å gi pasienten et bedre grunnlag for å mestre egen hjemmesituasjon etter utskrivelse fra sykehus. For å oppnå dette ønsket vi å utvikle og bedre kvaliteten på den informasjon og veiledning vi gir pasienten. I denne artikkelen vil vi beskrive erfaringer, og diskutere ulike utfordringer rundt veiledning av pasienter og prosjekt som samarbeidsform.

Innledning

Pasienter har lovfestet rett til informasjon som har betydning for deres helsetilstand (1). Forskning viser at pasienter som lever med smerter eller som trenger kompleks omsorg har behov for forberedelse og undervisning før utreise fra sykehus (2). Hensikten med god informasjon er både å forebygge sykdom og skape et grunnlag for å kunne mestre akutte og kroniske

tilstander (3). Sykepleiere skal gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon, og forsikre seg om at informasjonen er forstått (4). Imidlertid har personalets tid og muligheter for å gi informasjon blitt redusert, og mange pasienter opplever at den informasjonen de får er mangelfull (3, 5-9). Kirurgiske pasienter får informasjon gjennom hele sykehusoppholdet. Imidlertid er denne ofte generell og lite tilpasset pasientens egne behov for informasjon (7). Sykepleierens pedagogiske funksjon innebærer blant annet de handlinger sykepleieren har ansvar for, og som har til hensikt å legge til rette for utvikling og mestring hos pasientene (10).

Bakgrunn

Sykepleierstudentene ved HiN har et arbeidskrav i praksis der de skal lage et veiledningsopplegg for en valgt pasient og/eller pårørende. Studentene opplevde at de hadde få gode rollemodeller i praksis, og fikk lite hjelp av sykepleierne. Det ble derfor viktig å øke sykepleierens engasjement. Da en kirurgisk sengepost var villig til å samarbeide, ble et prosjekt om pasientveiledning etablert. Vi definerte veiledning som en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess. Hensikten med denne prosessen var å styrke mestringskompetansen gjennom dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier (10:79).

Hovedmålet med prosjektet ble delt i tre:

- » Delmål 1: Øke sengepostens fokus på sykepleierens pedagogiske funksjon.
- » Delmål 2: Skape rutiner for muntlig veiledning, og utvikle og samle den skriftlige informasjonen i sengeposten.
- » Delmål 3: Øke sykepleierstudentenes pedagogiske kompetanse gjennom systematisering og utvikling av arbeidskravet «pasientveiledning».

Prosjektet

Det ble etablert prosjektgruppe og styringsgruppe som besto av ansatte ved sengeposten og sykepleierutdanningen. Prosjektbeskrivelse med avklaring av mål, tiltak, fremdrift og budsjett ble utarbeidet. To sykepleiere fra sengeposten ble delvis frikjøpt i prosjektperioden. Disse fikk ansvar for utvikling av informasjonsmateriell og rutiner, og for informasjon og veiledning av personalet og studenter. Studentene utarbeidet skriftlig pasientinformasjon i tråd med Retningslinjer for utarbeidelse av skriftlig pasientinformasjon (11). De brukte dette i sin muntlige veiledning av pasientene. Det ble gjennomført spørreundersøkelser blant sykepleierne i sengeposten før prosjektstart og etter et halvt år, for å se om tiltakene hadde hatt noen effekt knyttet til delmål 1 og 2. Resultatet fra undersøkelsene og evaluering av prosessen medførte en revidering av prosjektet, og prosjektperioden ble forlenget. Det ble også gjort en spørreundersøkelse blant studentene i siste del av perioden for å undersøke deres læringsutbytte.

Resultat

Flere av de planlagte tiltakene ble ikke gjennomført etter planen, og delmålene ble nådd i varierende grad. Mangel på vikarer ved sykdom og annet fravær i personalgruppa, reduserte den frikjøpte tiden til sykepleierne. Oppgaver ved den daglige driften ble prioritert på bekostning av prosjektaktivitet. Begge spørreundersøkelsene viste at sykepleierne mente de både informerer, underviser og veileder pasienter og pårørende. Halvparten svarte at de i hovedsak bruker ett til ti minutter på dette, og at det foregår inne på pasientrommene ved siden av annen aktivitet. Samtlige mente at det ikke var satt av tid for veiledning av pasient før utreise. De fleste svarte at

Hovedbudskap

Informasjon og veiledning av pasienter må være en sentral del av sykepleierens gjøremål i spesialisthelsetjenesten. Prioritering av sykepleierens pedagogiske funksjon vil kunne øke pasientenes evne til å mestre hjemmesituasjonen etter utskrivelse og bedre sykepleierstudentens praksis.

Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- » Veiledning » Informasjon » Sykepleierutdanning
- » Praksis



PASIENTINFORMASJON: Sykepleiernes muligheter for å informere og veilede pasienter på en god måte henger sammen med avdelingens rutiner og praktiske begrensninger. Arkivfoto: Erik M. Sundt.

de ikke ivaretar pasientenes krav til informasjon og veiledning. Svarene var relativt like ved de to undersøkelsene.

«Lommemal»

I siste del av prosjektperioden fikk informasjon og veiledning av pasienter og pårørende større fokus i sengeposten. Rutiner rundt utreisesamtalen ble gjennomgått og endret. Det ble bestemt at samtalen skulle gjennomføres, helst dagen før hjemreise. Det ble også utarbeidet en "lommemal" for innholdet i utreisesamtalen. Sengepostens skriftlige informasjonsmaterie ble utviklet videre ved hjelp av studentens bidrag, forbedret og samlet på et sted. Studentenes skriftlige pasientinformasjon fokuserte på det pasienten hadde gjennomgått på sykehuset og det han eller hun kunne forvente etter hjemkomst. Dette ble godkjent av lærerveileder og kvalitetssikret av legene ved sengeposten. I tillegg ble studentenes arbeidskrav systematisert, og veiledningen fra sykepleierne ble noe bedret. Halvparten av de 24 studentene som deltok på spørreundersøkelsen svarte at arbeidskravet hadde gitt dem handlingskompetanse i veiledning av pasienter i stor grad.

Diskusjon

Sykepleiernes pedagogiske funksjon så ut til å ha

sammenheng med sengepostens rutiner og praktiske begrensninger. Dette sammenfaller med funn i andre studier som hevder at mangel på tid, personalressurser og egnete lokaler er en klar begrensning for gjennomføring av pasientveiledning (5, 6, 8, 12, 13). Sykepleiernes pedagogiske funksjon i sengeposten fikk økt fokus, men planlagte tiltak ble i liten grad gjennomført. Sengepostens skriftlige informasjon var fortsatt mangelfull etter prosjektperioden. Skriftlig informasjon skal underbygge den muntlige og øke graden av forståelse hos pasienter og pårørende (13).

Lite tid

Sykepleierne i denne sengeposten sa at de informerte pasientene i løpet av sykehusoppholdet, men mye tydet på at de i liten grad ivaretok hensynet til å øke pasientens mestringskompetanse. Det er alvorlig hvis sykepleiere ikke klarer å ivareta det behovet pasientene har for informasjon og veiledning. Den tiden pasienter tilbringer i sykehus blir stadig kortere, og dette vil stille enda større krav til planlegging av informasjon og veiledning for sykepleierne som vil få mindre tid til rådighet (5, 7, 12). Lite skriftlig informasjon og mangelfull tid til å gi muntlig pasientveiledning, vil medføre større utfordringer for pasientene i forhold til å klare seg selv etter sykehusoppholdet.

Avklare begreper

Informasjon, undervisning og veiledning er ulike begreper som benyttes i situasjoner der pasienter og pårørende skal forberedes på blant annet hjemreise etter et sykehusopphold. I prosjektet ble avklaring av begreper gjort tidlig. Likevel kan

Den pedagogiske funksjonen må være en naturlig del av sykepleiernes gjøremål.

meningsinnholdets betydning ha vært forskjellig blant prosjektdeltakerne. Dette kan ha medført at effekten av tiltakene ikke har gitt de ønskede resultatene. Tveiten (10) påpeker at utilstrekkelig informasjon både kan ha sammenheng med sykepleiernes pedagogiske kompetanse, og hva som legges i begrepene informasjon, undervisning og veiledning. Det er derfor viktig å definere innholdet når man benytter disse begrepene, både skriftlig og i praksis.

Nedprioritert

Granum (5) hevder at sykepleiere både har behov for kunnskap om det de skal undervise om, men også om hvordan de skal utøve



pasientundervisning. Sykepleierne som deltok i prosjektet hadde til dels lang erfaring fra sengeposten. Vår oppfatning var at sykepleiernes pedagogiske funksjon ble nedprioritert i forhold til andre gjøremål. Det er mulig at dette også kan ha sammenheng med manglende kompetanse om hvordan man utøver pasientundervisning.

Felles forståelse

Det at vi ikke nådde målene vi hadde satt for prosjektet kan også skyldes liten kjennskap og erfaring med prosjektarbeid på forhånd, og at vi hadde for høye forventninger i forhold til kapasitet. Hauken (14) kaller det naivitet å tro at prosjekter kan gjennomføres uten å avsette nok tid og personell. Hun mener også at felles forståelse og aksept for et prosjekt er nøkkelfaktorene for suksess. Vår erfaring er at prosjektarbeid krever god planlegging og ledelse, at mål og tiltak må være svært konkrete,

og at alle deltakerne må prioritere prosjektet like høyt og sette av nødvendig tid og ressurser.

Konklusjon

Studentene økte sin pedagogiske handlingskompetanse, og arbeidskravet syntes å være godt egnet til dette. Selv om man vektlegger pasientveiledning ved sykepleierutdanningene, vil gode rollemodeller i praksis ha stor betydning for integreringen av denne kompetansen. Den pedagogiske funksjonen må være en naturlig del av sykepleiernes gjøremål. Om pasientenes rett til informasjon skal bli ivarettatt, må informasjon og veiledning bli høyere prioritert i spesialisthelsetjenesten. Imidlertid er det vanskelig å se hvordan dette skal kunne skje i et stadig mer «effektivt» helsevesen. Prosjekt som samarbeidsform mellom utdanning og praksis kan være godt egnet dersom mål, tiltak, tidsbruk og prioritering avklares og konkretiseres på forhånd, og følges opp av begge parter. ■■■

LITTERATUR

1. Pasient og brukerrettighetsloven 1999. Lov om pasient- og brukerrettigheter 1999-07-02 nr. 63. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
2. Soler RS, Canal DJ, Noguer CB, Poch CG, Motge NB, Gil MdMG. Continuity of care and monitoring pain after discharge: patient perspective Journal of Advanced Nursing. 2009;66:40–48.
3. Selmer ÅW. Pasientinformasjon–undervisning. En utfordring for sykepleierne. Vård i Norden. 1997;18(1): 11–17.
4. Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICN's etiske regler. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2007.
5. Grønrum V. Pasientundervisning krever kunnskap. Sykepleien. 2010;15:62–64.
6. Grønnestad BK, Blystad A. Pasienters opplevelse av informasjon i forbindelse med en operasjon. En kvalitativ studie. Vård i Norden. 2004;24:4–8.
7. Suhonen R, Leino-Kilpi H. Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: A literature review. Patient Education and Counseling. 2005;61:5–15.
8. Olsen MN, Opdahl L. Pasientundervisning–slik pasienter og sykepleiere ser det. I: Johannessen B, red. En reise i pasienters og sykepleieres verdener. Oslo: Tano Aschehoug; 1998. p. 38–61.
9. Østby BA. For travelt på sykehus? Sykepleien. 2012;3.
10. Tveiten S. Pedagogikk i sykepleiepraksis. Bergen: Fagbokforlaget; 2008.
11. Fagermoen MS, Jacobsen VH. Retningslinje for utarbeidelse av skriftlig pasientinformasjon 2010 [hentet 30.04.12]; Tilgjengelig fra: http://www.ids.no/modules/module_123/proxy.asp?CategoryId=457&infoid=15796&iDisplayType=2.
12. Grønrum V. Praktisk pasientundervisning. Bergen: Fagbokforlaget; 2003.
13. Tørstad S, Iversen ES. Informasjonsbehov ved utskrivning fra kirurgisk avdeling. Sykepleien. 2004;3:44–48.
14. Hauken MA. Hva er et godt prosjektarbeid? Sykepleien. 2009;17:62–65.

DELTIDSSTUDIER I HELSELEDELSE

Handelshøyskolen BI tilbyr både enkeltstående programmer og tittelgivende studier innen helseledelse. Studiene passer for deg som har, eller ønsker lederansvar innen offentlig eller privat helsesektor. Fleksibel gjennomføring med samlinger og nettstudier, slik at studier kan kombineres med jobb og familie. Studiestart i august – opptak pågår nå.

helseledelse@bi.no • telefon 46 41 00 20
www.bi.no/helseledelse

TYNGDEN DU TRENGER

BI

Barn fetest på bygda



Foto: Colourbox

Det er flere overvektige barn på landet sammenliknet med barn som bor i byer. Sammenhengen mellom urbanitet og overvekt kan delvis forklares med forskjeller i utdanning og inntekt hos foreldrene, ifølge en artikkel i Legetidsskriftet, men forfatterne påpeker at årsakene til overvekt er mange.

– Daglig aktivitet, som å sykle eller gå til skolen og fritidsaktiviteter har betydning for barns totale aktivitetsnivå. Det at barn i rurale områder har begrensede muligheter til dette på grunn av stor avstand eller utrygt trafikkmiljø, kan ha negativ innvirkning på aktivitetsnivået, sier forfatterne.

Legetidsskriftet

Ny forskning om smertelindring til barn

En ny studie viser at det å amme barn, vugge det, svøpe det, la det ligge på siden eller på magen, og beroligende «hysjing», demper smertene bedre enn sukkervann. Studien er publisert i Pediatrics nå i mai 2012. Forfatterne hevder at barnets smerte og ubehag forbundet med vaksiner, er den vanligste årsaken til at foreldre velger å ikke gjennomføre vaksiner til rett tid. Smertene ble målt ved hjelp av «The Modified Riley Pain Score».

230 spedbarn er med i studien. Resultatene viser klare forskjeller i smerteskår. Forskerne konkluderte at de fem beroligende metodene som er beskrevet, ga både lavere smerteskår og kortere gråtetid blant spedbarna, enn de andre metodene. Bruken av de beroligende metodene uten sukkervann, ga like god effekt som disse metodene med sukkervann.



Foto: Colourbox

Norsk Helseinformatikk

Fra hud til hjertemuskel



Foto: Colourbox

Forskere sier de har klart å omdanne pasienters egen hud til frisk hjertemuskel i laboratoriet. Forskerne håper de på sikt skal klare å behandle hjertesviktspasienter gjennom denne typen stamcellebehandling. Ettersom huden kommer fra hver enkelt pasient, håper forskerne å unngå problemet med vevavvisning.

Behandlingen er prøvd ut på dyr med lovende resultater, men det er fremdeles år frem i tid før dette vil bli prøvd ut på mennesker, melder BBC Health News.

Alle priser nå med
FRI FRAKT!

VÅRENS NYHETER!



1.150,-

Art **211** Lilla. Str.36-42.
Finnes også i sort og hvit.

Den ekstremt støtdempende
GRETE WAITZ SÅLEN
i alle modeller!

Grete Waitz

Besøk vår nettbutikk og se
mange spennende produkter!

OBS! Fri retur.

Bestill nå!

www.footcare.no

Tlf. 67 97 80 40

post@footcare.no

Foot Care as
Pb 75 | 1471 Lørenskog

FootCare

TA VARE PÅ FØTTENE DINE.



799,-

Art **401** Orange. Str. 36-41.
Finnes også i beige og flower.



799,-

Art **253** Koboltblå. Str.35-42.
Finnes også i sort.



1.150,-

Art **213** Koboltblå. Str. 36-42.
Finnes også i sort og lilla.

Steller døde til musikk

Intensivsykepleierne på Haukeland synes musikk gir verdighet og ro til det siste stellet.

Tekst **Susanne Dietrichson** Foto **Bjørn Erik Larsen**

Hvert år dør mellom 100 og 150 mennesker på medisinsk intensiv avdeling ved hjerteavdelingen på Haukeland sykehus. Sykepleierne bruker levende lys, blomster og musikk for å vise de avdøde og pårørende respekt. Bruk av musikk under stellet av den døde kroppen, og når de pårørende kommer for å se den avdøde, oppleves av mange sykepleiere og pårørende som positivt.

Verdig stemning

Intensivsykepleier Marianne Holm er en av pådriverne for prosjektet. Hun og tre medforfattere har intervjuet 15 sykepleiere i tre fokusgrupper om hvordan de opplever å stelle døde til musikk. Resultatet er blitt en artikkel som nå vurderes for publisering i et internasjonalt vitenskapelig tidsskrift

– Målet med prosjektet er å skape en god og verdig stemning for sykepleierne som steller den døde, forteller Holm.

Hun påpeker at noen sykepleiere opplever at det å stelle døde mens man prater om andre ting kan være både forstyrrende og respektløst.

– Når musikken står på i bakgrunnen blir det lettere for sykepleierne ikke å prate under

«Det er rart at et så viktig tema som stell av døde er så lite forsket på.»

stellet. Og mange pårørende har opplevd det positivt hvis musikken fortsatt står på når de kommer for å se eller være hos den døde.

Rolig musikk

– Hva slags musikk spiller dere, og hvem har valgt den?

– Vi har to cd-er, begge er instrumentelle og skiller seg fra den musikken som vanligvis spilles på radio, mener Holm.

Den ene cd-en; «Lyden av lys» av Anders Rogg,



GIR RO: Musikk under stell av døde kan bidra til god stemning og ro, mener intensivsykepleier Marianne Holm.

blir også brukt under stell av døde på Hospice Lovisenberg i Oslo. Det var der Holm og kollega Torbjørn Bjørnraa Høidal fikk ideen til prosjektet under et hospiteringsopphold. Den andre cd-en var det en av sykepleierne som anbefalte fordi hun mente den passet.

