2 | 2012
9. februar 2012
100. årgang
Sykepleien 100 år

0%

Deltidsfloken

Alle er enige om at sykepleiere som jobber uønsket deltid, skal få jobbe mer. Men hvorfor er det da så vanskelig å få det til?

Jobber over grensen **38**
Livets siste dager **56**
Videreutdanning i ingenmannsland **82**

Eucreas Novartis *Antidiabetikum.* ATC-nr.: A10B D08

TABLETTER, filmdrasjerte 50 mg/850 mg og 50 mg/1000 mg: Hver tablett inneh.: Vildagliptin 50 mg, resp. 50 mg, metforminhydroklorid 850 mg (tilsv. metformin 660 mg), resp. 1000 mg (tilsv. metformin 780 mg), hjelpestoffer. Fargestoffer: Gult jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** Behandling av diabetes mellitus type 2 hos pasienter med utilstrekkelig glykemisk kontroll til tross for maks. tolererbar peroral dose av metformin monoterapi, eller til pasienter som allerede får kombinasjonsbehandling med vildagliptin og metformin som separate tabletter. **Dosering:** Voksne: Basert på gjeldende metformindose innledes behandlingen med 1 tablett 50 mg/850 mg 2 ganger daglig eller 1 tablett 50 mg/1000 mg 2 ganger daglig, tatt morgen og kveld. Anbefalt daglig dose er vildagliptin 100 mg + metforminhydroklorid 2000 mg. Pasienter som får vildagliptin og metformin som separate tabletter kan bytte til Eucreas med tilsvarende dose av hver komponent. Doser >100 mg vildagliptin anbefales ikke. Eldre ≥65 år: Nyrefunksjonen bør kontrolleres regelmessig. Barn <18 år: Sikkerhet og effekt er ikke dokumentert. Nedsatt nyrefunksjon: Se Kontraindikasjoner. Nedsatt leverfunksjon: Bør ikke brukes av pasienter med nedsatt leverfunksjon, inkl. de med ALAT eller ASAT >3 × øvre nor-malgrense ved behandlingsstart. Administrering: Gastrointestinale symptomer assosiert med metformin kan reduseres ved å ta tablettene sammen med eller umiddelbart etter mat. Det anbefales å svelge tabletten hel. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Diabetisk ketoacidose eller diabetisk prekoma. Nyresvikt eller nedsatt nyrefunksjon, definert som ClCR <60 ml/minutt. Akutte tilstander som potensielt kan endre nyrefunksjonen, slik som dehydrering, alvorlig infeksjon, sjokk, i.v. bruk av jodholdige kontrastmidler. Akutt eller kronisk sykdom som kan forårsake hypoksi i vev, slik som hjerte- eller respirasjonssvikt, nylig gjennomgått hjerteinfarkt og sjokk. Nedsatt leverfunksjon. Akutt alkoholforgiftning, alkoholisme. Amming. **Forsiktighetsregler:** Bør ikke brukes ved diabetes type 1. Laktacidose kan forekomme i svært sjeldne tilfeller pga. metforminakkumulering og oppstår primært ved signifikant nyresvikt. Forekomst av laktacidose kan og bør reduseres ved å samtidig vurdere andre risikofaktorer (f.eks. dårlig kontrollert diabetes, ketose, langvarig faste, overdrevet alkoholinntak, nedsatt leverfunksjon og enhver tilstand assosiert med hypoksi). Serumkreatinin bør monitoreres regelmessig: Minst 1 gang pr. år ved normal nyrefunksjon, og minst 2-4 ganger pr. år ved serumkreatininnivå i øvre del av normalområdet og hos eldre. Særlig forsiktighet i situasjoner der nyrefunksjonen kan reduseres, f.eks. ved oppstart av behandling med antihypertensiver, diuretika eller NSAIDs. Sjeldne tilfeller av leverdysfunksjon (inkl. hepatitt) er rapportert. I disse tilfellene er pasientene vanligvis asymptomatiske og uten klinisk sekvele, og leververdiene normaliseres etter seponering. Leverfunksjonstester bør utføres før behandlingsstart, hver 3. måned i løpet av 1. behandlingsår og deretter periodisk. Ved utvikling av forhøyet transaminasenivå bør en ny bekreftende leverfunksjonstest utføres, deretter bør pasienten følges opp med hyppige tester til verdiene er normale igjen. Dersom det observeres en vedvarende økning av ASAT og ALAT på >3 × øvre normalgrense, bør behandlingen seponeres. Ved gulsott eller andre tegn på leverskade bør behandlingen avbrytes. Behandlingen bør ikke gjenopptas når lever-funksjonstestene er normale. Diabetespasientene bør undersøkes med tanke på hudlesjoner i forbindelse med rutinemessig oppfølging. Tilfeller av akutt pankreatitt er rapportert ved bruk av vidagliptin, og regresjon er observert etter seponering. Ved mistanke om pankreatitt bør preparatet og andre potensielt mistenkte legemidler seponeres. Pasienten bør informeres om det karakteristiske symptomet på akutt pankreatitt: Vedvarende, sterke magesmerter. Behandling bør seponeres 48 timer før elektiv kirurgi med generell anestesi, og bør ikke gjenopptas før tidligst 48 timer etter inngrepet. Pasienter som opplever svimmelhet bør ikke kjøre bil eller bruke maskiner. **Interaksjoner:** Vildagliptin er verken et substrat for CYP 450 eller en hemmer/induser av disse og har derfor lavt interaksjonspotensiale. Den hypoglykemiske effekten kan reduseres av visse legemidler, inkl. tiazider, kortikosteroider, thyreoideapreparater og sympatomimetika. Inntak av alkohol og legemidler som inneholder alkohol bør unngås med tanke på laktacidose. Ved samtidig bruk av kationiske legemidler som elimineres ved renal, tubulær sekresjon (f.eks. cimetidin) bør glykemisk kontroll monitoreres nøye. Dosejustering innen anbefalt doseringsområde og endringer i diabetesbehandling bør overveies. Eucreas bør seponeres før eller ved i.v. injeksjon av jodholdige kontrastmidler. Behandling bør ikke gjenopptas før 48 timer etter, og kun etter at nyrefunksjonen er undersøkt på nytt og funnet normal. Ved samtidig bruk av legemidler med hyperglykemisk effekt (glukokortikoider, beta2-agonister og diuretika) bør blodsukker måles oftere, spesielt ved oppstart. Dosejustering av Eucreas kan være nødvendig ved samtidig behandling og ved seponering. ACE-hemmere kan redusere blodsukkeret og dosejustering kan være nødvendig. **Graviditet/ Amming:** Overgang i placenta: Ikke tilstrekkelige data fra gravide. Dyrestudier med vildagliptin har vist reproduksjonstoksiske effekter ved høye doser. Skal ikke brukes under graviditet. Overgang i morsmelk: Utskilles i melk hos dyr. Skal ikke brukes under amming. **Bivirkninger:** Vanlige (<1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Kvalme. Nevrologiske: Tremor, hodepine, svimmelhet. Stoffskifte/ernæring: Hypoglykemi. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Nevrologiske: Tretthet. Ytterligere bivirkninger som er observert med de enkelte virkestoffene: Vildagliptin: Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Forstoppelse. Hjerte/kar: Perifert ødem. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi. Svært sjeldne (<1/10 000): Infeksiøse: Øvre luftveisinfeksjon, nasofaryngitt. Etter markedsføring: Etter markedsføring: Rapporter om tilfeller av unormale leverfunksjonstester og tilfeller av hepatitt, reversibelt ved seponering. Ukjent frekvens: Urticaria, pankreatitt. Metformin: Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Oppkast, diaré, magesmerter, nedsatt appetitt. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Nevrologiske: Metallsmak. Svært sjeldne (<1/10 000): Hud: Hudreaksjoner som erytem, pruritus, urticaria. Lever/galle: Unormale leverfunksjonstester eller hepatitt. Stoffskifte/ernæring: Redusert opptak av vitamin B12, laktacidose. **Overdosering/Forgiftning:** En stor overdose metformin (eller samtidige risikofaktorer for laktacidose) kan medføre laktacidose, som må behandles på sykehus. Hemodialyse er den mest effektive metoden for fjerning av metformin. Vildagliptin kan ikke fjernes ved hemodialyse, men hovedmetabolitten som dannes ved hydrolyse kan fjernes. Støttende tiltak anbefales. Se Giftinformasjonens anbefalinger for metformin A10B A02 side d og vildagliptin A10B H02 side d. **Egenskaper:** Klassifisering: Vildagliptin er en dipeptidylpeptidase-4 (DPP-4)-hemmer. Metformin er et biguanid. Virkningsmekanisme: Vildagliptin gir hurtig og total hemming av DPP-4-aktiviteten, som medfører økning i fastende og postpran¬dialt endogent nivå av inkretinhormonene GLP-1 og GIP. Ved å øke endogent nivå av disse, økes betacellenes glukosesensitivitet, med forbedring av glukoseavhengig insulinsekresjon. Økt endogent GLP-1-nivå øker alfacellenes glukosesensitivitet og gir mer hensiktsmessig glukoseavhengig glukagonsekresjon. Forsterket økning i insulin-/glukagon-ratio ved hyperglykemi pga. økt inkretinnivå gir redusert fastende og postprandial hepatisk glukoseproduksjon, som igjen gir redusert glykemi. Metformin reduserer hepatisk glukoseproduksjon via hemming av glukoneogenesen og glykogenolysen, øker insulinsensitiviteten i muskler, som forbedrer perifert glukoseopptak og utnyttelse, samt ved å forsinke glukoseabsorpsjonen fra tarmen. Metformin stimulerer intracellulær glykogensyntese og har gunstig effekt på lipidmetabolisme. Kombinasjon av 2 antihyperglykemiske legemidler med komplementære virkningsmekanismer forbedrer den glykemiske kontrollen hos pasienter med diabetes type 2. Absorpsjon: Vildagliptin: Hurtig. Maks. plasmakonsentrasjon etter 1,7 timer. Absolutt biotilgjengelighet 85%. Metformin: Maks. plasmakonsentrasjon etter ca. 2,5 timer. Absolutt biotilgjengelighet 50-60%. Proteinbinding: Vildagliptin: 9,3%. Metformin: Ubetydelig. Fordeling: Distribusjonsvolum: Vildagliptin: 71 liter. Metformin: 63-273 liter. Fordeles i erytrocytter. Halveringstid: Vildagliptin: Ca. 3 timer. Metformin: Ca. 6,5 timer. Metabolisme: Vildagliptin: Hydrolysering til inaktiv metabolitt. Metaboliseres ikke i målbar grad av CYP 450-enzymer. Utskillelse: Vildagliptin: 85% via urin og 15% i feces. Metformin utskilles uendret via urin. **Pakninger og priser:** 50 mg/850 mg : 60 stk.1 (blister) kr 479,40. 3 × 60 stk. 1 (blister) kr 1368,10. 50 mg/1000 mg: 60 stk.1 (blister) kr 501,80. 3 × 60 stk.1 (blister) kr 1435,30.

Refusjon: A10B D08_1 Metformin og vildagliptin. ***Refusjonsberettiget bruk:*** Behandling av type 2 diabetes mellitus kun i kombinasjon med metformin og/eller sulfonylurea. Insulinbehandling må være vurdert som et alternativ før oppstart.

Refusjonskode:

ICPC		Vilkår nr	ICD		Vilkår nr
T90	Diabetes ikke-insulinavhengig	199	E11	Diabetes mellitus type II	199

Vilkår:

199 Refusjon ytes kun til pasienter som ikke oppnår tilstrekkelig sykdomskontroll på høyeste tolererte dose med: - kombinasjonen av metformin og sulfonylurea, eller - metformin alene dersom det er tungtveiende medisinske grunner for ikke å bruke sulfonylurea.

Sist endret: 22.12.2011 (SPC 24.11.2011)

Referanser:

1. Bosi E, et al. Effects of Vildagliptin on Glucose Control Over 24 Weeks in Patients With Type 2 Diabetes Inadequately Controlled With Metformin. Diabetes Care 2007;30(4):890-895.
2. SPC Eucreas

TYPE 2 DIABETES

Eucreas®

vildagliptin/metformin

Når metformin ikke er nok

Eucreas gir mer effekt

– Effektiv HbA1c reduksjon[1]

– Ingen vektøkning[2]

– Lav forekomst av hypoglykemi (1%)[2]

TM

NOVARTIS **Novartis Norge AS** • Postboks 4284 Nydalen • 0401 Oslo • Tlf: 23 05 20 00 • Faks: 23 05 20 01 • www.novartis.no • NO1109013401

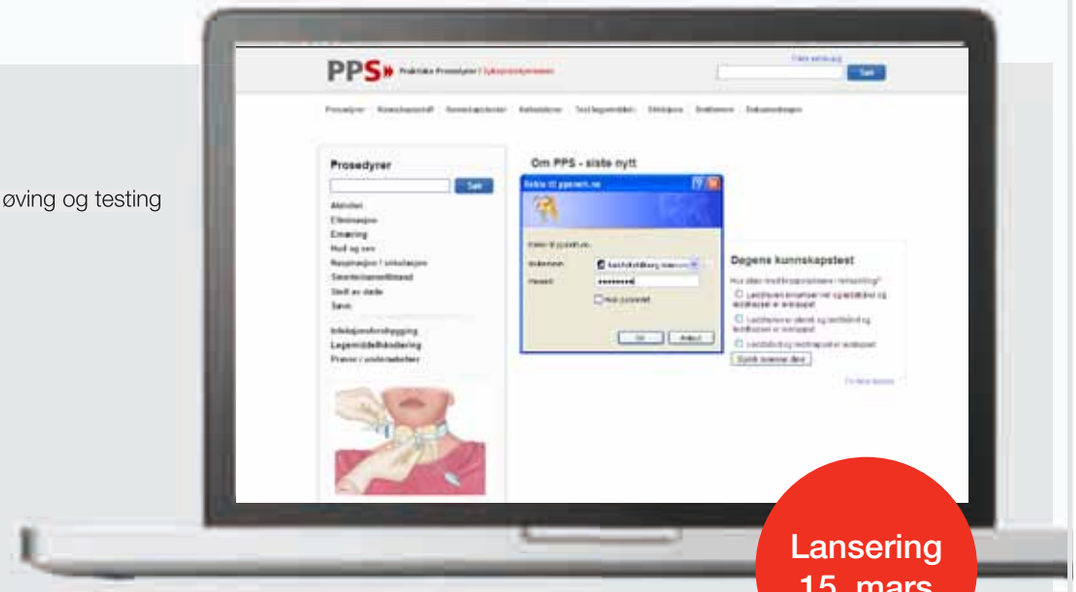
Få tilgang til PPS på din hjemme-PC

Har du PPS på din arbeidsplass? Etter 15. mars kan du også få tilgang hjemme.