– Har det aldri skjedd at pårørende har oppfattet musikken som støtende?

– Det har hendt at pårørende reagerer på at musikken vi spiller er feil. En gang var det en dame som oppfattet situasjonen som noe komisk midt i det triste. Hun fortalte at musikken som ble spilt var veldig forskjellig fra den musikken hennes døde samboer likte.

Stor kontrast

Bare et par av sykepleierne Holm intervjuet var skeptiske til å bruke musikk under stell av døde.

– En av sykepleierne synes det ble for trist.

Mange mente kontrasten mellom et akutt og dramatisk dødsfall og stell med rolig musikk i bakgrunnen kunne bli for sterk, forteller Holm.

Hun tror at sykepleiernes holdninger til prosjektet handler om verdier, personlighet og livssyn, samt deres forhold til musikk og ikke bunner i alder eller erfaring. Blant deltakerne i fokusgruppene var det både nyutdannede og erfarne sykepleiere.

Holm og medforfattere har også sett på annen forskning på området, men fant at det var skrevet svært lite om dette temaet.

– Jeg synes det er rart at et så viktig tema som stell av døde er så lite forsket på. Å se og stelle en død kropp er en viktig oppgave for sykepleiere, det kan berøre oss i mange situasjoner. Som nyutdannet sykepleier kan situasjonen oppfattes som skremmende. Musikken kan kanskje bidra til at sykepleierne slapper av, tror Holm. ■■■



Mindre malaria

Siden år 2000 er forekomsten av malaria redusert med 17 prosent. Det viser beregninger fra Verdens helseorganisasjon. I samme periode er antall malarirelaterte dødsfall redusert med 26 prosent. Nedgangen tilskrives bruk av insektmidler inne og utstrakt bruk av myggnett.

Men fremdeles er malaria et betydelig folkehelseproblem, særlig i tropisk Afrika. Verdens helseorganisasjon anslår at det var rundt 216 000 tilfeller av malaria i 2010. Av disse var det rundt 665 000 dødsfall. De aller fleste som døde var barn i afrikanske land. Seks av ti dødsfall skjer i Nigeria, Demokratiske republikken Kongo, Burkina Faso, Mosambik, Elfenbenskysten og Mali.

Kilde: Folkehelseinstituttet

Til kamp mot meslinger

Målet om å redusere dødsfall som følge av meslinger med 90 prosent er ikke nådd. Derfor dobler globale helseorganisasjoner innsatsen mot sykdommen. Mellom 2000 og 2010 sank dødeligheten av meslinger med 74 prosent.

Nesten av halvparten av dødsfallene er i India. En tredjedel i Afrika.

«The Measles and Rubella Initiative», som blant andre Verdens helseorganisasjon står bak, har som mål at ingen skal dø av meslinger i 2020. Tiltakene er blant annet høy vaksinasjonsdekning, smitteovervåking og beredskap.

Kilde: British Medical Journal

Uklar brukervedvirkning

Det er uklart hva brukervedvirkning egentlig skal handle om, mener stipendiat Marit By Rise ved institutt for samfunnsmedisin ved NTNU.

Hun har tatt doktorgrad på brukervedvirkning i psykisk helsevern. By Rise gjorde fire studier ved tre distriktpsykiatriske sentre, og så på brukervedvirkning på to plan. Det individuelle, der hver enkelt pasient har medbestemmelse over sin egen behandling, og det organisatoriske, der de skal delta i råd og utvalg.

Blant annet sammenliknet hun en gruppe som fikk mulighet til å gi tilbakemelding med en gruppe som ikke fikk det. Hun fant ikke forskjeller mellom de to gruppene når det gjaldt behandlingstilfredshet eller kontakt mellom behandler og pasient.

Ifølge By Rise er det uklart om brukervedvirkning har noen effekt.

Kilde:

St. Olavs Hospital



Rente fra
8,9%
Eff rente fra 9,8%

**Samle dine lån hos oss.
Ofte får du penger til
overs til noe annet.**

Søk på nordax.no eller på 815 56 474. Hvis du ringer oss kan du spørre og vi forklare.

Hva koster det?	8,9%	11,9%	15,9%
Månedsbetaling	100 000 kr 1215	1392	1648
ved 12 års nedbetalingstid	200 000 kr 2347	2700	3207
	300 000 kr 3479	4007	4766

*Renten er individuell og er mellom 8,9%-18,9%. Tilbakebetalingstiden er valgfri mellom 1-12 år. Den effektive renten er 20,47% på 65 000 kr, 5 år, nom. rente 15,9%, etableringsgebyr 1475 kr og terminsgebyr 65 kr. Totalt beløp å betale er 100 740 kr (april 2012)

Nordax 

www.nordax.no



Guri Rosseland Rummelhoff, høyskolelektor i sykepleie ved Høgskolen i Østfold, Avdeling for helse- og sosialfag.



Hanne Schou Røising, IKT-pedagog og høyskolelektor ved Høgskolen i Østfold, Avdeling for helse- og sosialfag.

FAG Praksisopplæring

Deler refleksjoner digitalt

Sykepleierstudenter lærer mye av å utveksle refleksjonsnotater fra praksis elektronisk.

Ved Høgskolen i Østfold skriver sykepleierstudentene ukentlige refleksjonsnotater fra praksisperiodene. Studentenes refleksjonsnotater er et arbeidskrav i praksis, men det varierer i hvilken grad disse blir lest og kommentert av praksislærere ved høyskolen og praksisveiledere.

Bakgrunn

I sin doktoravhandling dokumenterer Lillemoen at studentene opplever bruken av refleksjonsnotatene som lite tilfredsstillende (1). Skolen krever at studentene skal skrive refleksjonsnotater for å stimulere sin erfaringslæring gjennom refleksjon over egen praksis, men disse intensjonene synes å falle på steingrunn fordi de ikke følges opp. Mange studenter gir uttrykk for skuffelse over at ingen, verken praksislærere eller praksisveiledere, viser interesse for det de skriver (1). Flere lærere ved sykepleierutdanningen deler studentenes oppfatning. Norgesuniversitet har gjennomført en nasjonal kartlegging om bruk av IKT i norsk, høyere utdanning (2). Kartleggingen viser at dagens teknologi har et stort potensial for samarbeid, delaktighet og utvikling av egen læring, og at IKT gjør mer stu-

dentaktive læringsformer mulig. Også St.meld. nr. 27 legger føringer for mer bruk av IKT, med særlig vekt på studentaktive læringsformer og veiledning. Meldingen slår fast at det ligger et stort potensial i bruk av IKT i undervisning, læring og kompetanseutvikling (3).

Prosjekt og metode

I prosjektet delte studentene ved Høgskolen i Østfold sine refleksjonsnotater i Blackboard (BB), skolens elektroniske læringsplattform på det aktuelle tidspunktet. Refleksjonsnotatene ble lest av medstudenter i praksisgruppa og av praksislærere på skolen, som ga tilbakemeldinger på notatene. Hver student skulle gi og få to kommentarer på notatene en gang i uken. Praksislærere skulle gi minst en kommentar til hver student. På bakgrunn av disse kommentarene lagde studentene en oppsummering på sitt notat. Hensikten med prosjektet var at studentene skal oppleve refleksjoner over praksis som betydningsfullt, og at arbeidet med refleksjonene skal stimulere til kunnskapsbasert praksis, med særlig vekt på erfaringsbasert kunnskap (5). Vi ønsket også å forflytte muntlig refleksjon på skoledager i praksis (PSH-dager) til skriftlig refleksjon i læringsplattformen. På den måten blir refleksjonsarbeidet fleksibelt i forhold til tid og sted. Prosjektet ble gjennomført med utgangspunkt i en aksjonsrettet tilnærming. Aksjonsforskning er knyttet til ulike intervensjoner for å skape endring. Intervensjoner kan være i form av prosjekter, forsøk og tiltak (4).

Evaluering

For å evaluere prosjektet foretok vi to spørreundersøkelser. Av til sammen 25 prosjektdeltakere deltok 19 informanter i spørreundersøkelsen (79 prosent). Blant studenter som fulgte ordinært forløp, ba vi 25 tilfeldig utvalgte studenter om å utgjøre en kontrollgruppe ved å svare på en undersøkelse. Åtte studenter svarte

(32 prosent). Spørreundersøkelsene ble gjennomført elektronisk i Blackboard, med både lukkede og åpne spørsmål. De kvantitative dataene er bearbeidet med bruk av programmet SPSS, og presenteres som frekvensfordelinger. De kvalitative dataene, som vi hentet inn ved åpne spørsmål, ble kategorisert og tematisert ved bruk av innholdsanalyse (5).

Metodekritikk

Studentundersøkelsene innhenter i hovedsak kvantitative data. Med så få respondenter (N = 25) blir det problematisk å analysere funnene statistisk. I ettertid ser vi at fokusgruppeintervju som et supplement til spørreskjemaet ville gitt mer utdypende svar. 19 studenter av 25 svarte på vår spørreundersøkelse. Den høye svarprosenten styrker studiens validitet. Lav svarprosent fra kontrollgruppa, reduserer verdien av sammenlikninger mellom de to gruppene. Når vi sammenlikner funn fra prosjektdeltakerne med kontrollgruppa, blir det derfor problematisk at så få studenter i kontrollgruppen deltok. Dette er svakheter når vi sammenlikner de to gruppene.

Funn

På åpne spørsmål i spørreskjemaet ble følgende temaer trukket fram illustrert med studentsitater:

1) Kontinuitet i arbeidet med refleksjonsnotater

«Det ble mye notater og kommentarer å lese. Men vi fikk et mye større innblikk i de andre studentenes praksis enn vi ville gjort om vi kun hadde møttes på PSH-dagene. Jeg tror vi lærte mer enn de som kun møttes på PSH-dagene, da vi hadde mye mer kontinuerlig refleksjon. Sammenliknet med når refleksjonsnotater gjøres muntlig, har ikke dette gått i glemmeboken.»

2) Mer tid for refleksjon

«På skolen sitter vi én time i refleksjons-

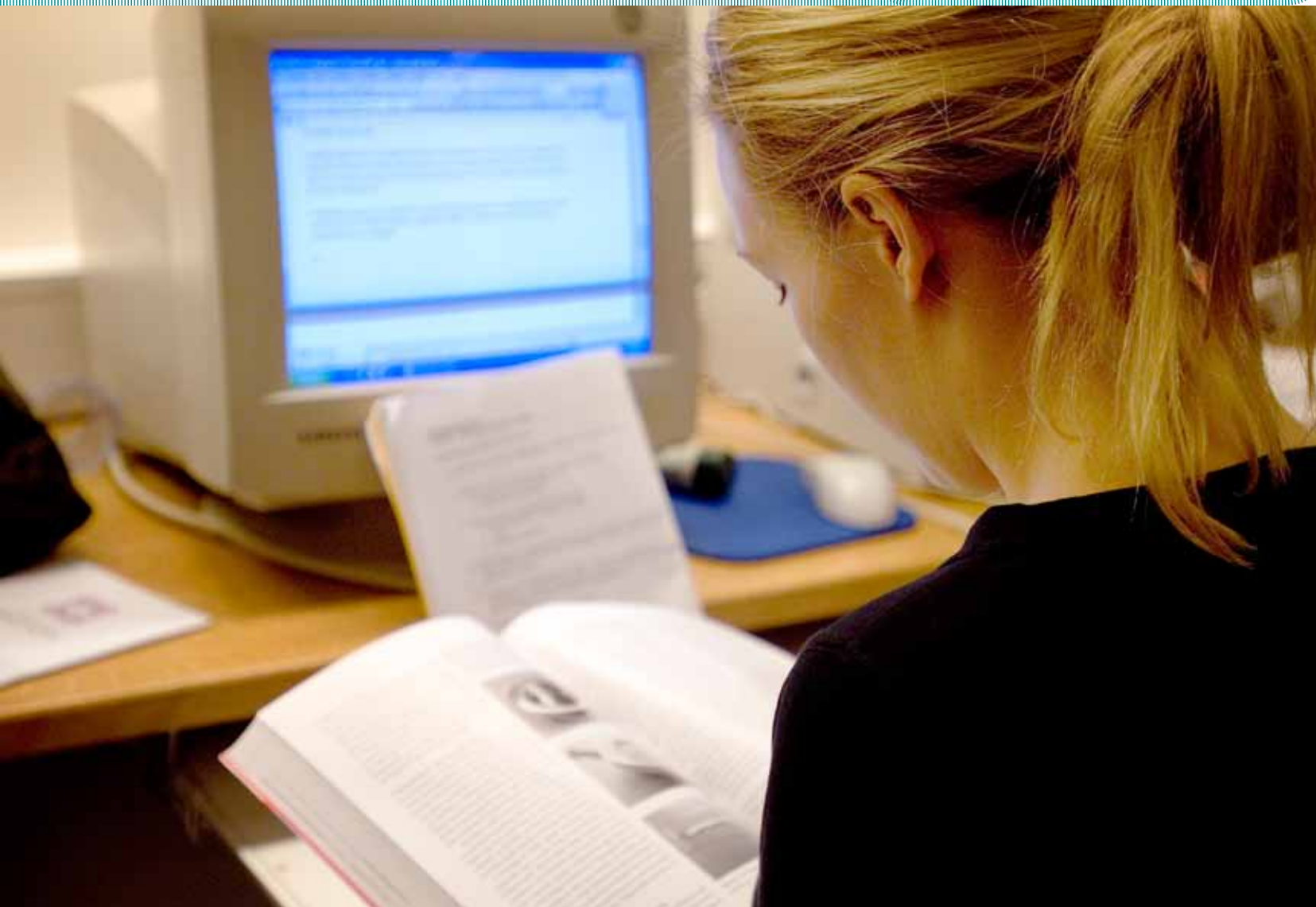
Hovedbudskap

Sykepleiestudenter opplever det som betydningsfullt å dele refleksjonsnotater med medstudenter og praksislærere i digitale læringsomgivelser. Hensikten med å dele refleksjonsnotater er å gjøre praksis kunnskapsbasert. Studenter ønsker en kombinasjon av elektronisk deling av refleksjonsnotater og fysiske møter på skolen.

Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- » Sykepleierutdanning » Sykepleierstudent
- » Praksisstudie » Informasjonsteknologi



FLEKSIBELT: Studentene opplevde at å utveksle refleksjonsnotater på nettet ga mer fleksibilitet, både i tid og rom. Arkivfoto: Stig Weston

grupper, og når det er åtte stykker som skal gå igjennom sin situasjon, er det begrenset med tid til å ta opp vanskelige situasjoner. Derfor har refleksjonsnotatene på BB (Blackboard) vært fine, fordi det har gitt mer tid for refleksjon, og man kan tenke mer igjennom hva man svarer. I dette prosjektet har jeg fått tilbakemeldinger på alle refleksjonsnotatene.»

3) Større læringsutbytte

«Det å få tilbakemelding både fra praksislærere og fra medstudenter har vært bevisstgjørende og trygt, det har gjort læringsutbyttet større enn ved de muntlige refleksjonsgruppene på skolen i tidligere praksisperioder. I tillegg har det kommet kommentarer fra medstudenter som vanligvis ikke sier noe i plenum, noe som er kjempepositivt! Men det har også vært tidkrevende og til tider vanskelig å levere innen fristen.»

4) Nyttig for oppgaveskrivingen

«Å skrive ned refleksjonene og få kommentarer fra medelever og lærer har vært nyttig

for drøftingsdelen i arbeidskravet, og dermed viktig læring å ta med seg videre i andre oppgaver.»

5) For tidkrevende

«Synes dette opptar mer tid enn å ha refleksjonsgrupper på skolen. Du skriver ditt notat og så kommenterer flere på det, og så må du skrive igjen. Mye jobb. Bedre å ta det muntlig.»

6) Upersonlig å reflektere i Blackboard

«Savnet veldig refleksjonsgruppen på skolen. Dette er en trygghet når du er ute i praksis, følte det ble veldig upersonlig å reflektere på Blackboard»

Dersom studentene kan få velge, ønsker 42,1 prosent et tilsvarende opplegg i neste praksisperiode, mens 36,8 prosent ønsker en kombinasjon av elektronisk deling av refleksjonsnotater med refleksjonsgrupper på skolen.

Diskusjon

Et sentralt funn er at prosjektdeltakerne vur-

derer det generelle utbyttet av å arbeide med refleksjonsnotater som større enn kontrollgruppa. Studentene legger mer arbeid i å skrive refleksjonsnotater når både medstudenter og praksislærere skal lese og kommentere dem. Studentene som vurderer utbyttet av arbeidet

«Arbeid med refleksjonsnotater kan bidra til personlig og faglig utvikling.»

med refleksjonsnotater som stort, viser oftere sine refleksjonsnotater til praksisveileder enn de studentene som vurderer utbyttet som lite. De studentene som bruker sine refleksjonsnotater som veiledningsgrunnlag overfor praksisveileder, får også veiledning på situasjonen fra en sykepleier som kjenner pasienten. Dette kan bidra til større forståelse for situasjonen og utvikling av erfaringskunnskap (5).



Dialog

Over halvparten av prosjektdeltakerne opplever at skriving av refleksjonsnotater har hatt betydning for deres læring i praksis og personlige utvikling. For at refleksjonsnotatene skal utvikle seg gjennom praksisperioden, er studenten avhengig av tilbakemeldinger og dialog med andre for å få nye synspunkter på egne refleksjoner. De trenger veiledende spørsmål som kan føre til at de selv får et mer nyansert syn på situasjonen. Forutsetningen for å lære av å skrive refleksjonsnotater er at de inneholder mer enn en beskrivelse av situasjonen. Egne tanker, reaksjoner og følelser rundt situasjonen er også sentralt. For å utvikle refleksjonene til et høyere nivå bør de også inneholde begrunnelser underbygget av teoretisk og etisk kunnskap (6).

Språket

For utvikling av tanker, spiller språket en viktig rolle (7,8). Det å skrive ned sine erfaringer fra praksis og reflektere over disse, gjør at studenten går i dialog med seg selv (8). Å dele refleksjoner med andre er en sosial aktivitet hvor studenten går i dialog med medstudenter og praksislærere. Dette gjør skriving av refleksjonsnotater til en viktig læringsstrategi i praksis som stimulerer til erfaringslæring. I refleksjonsnotater er erfaringskunnskap og brukerkunnskap viktigst, men det vil heve refleksjonene til et høyere nivå om man også relaterer til forskningsbasert kunnskap (5). Kunnskapsbasert praksis inneholder forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap og de tre kunnskapsformene utvikles i en kontekst (5). Det er en bestemt kontekst, eller situasjonsbeskrivelse, som er fokus i refleksjonsnotatene. Når praksislærer og medstudenter gir tilbakemeldinger på notater, kan det bidra til at de tre kunnskapsformene integreres. Prosjektdeltakerne synes at prosjektet var tidkrevende. Det å skrive og gi tilbakemeldinger og være i en reflekterende prosess er tidkrevende. Hvis man oppnår hensikten, som er å utvikle kunnskapsbasert praksis, kan det være vel anvendt tid.

Bruk av IKT

Ved sykepleierutdanningen er det tradisjon for at studentene møtes til PSH-dager for å dele erfaringer fra praksis med hverandre og med praksislærere. Til disse samlingene har studentene hatt med seg refleksjonsnotater som de leser for hverandre. Man velger gjerne ut noen

refleksjonsnotater som man reflekterer dypere over i gruppa. I dette prosjektet har studentene, i stedet for å dele erfaringer muntlig i fysiske møter på skolen, delt sine erfaringer skriftlig i gruppens eget diskusjonsforum i læringsplattformen. Erfaringer fra praksis er beskrevet i studentenes refleksjonsnotater, og medstudenter og praksislærere har kommentert og gitt tilbakemeldinger. Kunnskapsdepartementet har gitt klare føringer for at digital kompetanse er et viktig kompetanseområde som studenter i høyere utdanning bør tilegne seg gjennom sine studier. Bruk av digitale verktøy fremheves som grunnleggende ferdigheter og et definert område som høyere utdanning skal tilrettelegge for ved at studentene tilegner seg denne kompetansen i studier (9). I Norgesuniversitetets IKT-monitoren er konklusjonen at det er stor variasjon i utbredelse og bruk av IKT i norsk høyere utdanning. Denne ulikheten beskrives som bekymringsfullt fordi studentene vil ende opp med svært ulik erfaring med bruk av IKT. Samarbeidslæring er ett område som trekkes fram som særlig relevant i forhold til å tilrettelegge for bruk av ulike IKT-verktøy (2).

Mer tid

Den «sakke tiden» i refleksjonsarbeidet er viktig fordi den kan bidra til større grad av refleksjon. Funnene i dette prosjektet viser at prosjektdeltakerne vurderer at denne formen har fungert godt. Mange faktorer har bidratt til dette. Ifølge Dysthe (7) er skriving i seg selv en viktig læringsstrategi. Alle studentene har skrevet refleksjonsnotater. Det særegne i vårt prosjekt er at studentene også har skrevet tankene sine på hverandres refleksjonsnotater, i stedet for å gi disse muntlig. Dysthe (7) hevder at gjennom skriving kan vi etterspore tanken, lete den opp og utvikle den videre. Denne prosessen går saktere når vi skriver enn når vi snakker. Dette blir også trukket fram som en av fordelene med IKT-støttet samarbeidslæring. Sammenliknet med den muntlige dialogen som foregår i personlige møter, vil den skriftlige dialogen innebære at deltakerne får god tid til å lese, skrive, reflektere og forandre argumentene sine før de svarer på et spørsmål eller deler kunnskap med hverandre (10).

Fleksibelt

IKT-støttet samarbeidslæring gir muligheter for fleksibilitet i tid og rom. Det er viktig at utdanningsinstitusjonene tilrettelegger for økt

fleksibilitet. Vi vet at tid er en knapp ressurs både for studenter og ansatte. Det er derfor viktig å gjøre klare prioriteringer for hvilke studentaktiviteter som «må» finne sted på skolen, og hvilke som kan finne sted i form av fleksible løsninger. Begrunnelsene for prioriteringene må være pedagogiske. Vi har informasjonskanaler i læringsplattformen til formidling av informasjon som studentene kan lese selv. På den måten kan tid i klasserommet brukes til pedagogiske aktiviteter der man forutsetter at informasjonen er lest.

Konklusjon

Studien viser at studentene har mer utbytte av å jobbe med refleksjonsnotater når disse brukes aktivt. Studentene opplever at arbeid med refleksjonsnotater kan bidra til personlig og faglig utvikling. Når de legger mye arbeid i refleksjonsnotatene sine, bruker studentene også disse mer aktivt i veiledning med sin praksisveileder. IKT – verktøy kan være nyttig for refleksjonsprosessen. Studentene ønsker en kombinasjon av elektronisk deling og fysiske møter. Videre anbefaler vi at man prioriterer arbeidet med refleksjonsnotater i studentenes praksisperioder. Studentenes refleksjonsarbeid bør knyttes opp til fysiske møter kombinert med deling av refleksjonsnotater i læringsplattformen. Som forberedelse til refleksjonsmøter bør man gjøre refleksjonsnotatene tilgjengelig for deltakerne på forhånd, slik at studenter og praksislærere kan lese disse. I tillegg til beskrivelser fra praksis må man vektlegge studentenes egne refleksjoner, samt at disse relateres til relevant teori. På denne måten vil de ulike kunnskapsformene fra kunnskapsbasert praksis integreres. ■■■

LITTERATUR

1. Lillemoen L. Det er bare sånn jeg er ... En undersøkelse om sykepleiestudenters utvikling av moralsk opptreden. Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo, 2008.
2. Wilhelmsen J, Ørnes H, Kristiansen T, Breivik J. Digitale utfordringer i høyere utdanning. Tromsø: Norgesuniversitetets skriftserie nr. / 2009.
3. St.meld. nr. 27 (2000-2001): Gjør din plikt – kreve din rett. Kvalitetsreform av høyere utdanning. Kunnskapsdepartementet.
4. Koren PC, Lindøe PH. Metoder for bedre arbeidsmiljø. Oslo: Gyldendal arbeidsliv, 2008.
5. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Reinart LM. Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere. Oslo: Norsk Sykepleierforbund, 2007.
6. Kirkevold M. Vitenskap for praksis. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1996.
7. Dysthe O, Hertzberg F, Hoel TL. Skrive for å lære: Skriving i høyere utdanning. Oslo: Abstrakt forlag, 2001.
8. Vygotsky LS. Thought and Language. London: The MIT Press, 1987.
9. Kunnskapsdepartementet (2006): Læreplanverket for Kunnskapsløftet. Oslo.
10. Dirckinck-Holmfeld L, Tolsby H, Nyvang T. E-læringsystemer i arbeidsløst prosjektpædagogikk. Danmark: Roskilde Universitetsforlag, 2002.

Syfilis vinner terreng

Syfilis har nærmest vært utryddet, men er nå på full fart tilbake.

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers**



ENESTE SOM HJELPER: Kondomer må brukes dersom syfilis og gonoré skal bekjempes. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

En fersk undersøkelse gjengitt i Ugeskrift for Læger viser at det i 2011 ble registrert 480 tilfeller av syfilis. Det er en stigning på 2000 prosent siden 1994. Da var sykdommen nærmest utryddet.

Norske tall viser samme trend. Antallet registrerte syfilis-tilfeller har steget fra 24 i 2005 til 130 i 2011, viser statistikk fra Folkehelseinstituttet (FHI). Det ble kun registrert 2 tilfeller av syfilis i 1992.

Nesten bare menn

Den ferske danske undersøkelsen viser at omkring 80 prosent av de smittede danskene er homoseksuelle menn – ofte fra København – som har sex uten kondom. En tredel av de syfilis-smittede er hiv-positive. Det er spesielt uheldig, ettersom det er lettere å pådra seg syfilis når man er hiv-positiv – og vice versa.

De norske tallene viser at over 100 av de 130 som ble smittet i 2011, ble det gjennom homoseksuell omgang. De fleste smittede er fra Oslo, men også Trondheim, Bergen og andre storbyer

dukker opp i statistikken.

Også kvinner får syfilis. For gravide innebærer syfilis-smitte fare for fosteret, og i verste fall abortering. 123 av de smittede nordmennene i fjor er menn, 7 er kvinner.

– Bør undersøkes jevnlig

Også i Tyskland og Sverige er antallet syfilis-tilfeller fordoblet de siste 10 år.

– Seksuelt aktive menn som har sex med menn bør jevnlig tilbys undersøkelse og eventuelt behandling for seksuelt overførbare infeksjoner, skriver Folkehelseinstituttet på sine hjemmesider.

Også gonoré, som nærmest var utryddet på 70- og 80-tallet, har blomstret opp igjen. I 2011 ble det diagnostisert 368 gonoré-tilfeller i Norge. Dette er en liten nedgang mot året før. Fram til 2010 har det imidlertid vært en kraftig økning av meldte gonoré-tilfeller blant menn som har sex med menn.

– Det er viktig at personer som diagnostiseres med gonoré eller syfilis får en tilfredsstillende smittevernradgivning. Dette er spesielt viktig

for hiv-positive. Som alltid skal det utføres smitteoppsporing rundt hvert tilfelle av gonoré og syfilis. Dette er like viktig både for homo- og heteroseksuelle, oppfordrer FHI.

Screening-hjelp i Danmark

Konstituert overlege Tine Vestergaard ved Odense Universitetssykehus sier til det dan-

«Det er plassert ut lett tilgjengelige og gratis kondomer.»

Siv Gamnes, Sex og samfunn

ske legetidsskriftet at tilbudet om screening som ble innført i Danmark i 2010, har betydd at flere kvinner enn ellers får hjelp til å behandle sykdommen.

– Litt overraskende er det påvist syfilis hos flere gravide uten kjent risikoforferd. Det understreker viktigheten av den generelle screeningen, sier hun.

– Må beskytte seg

Resistente bakterier og enkelte miljøer som ikke er flinke nok til å beskytte seg er årsaken til at både syfilis og gonoré kommer tilbake.

– Vi ser at tallene på syfilis og gonoré stiger. Dette gjelder spesielt i miljøer hvor menn har sex med menn. I tillegg blir noen smittet i Thailand og andre land med høy forekomst av sykdommen, sier Siv Gamnes, sykepleier og daglig leder i Sex og samfunn.

– Hvorfor er det så vanskelig å få bukt med syfilis og gonoré?

– En årsak er at disse bakteriene kan endre egenskaper og bli resistente mot antibiotikabehandling. Vi ser at færre og færre legemidler virker. En annen årsak er at man i risikomiljøene ikke er flinke nok til å beskytte seg.

– Det eneste som kan stoppe smitten av disse sykdommene, er at folk beskytter seg. Som helsepersonell kan vi ikke gjøre så mye mer enn å oppfordre folk til dette.

Hun sier at det er god tilgjengelighet på kondomer der smitten oftest skjer:

– På homsebarer og i saunamiljøene er det plassert ut lett tilgjengelige og gratis kondomer. I tillegg er det laget «fuglekasser» med kondomer ute i naturen, på steder man vet at det er seksuell aktivitet.

– Noen velger likevel ikke å beskytte seg. Jeg har ikke noe fasitsvar på hvordan vi kan endre det. Vi ser samme trend hos ungdom: Klamydia-tallene er stabilt høye. Opplysningskampanjer ser ikke ut til å føre frem i nevneverdig grad, sier hun. ■■■



HØYE TALL: Opplysningskampanjer ser ikke ut til å hjelpe, sier Siv Gamnes, sykepleier og daglig leder i Sex og samfunn. Foto: Kenneth Sortland Myklebust/Kolonihaven.

Ut og inn igjen

OPPRYDNING I BOKHYLLA IGJEN.

Det var da ikke lenge siden forrige gang? Denne gangen skal jeg gå drastisk til verks og få ut de bøkene jeg har flyttet på og drasset på i årevis. Jeg må ha vært bevisstløs i gjerningsøyeblikket da jeg flyttet i sommer ...

Ut med de slitte pocketbøkerne på engelsk og de gamle bokklubb-utgivelsene fra 1970-tallet som jeg fikk for lenge siden. De har blitt med gang på gang i banankassene, helt siden studiedagene.

Hva gjør Joseph Hellers bok *God knows* fremdeles i bokhylla, minst 20 år etter at jeg kjøpte den? Greit at jeg likte *Catch 22* i sin tid og sikkert tenkte at jeg kom til å like denne boka også, men nå har jeg hatt den stående i alle disse årene uten at det kunne falle meg inn i det hele tatt å begynne å lese den.

Og da jeg meldte meg inn og ut av et par bokklubber, kom det jo bøker i velkomstpakka som jeg heller aldri har hatt lyst til å lese. Men de står der fremdeles, nye og fine.

Heldigvis er det snart loppemarked i byen. De skal jammen meg få alle disse bøkene, her skal det bli glissent i rekkene, ut med det gamle, inn med de nye bøkene, samtidsromanene, bøker jeg har lest og likt og som har gitt meg mye. De skal få bli her i fellesskapet, for jeg nyter synet av dem, av minnene av hver enkelt opplevelse, og perioden jeg leste dem.

Forresten, det loppemarkedet, kanskje det er noen bøker der som kan friste? Nå som det er så god plass i bokhylla?



Kjell Skott

Iranske valmuer

Lily Bandehy har to kvinnehelter fra Iran. De har hun skapt selv.

Tekst **Marit Fonn** Foto **Stig Weston**

Lily Bandehy (62) har gitt ut sin første roman. Men sin andre bok. Den heter *En slette full av valmuer*.

Bandehy er psykiatrisk sykepleier. Hun har full stilling på avdeling for førstegangsspsykosier på Oslo universitetssykehus.

– *Er romanen inspirert av jobben?*

– Ja, del to er det. Den ene hovedpersonen blir psykotisk under fødsel. Psykosene kommer og går. Hver gang hun er under press, blir hun forvirret.

Første del handler om unge Jasi som blir giftet bort til den mektige Kamrankhan, like gammel som faren hennes. Hun blir glad i ham som en far, men forelsker seg i en mann på sin egen alder. Andre del handler om Henna, som har flyktet fra aytollaenes Iran.

Handlingen foregår i Bandehys fødeland, både i nåtid og fortid.

I 2003 ga hun ut boken *Jeg kommer fra Iran*. Der beskriver hun sitt dramatiske liv med kvinneundertrykking og flukt. Hun kom til Norge i 1989 med tre sønner. Den fjerde og eldste var allerede her. Yngstemann var ett år. Hun ble skilt og fikk aleneansvar for alle fire.

– *Hvorfor har du skrevet bok denne gangen?*

– Etter den første hadde jeg fortsett mye mer å si om kvinnekamp og kamp for frihet. «Hva skal jeg gjøre», tenkte jeg.

Mye av innholdet i boken er inspirert av barndommen. Da barna var

ulydige, kunne de voksne si: «Jeg håper du blir murt inn veggen.» Hun forsto ikke hva de mente.

– Da jeg ble større, spurte jeg min mor: «Hva betyr det?» Hun fortalte at kvinner som hadde vært utro eller blitt gravide utenfor ekteskap, ikke ble sett som ærbare. De kunne ikke vises fram. Derfor ble de drept – og murt inn i den tjukke veggen.

– *Dette skjedde før din tid?*

«Da Tooji vant, var jeg så lykkelig.»

– Ja. Men æresdrap foregår fortsatt, til og med i Norge. Innvandrersømmen til Europa sørger for at også her er det menn som dreper koner, brødre som dreper søstre og fedre som dreper døtre. Kineserne vil bare ha guttebarn og dreper jenter. I India druknes jenter i elven. I Saudi-Arabia druknes jenter som ikke er ærbare, i bassenget.

Bandehy ville gi en stemme til disse jentene. Men hun ser også saken fra den andre siden:

– Dette er ikke spontane drap. Æresdrap er godt planlagt. Men de begås av fedre som er glade i døtrene sine. De dreper fordi det religiøse presset er så stort. De som dreper er ofte sympatiske.

En slik mann er med i romanen.

– Hver gang jeg skrev om ham, gråt jeg. Han var tvunget til å drepe for å hindre noe verre.

Hun har brukt en nabo jente fra Iran som modell. Hun var utro, ble gravid og måtte flykte. Bandehy har

også brukt sitt eget liv som materiale i romanen.

– Jeg har skapt to kvinnehelter. Jeg har skrevet på en lett måte. Samtidig er den unorsk, fordi jeg bruker poetiske vendinger og skaper sterke bilder.

Iransk fortellertradisjon preger boken. Hun innrømmer at hun har et romantisk menneskesyn.

– Det er 120 års aldersforskjell

på de to heltene mine. Men begge kjemper for frihet, lidenskap og kjærlighet. Det innebærer retten til å være mor og kvinne. Du skal ikke være redd for å bli forelsket, uansett.

– *Det er budskapet?*

– Ja.

– *Hvor lenge har du holdt på med boken?*

– Etter første bok fikk jeg mange henvendelser fra kvinner med flyktningbakgrunn. De spurte om jeg ville skrive om deres liv. Ved å skrive en roman, har jeg mer frihet.

Allerede for sju-åtte år siden skrev hun et råutkast. For hånd. Det ble liggende noen år. I sommerferien i 2011 ble det intens skriving.

– Jeg skriver på norsk og drømmer på iransk. Det er rart.

Best flyter skrivingen etter en tur i frisk luft eller når hun er på reise-fot. For eksempel til Dovre, der hun ofte drar.