Nytt i PPS 2. generasjon

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

akribe.no/pps



Lansering 15. mars

PPS
Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten

Akribe

Utgivelsesplan 2012

Nr	Utgivelser	Materiellfrist	Utgivelsesdato
1	Sykepleien	11. januar	19. januar
2	Sykepleien	1. februar	9. februar
3	Sykepleien	22. februar	1. mars
4	Sykepleien m/Sykepleien Forskning Annonsetest	14. mars	22. mars
5	Sykepleien	11. april	19. april
6	Sykepleien	2. mai	10. mai
7	Sykepleien	23. mai	31. mai
8	Sykepleien m/Sykepleien Forskning	13. juni	21. juni
9	Sykepleien	8. august	16. august
10	Sykepleien Jubileumsutgave 100 år	29. august	6. september
11	Sykepleien m/Sykepleien Forskning	19. september	27. september
12	Sykepleien	10. oktober	18. oktober
13	Sykepleien	31. oktober	8. november
14	Sykepleien m/Sykepleien Forskning	29. november	6. desember

Sykepleien

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

E-post:
redaksjonen@sykepleien.no
interaktivt@sykepleien.no

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

Medarbeidere:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Produktannonser/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

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

Repro og trykk:
ColorPrint AS

Gjesteskribenter:

Viggo Mastad påpeker i sin kronikk at det systemet vi har for videreutdanning i sykepleiefag ikke passer inn i det akademiske utdanningsløpet. Sykepleiere får dermed ikke akademisk uttelling for sin spesialisering. Side 82.

Helseminister **Anne-Grete Strøm-Erichsen** mener samhandlingsreformen betyr nye utfordringer for sykepleiere og helsetjenesten, men også nye muligheter. Innspill side 84.

Berit Daae Hustad, leder i Rådet for sykepleieetikk, forteller om en nyutdannet sykepleier som på sin arbeidsplass oppdaget at kolleger praktiserer en prosedyrefeil. Skulle hun si fra? Etikk side 70.

Lars Petter Eriksen er jurist i NSF. Han svarer på spørsmål om pensjon og om man kan kreve mer lønn når man spesialiserer seg stadig mer i den stillingen man har. Paragrafrytterne side 92.

SYKEPLEIENS FORMÅLSPARAGRAF:
Sykepleien skal utøve saklig, uavhengig og kritisk journalistikk forankret i Norsk Sykepleierforbunds formålsparagraf, Redaktørplakaten og pressens Vær Varsom-plakat. Tidsskriftet har som oppgave å sette sykepleiernes 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.

Forsidefoto: Bård Gudim
Illustrasjon: Bjørg Nordstrand

Innhold

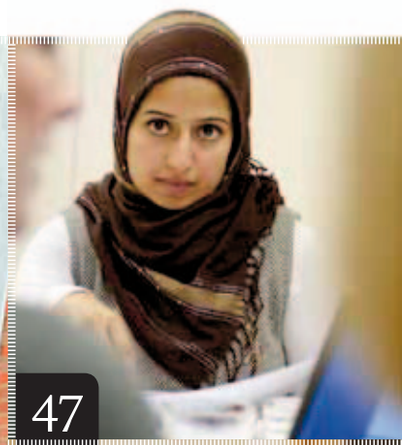
Sykepleien **AKSJONISTEN:** «I møte med døden

Hva skjer

7 Aksjonisten
8 Hva skjer – småstoff
10 Planlegger ikke for sykefravær
11 Vi bare spør Bjørn Erikstein
12 Vil være med på møtene
14 Lite forskningsmidler til sykepleiere
16 Tøffere enn toget
17 For eller mot: Ultralyd i 12. uke
18 Varslet krise etter røntgenkutt
20 Spekter på krigsstien

Der ute

30 Smånytt fra utlandet
32 Forsker på GPS og demente
36 Oslo S –et hjem
38 Helt på grensen
42 Øyeblikket
44 Litt hjelp med det flaue
46 Teater om psykose
47 Min jobb: Shaista Ayub
48 «Framtidas» lokalsykehus amputert



Tema:
Ufrivillig deltid

24 – Prinsipielt sett har jeg lyst til å si takk for meg
24 Deltidstallene spriker
26 25 mill. til prosjekter som krever unntak fra loven
28 Fulltids trainee i sykepleie

22

føler pårørende seg overkjørt av naturens gang.»

Fag, forskning og kultur

52 Gode erfaringer med kognitiv miljøterapi
56 Forskerintervju: Livets tre siste dager
58 Kan forebygge tidlig død
62 Forfatterintervju: Hanne Brorson
64 Bokanmeldelser
65 Hva leser du nå? Anette E. Ellefsen
66 Gir færre tilbakefall av psykose
69 Fagnyheter
70 Etikk: Berit Daae Hustad
72 Forskningsartikkel eller fagartikkel?
74 Quiz
74 Hygienepolitiet

Mennesker og meninger

76 Eli Gunhild By om varsling
77 Siden sist og meninger
80 Minneord
82 Viggo Mastad om videreutdanninger
84 Innspill: Anne-Grete Strøm-Erichsen
86 Tett på Robin Kåss
90 Sykepleien 100 år: 1920-årene
92 Paragrafrytterne

93 Stillingsannonser
98 Kunngjøringer

GJESTESKRIBENTEN:

«Det er plikten som bestemmer hva som er rett handling»

70

Gjesteskribent Berit Daae Hustad

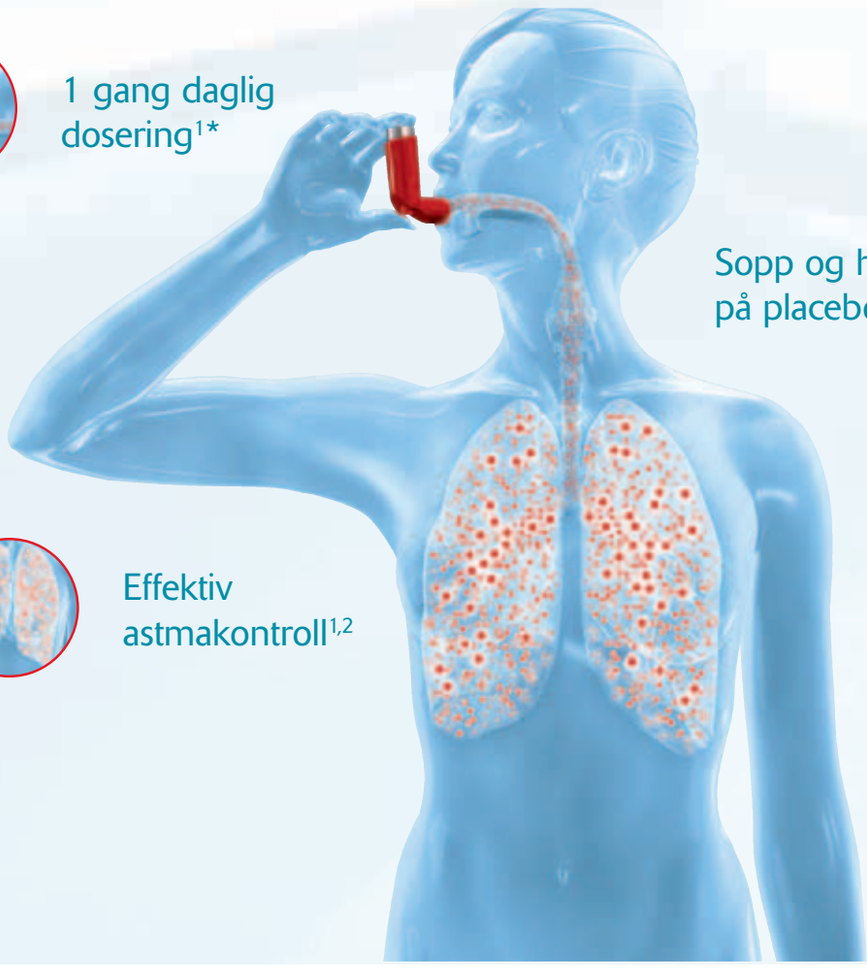
«India har 27 millioner fødsler i året.»

42

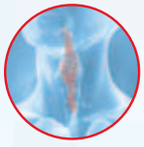
62

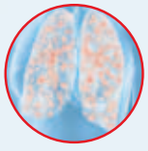
Hva kan Alvesco® tilføre astmabehandlingen?

1 gang daglig dosering[1]*



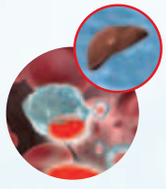
Sopp og heshet på placebonivå[1]





Effektiv astmakontroll[1,2]

Lav systemisk tilgjengelighet[1,3]



NYCOMED

Alvesco® ciklesonid

C ***Alvesco «Nycomed Pharma»***

Kortikosteroid. **ATC-nr.: R03B A08**

T **INHALASJONSAEROSOL, oppløsning *80 µg/dose og 160 µg/dose:*** *Hver dose inneh.:* Ciklesonid 80 µg, resp. 160 µg, norfluran, etanol.

Indikasjoner: Behandling for å kontrollere vedvarende astma hos voksne og ungdom >12 år.

Dosering: Til inhalasjon. ***Voksne og ungdom >12 år:*** 160 µg 1 gang daglig. Maks. daglig dose er 640 µg/dag (320 µg 2 ganger daglig). For noen pasienter kan reduksjon av dosen til 80 µg 1 gang daglig være effektiv vedlikeholdsdose. Tas helst om kvelden, selv om morgendosering også har vist seg å være effektivt. Forbedring av symptomene begynner innen 24 timer etter innledet behandling. Så snart kontroll oppnås, bør dosen individualiseres og titreres til minste nødvendige dose for å opprettholde god astmakontroll. Ved alvorlig astma bør astmakontrollen vurderes regelmessig. Dersom forbruket av korttidsvirkende bronkodilatatorer må økes for å kontrollere astmasymptomene, tyder dette på dårligere astmakontroll. Vurder økt dose av inhalert ciklesonid over et kort tidsrom eller systemisk steroid. Dosejustering er ikke nødvendig hos eldre eller ved nedsatt lever- eller nyrefunksjon. Pasienten må instrueres nøye i riktig bruk av inhalatoren. Inhalasjonsteknikken bør kontrolleres. Se pakningsvedlegget for detaljerte instruksjoner.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Forsiktighet utvises ved aktiv eller latent pulmonal tuberkulose, sopp-, virus- eller bakterieinfeksjoner, og gis kun dersom disse pasientene får adekvat behandling. Ikke indisert for behandling av status asthmaticus eller andre akutte astmaepisoder der intensivtiltak er nødvendig. Ikke til behandling av akutte anfall, til dette er inhalert hurtigvirkende bronkodilatator nødvendig. Systemiske bivirkninger kan forekomme, særlig dersom høye doser forskrives for lange perioder. Faren for slike bivirkninger er langt mindre ved inhalasjon enn ved peroral terapi. Mulige systemiske bivirkninger omfatter adrenal suppresjon, veksthemming hos barn og ungdom, redusert benmineraltetthet, katarakt og glaukom, og mer sjelden, ulike psykiske og atferdsrelaterte bivirkninger, inkl. psykomotorisk hyperaktivitet, søvnforstyrrelser, angst, depresjon eller aggresjon (spesielt hos barn). Ved langtidsbehandling av barn og ungdom anbefales regelmessig kontroll av høyde. Dersom veksten blir langsommere, bør dosereduksjon vurderes. Høyere eksponering hos pasienter med alvorlig leverinsuffisiens er forventet, disse pasientene skal derfor overvåkes for potensielle systemiske effekter. Bruk av inhalert ciklesonid bør minimalisere behovet for orale steroider. Pga. mulig svekket binyrebarkrespons, bør pasienter som overføres fra oralt steroid til inhalasjonsterapi følges nøye og binyrebarkfunksjonen kontrolleres jevnlig. Etter introduksjon av inhalasjonsbehandling, reduseres oral behandling gradvis. I tiden etter overføring kan pasientens normale binyrebarkrespons være svekket. Vurder tillegg av systemiske steroider ved stress, f.eks. forverring av astmaanfall, infeksjoner, kirurgiske inngrep. Overgang til inhalasjonsterapi kan også avdekke tidligere steroidmaskerte allergier. Paradokse bronkospasmer med umiddelbar økning i hvesing etter doseinntak kan oppstå. Dette bør behandles med en inhalert hurtigvirkende bronkodilatator, som vanligvis gir rask lindring. Behandling med ciklesonid bør kun fortsettes hvis de forventede fordelene etter nøye vurdering anses som større enn de mulige risikoene.

Interaksjoner: Samtidig behandling med ketokonazol og andre potente CYP 3A4-hemmere bør unngås da samtidig bruk kan øke eksponeringen (ca. 3,5) for en av ciklesonids aktive metabolitter.

Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Det finnes ikke tilstrekkelige data om bruk hos gravide. Dyrestudier har vist at glukokortikoider kan fremkalle misdannelser. Disse funnene er sannsynligvis ikke relevante for mennesker ved anbefalt inhalasjonsdosering. Bør kun brukes dersom de potensielle fordelene for moren oppveier den potensielle risikoen for fosteret. Barn eksponert for kortikosteroider in utero, må observeres nøye mhp. hypoadrenalisme. Overgang i morsmelk: Ukjent. Amming bør kun vurderes dersom forventede fordeler for moren oppveier mulig risiko for barnet.

Bivirkninger: Omtrent 5% av pasientene opplevde bivirkninger i doseområdet 40-1280 µg pr. dag. I de fleste tilfellene var disse milde og krevde ikke seponering. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Vond smak. Hud: Utslett og eksem. Luftveier: Dyspné. Øvrige: Reaksjoner og tørrhet på applikasjonsstedet. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Hjerte/kar: Palpitasjoner, hypertensjon. Immunsystemet: Angioødem, hypersensitivitet. Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent: Psykiske: Psykomotorisk hyperaktivitet, søvnforstyrrelser, angst, depresjon, aggresjon, atferdsrelaterte endringer (hovedsakelig hos barn).

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Inhalering av en enkeltdose på 2880 µg hos friske frivillige ble tolerert godt. Potensialet for akutte toksiske virkninger etter overdose er lav. Etter langvarig administrering av 1280 µg ble det ikke observert noen kliniske tegn på adrenal suppresjon. Hvis høyere doser enn anbefalt benyttes over lange perioder, kan en viss grad av adrenal suppresjon ikke utelukkes. Overvåking av de adrenale reservene kan være nødvendig. Behandling: Etter akutt overdosering er ingen spesifikk behandling nødvendig. Se Giftinformasjonens anbefalinger R03B A08.

Egenskaper: Klassifisering: Glukokortikoid til inhalasjon med høy lokal antiinflammatorisk effekt. Ciklesonid viser lav bindingsaffinitet til glukokortikoidreseptoren. Etter inhalasjon omdannes ciklesonid enzymatisk til hovedmetabolitten (C21-desmetylpropionylciklesonid), som har uttalt antiinflammatorisk aktivitet og dermed anses som den aktive metabolitten. Absorpsjon: 52% av tilført dose deponeres i lungene. Ubetydelig oral biotilgjengelighet (<0,5% for ciklesonid, <1% for aktiv metabolitt) pga. ufullstendig absorpsjon. Fordi den orale biotilgjengeligheten for den aktive metabolitten er <1%, bidrar ikke den svelgede delen av det inhalerte ciklesonidet til systemisk absorpsjon. Proteinbinding: 99% for ciklesonid, 98-99% for metabolitten. Fordeling: Distribusjonsvolum 2,9 liter/kg. Metabolisme: Ciklesonid hydrolyseres primært til sin aktive metabolitt i lungene. Metabolitten metaboliseres primært i leveren via CYP 3A4. Utskillelse: Hovedsakelig i feces.

Oppbevaring og holdbarhet: Beholderen inneholder væske under trykk. Må ikke utsettes for temperaturer >50°C. Beholderen må ikke punkteres, ødelegges eller brennes, heller ikke når den er tom.

Andre opplysninger: Ved spesielle behov, kan preparatet brukes med et AeroChamber Plus-avstandsstykke.

Pakninger og priser per 31.01.2012: ***80 µg/dose:*** 120 doser kr 364,50. ***160 µg/dose:*** 120 doser kr 369,80.

Refusjon: Se Refusjonslisten, R03B A08.

Refusjonsberetttiget bruk: Bruk for å kontrollere vedvarende astma hos voksne og ungdom over 12 år.		
Kode: ICPC: R96 – ICD: J45	Tekst: Astma	Vilkår: 92
Vilkår 92: Diagnosen astma må være verifisert ved hjelp av spirometri hos barn over 8 år og voksne. Hvis spirometri ikke kan gjennomføres, må årsaken journalføres.		

Referanser: 1. Norsk SPC * Ved maks dosering 640µg anbefales 320µg 2 ganger daglig
2. Knox et al., Curr Med Research & Opinion, vol.23, no 10,2007,2387-2394 • 3. Derom et al., Pulm Pharmacol &Ther 18;2005:328-336

R-121957-1 / 10606

Barth Tholens om døden

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

Til punkt og prikke

Døden kommer sjelden på en hyggelig måte.

MITT OPPHAV ville gjerne at ting skulle gå riktig for seg.

Foreldrene mine var mennesker som unektelig fulgte med i tiden. De var opptatt av å følge «boka». Derfor tok de gjerne i bruk de siste kunnskapene innen barneoppdragelse, oppmuntret til fysisk aktivitet, mente at kalde bad var bra mot vonde drømmer og var urokkelige når det gjaldt datidens offisielle leggetider. De sørget for at vi til enhver tid oppførte oss sømmelig og leverte til slutt fra seg noen eksemplariske samfunnsborgere til det høyere utdanningssystemet. Da hadde de gjort sitt. De hadde spilt foreldrerollen til punkt og prikke.

Senere spilte de også eldrerollen med stor bravur. Pliktskyldig gikk de gradene i velferdsstatens alderdomsgalopp. De flyttet først fra det koselige rekkehuset til en seniorbolig omgitt av en park med en romslig andedam. Da beina begynte å stokke seg litt, gikk kursen mot omsorgsboligen og aldershjemmet. Der satt de i flere somre på den lille benken foran inngangspartiet med hendene i fanget mens tiden tikket ubønnhørlig videre.

Med samme sans for orden havnet de begge etter tur i sin siste seng på sykehjemmet, da kroppen streiket for alvor. Der døde de nærmest forbilledlig: De ga sitt samtykke til at livet ikke skulle drøyes unødvendig, og da tiden hadde kommet, kort tid etter, sluttet man å gi dem mat og drikke. Og så var det punktum finale, kanskje med vekt på finale: De var som langdistanseløpere som gikk over målstreken på idealtid.

> Vel kan vi skyve på livets grenser, men livets verdi skal stå fast.

Enda det hele foregikk så fredelig for seg at man nærmest kunne ha solgt filmrettighetene til Helsedirektoratet, var det likevel ikke fritt for at vi barna rygget ved synet av dødens iboende brutalitet. For døden og prosessen forut for den, kommer sjelden på en måte som får oss til å føle oss vel. I møte med døden føler pårørende seg overkjørt av naturens gang.

Det er muligens en av grunnene til at pårørende kan bli fristet til å kreve for mye av helsepersonell – eller også for lite. De tror enten at sykepleiere og leger kan utrette mer enn de egentlig kan, for eksempel legge til rette for en helt harmonisk død. Eller så kan pårørende finne seg i for mye, i den tro at alt som er ubehagelig med døden uansett er en del av «pakka».

Da Ketil Bjørnstad skrev om omstendighetene ved farens dødsleie, utløste det heftig debatt. Er det slik man skal dø? Bjørnstad mente at faren ble nektet mat og drikke for tidlig, og kunne ikke forsone seg med tanken på at han kunne hatt det bedre før han døde. Mange kjente seg igjen og kunne berette om liknende, ja også verre historier.

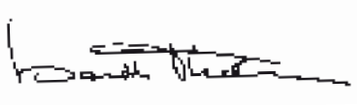
Personlig ble jeg glad for at saken skapte såpass mye debatt. For er det noe vi trenger i vårt materielle samfunn, er det tanker og diskusjoner om omsorgen ved livets slutt. Alle våre bestrebelser på å gjøre livet lengst mulig gjennom medisinske nyvinninger, vil miste mening om vi ikke også er opptatt av å gi mennesker en god død. Vel kan vi skyve på livets grenser, men livets verdi skal stå fast.

Derfor skal det aldri stilles spørsmål ved om fastvakt egentlig er nødvendig, eller om kvalifisert helsepersonell er en forutsetning for å kunne gi døden verdige rammer.

Da foreldrene mine, med fire års mellomrom, ble lagt inn på sykehjem, ble både de og vi grundig informert om hva som ventet oss. Vi som hadde opplevd en forutsigbar barndom, med forutsigbare foreldre, kunne derfor oppleve at vi også ble foreldreløse på en måte som innga trygghet.

Ikke for det. Etter at min mor lukket øynene for godt, fikk vi et langt brev fra bestyreren på sykehjemmet. Her kom det fram at vedkommende hadde satt stor pris på min mor. I samtaler – som vi for øvrig ikke visste noe om – hadde hun nemlig gitt ledelsen ved sykehjemmet mange gode råd om hvordan de kunne forbedre kvaliteten på sine tjenester til de døende. «Her kunne hun være ganske bestemt og krevende», meldte bestyreren mildt i sitt brev til oss.

Det overrasket meg for så vidt ikke. Min mor fornektet seg aldri. Det var ikke snakk om å slumse med boka.



Hva skjer

Halvparten strøk på sykepleien

Bare 54 prosent av sykepleierstudentene i Stavanger fikk bestått på sin første eksamen i faget «Grunnleggende sykepleie og yrkesgrunnlaget».

- Det var en kalddusj, både for studentene og for oss lærere, sier Kari Vevatne, leder på Institutt for helsefag ved Universitetet i Stavanger (UiS) til Stavanger Aftenblad.

Av de 204 som møtte opp til eksamen før jul, fikk bare 111 bestått. Også blant dem som besto, var resultatet labert: Ingen fikk beste karakter, A, bare to fikk B, mens 24 fikk dårligste karakter, som er E. Gjennomsnittskarakteren var D.

KALDDUSJ: Første eksamen ble et hardt slag for mange ferske sykepleiestudenter i Stavanger. Arkivfoto (ikke fra Stavanger): Stig Weston.

Gravid ikke sykmeldt

30 prosent færre sykmeldinger blant gravide ved sykehusene i Elverum og på Hamar er resultatet av et prosjekt i Sykehuset Innlandet.

– Sykehuset Innlandet har blant annet tatt gravide ut av natt-turnus og økt bemanningen på avdelinger der det jobber gravide, forteller prosjektleder og jordmor Vigdis Jensen.

Det er 28 gravide ansatte som har vært med på prosjektet. Det startet i mai i 2010. Siden den gang har sykmeldingene bland denne gruppen gått ned med 30 prosent, og Sykehuset Innlandet har spart over 500 000 kroner.

Nei til vikarbyrådirektivet

Et enstemmig styre i Unio mener regjeringen må reservere seg mot EUs vikarbyrådirektiv.

«Ut fra en samlet vurdering går Unio inn for at Norge skal reservere seg mot implementering av EUs vikarbyrådirektiv» heter det i vedtaket.

– Direktivet sikrer ikke vikarene godt nok. Likebehandlingen mellom vikarer og andre er ikke god, sier Unio-leder Anders Folkestad. Unio mener direktivet kan bidra til at det blir et A- og et B-lag i arbeidslivet.
– Det kan skje når rettighetene til vikarene ikke er godt nok tatt vare på. Hvis regjeringen ønsker å bedre situasjonen for vikarene, kan den gjøre det uavhengig av direktivet, sier Folkestad.

I sin høringsuttalelse til Unio var Norsk Sykepleierforbund sin klare anbefaling å si nei til vikarbyrådirektivet.

Les mer om:

10 Planlegger ikke for sykefravær ›
11 Ny direktør på OUS ›
12 Vil være med på møter ›
14 Lite forskningsmidler til sykepleiere ›
16 Ahus vs. NSB ›
18 Varsler om røntgenkutt ›
20 Spekter på krigsstien ›

sykepleien.no

Partene lader opp til lønnsoppgjøret. Følg med på sykepleien.no

Forsikres mot helsekø

FINANS: Leif Osland, kommunikasjonsdirektør i FNO.

Stadig flere bedrifter forsikrer sine ansatte. 300 000 har ved utgangen av 2011 en eller annen form for forsikring mot helsekø viser tall fra Finansnæringens Fellesorganisasjon (FNO). Det er en økning på 28 prosent sammenlignet med samme tidspunkt i 2010. Så sent som i 2005 var det kun 68 000 nordmenn som hadde en slik ordning.

– Det har blitt stadig mer vanlig å forsikre samtlige ansatte i virksomheten, sier kommunikasjonsdirektør Leif Osland (bildet) i FNO.

De siste tallene fra norsk pasientregister viser at gjennomsnittlig ventetid ved norske sykehus er rundt 80 dager. I ti prosent av tilfellene brytes også fristen. Men nordmenn kjøper ikke kun forsikring for å slippe lange køer. Mange frykter også de økonomiske konsekvensene dersom de blir akutt syke.

Tall fra FNO viser at 208.000 nordmenn hadde tegnet såkalt kritisk sykdomsforsikring ved utgangen av 2011. Ifølge Aftenposten var tallet 78 000 i 2005. Kun én av ti som har slik forsikring har det gjennom jobben. Resten betaler ut av egen lomme, og kan regne med en enkeltutbetaling fra forsikringsselskapet dersom de rammes av alvorlig sykdom som hjerteinfarkt eller kreft.

Vet du hva dette er?

Firkantene heter qr-koder, og fungerer på samme måte som en lenke, altså en nettadresse, på internett.

Du må ha en smarttelefon og laste ned en applikasjon for qr-koder. Via denne skanner du koden, og vips, du kommer til et nettsted, en video, en e-postadresse.

Denne koden (over) går til sykepleien.no. Se også side 74. Test ut, og gi oss gjerne tilbakemelding på firmapost@sykepleien.no.

Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) - behandlingssted og utbetalt beløp (kroner) 2011.

Behandlingssted:	Utbetalt erstatning:
Helse Nord	97 508 818
Helse Midt-Norge	93 991 333
Helse Vest	134 014 742
Helse Sør-Øst	364 110 666
Primærhelsetjenesten	78 256 582
Privat sektor	16 737 331
Legemiddelsaker	24 432 937
Annet*	37 595 211
Totalt	846 647 620

Annet*: Her finner vi kjøp av private helsetjenester, offentlig tannhelsetjeneste, rehabiliteringssentre, fysioterapisentre, røntgeninstitutter, laboratoriesentre og Folkehelseinstituttet.