Til Iran kan hun ikke reise. Hun er svartelistet på grunn av politisk



Lily Bandehy

Aktuell med: **En slette av valmuer**

aktivitet. Siste gang hun var der var i 1999. Da ble hun avhørt og fratatt pas-set. Hun fikk det tilbake og kom seg ut.

– Da min bror ble kreftsyk, ville jeg så gjerne treffe ham og gi ham en klem. Det kunne jeg ikke. Han døde i fjor høst.

Det gode med livet i Norge er at hun kan tenke og si hva hun vil.

– Her er ingen diktator, ikke noe religiøst press. Den friheten betyr veldig mye. Men jeg har det evige savnet og lengselen. Etter familie og hjemmet som jeg arvet i det gamle Persia.

– Men du har klart deg bra?

– Jeg synes jeg har fått til mye. Med barn, økonomi, jobb. Jeg har gode kolleger. Men når man er flyktning, sitter den biten med lengsel i. Plutselig kan tårene komme, utløst av et eller annet, fordi savnet er så

stort. Det er trist. Men jeg er glad i Norge.

Hennes yngste sønn er Tooji, som vant den norske grand prix-finalen. Også han er opptatt av menneskerettigheter, og jobber med asylsøkerbarn.

– At han vant var ikke bare en anerkjennelse for ham, men for hele familien. Mange, også ukjente, sa etterpå at de er glade for at vi bor i Norge. Jeg føler mer tilhørighet. Nå tilhører vi denne flokken.

Hun håper at sykepleiere leser boken og gir tilbakemelding.

– Det er en viktig bok for sykepleiere som må kjenne til andre kulturer og hvordan kvinner i andre land lever. Det er vår jobb som sykepleiere å vite det.

Når det er vår i Iran, er engene dekket av flotte røde valmuer.

– Da Tooji vant, var jeg så lykkelig. Da følte jeg meg som en slette med valmuer. I boken, når jenta er lykkelig, tenker hun også på valmuer. ■■■



Framvekst og profesjonalisering, Norsk Sykepleierforbund gjennom 100 år (1912-2012)
Bind 1. Oslo: Akribe, 2012.

Av Ole Georg Moseng (2012)
Anmelder: Professor emeritus Øivind
Larsen, Institutt for helse og samfunn,
Universitetet i Oslo

«Dette er godt historisk fag-arbeid og det er god litteratur.»

Sykepleierne inn i det moderne samfunnet

Fra de første fagutdannede sykepleierne kom inn i norsk helsevesen ved midten av 1800-tallet og fram til nye sykepleiere med offentlig autorisasjon forlot sykepleieskolene på 1960-tallet, skjedde det enorme forandringer.

ANMELDELSE: Den rutinerne historikeren professor Ole Georg Moseng har skrevet første bind av Norsk Sykepleierforbunds historie. Resultatet er en meget omfattende, rikt illustrert og veldokumentert beskrivelse av både fag og forbund. Det er en drøfting av sykepleiere, sykepleiefag og sykepleieorganisering fram til rundt 1960. Da begynner på mange måter en ny tid. Sykepleieryrket er blitt etablert, rammene er definert og nye oppgaver venter for dem som skal utvikle fagfeltet videre.

Moseng har ikke hatt noen lett oppgave. Det hadde skjedd enorme forandringer på nesten alle felt siden de første fagutdannede sykepleierne kom inn i norsk helsevesen ved midten av 1800-tallet og fram til nye sykepleiere med offentlig autorisasjon forlot sykepleieskolene på 1960-tallet. De tok nå fatt på sitt yrkesliv i et nytt og moderne samfunn. Et viktig eksempel på utviklingen er at sykepleieryrket på langt nær var like klart definert som både jordmoryrket og legeyrket gjennom hele 1800-tallet. En ny yrkesgruppe for kvinner vokste fram, men hva var drivkreftene?

Mosengs bok er forbilledlig i hvordan den beskriver de mange prosessene som mer eller mindre pågikk samtidig. Medisinen som fag, helsevesenet som arbeidsfelt og generelle krav til kvalifisert hjelp til arbeidet med å håndtere helseforholdene i en stadig økende befolkning, stilte krav. Men hvordan skulle en sykepleier være?

Sykepleiens historie kan skrives på

ulike måter. Man kan ta utgangspunkt i Florence Nightingale, «the lady with the lamp», ånden fra Krim, sykepleierkallet og den selvutslettende oppofrelse for andre. Men det er for enkelt.

Man kan ha et demografisk blikk på siste del av 1800-tallet og drøfte hvordan det ble behov for nye typer arbeidsplasser i et stadig mer komplisert samfunn. I et klasseperspektiv var det nå middelklassens døtre som fulgte etter den lavere stand inn i arbeidslivet, og det oppsto yrker som passet for dem.

Det er også rimelig å se sykepleiens utvikling med feministiske øyne. Verden var mannsdominert. Utviklingen av sykepleiefaget hadde dyp forankring i et tradisjonelt kvinnesyn og satte tradisjonelle, kvinnelige verdier høyt, men utfordret likevel det etablerte syn på kvinnens rolle. Sykepleiens historie er derfor også en del av kvinnesakens historie.

Arbeid for å ivareta åndelige verdier i en verden truet av sekularisering kunne også skje gjennom sykepleie. Fra 1868 kom utdanningen av diakonisser i gang i Norge. Diakonissene fikk etter hvert en bred plass i utviklingen av sykepleiefaget. Men deres anliggende var ikke entydig. Sykepleien var et redskap for deres innsats for sjelens frelse. Professor Julius Nicolaysen uttalte seg da også kritisk til religiøs propaganda i Rikshospitalets sykestuer. Flere fortellinger om sykepleiens historie kan således leve parallelt.

Moseng påpeker de mange aspek-

tene og vinklingene og gir gode eksempler til belysning av dem. Han har gjort et omfattende kildearbeid. Leseren forstår at Moseng ofte ikke har gitt seg før han var kommet helt til bunns i sin graving i tilgjengelig materiale. For eksempel har han sett på hvem som søkte, fikk og ikke fikk stillingene som sykepleiere på Rikshospitalet rundt 1860. Disse dokumentene viser hvor uklare oppfatningene om sykepleie lenge var blant alle impliserte. Damer som var rekruttert til sykepleien hadde vært sendt til pastor Flidner i Kaiserswerth for utdanning på det offentliges bekostning. Pastor Flidners glorie blekner imidlertid noe når vi hører om de høye skolepengene. Sluttet etter forholdsvis kort tid gjorde de også, de nye sykepleierne. Man kan nesten forstå professor Christen Heiberg da han i 1869 mente at kanskje var man like tjent med å la hospitalets bademester Olsen overta for oversykepleiersken.

Klassepreget i deler av sykepleierutdanningen merker vi tydelig i frøken Bornemanns hjem, der hun utdannet Røde Kors-søstre. Moseng gjengir nesten ondsksfullt et fotografi fra frøken Bornemanns høyborgerlige interiør.

Utviklingen fram mot da 44 sykepleiersker samlet seg og dannet Norges Sykepleierskeforbund i 1912, var altså variert, ikke minst fordi de som arbeidet med oppbygging av sykepleie ikke hadde felles mål. Det var heller ikke felles behov. Legenes underforståtte og vedvarende ønske om å etablere en



SYKEPLEIELEVER: Betingelsene for elevenene på Røde Kors skal ha vært harde ved begynnelsen av 1920-årene, og et stort flertall sluttet på skolen. Her fra oppholdsrommet ved Røde Kors klinikk (Illustrasjonsfoto fra boken).

gruppe som skulle være deres assistenter, er legitimt. Det kolliderte med dem som så for seg en yrkesgruppe med egen selvstendighet. Men i et hierarkisk oppbygd samfunn var ikke innplassering på et av trinnene nødvendigvis å anse som undertrykkende.

Historien er også preget av sterke personligheter: Eksempler: Pastor Julius Bruun som vaktet diakonisseutdanningen, kvinnesakskvinnen Fredrikke Qvam som bygde opp Norske Kvinners Sanitetsforening og snudde på hælen fra sanitet i krig til tuberkulose og sykepleie da den forventede krigen med Sverige i 1890-årene uteble. Og det er mange flere.

Men en av de sterkeste personene fant vi nettopp i 1912 – Bergljot Larsson. Med kløktig strategi og årvåken taktikk klarte hun å rydde plass for

en sykepleierforening som kom til å definere både yrket og faget i Norge. Alle uklarhetene gjorde at både andre synspunkter og andre sammenslutninger kunne true det hegemoniet hun strebet mot gjennom sitt prosjekt. Arbeidet kostet konflikter både utad og innad. Sykepleien ble imidlertid etter hvert hennes rike som hun hersket over. Det hele stivnet riktignok på slutten. Motsetningene ble for mange. Bergljot Larsson skjønte hvor det bar. Hun trakk seg til slutt som leder i 1947 men forble som grå eminense i tiden som fulgte. Moseng beskriver de indre og ytre konfliktene gjennom første halvdel av 1900-tallet meget godt.

Moseng vier stor plass til sykepleie i distriktene – sykepleierforeninger, distriktssykepleie og mye annet. Dette er interessant. Fotfolkets slitsomme

og mangslungne virke kommer ofte i skyggen når historien blir skrevet om sykehussøstre i nystørkede uniformer.

Sykepleieforbundet under Den annen verdenskrig er bredt dekket. Typologisk skiller sannsynligvis ikke det som beskrives her seg så mye fra hva andre organisasjoner og yrkesgrupper opplevde i de vanskelige årene. Men med sin etikk var forholdene litt spesielle for sykepleierne. Hva skulle man gjøre, og hva skulle man ikke gjøre når verdier og normer var kryssende? Saken med Røde Kors' negative holdninger etter krigen overfor front søstrene som hadde pleiet fiendens soldater, er drøftet.

Profesjonssosiologi er et forholdsvis nytt fagområde. I Norge skjedde det ikke så mye på området før i 1960-årene. Nå vet vi hva som karakteriserer

en profesjon, hva som bør gjøres for å bygge opp en profesjon og hva som skal til for å vokte den. Vi vet også at oppbygging og vedlikehold av en profesjon ofte kan ha uskjønne trekk. Man rydder seg plass ved å sparke nedover, oppover og til siden. For sykepleierne er 1800-tallets demonisering av gangkonene et eksempel på det. Absolutt alle blant dem var vel neppe lidderlige og vulgære. Vi må anta at det også der fantes kvinner som utførte et ærlig arbeid på tidens premisser.

Pionerene innen profesjonsbygging hadde neppe systematiske sosiologiske kunnskaper i bakhodet, men de handlet i tråd med prinsippene likevel. Eksempel: Bergljot Larsson valgte utdanning som en kjernesak. Ingen kan være motstander av at sykepleiere skal ha god utdanning, altså var dette et godt argument i de fleste forbindelser. Men hun brukte utdanningsargumentet også til inklusjon og eksklusjon i sin egen yrkesgruppe – ofte ganske brutalt i en tid da utdanning var et knapphetsgode og de praktiske behov i samfunnet var store.

I dag vet vi fra sosiologien at et hovedpoeng for å bygge og vedlikeholde en profesjon er at profesjonen selv utvikler og forvalter sitt eget kunnskapsgrunnlag, dvs. driver egen forskning for eget fag. Sykepleievitenskap er kommet inn senere enn i sykepleiernes pionertid, da man i hovedsak støttet seg på legenes fagkunnskaper, og det kunne også andre gjøre. Men oppbyggingen av sykepleievitenskap hører til neste avsnitt i historien om sykepleierstanden.

Moseng skriver meget godt. Dette er godt historisk fagarbeid og god litteratur. Moseng har en teknikk der han lar enkeltpersoner tre fram fra kildene. Det gjør fremstillingen menneskelig og nær.

Bildematerialet er velvalgt og godt gjengitt. Norsk Sykepleierforbund gratuleres herved med en fin jubileumsbok.

(Bind 2 ble anmeldt i Sykepleien nr. 6. Begge anmeldelsene fins på sykepleien. no sammen med et intervju med forfatterne.)



FAG

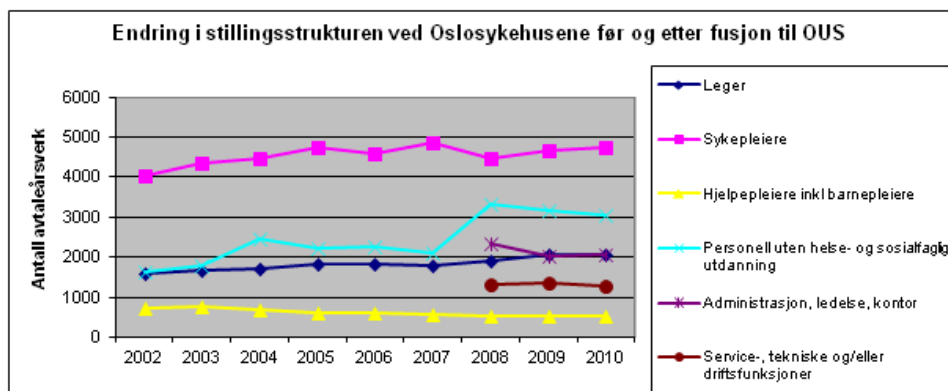
Fagdebatt Oslo universitetssykehus

Bjørg Marit Andersen, dr med, professor i hygiene og smittevern

Lite lønnsom sykehus

Sammenslåingen av Oslo-sykehus vil gi flere og dårligere pasienter samtidig som antallet stillinger kuttes.

Siden 2009 har Oslo-sykehusene Aker, Ullevål, Rikshospitalet og Radiumhospitalet vært fusjonert til ett stort sykehus, angivelig med én dør inn. Meningen var at både pasienter og ansatte skulle få det bedre i tillegg til at man ville oppnå økonomisk gevinst. Fusjoneringen startet i 2005 da Rikshospitalet og Radiumhospitalet ble slått sammen. I 2009 ble alle de fire sykehusene samlet. Prosessen er derfor i full gang, og jeg vil i det følgende se nærmere på hva som egentlig skjer når man slår fire store sykehus sammen til ett. For at sammenslåingen skal lønne seg blir alle de fire sykehusene redusert til uforutsigbare størrelser, og Aker skal på sikt legges ned. Sengetallet og antall ansatte skal reduseres. Arealer skal omfordeles og man planlegger nye bygg. Ved Rikshospitalet er mulighetene for arealutvidelser svært begrenset. I tillegg er ansvaret for rundt 160 000 oslopatienter overført til omkringliggende sykehus. Alle disse grepene gjør det nærmest umulig å finne ut om den store omorganiseringen har noen som helst effekt – og i så fall, på hva?



Usikkert ansvar

Storsykehusets ansvarsområde som lokalsykehus, regionsykehus og nasjonalsykehus er ennå noe usikkert, men man hevder det er mindre enn tidligere, uten at det foreligger sikre tall. Beregningene for Oslo og omegn, med en raskt økende befolkningsvekst og økt antall eldre, vil trolig ikke holde mål da OUS vil få ansvar for et større antall mennesker i nær framtid. I henhold til Statistisk sentralbyrå (SSB) er antall somatiske senger ved OUS i rask nedgang, og reduksjonen var allerede i gang før sammenslåingen (Tabell 1). Antallet senger i OUS er redusert med nesten en tredel, sammenliknet med Oslo-sykehusene i 2007. Antall senger som skal serve en voksende befolkning er derfor betydelig færre, og liggetiden er i snitt redusert fra seks til fire døgn. Man kan selvsagt veie opp dette ved at man øker antall innlagte pasienter slik trenden viser for Oslo-sykehusene og OUS i perioden 2002–2010. Men når flere pasienter skal inn på et sykehus med færre antall senger blir resultatet et sterkt overbelegg kombinert med færre liggedøgn per pasient. Hvilken effekt dette vil ha på kvalitet og pasientsikkerhet er ukjent. Antall somatiske dagbehandlinger er redusert med en fjerdedel i OUS, sammen-

liknet med Oslo-sykehusene, mens poliklinisk behandling er økt nesten tilsvarende i samme periode.

Dyrere senger

Det har vært en jevn økning av kostnader ved somatisk sykehusbehandling ved Oslo-sykehusene. Før fusjonen synes økningen å ha vært størst ved Rikshospitalet og seinere Rikshospitalet/Radiumhospitalet. Fra 2009 tenderer kostnadsutviklingen mot å være nedadgående. I 2010 er kostnaden for somatisk drift ved OUS på nivå med det Oslo-sykehusene hadde til sammen i 2005. Selv om de totale driftskostnadene for somatisk tjeneste synes å være noe redusert i 2010, er kostnader per seng økt fra 5,6 millioner på årsbasis i 2007 til 6,4 millioner i 2010.

Færre ansatte

Totalt antall avtaleårsverk ved OUS var litt høyere i 2010 enn i Oslo-sykehusene i 2008, det vil si ingen innsparing i årsverk (Tabell 1). Avtaleårsverk ved Oslo-sykehusene har ligget på mellom 12 000 og 13 000 siden 2002. Men trykket på nedlegging av årsverk økte i 2011. Dessverre foreligger det ikke tall for 2011 fra SSB ennå. Siden 2002 har det vært en lang-

Hovedbudskap

Fusjonen av fire sykehus til OUS i 2009 har ført til at færre og dyrere sykehussenger betjener en økende befolkning i Oslo-området. Økt press på sykehussenger medfører risiko for at sykehustrengende pasienter blir avvist eller gjennomgår ufullstendig diagnostikk og behandling.

Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

► Helseforetak ► Spesialisthelsetjeneste ► Smitte
► Økonomi

fusjon

som økning i stillingsandeler for sykepleiere og leger og denne økningen fortsetter i OUS (Figur 1). Annet helsepersonell som hjelpepleiere og barnepleiere reduseres. Økningen av gruppen «personell uten helse- og sosialfaglig bakgrunn» økte kraftig ved Rikshospitalet i 2003–2004 og på nytt ved Rikshospitalet/Radiumhospitalet i 2007. Hva som ligger i disse tallene er usikkert og bør granskes nærmere. SSB slår sammen administrasjon, ledelse og kontor med intern service og drift frem til 2008. Det er et tankekors at det er like mange i administrasjon og kontor som det er leger ved sykehusene. Det er også bekymringsfullt at antall årsverk i intern service og drift er betydelig lavere en i administrasjonen og at dette ytterligere reduseres i 2011 og 2012. Med økt aktivitet, kortere opphold, større gjennomstrømming av pasienter og dårligere pasienter, vil belastningen på personalet øke parallelt med at man reduserer antall stillinger og belegger sengene nærmest 100 prosent hele året. Dette kan føre til problemer med hygiene og smittevern siden det er disse «myke verdiene» som forsvinner først når man begynner med innsparinger.

Redusert kapasitet

OUS er i ferd med å få en betydelig kapasitetsreduksjon av senger, antall liggedøgn og antall dagbehandlinger per år sammenliknet med tidligere. Dette til tross for en betydelig befolkningsøkning i Oslo-området. Til gjengjeld er det en merkbare økning av poliklinisk aktivitet som kanskje for en stor del er generert av ventelistegarantien og som kanskje ikke i seg selv fører til en grunnleggende behandling for pasienten. Dersom beleggsprosenten skal ligge på det som helsetilsynet nasjonalt og internasjonalt anbefaler som normalt – cirka 85 prosent, er reduksjon av sengekapasitet nesten 30 prosent fra tidligere! Hver seng benyttes i snitt av 75 pasienter hvert år. Dette er en økning fra tidligere, og hver seng er i bruk nesten alle dager i året. Dessuten koster sengen mer ved OUS enn det den gjorde ved de tidligere Oslo-sykehusene. Det vil derfor være et betydelig

Aktivitet og kostnader ved Oslo-sykehusene 2007 – 2010 – før og etter fusjon til OUS (SSB)				
	2007 Før	2010 Etter	Reduksjon %	Økning %
Senger	2202	1588	28	
Antall innlagt (utskrevet) pasienter	116911	118212		7,1
Antall liggedøgn	658934	561887	14,7	
Antall dagbehandlinger	108352	79793	26,3	
Antall polikliniske behandlinger	650689	859476		24,3
Antall senger 85% belegg	1872	1350	27,9	
Antall pasienter per seng/år	62,5	74,4		16
Antall liggedøgn/totalt antall senger/år	300	354		15,3
Liggetid/seng/år (gjennomsnitt) - døgn	6	4	33,3	
Driftskostnad- somatikk (millioner kr)	12343	10173	17,6	
Kostnad per seng/år (million kroner)	5,6	6,4		12,5
	2008	2010		
Antall avtale årsverk - somatiske sykehus	12708	12945		1,8

Mars 2012, Bjørg Marit Andersen.

press på sengekapasiteten fremover. Men for å holde kapasiteten oppe reduserer man liggetiden i gjennomsnitt med en tredel til fire døgn per pasient.

Konklusjon

Under slike forhold bør man diskutere hva som er akseptabel minimum gjennomsnittlig liggetid for alvorlig syke pasienter ved sykehus. Særlig fordi det mangler etablerte «B-sykehus» for videre behandling av alvorlig syke pasienter i Oslo-området. For kort liggetid kan føre til for tidlig utskrivelse, for dårlig diagnostikk og behandling, reinnleggelser og alvorlig forverring av sykdommen. Samlet kan en slik utvikling bli svært fordyrende for samfunnet. I tillegg vil presset på effektivitet og gjennomføring for lege- og pleietjenesten, for medisinsk service og diagnostikk, operasjonsavdelinger, intern service, renhold og vedlikehold øke. Et ustrukturert sykehuskonglomerat med manglende oversikt, kapasitet, ansatte, kompetanse, senger og areal vil helt

klart gå ut over sykehusets hygiene og smittevern. Det kan føre til risiko for mer alvorlige sykehusinfeksjoner og spredning av resistente bakterier. Dette har man ikke tatt hensyn til i det hele tatt ved planleggingen av OUS. Hittil (2010-tall fra SSB) har ikke OUS vist å fylle

«For å holde kapasiteten oppe reduserer man liggetiden i gjennomsnitt med en tredel, til fire døgn per pasient.»

noen av de kravene som ble satt til innsparinger i årsverk eller utgifter per seng. Og det er fremdeles mange dører inn i systemet. Samtidig er kvaliteten på behandlingen truet av for stort turnover, minkende kapasitet og kompetanse, og manglende opplegg for de meget syke sykehuspasientene som er «ferdigbehandlet» ved OUS. ■■■



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

Sykepleien er «limet» i den sykes hverdag

Sykepleiefagets renommé og verdi står og faller med kyndighet i fag og moralsk opptreden.

I den siste tiden har det vært ulike refleksjoner og utspill i forhold til betydningen av god sykepleie til alvorlig og kritisk syke mennesker. Dette gjelder ikke bare i møtet med pasienten, men også betydningen av sykepleierens holdninger og omsorg overfor pasientens pårørende. Både positive og negative refleksjoner framkommer, som i reportasje og intervju med Finn Nortvedt i Sykepleien nr. 3 og i en kronikk i Aftenposten av Bjarne Hjeltnes og Geir Sverre Braut den 20. april d.å. Disse innleggene skisserer to helt ulike virkelighetsbeskrivelser. Den ene fremstiller sykepleien i meget positive vendinger, og da særlig den betydning som helt grunnleggende

i dag, og kanskje som en beskrivelse av ytterpunkter.

Er den første beskrivelsen dekkende for dagens sykepleie, eller er Aftenpostens kronikk et varsel om at noe er alvorlig galt med sykepleiefaget? Et problem er at vi vet ikke noe særlig om dette. Det finnes så vidt jeg vet ingen systematisk kartlegging av kvaliteten på den grunnleggende sykepleien som pasienter får i dagens helsevesen. I den grad man har data på den etiske og faglige kvaliteten på utøvelse av sykepleie, finnes det ingen systematisk sammenstilling av disse data. Herved er ballen kastet som en oppfordring til forskning på dette viktige området.

Grunnleggende sykepleie

I tillegg er begrepet grunnleggende sykepleie mangetydig. Primært innebærer det alle tiltak som har å gjøre med pasientens behov for ernæring, palliasjon, hvile, eliminasjon, respirasjon, i tillegg til observasjon av pasientens subjektive og objektive tilstand. Ulike sykepleietiltak i forhold til disse behov skal imøtekommes på en omsorgsfull måte, og sykepleieren skal se mennesket bak pasientrollen, dvs. den individuelle person som er i behov for hjelp.

Eksempler på god grunnleggende sykepleie kan være følgende: En pasient med funksjonssvikt må ha hjelp til å drikke. Det er ikke nok å sette et glass på nattbordet, gi pasienten rin-

gesnoren og gå igjen. En nyoperert pasient trenger sin smertestillende før han skal opp av sengen og vaske seg, ikke etterpå. Det som for en frisk kan være uvesentlig, kan bety uendelig mye for den som er syk. Det kan være et vennlig ord og et blikk, at man spør hvordan pasienten har det i dag, om natten har vært god, eller om det er noe spesielt pasienten/beboeren/brukeren eller familien har behov for. Dette er elementært og viktig.

Både faglig kyndighet og god omsorg

I de hippokratiske tekstene kan man lese at det viktige for en lege var å være et godt menneske. God moral kunne kompensere for det som mangler i utøvelse av legekunst, er et berømt utsagn fra 449 før Kristi fødsel (Edelstein 1967). I dag må sykepleieren besitte begge deler, både faglig kyndighet og personlig moral. Jeg er imidlertid redd for at basale ferdigheter i stell som ikke er målbare lett kan glemmes i en hektisk hverdag. Dette er ofte moralske og faglige ferdigheter som først merkes når de er mangelvare, men som kan bety utrolig mye når livet går i stå.

Sykepleiefagets renommé står og faller med faglig kyndighet og moralsk opptreden. Særlig mye står på spill hvis ikke pasientene kan være trygge på at den sykepleie de får er faglig kompetent. Ekstra ille blir det hvis sykepleien heller ikke evner å realisere omsorgsfullhet og personlig omtanke i daglig

«Vi vet ikke hvordan kvaliteten på sykepleien er.»

sykepleietiltak og imøtekomme har for pasientens livsmot og tilheling. Den andre beskrivelsen fokuserer derimot på både mangelfull klinisk observasjon og faglig kyndighet, samt mangel på gode holdninger i møte med alvorlig syke og pårørende. Dette er en beskrivelse av fagutøvelse som er uakseptabel som et engangstilfelle og i tillegg foruroligende hvis den signaliserer mer omfattende systemsvikt om kvalitetssvikt i utdanning og ledelse i sykepleiefaget. Antakelig er begge skildringer dekkende for hvordan sykepleiefaget utøves



stell. Da forvirrer det grunnfjell av verdier som faget bygger på.

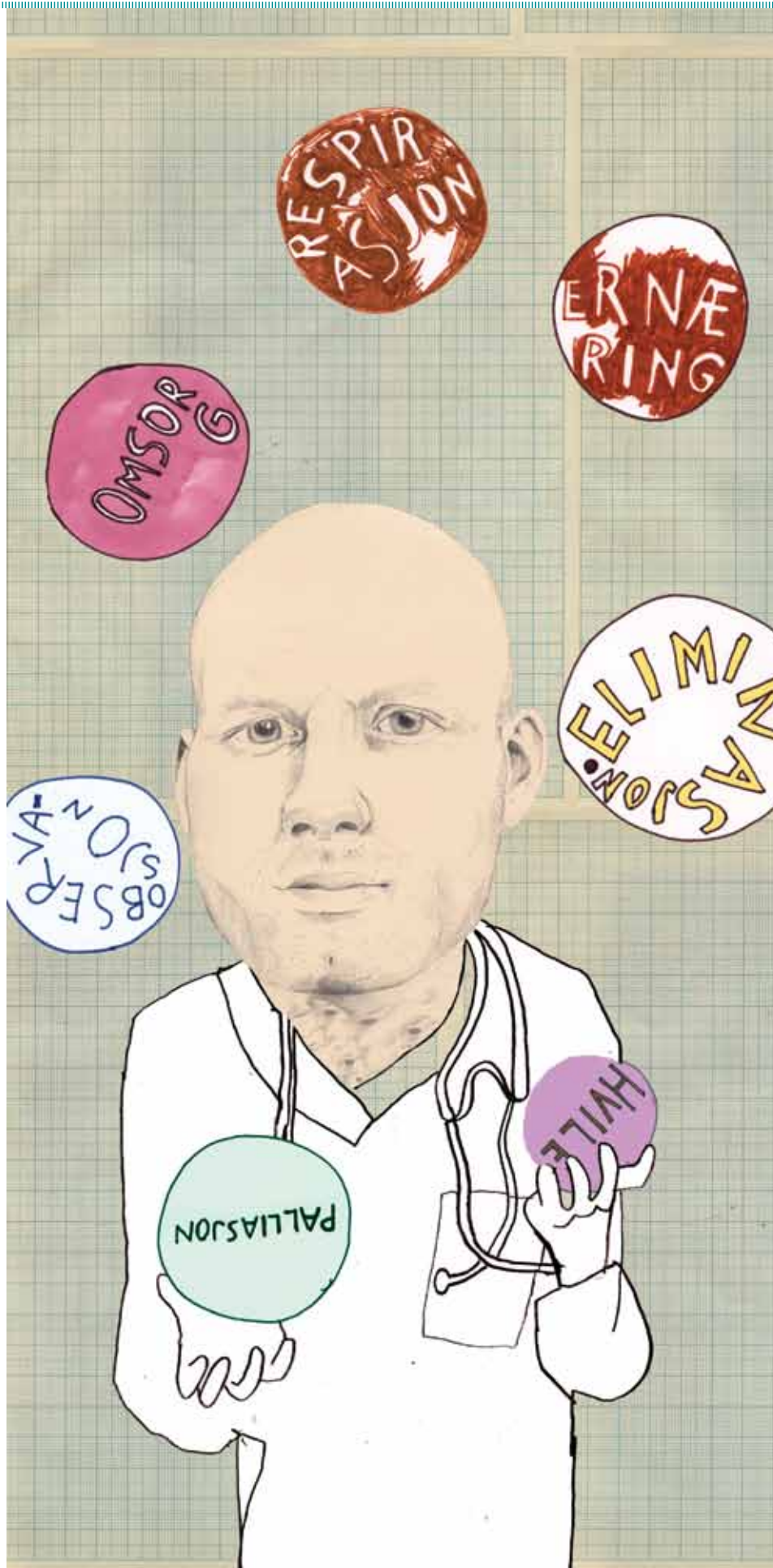
Sykepleieren er «limet»

Sykepleiens særegne kjennetegn er nettopp en vektlegging av omsorg. Felles for alle helseprofesjoner er at man må være omtenksomt til stede i utfordrende faglige situasjoner og i utøvelse av behandling og prosedyrer. Men i tillegg innebærer god sykepleie også omtanke for de små ting; et trøstende ord når det ikke er mer behandling å gi, tilstedeværelsens kvalitet når ord ikke teller, vennlig imøtekomme i blick og holdning. I sykepleien er dette spesielt viktig fordi sykepleieren binder behandlingsfunksjonene sammen. Sykepleieren er «limet» i den sykes hverdag og er til stede for pasienten og familien mer eller mindre kontinuerlig. Dette er ikke idealiserende omsorgslyrikk, men viktige faglige realiteter, og slik det bør være. Når slik omtanke ikke er til stede i det små og i det store, ser man hvor viktig den er.

Hvis sykepleien ikke kan ivareta grunnleggende faglige ferdigheter og moralske omsorgsfunksjoner, har ikke bare faget tapt, men helsetjenestens moralske grunnlag vil forvitte. ■■■

KILDER:

Nortvedt F. Sykepleieren som skiftet side. Sykepleien 2012; 3:82-85.
Hjeltnes B, Braut GS. Helsetjenesten mangler dirigenter. Aftenposten 20.04. 2012.
Edelstein L. Ancient Medicine. New York: John Hopkins University Press, 1967.



Quiz

Tekst **Nina Hernæs**

Er du en kompetent sykepleier?

Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hva er Trond-Viggo Torgersen utdannet som?

- A Lege
- B Sykepleier
- C Homøopat

2 Hvor er det høyest andel overvektige barn?

- A I byen
- B På bygda
- C Likt fordelt

3 Hvordan kan syfilis helbredes?

- A Med antibiotika
- B Med mye sex
- C Med avholdenhet

4 Stiger eller synker antall tilfeller av syfilis i Norge?

- A Det stiger svakt
- B Det synker veldig
- C Det er ikke syfilis i Norge

5 Et annet ord for orfvirus sykdom?

- A Sauekopper
- B Kattekopper
- C Kukopper

6 Hvor mange tilfeller av orfvirus sykdom påvises hos mennesker i Norge i året?

- A Kan ikke ramme mennesker
- B 0–5
- C 100

7 Hva slags medisin har revebjelle blitt brukt til?

- A Hjertemedisin
- B Såre testikler-mikstur
- C Hasjavenning

8 Hva heter revebjelle på latin?

- A Digitalis
- B Testis
- C Rusulum

9 Er revebjelle giftig?

- A Ja
- B Nei
- C Usikkert

10 Vokser revebjelle vilt i Norge?

- A Ja
- B Nei
- C Ikke offisielt, men på hemmelige plantasjer



MULIG SMITTE? Kan denne ha orfvirus sykdom? 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 Lege, 2B På bygda, 3A Med antibiotika, 4A Det stiger svakt, 5A Sauekopper, 6B 0–5, 7A Hjertemedisin, 8A Digitalis, 9A Ja, 10A Ja

FAG Nyhet

Realistiske hundreåringer

Hundreåringer er som folk flest: De ønsker å leve en stund til.

Tekst **Barth Tholens**

Stadig flere nordmenn blir 100 år. Mens det i 1950 bare var 50 personer, var det hele 739 personer som var hundre år eller eldre ved inngangen til 2012. Det ventes nå at minst én av 5000 personer vil oppnå en slik respektabel alder. Det kan bety at Oslos største sykehjem, Hovseter-hjemmet, nesten helt kan fylles med hundreåringer.

Margareth Bondevik ved Universitetet i Bergen har nå gjort en studie for å se på hundreåringenes livskvalitet. Studien er publisert i tidsskriftet Geriatrik sykepleie som kommer ut denne måneden. Bondeviks funn viser at de fleste hundreåringer opplever at de har hatt et godt og meningsfylt liv. Mange har nylig flyttet fra eget hjem til institusjon. De opplever at det er lettere å tilpasse seg de nye omgivelsene når de opplever å ha råderett over noe i eget liv. Opplevd respekt styrker selvtillit og livskvalitet.

I likhet med de fleste ønsker også hundreåringer å leve en stund til. Mange synes de har det bra og har ingen bekymringer for fremtiden. Andre uttrykker håp og bekymring på områder som griper dypt inn i tilværelsen. I Bondeviks studie oppga mange hundreåringer at de hadde et stort behov

NYTT GERIATRISK SYKEPLEIE: Etter å ha bodd hjemme på garden i 101 år er det en stor overgang å komme hit mot min vilje, og så lenge helse mi er knallsterk. Men de er greie mot meg her. Jeg kan ikke klage, sier en av informantene i Margareth Bondeviks studie.



for å snakke om eksistensielle spørsmål, selv om de hadde et realistisk forhold til døden.

Bondevik, som selv er amanuensis emerita og sykepleier, mener at undersøkelsen vil gi bedret empirisk grunnlag for relevante intervensjonsstrategier. Totalt intervjuet hun 51 personer i alderen 100–105 år, 38 kvinner og 13 menn. Bare to av informantene bodde sammen med ektefelle. Fellestrekk for de aller fleste hundreåringer var at de hadde god helse – og at de alltid hadde hatt det. De hadde hatt et aktivt liv og hadde fortsatt gode følelsesmessige bånd til andre.