Kilde: Norsk Pasientskadeerstatning

Ny meldeordning

Stortinget vedtok 24. juni 2011 at ansvaret for meldeordningen for uønskede hendelser i henhold til § 3-3 flyttes fra Helsetilsynet i fylkene til Kunnskapssenteret f.o.m. 1. juli 2012.

Formålet med meldeplikten er å forbedre pasientsikkerheten. Meldingene skal brukes for å avklare årsaker til hendelser og for å forebygge at tilsvarende skjer igjen.

30 millioner
til kreftkoordinatorer

Foto: Marianne Otterdahl-Jensen, Kreftforeningen

For å lette situasjonen for landets kreftpasienter, inviterer Kreftforeningen kommunene til å spleise på stillinger som kreftkoordinatorer.

– Kreftkoordinatorenes rolle vil være å koordinere den hjelpen og de tjenestene som allerede finnes, sier Ryel.

30 millioner kroner er satt av fra Kreftforeningens side. Det skal dekke 75 prosent av en full stilling som kommunalt ansatt kreftkoordinator. De resterende 25 prosentene må kommunene finansiere.

– Kreftforeningen får mange henvendelser fra pasienter som sliter med å finne både informasjon og behandlingstilbud etter at de er tilbake i kommunen. Det kan være alt fra spørsmål om rettigheter til hjemmehjelp og praktisk bistand, til spørsmål om støttegrupper og håndtering av bivirkninger eller senskader, sier Ryel.

Stillingen er ikke ment å erstatte det helsetilbudet som allerede eksisterer i kommunen, men skal være en ekstraressurs for pasientene.

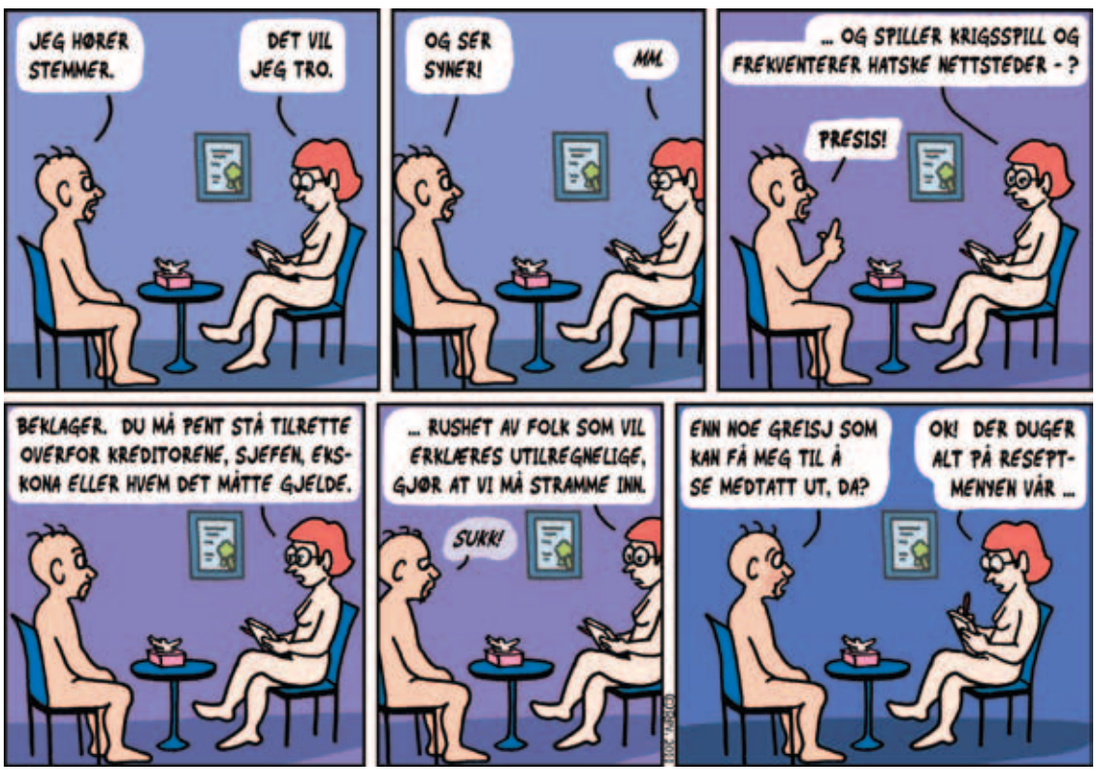
Et land med seniorer

I løpet av de neste 15 årene vil antall innbyggere i gruppen mellom 55 og 75 år øke med 300 000, og om 20 år vil hver fjerde nordmann være en senior. Det er noen av de mange tallene i Fafo-rapporten «Seniorpolitiske fremtidsbilder».

Rapporten slår også fast at kjernegruppen av seniorer mellom 60 og 70 år snart vil omfatte 700 000 mennesker. Det vil føre til at samfunnet må få en annen holdning til alder og aldring enn den tradisjonelle, ifølge rapporten.

Foto: Colourbox

TERAPI av Bodil Revhaug



Meninger fra www.sykepleien.no

Hygienepolitiet

23.01.12 - Hygienepolitiet (Tove-Signora Magnussen)
Bra tiltak. Før hadde vi et uniformsreglement. Trenger ikke være nazi selv om vi minner hverandre på at utagerende atferd i helsevesenet er problematisk for pasientene.

- FLOTT TILTAK (Annonym)
Kjempeflott. Dette trenges virkelig !

Hva kan vi lære av svensk samhandling?

Også i Danmark har de et sterkere fo kus på rehabilitering ute i kommunene og tjenestene er bygd opp for å møte dette behovet hos pasientene.

Kari Skrautvol, førstelektor

Hele innlegget finner du på:
www.sykepleien.no_debatt

Planlegger ikke for sykefravær

LØSNING: Fafo-forsker Heidi Gautun mener det ikke bør være så vanskelig å planlegge for sykefravær ved for eksempel å øke grunnbemanningen eller øke potten til vikarbruk.

Selv om sykefraværet i kommunehelsetjenesten ligger stabilt på 9–10 prosent, planlegges ikke alltid bemanningen etter det.

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Marit Fonn**

Tidligere kartlegginger har vist at det er stor forskjell på planlagt og faktisk bemanning av faglærte i kommunenes sykehjem og hjemmesykepleie. Nå har Norsk Sykepleierforbund (NSF) gjennom en ny Fafo-rapport fått noen av svarene på hvorfor.

Seniorforsker Heidi Gautun i Fafo har intervjuet 20 toppledere i administrasjonen og ledere av sykehjem og hjemmesykepleien i fem ulike kommuner.

Fem årsaker bak avvik

Hovedgrunnen til avviket er ifølge informantene problemer med å få satt inn utdannete vikarer når det oppstår sykefravær. En årsak det skulle være mulig å gjøre noe med, mener Heidi Gautun.

– Hvordan kan det være så vanskelig å planlegge bemanningen når det totale sykefraværet hos kommunens helse- og omsorgstjenester ligger stabilt på 9–10 prosent? spør hun og foreslår løsninger som økt grunnbemanning eller økt pott til vikarbruk.

Stramme økonomiske rammer og vansker med å rekruttere sykepleiere og helsefagarbeidere er også viktige grunner som nevnes. Likeledes oppgir noen å ha for dårlig utviklete rapporteringssystemer for å si ifra både om bemanningssituasjonen og pasientbehovene til rådmannen og kommunestyre. Et par av informantene svarer også at manglende fleksibilitet, spesielt i forhold til arbeidstid, påvirker avvik fra planlagt bemanning.

NSF-leder Eli Gunhild By mener at grunnen til at det er vanskelig å rekruttere vikarer også handler om dårlige betingelser for vikarer.

– For meg er svaret at kommunene må gjøre seg mer attraktive for sykepleiere, både når det gjelder økt grunnbemanning, lønn, tilbud om heltidsstillinger og gode arbeidstidsordninger. Jeg vil minne om at 55 prosent av sykepleierne i kommunene jobber deltid, og at en stor andel av dem ønsker økt stillingsbrøk. Det vil bli enda vanskeligere å rekruttere i framtida, og kommunene må bare sette i gang med å gjøre seg lekre for sykepleierne, sier hun.

Rammene kan diskuteres

– Flere informanter hadde erfart at selv om økonomien bestemmer hvor store rammer kommunehelsetjenesten skal få i første omgang, kan pasientbehovet justere dem. Derfor er gode rapporteringssystemer så viktig, slik at man får justert budsjettet i henhold til behovene, sier Fafo-forsker Gautun.

Det varierte hvor ofte det ble rapportert om situasjonen i de ulike kommunene. Noen gjør det en gang i måneden, noen gjør det sjeldnere.

Gautun anbefaler å se nærmere på de faktiske rapporteringssystemene i en egen undersøkelse.

Eli Gunhild By vil ta opp behovet for gode rapporteringssystemer med KS.

– Det kan se ut som om verken kommunepolitikere eller rådmenn i mange kommuner har rapporteringssystemer som gjør dem i stand til å ta gode og riktige beslutninger. Dette gjør det vanskelig å beregne treffsikre økonomiske rammer. Gode rapporteringssystemer må derfor bedres slik at en kan synliggjøre behovet, og dermed øke sannsynligheten for at helse- og omsorgstjenesten blir prioritert, sier hun.

Samhandlingsreformen kan øke avviket

Alle informantene, med unntak for de i den minste kommunen, uttrykte bekymring for følgene av samhandlingsreformen. De antok at den ville kunne føre til økt avvik mellom planlagt og faktisk bemanning.

– De frykter at reformen vil gjøre rekrutteringen vanskeligere og de økonomiske rammene enda strammere, sier Gautun.

forebygging.no
Kommunetorget.no
- for planlegging av folkehelse- og rusarbeid i kommunene

Bjørn Erikstein

Alder: **59 år**
Aktuell som: **Ny administrerende direktør ved Oslo universitetssykehus (OUS)**

BAKGRUNN:

Bjørn Erikstein, som er kreftlege, ble før jul direktør ved OUS. Han overtar etter Siri Hatlen som gikk i juni etter uenighet med styret. OUS er preget av uro etter sammenslåingen av fire sykehus. Mer penger må spares, OUS skal granskes av Stortinget, ansatte er bekymret, bygninger forfaller.

Visste hva han gikk til

Hvordan går det?
– Ganske bra, etter forholdene.

Du kommer både innenfra og utenfra?
– Ja, jeg har vært 20 år på Radiumhospitalet og Ullevål, i regionale helseforetak og i departementet.

Hvorfor ville du ha jobben?
– OUS er landets mest spennende helseforetak: Bredt tilbud til pasientene, mange nasjonale funksjoner, flinke ansatte, betydelig forskning.

Sjokkartet start?
– Jeg visste hva jeg gikk til.

Men mye hurlumhei?
– Ikke mer enn før jeg begynte. Og mindre de siste ukene. Jeg har snakket med mange folk, blant annet hatt samling i storledergruppen på 190. Det var veldig vellykket. Entusiasmen er stor.

Er det en fordel at du er lege?
– Tror det. Jeg forstår hva sykehuset driver med. Det er lett for helsepersonell å kommunisere, de trenger ikke oversette. Jeg kan stille spørsmål. Det gjør dialogen lettere.

Du er gift med en hudlege?
– Det er jeg visst også.

Hvor viktig er det å ha sykepleiere i ledelsen?
– Vi har tradisjon med å ha sykepleiere i toppposisjoner. Men jeg er mer opptatt av personers evne til å lede, enn en rettferdig fordeling av yrkesgrupper.

Kan du spare uten oppsigelser?
– Budsjettet er lavere enn før. Ahus har tatt over pasienter, og tusen ansatte har flyttet over. Men vi har for høye kostnader.

Du gir ingen garantier?
– Ikke 100 prosent, det er vanskelig.

Har sammenslåingen gått ut over pasientene?
– Det er ingen indikasjoner på det. Målinger viser at vi ligger godt an med pasientsikkerheten.

Men kreftpasienter venter i månedsvis på røntgen?
– Jeg er bekymret over at kapasiteten mellom klinikkene ikke er tilpasset. Bildediagnostikk er et område som viser dette tydeligst.

Da har det vel gått ut over pasientene?
– Ingen indikasjoner, vi følger nøye med. I et stort sykehus vil det alltid skje ting man ønsket ikke skjedde.

Hva synes du om ansatte som uttaler seg i mediene?
– Jeg har ikke lyst til å legge bånd på dem som vil ytre seg. Det er sagt at det er en fryktkultur, jeg kan ikke se det. Men jeg ønsker at ansatte skal hjelpe til og være stolte av arbeidsplassen sin.

Hva har gjort inntrykk på deg?
– At folk er flinke og ansvarsbevisste. Og så er jeg klar over at det er viktig å få sykehuset på rett kjøl.

Når blir det ro i OUS?
– På et så stort sykehus vil det alltid være spenninger og situasjoner må håndteres fortløpende. Det er stadig ny kunnskap om teknologi og medisin.

OUS er kanskje for stort?
– OUS er veldig stort, men det kan håndteres.

Hva er det verste?
– To ting: At vi ikke er i økonomisk balanse. Og kanskje verre, at det er avdekket vedlikeholdsetterslep.

Det aller beste?
– At det foregår fantastisk behandling av pasienter med vanskelige diagnoser hver eneste dag. Det forskes og undervises for å komme videre.

Og ikt-systemene er snart på plass?
– Sakte, men sikkert.

Pinlig historie?
– Litt trist at det ikke er levert. Men det er mange årsaker til det.

Noe du vil si til sykepleierne?
– De er kjempeviktige. Jeg er litt bekymret for rekrutteringen, spesielt av spesialsykepleiere. Jeg oppfordrer dem til å videreutdanne seg.

Har du avtalt etterutdanning i kontrakten din?
– Nei. Jeg har god lønn, tre måneders oppsigelsestid og kan jobbe videre med redusert lønn. En ganske vanlig arbeidskontrakt.