– Jeg har greid meg fordi jeg har stått på, ga aldri opp, ga meg ikke over, som en av informantene uttrykte det. ■■■

Ny ordfører, ny medisin

Fyresdal kommune tilbyr nå alternativ medisin som en del av helsetilbudet.

Erik Skjervagen ble ordfører i kommunen i fjor høst. Han har studert kinesisk medisin i 15 år og praktisert i 10 år.

– Planen er at folk i Fyresdal skal få et mer allsidig tilbud enn folk ellers i lan-

det, sier Skjervagen til NRK. Han håper et slikt tilbud også vil øke tilflytting til kommunen.

Tidligere ordfører Bjørn Nome sa nei til å gjøre alternativ medisin til en del av kommunens helsetilbud.

NRK

Vi er ikke deltidselskere! Side 68

Hvordan går samhandlingsreformen? Side 72

Sykepleien på 70-tallet: Streik og elektrisk sug. Side 78

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 ROLF LINDEMANN

«Jeg fryktet å miste jobben eller kontakten med ledelsen.»

74

KRONIKK ROLF ANDREAS MARKUSSEN

«Produseres kunnskap på en fundamentalt ulik måte av forskere sammenliknet med praktikere?»

70



NSF HAR ORDET

Forbundsleder Eli Gunhild By

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: eli.gunhild.by@sykepleierforbundet.no

Snakk sammen om heltid!

Vil man redusere deltidsbruken, bør leder sette seg ned og snakke med de ansatte i stedet for å sende ut standardiserte spørreskjemaer.

Helseministeren krever reduksjon i deltidsforekomsten, men helseforetakene med sin arbeidsgiverorganisasjon i spissen, melder at svært få deltidsansatte ønsker heltid. Det skapes et inntrykk av sykepleierne som vrang og lite interesserte i å jobbe heltid.

Belastende arbeidssituasjon og at arbeidsgiver ikke tilbyr annet enn deltid er, i tillegg til omsorgsforpliktelser, de vanligste forklaringene på deltidssarbeid. Men faktisk arbeidet tid er for mange langt høyere enn avtalt arbeidstid. Sykepleieryrket ligger på topp på målinger av

Nyutdannete sykepleiere ønsker seg heltidsstillinger!

den helsebelastende kombinasjonen av høye krav og lav kontroll. Med dette som utgangspunkt er det forståelig at en lavere stillingsbrøk kombinert med «shopping» av vakter kan gi en opplevelse av fleksibilitet og kontroll for den enkelte.

Det er svært korttenkt av arbeidsgiverne i helsesektoren å fortsette å bygge opp under forestillingen om deltidskulturen blant sykepleierne. Et for høyt antall deltidsansatte er ikke bra, verken for pasientene, arbeidsgiverne eller de ansatte. Det gir verken god kvalitet, lønnsomhet eller et godt arbeidsmiljø. Den siste undersøkelsen til Bente Abrahamsen, som har forsket mye på sykepleieres arbeidstid, konkluderer med at deltidspreferansen blant sykepleiere er i endring. Dette er gode nyheter og i samsvar med både arbeidskraftbehov, ressursutnyttelse og politiske ambisjoner. Nyutdannete sykepleiere ønsker seg heltidsstillinger! Arbeidsgivere som ikke forstår dette, risikerer å melde seg ut av konkurransen om den beste arbeidskraften.

Det er flere mulige forklaringer på at så få



MANGE VAKTER: Når mange jobber deltid, går det ut over kvaliteten, lønnsomhet og arbeidsmiljøet, skriver By. Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt.

sykepleiere i helseforetakenes kartlegginger ønsker å jobbe heltid. En opplagt forklaring er selve kartleggingsinstrumentet og lav svarprosent. Krav om å tiltre i full stilling i løpet av en måned og usikkerhet i forhold til hvor man skal jobbe, kan være andre forklaringer. Ved St. Olavs Hospital fikk deltidsansatte tilbud om 25 prosent fast stilling i bemanningscenteret, og ikke noe sikkerhet om arbeidstid ut over dette. NSF har et landsmøtevedtak om å oppnå heltidsstillinger for sykepleiere, og vi er positive til at de ansatte skal kunne jobbe på tvers av avdelinger, i vikarpooler eller i bemanningsenheter. Til grunn for slike løsninger må det ligge noen faglige og arbeidsmiljømessige forutsetninger.

Kvalitet og pasientsikkerhet handler om å skape kontinuitet og gode fagmiljøer. Splitter man opp og fordeler ansatte på mange ulike avdelinger og enheter, skaper man i beste fall halvgode generalister. Konsekvensene for arbeidsmiljøet er åpenbare.

Ifølge Spekter og KS blir deltidsproblematikken løst dersom de ansatte bare er villige til å jobbe et par helger ekstra i året. Beregninger NSF har foretatt viser at dette spørsmålet ikke handler om enkel matematikk. Vesentlig økt helgearbeid uten bruk av andre tiltak vil bare i begrenset grad løse deltidsutfordringene i helsesektoren. Sykepleiere anser helgearbeid som en stor helsemessig og sosial belastning, og det er ikke overraskende at de ikke er positive til å jobbe tilnærmet annenhver helg for å få økt stillingsstørrelsen sin med fem prosent.

I NSF's nylig gjennomførte arbeidstidsprosjekt kom det tydelig fram at «den gode turnus» ikke kan reserveres én bestemt arbeidstidsordning. Imidlertid er det et par viktige trekk som går igjen i virksomheter der både ansatte, tillitsvalgte og arbeidsgiverne er fornøyd med arbeidstidsordningen: Involvering av ansatte og tillitsvalgte, og fordeler som «veier opp» for ulemper slik at ordningen totalt sett oppleves som god. Skal vi få bukt med både den ufrivillige og den frivillige deltiden i helsesektoren, må partene i fellesskap se på hvordan turnusordningene skal organiseres med utgangspunkt i de faktiske behovene, herunder bemanning og kompetansesammensetning, og individuelle behov. Da holder det ikke med standardiserte spørreskjemaer sendt ut av en fjern HR-avdeling. Den enkelte leder må sette seg ned og diskutere både med hver enkelt ansatt og den tillitsvalgte. Da snakker vi kontinuerlig og involverende arbeidsmiljøarbeid.

Eli Gunhild By

Tidene har endret seg

Før var det oss. Nå er det deg!

I Sykepleiens jubileumsutgave, som kommer ut i desember, inviterer vi våre lesere til å utforme bladet selv, sammen med oss.

Du får med andre ord anledning til å skape et DRØM-MEBLAD, fullt av innsiktsfulle betraktninger, intervjuer og reportasjer, slik du selv kunne ønske det.

En rekke lesere har allerede meldt seg – men vi vil gjerne ha flere som kan være med på å gjøre Sykepleien nr 14/2012 til en uforglemmelig opplevelse. Skummelt? Overhodet ikke! Honorar får du også.

Send en mail, med en ide om hva du eventuelt kan bidra med, til redaktør Barth Tholens. Tlf 40852179, epost barth.tholens@sykepleien.no

Husk: Vi hjelper deg gjerne til å realisere din ide!



MINNEORD

Gunn Nilssen

Vår kjære kollega og venninne Gunn Nilssen døde 6. desember 2011, nær 64 år gammel.

Gunn mottok den alvorlige kreftdiagnosen våren 2006, og fra første stund bestemte hun seg for at dette skulle gå bra, dette skulle hun klare. Til tross for tilbakefall i 2009 var hun like optimistisk.

Gunn var ferdigutdannet sykepleier ved Diakonissehusets sykepleierskole i januar 1972. Hun tok spesialutdanning i anestesisykepleie ved Ullevål/Lovisenberg sykehus, ferdig utdannet i 1974. Videreutdanning i administrasjon i 1988/89.

Gunn jobbet som sykepleier/anestesisykepleier ved Lovisenberg sykehus fra 1972 til 1993, fra 1986 som avdelingssykepleier ved anesthesiavdelingen.

Høsten 1993 begynte hun som anestesisykepleier ved Røde Kors Klinikk, og fra 1995 avdelingsleder samme sted. Hun hadde ansvaret for å bygge opp anesthesiavdelingen. Gunn gjorde en fantastisk god jobb, og la grunnlaget for at avdelingen er det den er i dag.

Gunn var faglig dyktig, satte alltid pasienten i fokus, hun var en «ener» i anestesi. Når en av oss kollegaer selv eller noen av våre nærmeste kom i en situasjon da vi trengte operasjon og narkose, var Gunn den vi alle ønsket som anestesisykepleier.

Gunn var stolt av yrket sitt, noe hun viste daglig.

Til tross for sykdommen jobbet hun til det siste. Hennes store ønske var hele tiden å komme tilbake til jobb.

Gunn var et menneske man fort ble glad i og kunne stole fullt og helt på. Hun var snill, ærlig, rettferdig og en kollega og venninne med sjarm og godt humør.

Hun var sosial og «levende», alltid den som i festlige lag holdt ut til siste slutt.

Gunn hadde stil. Hun kom på jobb punktlig, var alltid vakker og velkledd. Hun var trygg og selvstendig, hun smilte og var glad. Hun hadde det godt, hun var lykkelig.

Dessverre varte ikke lykken evig for Gunn. Sykdommen residiverte dessverre, og hun måtte gi seg.

Vi har mange gode minner, og vi var utrolig glade i Gunn. Vi savner henne så inderlig mye.

På vegne av kolleger på Aleris Sykehus,
Rita Godvik, Bjørge Eli Halleland Eidem, Arve Erichsen



Rolf Andreas Markussen, stipendiat,
Høgskolen i Narvik, Avdeling for
helse og samfunn

KRONIKK Praksisfeltet

Et kritisk blikk på kunnskapsbasert praksis

Gjør prioriteringen av kunnskapsbasert praksis at politiske veivalg blir til spørsmål om hva forskningen anbefaler?

De samles gjerne under betegnelsen praksisfeltet, disse stedene der sykepleiere, lærere, sosialarbeidere og andre ansatte i velferdsstatens førstelinje møter sine mange målgrupper. Det er i dette feltet arbeidet med å nå politiske mål foregår. Men hva de såkalte praktikerne bør gjøre og hvilke ressurser de trenger, avgjøres innenfor helt andre felt. Ekspertisen må åpenbart befinne seg andre steder enn på sykehjemmene, helsestasjonene, skolene og sosialkontorene. Er det likevel ikke sånn at den som har skoen på vet best hvor den trykker?

Kunnskap som boremiddel

Går man til politisk tekst og tale som beskriver hvordan velferdsstatens ulike utfordringer skal møtes, er gjennomgangstoen at det vi gjør må være basert på det vi vet. Å vite holdes opp som betingelse for å handle på måter som sender oss i retning av de politisk definerte målene. Uten å vite blir innsatser vilkårlige, resultatene uvisse og bruken av tid og penger ineffektiv. Vi finner igjen denne troen på kunnskap som botemiddel under politiske faner som evidensbasert, forskningsbasert, databasert eller kunnskapsbasert praksis. Navnene varierer, men de bærer

politikkskapernes intensjoner, men som materielle, håndgripelige dokumenter som kan urette noe.

Politiske dokumenter

«Opptappingsplan for rusfeltet» (Helse- og Omsorgsdepartementet 2008) er et slikt dokument. Selvfølgelig er det både mulig og atskillig fornuft i å undersøke hvordan det går med prioriteringene og planene som er beskrevet på dokumentets 72 sider. Men det er også fullt ut mulig, og heller ikke uten fornuft, å undersøke hvordan dokumentet opptrer.

For å få det til må vi venne oss til å betrakte det, ikke bare som et statisk og passivt manuskript som mennesker mer eller mindre følger, men som en aktør som i likhet med menneskelige aktører har skaperkraft. Med et slikt perspektiv kan man gjøre Opptappingsplanen til gjenstand for analyse og undersøke hvordan den skaper en helt konkret orden i verden der ute; hvordan den målbærer spesifikke problemdefinisiøner, årsakssammenhenger og løsninger der det opptrer i feltets ulike praksiser.

Allerede i hovedmålet «Bedre kvalitet og økt kompetanse» kan vi starte sporingen av dokumentets aktøregenskaper. Formuleringen forutsetter en helt spesifikk sammenheng mellom kompetanse og kvalitet: Økt kompetanse fører til bedre kvalitet. Derved får kompetanse både status som botemiddel og som en ressurs det finnes for lite av i praksisfeltet. Allerede i Opptappingsplanens forord, skrevet av daværende helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad, finner vi foreskrivningen av hvordan dette forbedringspotensial skal utnyttes: «Rusfeltet skal gis et faglig løft. Det skal arbeides for bedre kvalitet på hele feltet. Forskning og forskningsformidling, kunnskapsutvikling og kompetanseheving skal danne plattform for satsingen». Sitatet kan ses som rusfeltets kunnskapsambisjon, innrammet som en forsyningslinje i tre ledd: Først må kunnskap produseres gjennom «forskning» og «kunnskapsutvikling». Derneist må produktene distribueres til praksisfeltet gjennom «forskningsformidling» og «kompetanseheving». I enden av denne kunnskapslogistikken finner vi konsumentene; praktikerne som skal møte sine ulike målgrupper med økt kompetanse. Slik skal feltet få sitt «faglige løft» og «bedre kvalitet».

Opptre som aktør

I hvilken grad en slik kunnskapslogistikk avtegner realiteter

Er det ikke sånn at den som har skoen på vet best hvor den trykker?

alle på den samme ambisjonen om å forbedre praksis, fra det vi gjetter på er virksomt til det vi har vitenskapelige grunner for å tro virker.

Politikkanalyse kan derimot ha ulike formål. Ett av de vanligste er å avdekke suksess eller fiasko. Felles for slike analyser er forutsetningen om at politiske dokumenter, for eksempel lover, retningslinjer, rapporteringssystemer, forskrifter, statlige veiledere, tiltaksmanualer eller handlingsplaner, representerer politikkskaperens intensjoner. Det ligger en politisk vilje bak dokumentene. Analytikerens jobb er så å se om denne viljen skjer fyllest eller ikke. En annen, men mindre benyttet analytisk mulighet, er derimot å ta utgangspunkt i de samme politiske dokumentene for å undersøke hva de faktisk gjør. Politisk tekst blir da ikke primært betraktet som bærer av



eller realistiske muligheter, blir spørsmål som faller utenfor en analyse av hva politiske dokumenter gjør. Å betrakte et politisk dokument som aktør innebærer derimot å rette fokus mot dets «stemme», og hvordan den målbærer helt spesifikke fortellinger om hvordan verden der ute er. Å stille skarpt på det som havner utenfor disse politiske fortellingene, det som skygges legges, forutsettes, tas for gitt og unndrar seg både refleksjon og debatt, blir i stedet det potensielt produktive. Utsetter vi Opptrappingsplanens fortelling om kunnskapsbasert praksis for en slik politikkanalyse, kan vi sannsynligvis starte med å slå fast at politisk tekst som kaller på mer kompetanse verken er en sjeldenhet eller egnet til å skape bølger. Men leker vi oss litt med det politiske språk og forandrer hovedmålet til «bedre kvalitet og økte statlige bevilgninger», blir kanskje kompetanse som botemiddel litt mindre selvforklarende. Om vi i tillegg flytter oss til et norsk sykehjem og spør om det er kompetanseheving blant ansatte, eller flere hender i arbeid, mer moderne utstyr eller nytt bygg som er best egnet til å bedre kvaliteten, så kan det godt tenkes at flere har noe å melde. Det er nettopp slik politiske dokumenter opptrer som aktører: De setter et fokus, og derved forblir andre versjoner av problemer, årsakssammenhenger og løsninger ufokusert. Ofte også udiskutert.

Om vi betrakter politiske dokumenter som aktører og undersøker deres fortellinger, kan det komme grunnleggende spørsmål opp til overflaten som kanskje fortjener mer oppmerksomhet. Er det for eksempel sånn at kunnskap som produseres av forskere skjer på fundamentalt ulik måte sammenlignet med den kunnskapen som produseres av praktikere i deres daglige arbeid? Og kan man forutsette at forskerprodusert kunnskap har egenskaper som gjør den flyttbar til praksisfeltet gjennom såkalt kunnskapsformidling og kompetanseheving? Hvis ikke,

hva skjer når forskernes funn skal konverteres til praktikernes handlingsendringer gjennom kurs, seminarer, kunnskapsbaser på internett, videreutdanninger, statlige veiledere eller programmanualer?

Som et alternativ til å la analysen av Opptrappingsplanens effekter være avgrenset av spørsmål om politikkenes suksess eller fiasko, kan man stille skarpt på spørsmålet om dens fortelling om kunnskapsbasert praksis også skaper effekter som ligger utenfor det offisielle målet om reduksjon av rusmidlenes negative konsekvenser; at dokumentet virker også på andre måter: Tjener det spesifikke posisjoner og interesser i ekspertisehierarkiene? Gjør prioriteringen av kunnskapsbasert praksis at politiske veivalg blir til spørsmål om hva forskningen anbefaler? Ligger det implisitt i politikken en forflytning av ansvaret for å innfri politiske løfter fra politikkenes og vitenskapens eliter til kommunalt ansatte i velferdsstatens førstelinje? Er kunnskapsbasert praksis et politisk mål som også legitimerer at ulike institusjoner holder liv i hverandre gjennom produksjon og utveksling av dokumenter?

Kjetterske spørsmål

Noen av disse spørsmålene er kanskje i overkant kjetterske, gitt at ambisjonen denne gang er å kaste lys over mulighetene som byr seg hvis man i politisk analyse ikke forutsetter at politiske dokumenter representerer noen sine intensjoner, men i stedet tar utgangspunkt i dokumentene og utforsker hva de gjør og med hvilke effekter. Likevel adresserer de alle forhold som skygges legges av politiske dokumenters virkelighetsfortellinger, og derved er de forhåpentligvis egnet til å illustrere en analytisk tilnærming som kan produsere andre spørsmål enn de som vanligvis råder grunnen når den politiske ambisjonen om kunnskapsbasert praksis er oppe til diskusjon, det være seg innenfor rusfeltet eller andre helsepolitiske felt. ■■■

STYRT AV ORD: Logikken i den politiske styringen er at vi må basere oss på viten. Men fortellingen om kunnskapsbasert praksis som man finner i politiske dokumenter, kan også ha andre effekter, mener kronikkforfatteren. Illustrasjon: Colourbox.



Forskriver samhandlingsreformen riktig medisin?

Under stortingsbehandlingen av samhandlingsreformen i juni i fjor hevdet talsmenn for opposisjonen at lovtekstene var uklare på flere punkter.

En rekke viktige spørsmål ville regjeringen overlate til departementet å avgjøre gjennom forskrifter, ble det sagt, men motsagt fra regjeringspartienes talsmenn. Uansett hvem som måtte få rett: Tiden er inne for å utforme forskrifter til loven og slutføre forhandlingene mellom partene i det gigantiske samarbeidsprosjektet som samhandlingsreformen er. «Djevelen er i detaljene», skriver legetidsskriftets redaktør på lederplass.

Et eksempel: Like før jul sendte helseministeren ut et høringsutkast til revidert legeforskrift. Det har skapt rabalder blant fastlegene. Før innføringen av fastlegeordningen i 2001 var det lange forhandlinger mellom legene og KS. Myndighetene ønsket å styre, mens Legeforeningen ville ha privat praksis basert på frivillighet og faglig autonomi. Nå mener helsemyndighetene at fastlegene må påta seg flere oppgaver for pasientene og fellesskapet, så som hyppigere hjemmebesøk til eldre og syke, bedre innkallingsrutiner og jevnlige brukerundersøkelser. Legene vil neppe godta

felles lov. Småkommunene må inngå tett samarbeid over kommunegrensene (interkommunalt samarbeid). Dernest skal de kommunestyrtte, eventuelt interkommunalt styrte helse- og omsorgstjenestene, samordne sine tjenester med tjenestene til spesialisthelsetjenestene, det vil si helseforetakene, som igjen er underlagt de regionale helseforetakene.

Kommunehelsetjenesten, sosial-/omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten har til dels utviklet ulike styringskulturer. Ulik styringsmåte, stedvis også ulik fagkultur og ulike verdier, vil kunne by på utfordringer. Samarbeid mellom etater og over profesjongsgrenser medfører transaksjonskostnader som vi i dag ikke har oversikt over. Interkommunalt samarbeid om store fellesoppgaver krever politiske beslutningsorganer og administrasjon. Det trengs styringsgrupper, både for å regulere det interkommunale samarbeidet, og samarbeidet med helseforetakene. Arbeidsgrupper må til, blant annet for å vinne erfaring gjennom utprøving av samhandlingsprosjekter. De ulike faggruppene og etatene vil formodentlig kreve medbestemmelse når samarbeidstiltakene skal utformes.

Stortingsproposisjonens gjentatte bruk av ordet skal pålegge kommunene en rekke oppgaver med planlegging, organisering, gjennomføring, overvåkning og evaluering av egen virksomhet. Kommunene slipper til gjengjeld pålegg når det gjelder måten tjenestene skal organiseres på. Prinsippet om «profesjonsnøytralitet», det vil si en viss oppmyking av arbeidsoppgaver over profesjongsgrensene, legges til grunn. Slik overlappende arbeidsfordeling var formodentlig en betingelse for at lovforslaget skulle være spiselig for kommunene. Men det spørs om brukerorganisasjonene og profesjongsgruppene vil godta nevneverdig slingringsmonn i organisasjonsmønsteret. De tolker gjerne idealet om tilbudslikhet vidt. Erfaringsmessig ender det med lite rom for lokal skreddersøm når tjenestetilbudene skal sys sammen.

Målet med samhandlingsreformen er å redusere presset på helsetjenesten ved å satse sterkere på helsefremmende og forebyggende arbeid. Flere og bedre kommunehelsetjenester skal avlaste sykehusene. Målet er greit. Men er strategiene de rette og virkemidlene sterke nok? ■■■

Det ender vel med lite rom for lokal skreddersøm.

nye oppgaver uten bedre betaling. Noen går sterkt ut og vil si opp kontraktene med kommunene. Myndighetene mener på sin side at det gamle avtaleverket hjemler flere tjenester enn de som nå ytes: Avtalene har ikke vært fulgt godt nok opp av kommunene, blir det hevdet.

Samordningsreformen innebærer samordning/integrering av tjenestetilbud i minst tre retninger:

- Mellom kommunehelsetjenesten og sosial-/omsorgstjenestene
- Mellom kommuner som inngår samarbeidsavtaler med andre kommuner, blant annet om drift av lokalmedisinske sentre
- Mellom kommuner og helseforetak om spesialisthelsetjenestene.

Den nye loven om kommunale helse- og omsorgstjenester knytter kommunehelsetjenesten og sosialtjenesten sammen i én

Cape Town og safari med Sykepleien



Sør-Afrika, safari og sprakende storbystemning! – med Albatros-reiseleder, 10 dager

Sør-Afrika er kontrastenes land: vakker natur, millionbyer, ville dyr, dramatisk apartheidshistorie, deilige viner og spennende shopping – og på denne rundreisen får vi en smak av det hele.

Vi begynner vårt eventyr med storslåtte safariopplevelser. I det prisbelønnede malarifrie reservatet Entabeni, som blant annet er hjemsted for de berømte og beryktede "big five": løve, leopard, bøffel, elefant og neshorn. De neste dagene drar vi på safari i åpne kjøretøyer og får også prøve oss til fots ifølge med en bevæpnet ranger. Slik kommer helt tett på det imponerende dyrelivet og den pulserende naturen. Kvelden byr på ekte afrikansk bush braai - her rigger vi oss til rette midt i den storslåtte afrikanske naturen og inntar en grillmiddag under stjernene akkompagnert av løvebrøl og sikadesang.

Etter safari venter storbystemningen i metropolen Cape Town: en av verdens vakreste byer, her venter Victoria & Alfred Waterfront som er Sør-Afrikas mest besøkte turistattraksjon og som byr på liv og røre med gatemusikanter, spennende butikker, jazzpuber og noen av landets beste restauranter. Men vi tar også turen bak kulissene og inn i apartheidregimes



historie og besøker en av de berømte og beryktede townships som var de sortes områder. Vi skal selvfølgelig også besøke et av landets berømte vindistrikter hvor vi smaker på de edle dråper. Nok et blikk inn i historien får vi når vi tar en båtutflukt ut til den beryktede fengselsøya Robben Island hvor Nelson Mandela satt fengslet i 17 år. Sør-Afrika er kontrastenes land og vi hopper fra det ene ytterpunkt til det andre når vi forlater den dystre men interessante historien og søpsøker de lekne sel- og pingvinkoloniene utenfor Kapphalvøya. Her kommer vi helt tett på og kan se hvordan de ligger og dovner seg på skjærene og leker er-tende i vannet rundt båten vår.

Med andre ord: Sør-Afrika på sitt mest utildekte, frodige, freidige og givende!

Information og påmelding hos Albatros Travel. Les mer på www.albatros-travel.no/sykepleien, Tlf. 800 58 106, e-mail info@albatros-travel.no

Vennligst opplys reisekode **LR-SYK**

Albatros
travel
Møt. DK RGF

DAGSPROGRAM

- Dag 1** Avreise fra Oslo med kurs mot Johannesburg
- Dag 2** Johannesburg – Entabeni Game Reserve
- Dag 3** Entabeni-reservatet og safari
- Dag 4** Entabeni-reservatet og safari
- Dag 5** Entabeni-reservatet.
Fly fra Johannesburg til Cape Town
- Dag 6** Vinlandet & Township-besøk
- Dag 7** Båtutflukt til Robben Island
- Dag 8** Kapphalvøya
- Dag 9** På egen hånd. Hjemreise
- Dag 10** Hjemkomst Oslo

Prisen inkluderer:

- Svensk eller norsk reiseleder
- Fly med BA: Oslo – Johannesburg, Johannesburg – Cape Town – Oslo.
- Transport flyplass – hotellet t/r.
- Orienterende byrundtur.
- 4 hotell-overnatteringer på The Ritz (3 stjerners), som beskrevet i programmet.
- 3 netter på Entabeni Game Reserve.
- Frokost alle dager. Det er lettvin, særdeles godt og billig å spise i Sør-Afrika – utvalget er svært variert og prisene er ca. halvparten av prisen i Norge
- Lunsj dag 3, 4, 5, 6, 8
- Middag dag 2, 3, 4, 8
- Alle skatter og avgifter.
- Utfluktpakke, vennligst se detaljer i dagsprogram.

Kun
17.490,-

5. november 2012

Tillegg for enkeltværelse,
kr. 2.990,-



TETT PÅ

Rolf Lindemann

Hvorfor: Har nylig advart mot at OUS-fusjonen kan gå ut over de svakeste nyfødte, har en av Norges lengste erfaringer fra nyfødtmedisin og kan bli helsesøstrenes nye kollega.

Stilling: Professor ved Universitetet i Oslo og pensjonert seksjonsoverlege ved intensivavdelingen for nyfødte ved Oslo universitetssykehus, Ullevål.

Utdanning: Barnelege, spesialist i nyfødtmedisin

Alder: 70 år



Den største blant de minste

Rolf Lindemann har blitt pensjonist med utsikt til sin gamle arbeidsplass.
Men Norges mest erfarne nyfødteleger liker ikke det han ser.

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Stig Weston**



Rolf Lindemann forhaster seg ikke. Han ble født 14 dager på overtid. Men når han først hadde bestemt seg, skjedde det fort. Moren var på kontroll på Menighetssøsterhjemmet og plutselig plumpet han ut på legekontoret. En plugg på fire og et halvt kilo.

Lite ante Oslos store fødselslege, Ernst Schjøtt-Rivers, at han klippet navlestrengen til en kommende prematurekspert og ridder av St. Olavs Orden, denne marsdagen i 1942.

PÅ NYFØDTINTENSIVEN på Ullevål er Lindemann også kjent som sitt godlynte, men ikke altfor travle alter ego, Ole Brumm. Så det var i kjent stil at han kom med offentlig kritikk av OUS-fusjonen i Dagsavisen først 23. april i år, tre uker etter at han var blitt pensjonist.

– Selv om jeg ikke har noe skriftlig å vise til, har jeg fått en klar forståelse av at man ikke skulle gå ut offentlig med kritikk av en igangsatt prosess, da var man illojal, forklarer Lindemann.

– Jeg fryktet å miste jobben eller kontakten med ledelsen, noe jeg synes er viktig å ha.

Lindemanns hovedbekymring er at når mange av Barnesenterets tjenester ved Ullevål flyttes til Rikshospitalet, kan det gå ut over de svakeste små. Nyfødte som fødes med alvorlige tilstander som ikke har blitt oppdaget på kontroll, må sendes til Rikshospitalet.

«Dr. Blystad lærte meg å se og ikke ta så mye blodprøver.»

talet i hui og hast for operasjon. Da kan de få alvorlige skader og komplikasjoner fordi de ikke får rask nok hjelp.

– Hvor mange slike fødser har Ullevål i året?

– Vanskelig å si, men skjer det én gang, er det et dødsfall for mye.

– Klinikksjef Terje Rootwelt hevder at barn som får behov for operasjon i nyfødtp perioden vil bli operert på Ullevål?

– Det stemmer ikke ut fra det som er meddelt oss. Barnekirurgien er flyttet, og alle retningslinjer går ut på at barna skal oversendes Rikshospitalet for operasjon.

ETTER AT LINDEMANN TOK BLADET fra munnen, har flere kritiske røster advart mot at OUS-fusjonen går ut over barna på ulike vis.

– Hvilken respons har du fått etter kritikken?

– Kolleger og pårørende er overveiende positive, men jeg har ikke hørt noe fra lederne. De sier i avisene at de ikke kjenner seg igjen, men da må de ta seg en tur ned på avdelingen og være mer med og se. Spesialiserte sykepleiere har sluttet, og det er masse vikarer fra Sverige og Danmark, noe som gir manglende kontinuitet.

Selv har han arbeidet på begge sykehus, rundt ti år på Rikshospitalet og 33 år på Ullevål. Nå sitter han intervju-parat ytterst på setet i den blå vinkelsofaen hjemme. Uten ytre stimuli som en kopp kaffe eller et glass vann, bare omgitt av maleridekorerte

vegger. Kanskje den asketisk-estetiske stilen er en arv fra barndomsårene i Japan hvor han bodde med mor og to søsken mens ingeniørfaren bygde sykehus i Korea etter krigen?

Kosedyret Ole Brumm sitter mer tilbake ved siden av. Villaen på Korsvoll er byttet ut med blokkleilighet i Nydalen. Alt ligger til rette for å nyte pensjonisttilværelsen. Skjønt pensjonist og pensjonist. Foreløpig er han fremdeles professor ved Universitetet og stadig innom kontoret på Ullevål for å veilede studenter.

– Men det er ikke planlagt at noen skal følge etter meg. Det betyr at universitetet ikke vil tilby fullgod undervisning i nyfødmedisin fra høsten.

Selv ble han lært opp i faget av Wilhelm Blystad ved Rikshospitalet, den eneste nyfødtleger i Norge i sin tid.

– Han var alltid på jobb fra tidlig om morgenen. Helger, julaften, påske. Vi kom godt overens, og en fredag i 1977 sa han: «Nå, Rolf, har du vært her så lenge at jeg kan dra på ferie». Men allerede lørdagen var han tilbake igjen.

Blystad hadde blikk for de minste.

– Han lærte meg å se og ikke ta så mye blodprøver. Det er en alvorlig manko hos mange nyfødtleger fremdeles – de observerer for lite og tar altfor mye prøver.

– Snakker du prematursk?

– Nei, jeg snakker om alle nyfødte.

– Jeg mener språket prematursk. Heide Als hevder observasjonsmetodene i NIDCAP kan hjelpe dere å se hva den premature sier?

– NIDCAP er på mange måter misforstått. Mange tror at det betyr at de premature skal ha det helt mørkt og stille. Men de trenger lys i perioder for å utvikle seg optimalt hormonnemessig. De må snakkes til og synges for også.

På Ullevål har de en egen musikkterapeut som spiller lyre og synger for de premature. Da trenger de mindre oksygen, legger raskere på seg og er kortere tid på sykehuset.

– Det er prøvd flere typer musikk, men de liker Mozart og Vivaldi best. Black metal blir bare skrik.

HELT TIL 1998 holdt nyfødtpintensiven på Ullevål til i gamle brakker.

– Var dere litt stemoderlig behandlet?

– Ikke i det hele tatt. Brakkene fungerte fint. Vi hadde en fantastisk terrasse utenfor hvor barna kunne få luft. Til og med de som lå lenge på respirator ble trillet ut der og lå godt pakket inn.

– Hva er de største endringene i faget du har vært med på?

– Det er fire områder: Teknologien har gitt mer invasive metoder. Sykepleien dreier seg mer om barnets behov for lys og lydstimuli og hudkontakt. Ernæringen er blitt mer tilpasset de premature, og smerteforståelsen er endret. Da jeg begynte, lærte vi på medisinstudiet at barn ikke opplevde smerte før bortimot 12-årsalderen. Ved blodprøver stikker vi nå i vene i hodet fremfor i kapillær i hæl, det gir mindre stikking og klemming.

– Du var den første i Norge som tok i bruk en mer skånsom ventilasjon av lungesyke premature?

– Ja, barna hadde det bedre med høyfrekvent ventilering. Men vet du hva som er enda mer interessant enn det?

– Nei?

– Væskeventilering! Man bruker væske i lungene i stedet for luft.

– Det lyder skummelt?

– Du tenker kanskje at barna kan drukne, men man drukner jo bare fordi man ikke får luft. Er det nok oksygen i væsken, går det bra. De får i stedet et miljø som likner mer på det de har hatt naturlig i livmoren. Mer skånsomt enn med luft.

Lindemann er en av de få i Europa som har testet metoden på to barn. Han brukte den i tre døgn på hver med gode resultat og publiserte to artikler om det.

– Jeg fikk nylig vite at de artiklene har vært med på å gjøre metoden godkjent i USA og Canada.

STERKE HISTORIER ER en del av hverdagen på nyfødtintensiven. Lindemann har møtt to nyfødte gutter som ble funnet forlatt ute, en på en trapp på Etterstad og en på Vestre Gravlund. Begge kom seg fint og ble adoptert bort.

– Jeg kjenner det her, sier Lindemann og peker på hjertet sitt.

Han har også måttet si stopp for mer behandling når det har vært nytteløst.

– Jeg er helt sikker på at jeg har gjort det riktige i de tilfellene. Men man må bruke tid og tid og tid til å forklare foreldrene det.

– Hva er du mest fornøyd med etter alle disse årene?

– Responsen fra foreldre. Seinest i dag fikk jeg en telefon fra en mor i Kongsvinger. Døtrene hennes skal konfirmeres. Og i går var det en mor fra Lillehammer som hadde et barn som skulle gifte seg. Da føler jeg at jeg har gjort noe.

Det følte han ikke i 2009 da han ble utnevnt til ridder av første klasse av St. Olavs Orden for samfunnsnyttig virke innen helse.

– Helt vanvittig. Jeg har jo bare gjort min plikt, var hans første tanke.

En måneds tid seinere skulle han til slottet for audiens hos kongen, slik alle riddere må.

– Jeg fikk klar beskjed om antrekket: Mørk dress, diskret slips, nypussa sko og St. Olavs-knappen i knapphullet på dressen. Det var sølete og vått, så jeg måtte bytte sko da jeg kom fram. Jeg fikk vite at jeg var den første som hadde gjort akkurat det.

Han fikk beskjed om aldri å vende ryggen til kongen.