Tekst og foto
Marit Fonn

Vil være med på møtene

Helse Sør-Øst har fått nytt styre, men ministeren vil fortsatt ha direkterapportering om sykehusene i hovedstadsområdet.

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

FØLGER MED: Helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen vil fortsatt ha direkterapporter om sykehusene i hovedstadsområdet under den nye styreleder i Helse Sør-Øst, Per Anders Oksum

Siden sommeren 2011 har helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen bedt Helse Sør-Øst-direktør Bente Mikkelsen om å direkterapportere om forholdene ved Ahus, Vestre Viken og Oslo universitetssykehus til departementet.

Denne ekstraordinære rapporteringen ønsker helseministeren å fortsette med, også under det nye styret i Helse Sør-Øst. I de andre regionale helseforetakene rapporterer administrerende direktør til styret. Styret rapporterer så videre til sin eier, som er departementet.

– Vil få samme informasjon

En arbeidsgruppe bestående av tre ekspedisjonssjefer fra departementet har gjennom høsten 2011 blitt løpende orientert om utvikling i ventetider og behandlingskapasitet, sykefravær, arbeidsmiljø og økonomi for sykehusene i hovedstadsområdet.

– Rapporteringen for Ahus, Vestre Viken og Oslo universitetssykehus vil videreføres under det nye styret, sier Anne-Grete Strøm-Erichsen til Sykepleien.

Den nye styrelederen, Per Anders Oksum, bekrefter at han er informert om at den ekstraordinære rapporteringen vil fortsette.

«Jeg har vært i stuss om hvorfor alle måtte skiftes ut.» *Ellen Marie Wøhni*

– Ideelt sett skulle rapporteringen kommet fra oss. På grunn av situasjonen i aksen Ahus, OUS og Vestre Viken, ønsker departementet fortsatt denne ekstrarapporteringen. Jeg ser ikke på dette som problematisk, vi vil få den samme informasjonen som statsråden. Så får vi se hvor lenge denne ordningen kommer til å fortsette, sier Oksum.

Vil lede møtene selv

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har også et forslag til endring i helseforetaksloven ute på høring. HOD ønsker blant annet å endre loven, slik at statsråden selv kan lede foretaksmøtene i de regionale helseforetakene, for å synliggjøre at «foretaksmøtet er eiers møte», som det heter i lovforslaget.

Til nå har det vært styreleder som leder foretaksmøtene.

Kastet styre på grunn av intern uenighet

Helseministeren gjorde omfattende utskiftninger i styrene i de regionale helseforetakene i januar. Til sammen ble 20 av 36 styremedlemmer sparket ut. I Helse Sør-Øst ble syv byttet ut, og i Helse Midt ble alle de eieroppnevnte styremedlemmene byttet ut. I Helse Vest og i Helse Nord ble det byttet ut to styremedlemmer hver.

Intern uenighet var begrunnelsen hun ga for å kaste styret i Helse Midt-Norge.

Ansatterepresentant Ellen Marie Wøhni fra Norsk Sykepleierforbund synes det er synd at alle de eieroppnevnte styremedlemmene ble byttet ut samtidig. De som nå representerer kontinuiteten, er de ansattevalgte representantene.

– For opptatt av hvor de kom fra

– Det tar tid å opparbeide seg kunnskapen som er nødvendig for å ta beslutninger som er politisk fundert og strategisk riktige.

I Helse Midt har det vært store konflikter når det gjelder funksjonsfordeling mellom sykehusene, og også finansiering og lokalisering av et eventuelt nytt sykehus i Helse Møre og Romsdal.

– *Har dere fått noen begrunnelse for hvorfor styret ble kastet?*

– Forklaringen vi fikk av statsråden i foretaksmøtet i januar, var at styremedlemmene har vært for opptatt av hvor de kom fra selv. Det må hun selvsagt kunne mene, selv om jeg er uenig. Jeg har vært i stuss om hvorfor alle måtte skiftes ut, så det var i alle fall all right å få en forklaring, sier Wøhni.

– Ingen dom

Helseministeren vil selv ikke utdype hvorfor hun byttet ut hele styret, bortsett fra å henvise til intern uenighet i styret.

– Det har vært intern uenighet, utover det vil jeg ikke felle noen dom over det gamle styret, sier Anne-Grete Strøm-Erichsen.

I endringsforslaget fra HOD, ønsker det også å lovfeste at endringer i antall helseforetak og helseforetakenes geografiske opptaksområde skal vedtas av foretaksmøtet – der statsråden selv altså skal være til stede.

Høringsfristen for endringene i helseforetaksloven er 20. mars.

NY OG FORBEDRET DISPENSER

Som markedsleder er det naturlig for oss å hele tiden utvikle og forbedre våre produkter. Derfor har vi nå videreutviklet vår berøringsfrie dispenser, med mange nye finesser. Men prinsippet er fremdeles det samme – håndhygiene på en enkel måte.

Forenklet batterisystem. 4 batterier i stedet for 6, men med lengre levetid da motoren går i dvale når den ikke er i bruk. Mye enklere batterimontering.

Mindre søl. Slangen i posen har større åpning og motoren har et større trykk. Dette gir færre tette dyser og dermed mindre søl.

Ny og forbedret sensor. 2 sensorer i stedet for 1 gjør dispenseren mer nøyaktig, slik at den bare doserer når den skal.

Forenklet nøkkelsystem. Fordi låsen er flyttet til toppen kan dispenseren monteres nærmere vegger og listverk. Enklere å åpne. 2 ekstranøkler medfølger.

Ny og forbedret motor. Sterkere og mer stillegående motor som gir et større trykk.

2 års garanti. Garantien gjelder i 2 år eller inntil 150.000 doseringer.

Justerbar dosering. Nå kan man velge mellom 1-4 doser per dosering.

antibac®
DESINFEKSJON

www.antibac.no

BKRMN Foto: Ina Wesenberg

Lite forskningsmidler til sykepleiere

Av 103 prosjekt som får forskningsmidler fra Helse Sør-Øst i år, er det bare fire prosjekt hvor prosjektleder har helsefaglig bakgrunn. Tekst **Eivor Hofstad**

Helse Sør-Øst delte før jul ut 104,1 millioner kroner i forskningsmidler for 2012 til nye prosjekter og tiltak. Av 540 søknader var det 103 som gikk gjennom.

Blant dem er det kun en sykepleier, en jordmor, en fysioterapeut og en ergoterapeut som har fått støtte som prosjektansvarlig.

– Det betyr at kun 1,5 prosent av forskningsbevilgningene går til sykepleie- og jordmorfaglig forskning i Helse Sør-Øst. Det er mer enn i 2010. Da fikk de ingenting, sier Karen Bjøro, andre nestleder i Norsk Sykepleierforbund (NSF).

I Helse-Sør-Øst er det den prosjektansvarlige og ikke stipendiaten som er søker. Derfor er det ofte flere stipendiater enn det er søkere med helsefaglig bakgrunn. Så langt har tre av stipendiatene helsefaglig bakgrunn, i tillegg er det 59 prosjekter som er åpne, det vil si uten navngitt stipendiat.

Få sykepleiere vurderer søknader

– I Helse Sør-Øst er det svært vanskelige forhold for forskere innen sykepleie og helsefag. Sykepleiere er sterkt underrepresentert når det gjelder vurdering av prosjektene. I gruppen som tildeles etter strenge kvalitetskriterier av ulike profesjonsnøytrale vurderingskomiteer med fagfeller fra andre helseregioner, forklarer han.

– Men kvalitet er et relativt begrep og avhengig av hva man synes er viktig og hvilken fagbakgrunn man har, påpeker Bjøro.

– Jeg skjønner at man ikke skal være så opptatt av profesjon, men jeg tror at også Krüger ville vært bekymret hvis ingen leger fikk forskningsmidler et år. Også sykepleiere må ha forskning som vi kan bygge vår praksis på, sier Monica W. Nortvedt, leder for Senter for kunnskapsbasert praksis i Bergen.

Kan søke innen ulike kategorier

Irene Kronkvist er konserntillitsvalgt for NSF/Unio i Helse Sør-Øst og er en av to sykepleiere i det regionale forskningsutvalget til Helse Sør-Øst. Utvalget følger opp den regionale forskningsstrategien, ser på kriteriene for søknadsvurderingen, men vurderer ikke den enkelte søknad. Det gjør uavhengige fagfeller.

– Jeg er enig i at det er få sykepleieprosjekter som får støtte, og skulle virkelig ønske at flere fikk det. Sykepleieforskning er usedvanlig viktig for å sikre en tjeneste av høy kvalitet, sier hun dessuten kun å vurdere søknader innenfor sitt spesialområde, som for eksempel kan være kvalitativ forskning. Dette er vanskelig å få til, på grunn av det store antallet søknader som spenner over et vidt område med hensyn til forskningstema og metode. Vi trenger derfor folk med breddekompetanse som kan vurdere søknader fra flere fagområder og med flere forskningsmetoder, sier Krüger.

Mangler søknader fra små miljø

Bjøro mener at mye av midlene går til de store forskningsmiljøene på Rikshospitalet og Radiumhospitalet.

– De store miljøene blir dermed stadig sterkere, mens fagfelt som mangler lange forskningstradisjoner, slik som sykepleie, blir skadelidende. Det blir da vanskelig for nye miljø å komme på banen, sier hun.

Krüger forklarer at 19 prosent av søknadene får støtte, både i gruppen for universitetssykehus og i gruppen for ikke-universitetssykehus. Men universitetssykehusene sender inn så mange flere søknader at de i år fikk knapt 87 prosent av den totale tildelingssummen.

– Vi ønsker generelt at antall søknader av høy kvalitet øker, også fra ikke-universitetssykehusene, sier Krüger.

10 millioner i Helse Vest

I Helse Vest er 30 millioner kroner for 2012 fordelt til i alt 59 nye forskningsprosjekter.

Helse Vest tok et spesielt grep for å styrke den helsefaglige forskningen i 2009. De bevilget 10 millioner kroner over en femårsperiode til et prosjekt de kalte «Strategisk forskningsprogram i kunnskapsbasert praksis innen helsefag», ledet av Monica W. Nortvedt fra Senter for kunnskapsbasert praksis i Bergen. Midlene er brukt til å gi stipend til aktuelle kandidater for at de skal komme i posisjon til å søke midler fra Helse Vest.

For 2012 resulterte det i støtte til tre doktorgradsstipend og en postdoc fra Helse Vest.

«Det er kriteriesystemet som diskvalifiserer sykepleiere.» *Karen Bjøro*

rommer helsefaglig forskning er det kun én sykepleier med som fagfelle, sier Karen Bjøro.

Ut fra dette og sin mangeårige erfaring som forsker ved Oslo universitetssykehus, konkluderer Bjøro med at Helse Sør-Øst ikke har vilje til å satse på helsefaglig forskning.

Det er ikke forskningssjef i Helse Sør-Øst, Øystein Krüger, enig i.

– Vi ønsker ikke å øremerke forskningsmidler til en type profesjonsbundet forskning. Det tror vi kan skade forskningen og bidra til at vi får A- og B-typer av forskning. Forskningsmidlene og minner om at sykepleiere ikke nødvendigvis trenger å søke i gruppen for forebygging/epidemiologi og helsefaglig forskning.

Kronkvist synes også det er lite med bare én sykepleier i komiteene som vurderer søknadene. Fysioterapeuter er for eksempel oftere representert.

– *Blir sykepleierne ikke spurt, eller vegrer de seg for å sitte i vurderingskomiteene, Krüger?*

– På langt nær alle takker ja til å delta i vurderingsarbeidet som innebærer mye arbeid i tillegg til full jobb. Enkelte kandidater ønsker

– GJØR SOM HELSE VEST: – Kun 1,5 prosent av forskningsbevilgningene går til sykepleie- og jordmorfaglig forskning i Helse Sør-Øst i år, sier Karen Bjøro, andre nestleder i NSF. Hun skulle ønske at helseregionen hadde samme vilje til å satse på helsefaglig forskning som Helse Vest. Foto: Marit Fonn

HVIS LEGENE IKKE FÅR: – Jeg skjønner at man ikke skal være så opptatt av profesjon, men jeg tror at også Krüger ville vært bekymret hvis ingen leger fikk forskningsmidler et år, sier Monica W. Nortvedt, leder for Senter for Kunnskapsbasert praksis ved Høgskolen i Bergen. Foto: Marit Fonn

MOT KVOTERING: – Vi har valgt å bygge opp forskningskompetansen hos de med helsefaglig bakgrunn i stedet for å kvotere midler til et spesielt forskningsområde eller profesjonsgruppe, sier Øystein Krüger, forskningssjef i Helse Sør-Øst. Foto: Helse Sør-Øst

I tillegg har satsningen gjort at de fikk støtte fra andre finansieringskilder til ytterligere fem doktorgradsstipendiater.

– Totalt har vi nå 19 stipendiater og tre postdoc i den strategiske satsningen. De fleste av dem er sykepleiere. Da satsningen startet opp i 2009 var det ingen med PhD ansatt i helseforetakene i Helse Vest. Nå er det elleve, hvorav åtte er sykepleiere, sier Nortvedt.

I Helse Vest har to av de totalt 16 i vurderingskomiteene sykepleiefaglig bakgrunn. De sitter i hver sin komité.

– Underkomiteene er bredt sammensatt med ulik kompetanse. Vi forsøker så langt som råd er å fordele søknadene etter komitémedlemmenes fagbakgrunn, inkludert den helsefaglige bakgrunnen. Helsefaglige forskningsprosjekter blir derfor stort sett behandlet i komiteene som har medlemmer med sykepleiefaglig bakgrunn, sier seniorrådgiver Sølvi Lerfald i Regionalt kompetansesenter for klinisk forskning i Helse Vest.

To millioner i Helse Sør-Øst

Også Helse Sør-Øst forsøkte i fjor å øremerke midler til kompetanseheving hos de med helsefaglig profesjonsbakgrunn, slik at både kvaliteten og kvantiteten på den helsefaglige forskningen kan økes. Det ble satt av to millioner kroner til dette. Disse midlene ble ikke brukt opp og er videreført i år.

– Jeg synes Helse Sør-Øst tar helsefaglig forskning på alvor og har gjort et godt grep med disse to millioner kronene som ble brukt til tre ulike kompetansehevende tiltak med ulike program. Interessen har vært stor, og evalueringen har vært meget god, sier Nina Waaler, dekan ved fakultetet for helsefag på Høgskolen i Oslo/Akershus, og medlem i det regionale forskningsutvalget i Helse Sør-Øst.

– Disse midlene kunne vært brukt til oppstartstipend for et antall helsefaglige ansatte i Helse Sør-Øst. På den måten kunne flere kommet i gang med forskningsprosjekt under kyndig veiledning, sier Karen Bjøro i NSF.

– Helse Sør-Øst mangler vilje

Bjøro mener Helse Sør-Øst mangler den viljen som Helse Vest har til å satse på helsefaglig forskning.

– Forskere i helsefag har i flere år nå prøvd å få Forskningsutvalget i Helse Sør-Øst til å gi helsefaglig forskning litt drahjelp, påpeker hun.

– Vi prioriterer ut fra en annen tenkning. Det er et helt aktivt og bevisst valg at vi ikke prioriterer enkelte profesjonsgrupper, men det betyr ikke at vi ikke prioriterer den type forskning. Helse Sør-Øst ønsker også de med helsefaglig yrkesbakgrunn velkommen inn i forskningen. Vi har imidlertid valgt å bygge opp forskningskompetansen hos disse gruppene i stedet for å kvotere midler til et spesielt forskningsområde eller profesjonsgruppe. Til neste år vil det antakelig komme nye midler slik at vi kan videreføre det arbeidet som startet med de to millionene, opplyser Krüger.

– Krüger og hans kolleger i forskningsutvalget bygger dette på en antakelse om at kompetanseheving vil gi større uttelling. Men det er søkeren med flest publikasjoner i prestisjetunge legetidsskrifter og med den sterkeste forskergruppen bak seg som vinner frem, sier Bjøro.

Hun har liten tro på at kompetanseprogrammet vil gi større uttelling i forskningskroner til høyskolegruppene.

– Det er kriteriesystemet som diskvalifiserer sykepleiere og andre med treårig høyskoleutdanning, fremhever hun. IIII

Helsefaglig forskning

Vanligvis forstås helsefaglig forskning som forskning innen de helsefagene som har en høyskolebasert profesjonsutdanning, som sykepleie, fysioterapi, ergoterapi, radiograf, bioingeniør eller vernepleie.

– Det er utdatert å knytte forskning opp mot bestemte profesjoner. Det internasjonale begrepet er «health research» for både medisinsk og helsefaglig forskning. Vi bruker derfor i økende grad begrepet «helseforskning», sier Maiken Engelstad, avdelingsdirektør for forskning og utvikling i Helse- og omsorgsdepartementet.

– Begrepet «helsefaglig forskning» alene brukes ikke i Helse Sør-Øst. Vi omtaler «medisinsk og helsefaglig forskning» sammen, fordi skillet mellom de to er umulig å trekke opp. Helsefaglig forskning har heller ingen internasjonal ekvivalent. Vi mener forskningen bestemmes av tema, ikke profesjoner, sier forskningssjef Øystein Krüger i Helse Sør-Øst.

Vurderingskomiteer

Helseregionene har ulike komiteer som vurderer søknadene om forskningsmidler. Fagfellene i komiteene til Helse Vest og Helse Sør-Øst må ikke være ansatt i helseregionen de vurderer forskningsprosjekter fra.

I Helse Sør-Øst er det fem ulike komiteer, besatt av 25 professorer og tre amanuenser. Prosjektleder velger selv hvilken komité søknaden skal sendes til:

- **1. Basal forskning/laboratoriemedisin**
- **2. Folkehelse /helsetjeneste /helsefag m.m.**
- **3. Klinisk somatisk**
- **4. Psykiatri /rus**
- **5. Forskningsnettverk, forskningsgrupper og kjernefasiliteter**

I gruppe to sitter en sykepleier (fra Sverige), en fysioterapeut og to epidemiologer (leger).

Tøffere enn toget

I fire uker har fem kvinnelige sykepleiere fra Ahus kjempet mot fem menn fra NSB om å slanke seg to buksestørrelser ned, på tv.

FV: Cathrine Enger Lunde, Ragnhild Østegård Jensås, Anette Ekelund Ellefsen, Viktoria Heiskel, Lene Andersen. Foto: NRK/Karina Jørgensen

Tv-seere har kunnet følge gjengen på veien mot målet på NRK Puls hver mandag kveld i januar. Mennene innrømmet at de ikke liker å tape, men gratulerte sykepleierne og sa det var greit siden de hadde vært så flinke.

Da Sykepleien møtte de fem sykepleierne før jul, var de litt usikre på om de ville klare å slå gutta. Men de lovet topp innsats. Noe som ser ut til å ha båret frukter.

Trener Yngvar Andersen har hatt kontroll over treningsregimet til både mennene og damene disse fire ukene. Også han trodde i begynnelsen at gutta ville vinne.

Resultatene

Til sammen har lagene fjernet 70 centimeter rundt midjen. Damene klarte 30 centimeter, mennene 40. Det har de klart med tre treningstimer i uken.

– Damene var best på push-ups og én kilometer, men herrene var best til å stå i planke, forteller Yngvar.

Skal fortsette

Ifølge NRK Puls, sier alle deltakerne at de vil fortsette med treningsprogrammet til Yngvar.

Sykepleierne fra lungeavdelingen ved Ahus skal løpe Holmenkollstafetten, mens sykepleierne fra barneavdelingen skal sykle Oslo-Eidsvoll. En etappe i sykkelrittet Oslo-Trondheim. Inntektene går til kreftforeningen.

– Det er et minneritt og vi ble utfordret til å være med av en av foreldrene til ett av barna vi har mistet, sier Lene Andersen til NRK Puls.

Også mennene har meldt seg på Holmenkollstafetten.

Midjemål før og etter treningsprogrammet:

Navn:	Desember:	Januar:	Reduksjon:
Lene	93 cm	87 cm	6 cm
Annette	93 cm	86 cm	7 cm
Ragnhild	81 cm	79 cm	2 cm
Cathrine	96 cm	86 cm	10 cm
Viktoria	93 cm	88 cm	5 cm

Ultralyd til alle i uke 12?

Nei, sier flertallet i Bioteknologinemnda. Jo, sier flertallet i Prioriteringsrådet. I løpet av våren skal Stortinget si sitt. Tekst **Bjørn Arild Østby** Arkivfoto **Erik M. Sundt**

Hvert år blir rundt 60 000 gravide i Norge. De tilbys i dag ultralydundersøkelse rundt uke 18. Kvinner over 38 år får også tilbud om ultralyd i svangerskapsuke 12.

I løpet av våren skal Stortinget behandle et forslag om å tilby alle gravide ultralydundersøkelse i uke 12, i tillegg til den man får i uke 18. Da vil det altså bli to regelmessige ultralydundersøkelser.

Kombinert ultralyd og blodprøver (KUB) er ultralyd ved 12 uker med måling av nakkeoppklaring hos fostre og blodprøver av kvinnen. Undersøkelsen vil blant annet kunne avdekke risiko for kromosomavvik, noe som er vanskeligere seinere i svangerskapet.

Motstanderne av tidlig ultralyd mener KUB ikke har noen helsemessig verdi, utenom som ledd i å påvise Downs syndrom og andre kromosomavvik. Tilhengerne mener det er kvinnen selv som må bestemme, og ikke at samfunnet ved lov og forskrift skal regulere bruken av tidlig ultralyd.

Grensen for selvbestemt abort går i dag ved uke 12. Fra 12 til 24 uker kan abort innvilges av en nemnd.

Det er ikke forbud mot å kjøpe ekstra ultralydundersøkelse på privatklinikker i Norge. I dag tar mange kvinner i sentrale strøk tidlig ultralyd, i motsetning til sine medsøstre i distriktene, hvor dette tilbudet ikke finnes.

Det er vanskelig å se rettferdigheten i at noen skal få vite og ikke andre, mener tilhengerne. Vi er på vei inn i «for sikkerhets skyld»-medisin advarer motstanderne.

JA-argumentene

- Tidlig ultralyd er et frivillig tilbud og det er opp til den enkelte kvinne om hun ønsker å ta i mot tilbudet.
- Det er ingen god begrunnelse for at bare gravide over 38 år skal få tilbudet.
- Tryggheten tidlig ultralyd gir er i seg selv en helsegevinst.
- Gravide kvinner i byer tar tidlig ultralyd for en tusenlapp på privatklinikk. Det tilbudet har man ikke i distriktene.
- Kvaliteten på tidlig ultralyd utenfor godkjente sykehus er svært variable.

NEI-argumentene

- Ingen dokumentasjon for helsemessig gevinst for mor eller barn.
- Tidlig ultralyd avdekker i langt større grad tegn på kromosomfeil. Det kan gi flere aborter av foster med Downs syndrom.
- Det er feil bruk av ressurser å ta alle gravide inn til ultralydundersøkelse i uke 12.
- Et tilbud til alle – blir fort «et tilbud man ikke kan avslå» – med risiko for falske funn og unødvendig engstelse.

ULTRALYD: I dag tilbys gravide under 38 år kun ultralyd i svangerskapsuke 18. Arkivfoto: Erik M. Sundt

HVA MENER DU?

Delta på avstemningen på sykepleien.no

Varslet krise etter røntg

I januar varslet radiologer og onkologer om uforsvarlig lang ventetid for kreftpasienter ved Oslo universitetssykehus. – Nå må vi gå for plan B, sier foretakstillitsvalgt Kristian Fosså.

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers og Nina Hernæs** Foto **Terje Bringedal/VG/Scanpix**

For å spare penger, stengte kveldspoliklinikken på Enhet for radiologi og nukleærmedisin ved Ullevål, Oslo universitetssykehus (OUS) ved årsskiftet.

Dette til tross for at nettopp denne avdelingen fra før har svært lang ventetid.

I januar fortalte svært bekymrede onkologer og radiologer til Sykepleien om kreftpasienter som måtte vente i ukevis på røntgentime ved mistanke om kreft, og at det kunne ta tre måneder å få endelige prøvesvar.

Etter at det ble kjent at kuttene ville ramme kreftpasienter hardt, er det nå opprettet et foreløpig kveldstilbud.

De siste ukene har sykehusledelsen satt inn akutt-tiltak for å få unna den lange køen av kreftpasienter som venter på røntgensvar.

Kristian Fosså, foretakstillitsvalgt for radiologene mener dette har vært en varslet krise:

– Vi sa fra om konsekvensene av å legge ned kveldspoliklinikken allerede i sommer. Likevel ble den nedlagt ved nyttår. Alle avtaler ble sagt opp, sier Fosså.

– Som et akuttiltak for å få unna den lange pasientkøen, forsøker man nå å stable det samme tilbudet på beina igjen, inntil to nye leger er på plass.

– Det er nå mange plan B-løsninger ute og går, som ikke alle er like fornøyde med, sier han.

– *Hva innebærer disse løsningene?*

– Blant annet må en del pasienter overføres fra MR til CT. Ifølge nasjonale retningslinjer skal bruken av CT reduseres, fordi stråling øker kreftfaren. Nå må vi kontrollere for eksempel unge gutter med testikkelkreft med CT, fordi det ikke er kapasitet på MR. Det er ikke noe vi ønsker. Likevel kan man si at selv en dårlig kontroll er bedre enn ingen kontroll, sier Fosså.

IKKE OVERRASKET: Nå må vi kontrollere unge gutter med CT framfor MR. Det er ikke ønskelig, sier Kristian Fosså, foretakstillitsvalgt for radiologene ved Oslo universitetssykehus.

– Problemet ikke løst

Svein Dueland er varatillitsvalgt for overlegene ved Avdeling for kreftbehandling på Oslo universitetssykehus.

Han er klar på at problemene med at kreftpasienter må vente lenge på røntgen, ikke er løst.

– Senest for en uke siden fikk jeg svar fra røntgenavdelingen om at en av mine pasienter ikke fikk time innen det tidsrommet jeg mener er forsvarlig. Timen ville bli satt opp flere uker etterpå. Hvor mye bedre kapasiteten har blitt, kan jeg ikke si, men erfaringen min er at problemet vi påpekte ved årsskiftet, ikke er løst, sier han.

Dueland har tidligere fortalt om flere pasienter som har måttet vente uforsvarlig lenge på røntgen, blant annet en kvinnelig pasient med langtkommet kreftsykdom, som måtte vente i rundt fire uker på resultater fra en røntgenundersøkelse.

– Da svaret omsider kom, viste det seg at tumoren hadde vokst, og hun skulle hatt en annen type cellegift, forteller Dueland.

Både han og kollega og tillitsvalgt Anne Marit Wang Førland beskrev i januar situasjonen som svært vanskelig.

– Ikke optimal behandling

– Ventingen er veldig frustrerende både for pasienter og pårørende. Livsforlengende og lindrende behandling er svært viktig. Vi som leger får ikke gitt disse pasientene optimal behandling uten å ha resultater fra røntgenundersøkelsene, sier Dueland.

Jobber med saken

Ledelsen ved OUS bekrefter at Avdeling for radiologi og nukleærmedisin har mindre kapasitet i 2012 enn i 2011.

– Budsjettet tilsier at hele OUS skal redusere sin aktivitet, og for oss innebærer budsjettet en reduksjon på 5 prosent av pasientaktiviteten, sier Hans-Jørgen Smith, leder for avdelingen.

– Sykehusledelsen har på den annen side bestemt at klinikkene skal redusere sitt forbruk av radiologi med 5 prosent, og dersom dette blir realisert, skal den relative kapasiteten i forhold til behovet ikke endre seg, sier han.