– Kongen og jeg hadde en veldig hyggelig stund sammen. Vi pratet så mye om de nyfødte at det plutselig var gått tre kvarter. Da jeg kom ut, satt to andre og ventet på å få komme inn.

– Klarte du å gå baklengs ut?

– Jada, jeg gikk bare litt skråvendt.

ROLF LINDEMANN HAR OGSÅ VÆRT «meieribestyrer» for morsmelksentralen fra han begynte på Ullevål i 1979. Der oppbevares den livsviktige morsmelken fra donorer som har for mye. I dag er også den flyttet til trangere kår på Rikshospitalet. Men ikke alle vet at morsmelksentralen er en av svært få ting vi kan takke nazistene for. De opprettet den under krigen fordi de mente at melken fra ariske kvinner var så overlegen all annen melk.

Melkebransjen gjorde at Lindemann ble en god alliert med ammelege Gro Nylander. På 80-tallet skrev de artikkelen «En uke på bryst og vann» i Tidsskriftet, og satt en effektiv stopper for en verdensomspennende ukultur:

– Barn som fikk for lite melk av mødrene sine ble føret opp på hypertont sukkervann så de ble kvalme og gulpet. De lå stinne og mette og ville ikke suge, så ammeproblemet bare forsterket seg.

Rolf Lindemann har fått et navn også utenfor Norge. I 2009 og 2010 ble han invitert til å være såkalt visiting professor ved to amerikanske universiteter, der han foreleste og forsket. Oppholdene endte med fire publikasjoner.

Vibeke Hesselberg, Norsk Sykepleierforbunds tillitsvalgte ved hans gamle avdeling, karakteriserer Lindemann som en fantastisk flott kar.

– Han har svaret på alt og er positiv, varm og imøtekommende. Jobben er livet hans. Han har alltid vært her klokken seks om morgenen og hilser på alle. Husker alle navn. Han er on call hele tiden og kommer alltid hvis det er noe, sier hun i presens, som om han fremdeles er der.

«De premature liker Mozart og Vivaldi best. Black metal blir bare skrik.»

– De ringer fremdeles når det er noe, medgir Lindemann.

Men pensjonisten får ingen lønn for slike telefoniske konsulent-tjenester.

– Hvordan er det å ikke gå på jobb lenger?

– Det er et savn. Jeg skulle ønske Ullevål hadde en seniorpolitikk der de kunne ta inn eksperthjelp på timebasis. Jeg har 36 års erfaring fra nyfødtmedisin. Den eldste etter meg der begynte først i 1992/93.

– Hva skal du gjøre framover?

– Jeg har fremdeles noen artikler som skal skrives og tre stipendiater som skal veiledes. Men jeg skal kontakte bydelslegen og spørre om det er en helsestasjon som kan ha behov for en barnelege. Jeg har jo lisens i fem år til. Minst. ■■■

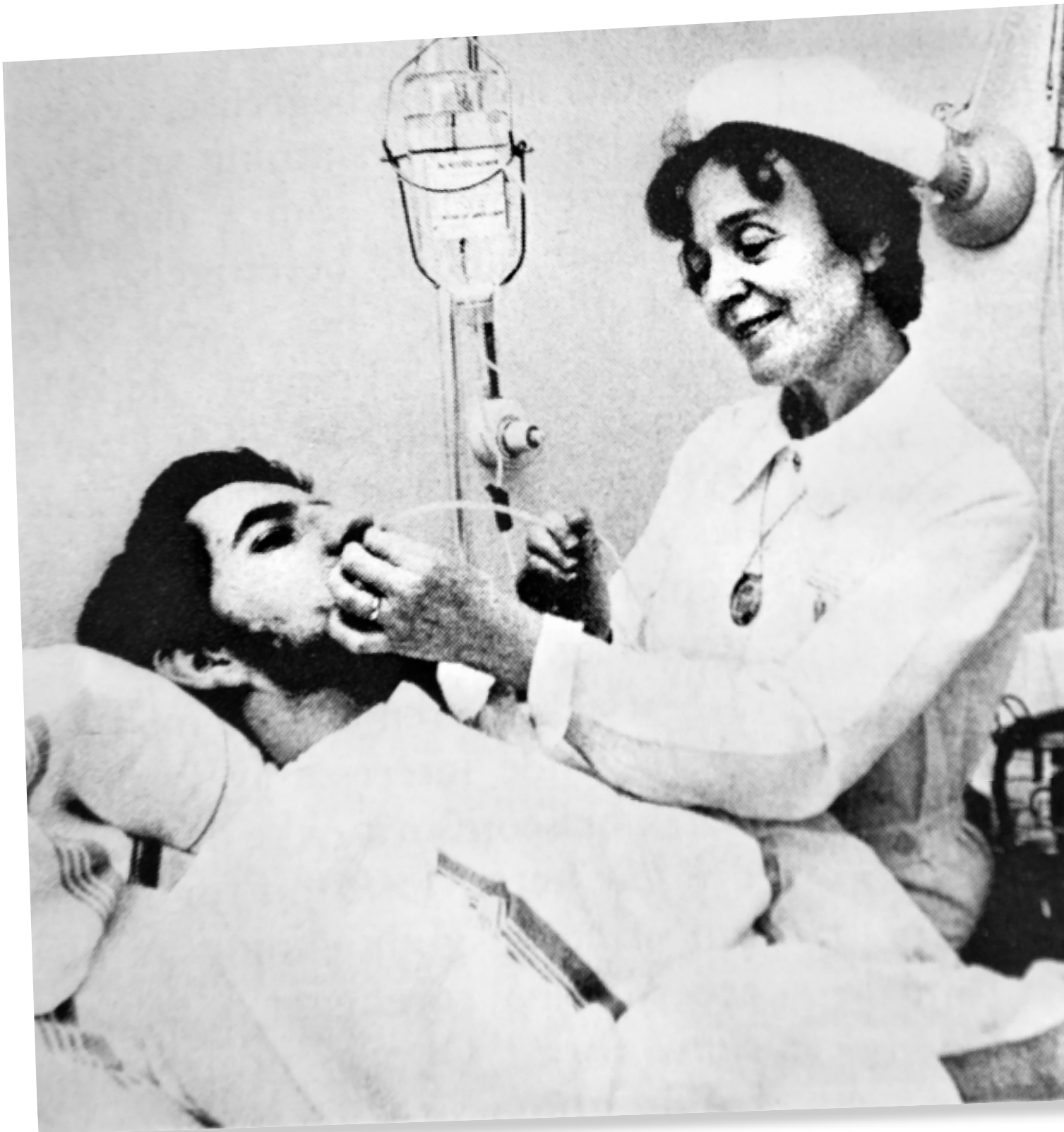


SLÅENDE LIKHET: Rolf Lindemann har vært fascinert av Ole Brumm i mange år, og fikk et eksemplar av sitt alter ego av kollegene da han fylte 70. Foto: Stig M Weston

1912 | 1920 | 1930 | 1940 | 1950 | 1960

**PÅ TRYKK I SY-
KEPLEIEN, JUNI**

1972: Målfrid
Solvang demon-
strerer elektrisk
sug. Prisen for
dette apparatet
var på den tiden
2500 kroner.





KRETSFORMENN: Juli-utgaven i 1978 omtalte representantmøtet på Karmøy.

Streik og elektrisk sug

70-tallet var streik, skoledebatt – og tiåret da elektrisk sug kom sykepleierne i hende.

En sykepleier som holdt egen uniform i 1972 fikk 221 kroner i året. Debatten rundt uniformen gikk varmt, og fra Sykepleierforbundets hold var det nødvendig å presisere at uniformen skal være enkel – og at det gjelder hele antrekket:

«Vi vil til slutt tillate oss å rette oppmerksomheten mot strømper og sko. En enkel uniform krever enkle sko og strømper. Det helhetsinntrykk som vi alle vel ønsker å skape vil brytes ved anvendelse av skotøy og strømper som passer bedre ved stranden enn i sykehuset,» heter det i kunngjøringen «Retningslinjer for anvendelse av uniform (arbeidsdrakt) for sykepleiere» fra Sykepleien i 1972.

Samme år rapporterte sykepleier Målfrid Solvang om at hun var svært fornøyd med å bruke den moderne innretningen elektrisk sug på sine pasienter ved Adamstuen sykehjem. Det er stor forskjell på et sykeleie før og nå, for pasienter som tetner til og ikke kan hoste selv, forteller hun. Hun hadde kontaktet en utstyrsleverandør og fått vite at det ofte var dårlig stelt med moderne utstyr på landet og på aldershjemmene.

Dette var også tiåret hvor sykepleierne streiket for første gang. Det skjedde i regi av Sykepleieraksjonen, en gruppe sykepleiere som samlet støtte utenfor Sykepleierforbundets formelle kanaler. Streiken ble kjent ulovlig i Arbeidsretten etter to uker.

I Sykepleien fra slutten av oktober 1973, beskrives en overrekkelse fra aksjonsmedlem Anne-Marie Grøgaard til forbundet. Et jernbeslått skrin med 210 000 kroner blir gitt til forbundet. Pengene ble samlet inn i forbindelse med Sykepleieraksjonen.

NSF-leder Eli Kristiansen takket for pengene, som ville komme sykepleiere i videreutdanning til gode. Kristiansen understreket under mottakelsen at hun oppfattet at sykepleierstanden sto samlet bak sitt forbund. Dette var en viktig presisering fra ledelsens side, siden aksjonen hadde skapt rystelser inn i rekkene.

Streiken hadde møtt kritikk, men fikk også støtte:

– Man må ikke hive seg over sykepleierne fordi de streiker, men ta for seg den situasjonen som har oppstått på grunn av de dårlige forhold som har hersket i mange år i norsk helsevesen, kommenterte overlege Odd Øyen ved kirurgisk klinikk, Aker sykehus til VG, som hadde streiken på forsiden 29. september 1972, og dekket saken under titlene «Redsel og panikk» og «Hjertesye sendes hjem».

Sykepleien nr. 20 i 1972 er preget av den ulovlige streiken. Daværende forbundsleder Helga Dagsland skriver i en lederartikkel at «Videre bør vi ha klart for oss at et forbund som har påtrengende og viktige oppgaver i dagens samfunn ikke konsolideres og styrkes ved at ledelsens råd og henstillinger i en alvorlig krise ikke tas til følge. Dersom dette hendte ofte, ville det være et tydelig tegn på at en ny ledelse måtte overta.»

Utdanning sto også på agendaen dette tiåret: I 1978 ble distriktshøyskolenes tilbud om sykepleierutdanning debattert i NSF's representantskapsmøte. Resultatet var et tilnærmet enstemmig ja, men det ble gitt klart uttrykk for at sykepleierne og NSF måtte inn i planleggingen og gjennomføringen av utdanningen.

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers**



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.

Du har rett til «påfyll»

I løpet av yrkeskarrieren opplever mange behov for «påfyll» av kunnskap og kompetanse. Kan arbeidstakere kreve å få innvilget utdanningspermisjon, eller er dette opp til arbeidsgiver å bestemme?

I utgangspunktet har arbeidstakere en lovfestet rett til utdanningspermisjon. Denne retten omfatter imidlertid kun permisjon for deltakelse i organiserte utdanningstilbud, hvilket innebærer at for eksempel selvstudier faller utenfor.

I tillegg forutsettes at utdanningen er yrkesrelatert. Yrkesrelatert utdanning omfatter alle typer arbeidsmarkedsrelevant videre- og etterutdanning. Som eksempel kan nevnes hjelpepleieren som ønsker å gjennomføre sykepleierutdanning. Det er likevel ikke noe krav om at utdanningen må ha betydning for den stillingen arbeidstakeren innehar.

Videre er det heller ikke krav om at utdanningen har noen direkte sammenheng med arbeidsplassen der vedkommende arbeider. Dersom utdanningen for den enkelte arbeidstaker vil bedre vedkommendes utsikter på arbeidsmarkedet vil den derfor anses som yrkesrelatert.

Hel- og deltid

Retten til utdanningspermisjon kan omfatte både hel- og deltidsutdanning. Ved søknad om deltidspermisjon kan det være vanskeligere for arbeidsgivere å skaffe vikar, og arbeidsgiver kan ha en legitim grunn til å avslå permisjonssøknaden.

Etter permisjonstidens utløp skal arbeidstakeren igjen tiltre stillingen sin. En vikar ansatt på en bestemt tid vil likevel ikke ha rett til å forlenge ansettelsestiden som en følge av permisjonen.

Retten til utdanningspermisjon gjelder arbeidstakere som har vært i arbeidslivet i minst tre år. I tillegg må arbeidstakeren ha vært ansatt hos den arbeidsgiver det søkes permisjon fra i de siste to år. Lovbestemt permisjon i toårsperioden, for eksempel foreldrepermisjon, skal medregnes tiden.

Ikke mer enn tre år

Arbeidstakere vil ikke ha rett til utdanningspermisjon utover tre år, med mindre arbeidsgiveren samtykker til dette.

En arbeidstaker som søker permisjon for en treårig utdanning, kan dermed ikke kreve å fordele denne over flere år.

Arbeidstakere som ønsker å benytte retten til utdanningspermisjon må på forhånd varsle arbeidsgiver om dette. Varselet, eller søknaden, skal være skriftlig og inneholde opplysninger om utdanningens faglige innhold, varighet og eventuelt opptak ved utdanningsinstitusjonen. I tillegg skal yrkesrelevansen begrunnes.

Arbeidsgiver kan si nei

I enkelte tilfeller kan arbeidstakers permisjon gi uheldige virkninger for virksomheten. Retten til utdanningspermisjon begrenses derfor der denne vil være til hinder for arbeidsgivers forsvarlige planlegging av drift og personaldisponeringer. I slike tilfelle kan arbeidsgiver velge ikke å innvilge søknaden.

Arbeidsgiver må kunne bevise at det midlertidige fraværet faktisk vil hindre den videre

planleggingen av driften og disponeringen av personalet. Dette avgjøres etter konkrete vurderinger, med vekt på blant annet arbeidstakers stilling: Er vedkommende en nøkkelperson, eller vil det være enkelt å erstatte ham? Videre vil permisjonens varighet, virksomhetens muligheter for å redusere ulempene og varselets lengde være relevante momenter i vurderingen.

Dersom arbeidsgiver kan sannsynliggjøre at permisjonen vil få så negative virkninger for virksomheten at den alt i alt ikke kan innvilges, får dette ikke den virkning at permisjonen aldri vil måtte innvilges, men permisjonen må utsettes inntil videre. Arbeidsgiver må da underrette søkeren om dette snarest mulig, men likevel senest seks måneder etter varselet fra arbeidstakeren. Der arbeidstakeren har varslet om kortene permisjon enn seks måneder skal arbeidsgiver underrette arbeidstakeren innen tre måneder – og innen to måneder dersom varslet permisjon er kortere enn én måned.

Twisteløsningsnemnda

En arbeidstaker som har fått avslag på sin søknad om utdanningspermisjon kan ikke gå direkte til domstolene med tvisten, men kan bringe den inn for Twisteløsningsnemnda. Dette kan først gjøres når arbeidsgivers svarfrist er utløpt. Nemndas praksis viser at det er en snever adgang for arbeidsgiver å nekte utdanningspermisjon.

Tekst **Bjørn Arild Østby** (Kilde: Jobbguiden)

Passer på paragrafene:



AMBIO Helse AS støtter opp under kompetansehevingen i det norske helsevesenet gjennom fagutvikling, rekruttering, vikarformidling og helhetlige omsorgstjenester. AMBIO Helse AS er en del av AMBIO Gruppen som består av AMBIO Miljørådgivning, AMBIO Ingeniørtjenester, AMBIO Rekruttering og AMBIO Helse.

VI BRYR OSS
ambio
HELSE

 Oslo
universitetssykehus

Nytt e-læringskurs i epilepsi for helsepersonell

Ambio Helse og Avdeling for kompleks epilepsi (SSE) ved Oslo universitetssykehus har gleden av å kunne tilby et nytt e-læringskurs i epilepsi for helsepersonell.

Grunnleggende kunnskap om epilepsi er viktig for at helsepersonell skal føle seg trygge med denne pasientgruppen – spesielt i en anfallssituasjon. Kurset er relevant for alle som er i kontakt med pasientgruppen – men er også spesielt tilpasset personell som jobber i omsorgsboliger med fordypning i epilepsi og psykisk utviklingshemming.

Vi har undervisningsplikt mot både primær- og spesialisthelsetjeneste og tilbyr dette kurset til kun en kostpris: **kr 240,- eks mva / kr 300,- inkl mva pr kurs/person.**

Arbeidsgivere kan bestille kurs til de ansatte ved å kontakte oss på **kurs@ambiohelse.no** eller telefon 22411702. Privatpersoner kan kjøpe kurs online via **www.helsekursportalen.no** og starte kursingen umiddelbart.

Kurset inneholder følgende hovedtemaer:

- Hva er epilepsi
- Anfallsklassifisering
- Når anfallet ikke går over av seg selv
- Anfallsobservasjon og dokumentasjon
- Behandling og oppfølging
- Andre forhold når pasienten har epilepsi
- Epilepsi og psykisk utviklingshemming

E-læring gjør kursingen mer fleksibel og tilgjengelig - gå inn på **www.helsekursportalen.no** i dag!

SOMMERVIKARER

■ Vi har ledige sommervikarer!

Vi har per nå ledige legestudenter, sykepleiestudenter, hjelpepleiere/ omsorgsarbeidere og assistenter.

For mer informasjon, kontakt oss på telefon: 22 41 17 02 eller pr. e-post: helse@ambiohelse.no



Avsender
Sykepleien
Postboks 456 Sentrum
NO-0104 Oslo



SABO

- når du vil merkes!

Hva skulle vi gjort uten tiden?



SABO - det miljøvennlige alternativet!



KLOKKER



SAKS



3D SKILT



GRAVERT SKILT



FLERE PRODUKTER OG BESTILLING PÅ WWW.SABO.NO