Vil bedre legekapasiteten

– Det blir noe bedring av legekapasiteten for denne pasientgruppen utover våren med til-

genkutt

setting i ubesatte stillinger, og i mellomtiden gjør vi omrokeringer av personalet for å utnytte radiologenes kompetanse best mulig, forklarer Smith.

– Vi forsøker også å etablere avtaler med private. Det står for øvrig de kliniske avdelinger fritt å benytte private radiologiske tjenester i henhold til den avtale de private har med Helse Sør-Øst.

Tillitsvalgte ønsker på sin side ikke å rekvirere til private røntgeninstitutter, fordi det oppleves som tungvint, og i praksis ikke avlaster radiologene. Ifølge tillitsvalgte må radiologene på sykehuset ofte regranske bildene.

I oppdragsdokumentet for 2012 fra Helse- og omsorgsdepartementet, slås det fast at private røntgeninstitutter skal brukes på en måte som frigjør kapasitet for pasienter som trenger rask utredning og behandling, for eksempel kreftpasienter.

Petter Schou, fylkeslege i Oslo, har varslet gransking av forholdene ved radiologisk avdeling. Fylkeslegen ber ledelsen ved Oslo universitetssykehus svare på hvorfor bildeundersøkelser av kreftpasienter ikke blir signert umiddelbart. I brevet fra radiologene kommer det frem at røntgenavdelingen i flere år har hatt kritikkverdige forhold når det gjelder å ferdigstille undersøkelser.

Har fått usignerte undersøkelser

Helsetilsynet har fått oversendt bekymringsmeldinger fra både kreftlegene og radiologer ved sykehuset.

I tillegg har fylkeslegen mottatt en rekke usignerte undersøkelser. Disse undersøkelsene er ifølge fylkeslegen ikke ferdigstilt. Et betydelig antall av de uferdige undersøkelsene kommer fra onkologisk poliklinikk.

Flere spørsmål

Sykehusledelsen ber blant annet ledelsen svare på om de har vært klar over den lange svartiden ved radiologisk avdeling, og om, og i tilfelle hvilken, risikovurdering som ble gjort før røntgenkuttene ved nyttår.

– Vi avventer nå svaret fra Oslo universitetssykehus, sier han.

Spekter på krigsstien

Spekter vil ha en kommisjon som skal se på arbeidstidbestemmelsene. Det vil ikke NSF. Tekst **Bjørn Arild Østby**

Forslaget om en arbeidstidskommisjon kommer fra arbeidsgiverforeningen Spekters. Forslaget er et innspill til Arbeidsmiljømeldingen som skal behandles i Stortinget.

– Spekter mener utfordringene knyttet til praktisering av arbeidstidsbestemmelsene er lite berørt i stortingsmeldingen. Derfor ønsker vi en egen kommisjon, sier viseadministrerende direktør Anne-Kari Bratten.

Nei fra NSF

Norsk Sykepleierforbund (NSF) mener forslaget til Spekter er spill av tid.

– Vi trenger ingen kommisjon for å finne ut av hvordan reglene praktiseres. Det har partene i arbeidslivet god oversikt over, sier NSFs forbundsleder Eli Gunhild By.

Mangler arbeidskraft

Anne-Kari Bratten mener det er grunn til å se nærmere på om loven praktiseres riktig i forhold til de utfordringene nasjonen står over for når det gjelder å mobilisere arbeidskraft i tiden framover.

– Det er ikke riktig at det er store problemer knyttet til å etablere turnuser innenfor helsesektoren. Hver uke inngås en rekke avtaler med tillitsvalgte om gjennomsnittsberegning og kortere hviletid. Dersom det eksisterer slike vanskeligheter som Spekter antyder, hadde vi forventet at dette ble tatt opp med NSF, sier Eli Gunhild By.

Gammeldags

Kravet om en egen kommisjon blir også avvist av andre nestleder i arbeids- og sosialkomiteen, Anette Trettebergstuen (AP).

– Spekter vil utvide arbeidstidsordningene og legge mer makt på arbeidsgivers hender. Det er ikke moderne, det er gammeldags og skadelig, mener hun. IIII

ANNE-KARI BRATTEN er direktør i Spekter. Arkivfoto: Erik M. Sundt.

LANGE ARBEIDSDAGER OG TRETTE BEN?
– Strømpene som gjør dagen lettere for deg kjøper du hos WWW.XWEAR.NO

Varer og faktura sendes med posten.
NB: Alle varer er sertifisert med Øko-Tex Standard 100.

MÖLLER'S
GRUNNLAGT 1854

Prisbelønnet for sin smak!

1-12

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

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

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

Anna Oppedal Tokheim,
Möller's ernæringsfysiolog

Optimal utvikling av hjernen

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

Utvikling av et sterkt skjelett

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

Trygt kvalitetsprodukt

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

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

Grønt nr: 800 80 555

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

24 – Prinsipielt sett har jeg lyst til å si takk for meg. ›
24 Sprikende tall på ufrivillig deltid. ›
28 Traineesykepleiere i heltidsstillinger. ›
29 5 på gress ›

Henny Fauske (bildet) jobber 75 prosent, og må konkurrere med 14 NSF-kollegaer om ledige heltidsstillinger.

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Odd Mehus**

Den lange vei

DELTIDSAVDELING: På Medisinsk post 6 på Haukeland universitetssjukehus ønsker 15 NSF-medlemmer høyere stillingsprosent. Det fins ingen totaloversikt over hvor mange som er i samme situasjon.

en mot heltid

REGISTRERT: Henny Fauske er en av nokså få deltidsarbeidende sykepleiere som har registrert at hun ønsker å jobbe fulltid på sykehusets datasystem. – Det var overkommelig, oppmuntrer hun kolleger som ennå ikke har gjort det.

Deltidstallene spriker

Flere har undersøkt hvor mange som ønsker seg høyere stillingsbrøk, men resultatene spriker. Tekst **Eivor Hofstad**

I 2006 viste Norsk Sykepleierforbunds (NSF) medlemsundersøkelse fra TNS Gallup at nærmere 6 000 sykepleiere, jordmødre og helsesøstre var ufrivillig deltidsarbeidende, og at andelen var økende. NSF ønsker ikke å offentliggjøre tallene fra de årlige medlemsundersøkelsene etter dette. NSF students årlige avgangsundersøkelse for 2011 viser at 68 prosent av studentene ønsker seg full stilling etter fullført utdanning, mens bare 18 prosent får det i form av fast ansettelse. 23 prosent får det som vikar.

15–30 prosent i KS

I 2009 jobbet 52 prosent av sykepleierne i sykehusene deltid, ifølge Spekters deltidsrapport. De har ikke tall som viser hvor mange av disse

«Prinsipielt sett har jeg lyst til å si takk for meg.

Henny Fauske, 75 prosentstilling

Henny Fauske synes både hun og arbeidsgiver taper på at hun ikke får jobbe heltid. På hennes post ønsker 15 av 16 deltidsansatte NSF-medlemmer større stilling.

Deltidsstillingen gjør at jeg mister kontinuiteten og bruker mye tid på å oppdatere meg på pasientene og hva vi driver med. Jeg bruker lengre tid på å bli så flink som jeg har lyst til å være, i tillegg til at lønnen blir lav. Uten en partner med full jobb, hadde ikke dette gått, sier tobarnsmoren Henny Fauske (30).

Hun har siden i sommer jobbet 75 prosent på Medisinsk post 6, Haukeland universitetssjukehus i Helse Bergen. Hun har flere ganger søkt på full stilling uten å få det.

– Vi er mange om beinet, sier hun.

På hennes avdeling ønsket 15 av 16 deltidsansatte medlemmer av Norsk Sykepleierforbund (NSF) større stillingsprosent ved en opptelling de tillitsvalgte gjorde i november.

Selvregistrering

I 2011 begynte landets helseforetak å registrere ufrivillig deltid blant egne ansatte. Det er disse tallene arbeidsgiverforeningen Spekter baserer seg på når de snart slipper en oversikt over ufrivillig deltid for første kvartal 2012. Henny Fauske tror helseforetakenes tall er urealistisk lave.

Da Bergens Tidende i høst skrev at det er mange færre som jobbet ufrivillig deltid enn det man trodde, var reaksjonen på Fauskes avdeling: «Hæ? har vi hatt en slik registrering?»

– Informasjonen om registreringen var ikke god nok. Det lå bare en liten link på intranettet i sommer som få hadde fått med seg, og da jeg fikk vite om den på høsten, var stikkprøven over, forteller Fauske.

Men hun understreker at det er mulig å gå inn på sykehusets datasystem og registrerer seg dersom man ønsker større stillingsprosent.

10 prosent

Brita Tarberg, foretakstillitsvalgt for NSF i Helse Bergen, viser til at tallene på uønsket deltid fra Helse Bergen er altfor lave i forhold til de NSFs tillitsvalgte har registrert. I november skrev Dagens Næringsliv om at kun 680 personer hadde meldt sin interesse for å øke stillingsprosenten sin ved Helse Bergen. Det vil si i underkant av 10 prosent.

Tarberg har fått tall fra sin arbeidsgiver som viser at blant 2700 medlemmer i NSF i Helse Bergen, ønsker 249 av de deltidsansatte høyere stillingsprosent, mens 224 ikke gjør det. Tallene er fra august 2011.

– Alle skjønner at dette er misvisende tall fordi som ønsket høyere stillingsprosent.

Hos KS finner vi den høyeste andel deltidsansatte blant kvinner i pleie- og omsorgssektoren. Av disse arbeidet 69 prosent deltid i 2010, med en gjennomsnittlig stillingsstørrelse på 55 prosent. De fleste som arbeider deltid i sektoren ønsker det selv. Undersøkelser fra KS viser at mellom 15–30 prosent av de deltidsansatte kunne tenke seg å jobbe mer enn de gjør i dag. De fleste ønsker å jobbe rundt 80 prosent og ikke i full stilling, ifølge «Tall og fakta om arbeidskraft i kommunal sektor» fra KS som kom i januar 2012.

Sprikende tall

KS anslo i NOU 2008:17 at uønsket deltid omfattet 10–15 000 årsverk i kommunal sektor. Spekter unngikk å anslå noe som helst i den samme utredningen ved å henvise til en undersøkelse fra Helse Sør der mer enn 70 prosent av de deltidsansatte sa at de var fornøyd med sin stillingsbrøk.

KS sine anslag spriker i forhold til tallene som kommer frem i rapporten til forsker Leif E. Moland ved Fafo fra 2009. Den viste at blant alle medlemmer (også heltidsansatte) av Fagforbundet i kommunal sektor, ønsket 17 prosent å øke deltidsstillingen sin, det tilsvarte i overkant av 50 000 av Fagforbundets medlemmer.

Norske kvinner på deltidstoppen

Norske kvinner er på deltidstoppen i Norden med 43 prosent i 2009. Blant de nordiske land er det bare Færøyene hvor andelen kvinner som jobber deltid er høyere (52 prosent). I Finland jobber kvinnene mer heltid. Der er det bare 18,5 prosent av de arbeidende kvinnene som jobber deltid.

Siden år 2000 har det skjedd en økning i deltid i de nordiske land, med unntak for Island som har hatt en nedgang.

Kilde: Nordisk statistisk årbok

«Å jobbe ufrivillig deltid er en tap-tap-situasjon for både meg og arbeidsgiver. *Henny Fauske*

svarprosenten er veldig lav. Det er ikke bare 473 av NSFs 2700 medlemmer her som jobber deltid.

– *Hva kan den lave svarprosenten skyldes?*

– Det er ikke sikkert alle sykepleierne har fått med seg at det er mulig å registrere seg. Noen forstår ikke vitsen med å registrere seg så lenge avdelingslederen vet om at de ønsker seg høyere stillingsprosent. Det har også vært ulike typer tekniske utfordringer ved registreringen. Noen har for eksempel mistet passordet, andre har ikke fått lenken til å fungere, sier Tarberg.

46 prosent

I november gjorde NSFs tillitsvalgte en mer nøyaktig måling, der de gikk rundt på fire avdelinger og spurte NSF-medlemmer om de ønsket høyere stillingsprosent. Av 159 NSF-sykepleiere på disse avdelingene, jobbet 73 ufrivillig deltid.

– Hvis det er samme fordeling på de andre avdelingene, vil det si at 46 prosent jobber ufrivillig deltid, sier Tarberg.

Hun har gått ut til alle tillitsvalgte og bedt dem oppfordre sykepleierne som jobber ufrivillig deltid om å registrere seg i sykehusets datasystem.

– Konsekvensen av ikke å registrere seg er at vi ikke får vite omfanget av problemet. Hvis de ikke registrerer seg og sier hva de vil ha, er det heller ingen som kan hjelpe dem, sier Tarberg.

Henny Fauskes dilemma

Henny Fauske har et dilemma. Hun vil ikke tillate seg selv å jobbe deltid over tid fordi hun da er med på å vedlikeholde et problem. Men det er ikke så lett å bare gå.

– Prinsipielt sett har jeg lyst til å si takk for meg. Samtidig trives jeg kjempegodt på posten og elsker jobben min. Vi er tross alt bedre stilt enn ved den andre infeksjonsposten hvor de har dårligere grunnbemanning. De sliter seg ut og har mindre kontinuitet på sykepleiersiden.

Fauske synes det er veldig pussig når arbeidsgiver velger å lyse ut fire 50-prosentstillinger i stedet for to fulle.

– Ved å lyse ut heltidsstillinger hadde de fått flinkere søkere og kunne bygget opp større kompetanse. Jeg skjønner at dette blir det billigste og mest fleksible for dem som sitter med personalkabalen og det økonomiske ansvaret, men det er en forferdelig dårlig personalpolitikk.

25 mill. til prosjekter som krever unntak fra loven

De har fått 25 millioner til å redusere ufrivillig deltid, men vet ikke hvor mange som ønsker å jobbe mer. Tiltakene har vært forsøkt tidligere.

Tekst **Bjørn Arild Østby**

Dette er et krafttak mot ufrivillig deltid, var den klare meldingen fra arbeidsminister Hanne Bjurstrøm, da hun i mai i fjor lyste ut 25 millioner kroner til lokale tiltak for å redusere omfanget av ufrivillig deltid. Nå er millionene delt ut.

Sykepleien har gått gjennom samtlige kommunale prosjekter innen helse og omsorg som har mottatt midler. Gjennomgangen viser at det er lite nytenkning blant de innvilgete søknadene.

Mangler oversikt

På landsbasis er det vanskelig å finne tall på hvor mange av dem som i dag jobber deltid som ønsker høyere stillingsandel (se også sak på s. 24). Men hvor utbredt er ufrivillig deltid blant ansatte innen helse og omsorg i de 19 kommunene som har fått tildelt statlige midler?

Lokalt er det også mangel på denne type oversikt. Åtte av kommunene vet ikke hvor mange ansatte som ønsker å jobbe mer. Først

OPTIMIST : Arbeidsminister Hanne Bjurstrøm har stor tro på at tiltakene vil bidra til at flere får den stillingsandel de ønsker. Arkivfoto: Marit Fonn.

Prosjekt «Ufrivillig deltid»

Stortinget bevilget i fjor 25 millioner kroner til tiltak som skal bidra til å redusere omfanget av ufrivillig deltid, og legge til rette for heltidsarbeid. Tilsvarende beløp vil bli stilt til disposisjon de to kommende årene. For 2012 søkte 164 virksomheter om prosjektmidler.
Av de til sammen 32 prosjektene som ble valgt ut, er 22 kommunale prosjekt innen helse og omsorg og seks deltidsprosjekt knyttet til spesialisthelsetjenesten. Resultatet av satsningen vil seinere bli evaluert av et eksternt forskningsmiljø.

i forbindelse med prosjektet vil de gjennomføre en kartlegging. Til tross for dette har kommunene i søknadene satt som mål å skulle redusere andelen på ufrivillig deltid med 40 og 50 prosent.

Mye optimisme

«Formålet med satsningen er i hovedsak å utvikle tiltak som kan bidra til å redusere ufrivillig deltid blant enkeltindivider gjennom strukturelle grep som for eksempel endret organisering av arbeidstid, mer fleksibel organisering/bruk av arbeidskraften og endret/utvidet bemanning», heter det blant annet i utlysningsteksten fra Arbeidsdepartementet.

Selv om midlene i utgangspunktet skal gå til å finne praktiske løsninger lokalt, er hensikten at også andre kommuner rundt om i landet skal kunne dra nytte av erfaringene forsøkskommunene høster.

Det er mye optimisme å finne i søknadene. Et godt utgangspunkt vil mange mene. Men ligger løsningen eller løsningene på ufrivillig deltid i bunken?

Lite nytt i bunken

Det varierer fra kommune til kommune hvilke og hvor mange tiltak de vil sette i gang for å redusere ufrivillig deltid. Men det finnes en klar favoritt:

Å øke grunnbemanningen og samle ansatte i en vikarpool som

5 forskjellige modeller

Kombinasjonsstillinger

Stillinger der ansatte arbeider på to eller flere poster/avdelinger innen egen virksomheten eller ved andre arbeidsplasser.

Ønsketurnus

Den lages med utgangspunkt i grunnturnus og de ansatte bytter/forhandler/fordeler vakter innbyrdes. Det i seg selv gir ikke økt stillingsbrøk.

Langturnus

Arbeidstidsordning der ansatte for eksempel arbeider i tre døgn, og har sju døgn fri, deretter fire døgn på jobb og sju døgn fri.

Timebank

Turnus hvor ansatte arbeider noen timer mindre per uke. Minustimene samles i en timebank, og benyttes når arbeidsgiver har behov for ekstravakter.

3+3-modell

Modellen innebærer at ansatte arbeider tre dager med følgende tre dager fri gjennom alle ukens dager året rundt, uavhengig av søn- og helgedager.

kan benyttes på tvers av kommunens enheter går igjen i halvparten av prosjektene. Bemanningsøkningen er i all hovedsak planlagt ved å benytte lønnsmidler avsatt til vikarer, ekstravakter, overtid og variable tillegg, for å øke stillingsandelen til de som ønsker å jobbe mer.

En av kommunene er Kristiansund. Her vil man prøve ut en ordning med vikarpool der ansatte med ufrivillig deltid kan få 10 prosent høyere stillingsstørrelse. Vikarpoolen finansieres ved å benytte budsjetterte lønnsmidler til vikariat og ekstravakter. En forutsetning er at stillingsutvidelsen til den enkelte skjer innen områder vedkommende ønsker å jobbe, men at man er fleksibel i forhold til arbeidssted.

Videre går seks av prosjektene på kombinasjon av to eller flere stillinger. Det er også bevilget midler til å prøve ut 3+3-modellen

«Dette er et krafttak mot ufrivillig deltid. *Arbeidsminister Hanne Bjurstrøm*

(fem prosjekt), lange vakter i helger eller i uka (fire prosjekt), å innføre ønsketurnus (fire prosjekt) og å opprette timebank (tre prosjekt). Et par kommuner nevner også at de ønsker å prøve ut fleksiturnus og årsturnus.

Dette er tiltak som er forsøkt tidligere, men som nå altså skal få en ny sjanse.

Krever fritak

Det kom inn til sammen 164 søknader om prosjektmidler til et samlet beløp på rundt 126 millioner kroner.

Det har nok ikke vært en enkel prosess å bli enige om hvilke av de 164 søknadene man skulle gi midler til. I arbeidsgruppen som har plukket ut prosjektene satt også representanter fra arbeidstakerorganisasjonene. Til slutt ble 32 prosjekt valgt innen rammen av de 25 millionene som var bevilget.

Men å realisere enkelte av tiltakene som har fått prosjektmidler kan vise seg å by på problemer. Fem av tiltakene forutsetter nemlig at det blir gjort endring av eksisterende arbeidsavtaler eller gitt fritak fra Arbeidsmiljøloven.

Eidskog kommune har for eksempel fått midler for å etablere noe de kaller et felles «turnuskontor». «Turnuskontorets» oppgaver vil blant annet være å utarbeide ny turnus, se til at alle avdelinger i enheten har forsvarlig bemanning, dekke ekstravakter, administrere vikarpoolen, utarbeide turnuser for ferier og høytider samt skaffe til veie ferievikarer.

Prosjektet forutsetter fritak fra Arbeidsmiljølovens paragraf om alminnelig arbeidstid og gjennomsnittsberegning av arbeidstid.

Mer helgearbeid

Av de totalt 28 prosjektene som er valgt ut innen helse og omsorg, forutsetter ni av dem forsøk hvor ansatte jobber oftere helg. To av kommunene har fått midler til blant annet å bruke lønnskompensasjon for å få ansatte til å jobbe flere helger.

Larvik kommune, hvor hele 54,2 prosent av de deltidsansatte ifølge egne tall ønsker høyere stillingsandel, har fått midler til å øke tillegget for arbeid på lør- og søndager fra 35 til 60 kroner i timen. Forutsetningen er at ansatte arbeider hver andre helg.

Fjell kommune ønsker også å gi lønnskompensasjon for å få ansatte i fast stilling til å ta ekstra helg, mer enn 16 helger i året. Kompensasjonen for ei ekstra helg vil være 3 000 kroner.

Resultatene av alle prosjektene vil bli evaluert av Fafo i løpet av neste år.

Fulltids trai

Haukeland universitetssjukehus går nye veier for å tilby ferske sykepleiere fulltidsjobb. Til neste år skal 45 traineesykepleiere jobbe der.

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Odd Mehus**

Den siste avgangsundersøkelsen til NSF student viste at 68 prosent ønsket seg fast full jobb etter endte sykepleierstudier, mens bare 18 prosent faktisk fikk det. I tillegg fikk 23 prosent fulltids vikarstillinger. Det akter Helse Bergen å gjøre noe med.

Et av de mer originale ufrivillig deltid-prosjektene som har fått støtte gjennom Arbeidsdepartementets prosjekt «Ufrivillig deltid» er Helse Bergens forsøk med faste fulle traineestillinger for nyutdannete sykepleiere. Traineesykepleierne skal ha like mye lønn og ansvar som en annen nyansatt sykepleier. Forskjellen er at de skal praktisere ved flere avdelinger og få en systematisk kompetanseoppfølging.

32 nyutdannete sykepleiere har søkt på de fem første traineestillingene ved Haukeland universitetssjukehus. De skal begynne i løpet av mars eller rett over påske. Til sommeren skal det ansettes 20 til, og til neste år ytterligere 20. Kravet er at de er nyutdannete og har fått autorisasjon som sykepleier.

Krever faglig oppfølging

– Vi har tidligere hatt traineeprogram i administrasjonen og tenkte det skulle være interessant å forsøke det også i klinikken. Vi ønsker å gi de nyansatte en større breddeoppfølging enn tidligere ved at de kan være noen måneder på ulike avdelinger, sier leder i bemanningssenteret, Britt Velsvik.

Traineeprogrammet skal bestå av et introduksjonsprogram med systematisk kompetanseoppfølging og variert praksis. Tanken er at sykepleierne dermed skal kunne danne seg et bedre inntrykk av de ulike avdelingene før de bestemmer seg for hvor de vil jobbe mer permanent.

Foretakstillitsvalgt for Norsk Sykepleierforbund (NSF), Brita Tarberg, har tro på prosjektet under én forutsetning:

– Den faglige oppfølgingen er alfa og omega, men detaljene rundt dette er ikke på plass ennå. Traineesykepleierne skal være på flere avdelinger, og prosjektbeskrivelsen sier det er de fagansvarlige på de enkelte postene som skal ha ansvaret for den faglige oppfølgingen. Men de har mye å gjøre fra før, så det kan bli så ymse hvordan det vil fungere, dersom det ikke lages konkrete oppfølgingsplaner, sier hun.

Tarberg frykter at hvis ikke den faglige oppfølgingen fungerer bra, vil det ryktes fort, og sykehuset risikerer å ikke få søkere til traineestillingene.

Ett deltidsvikariat om gangen

Sykehuset vil unngå at traineesykepleierne skal være en dag her og en dag der.

nee i sykepleie

POSITIV: NSFs foretakstillitsvalgt, Brita Tarberg, er positivt innstilt til traineeprogrammet dersom den faglige oppfølgingen kommer på plass.

– Stillingene består av kun ett deltidsvikariat om gangen og så legger vi til ekstravakter slik at det til sammen blir en turnus med arbeid hver tredje helg, sier Velsvik.

Etter to år er programmet over og Velsvik regner med at sykepleierne innen den tiden har fått seg en vanlig fast stilling ved sykehuset.

– Får vi dette til, vil det bli en god innfasing av nye sykepleiere.

> « Den faglige oppfølgingen er alfa og omega. *Brita Tarberg, foretakstillitsvalgt*

Det vil være positivt både for sykepleieren og for avdelingene som vil få sykepleiere med stor breddeerfaring. Jeg ser ikke bort i fra at det i så fall kan bli en permanent ordning, sier hun.

– Fleksibilitet er jo et skinnende ord for arbeidsgivere, og de synes nok det kan være greit at arbeidstakere blir vant til det fra begynnelsen. Men vi kan ikke annet enn å applaudere når arbeidsgiver tilbyr nyutdannete sykepleiere full fast stilling. Vi får bare passe på å påvirke så det blir bra til slutt, sier Tarberg.

Til sammen skal 1,6 millioner kroner brukes på traineeprosjektet som skal avsluttes i desember 2013.

5 på gress

Tekst **Eivor Hofstad**

Hvis du var sjefen din, hva ville du gjort med ufrivillige deltidsansatte som deg selv?

Foto: Privat

Beate Furseth Dale, 90 prosent på lungeavdelingen Helse Bergen, Haukeland. Ønsker 100.

– Jeg ville tatt pengene som brukes til overtid, ekstravakter og merarbeid og gitt alle de deltidsansatte som ønsker det full stilling. Det er nok penger å ta av. Vi bruker mellom fem og seks årsverk på overtid og ekstravakter. Men ingen sum skulle fått meg til å jobbe mer enn hver tredje helg!

Foto: Gunhild Rolandsen

Cecilie Tennøy, 54 prosent ved Gjemnes sjukeheim på Nordmøre. Ønsker 100.

– Jeg ville økt andelen av sykepleiere i grunnbemanningen, gjort om alle de små stillingene til større og fått flere faglærte ansatt. Det ville ha økt kvaliteten på tjenestene og gjort at vi både kunne beholde og rekruttere sykepleiere. I dag er det et minimum av sykepleiere og også en del ufaglærte her.

Foto: Privat

Greg Cliffe, 75 prosent ved medisinsk avdeling 3, Vestre Viken, Drammen. Ønsker 100.

– Godt spørsmål! Jeg ville ha omprioritert midlene slik at jeg kunne gi dem som ønsker full stilling, mulighet til det. Jeg kommer fra Australia hvor det ikke er så vanlig med deltidsstillinger fordi grunnbemanningen er bedre. Det er også regjeringens ansvar å gi sykehusene nok penger.

Foto: Privat

Hilde Bratland Hopsdal, 50 prosent ved Teiglandshagen bofellesskap for personer med demens i Bømlo kommune. Ønsker 100.

– Jeg ville bevist at økt grunnbemanning trengs ved å se på sykefravær og bruk av ekstravakter. Og så ville jeg tenkt litt alternativt. Kanskje trenger vi ikke jobbe samme sted hver dag hele uka. Kommunen har ulike helsetilbud, og både samhandlingsreformen og diverse prosjekter trenger sykepleierkompetanse.

Foto: Privat

Nina Mosen, 23 prosent helgestilling pluss 18 prosent vikariat ved Indre Østfold Legevakt. Ønsker 80.

– Legevakta har en særlig utfordring ved at det er stort trykk på kveld, natt, helg og høytid. Jeg ser derfor at det ikke er så lett å gjøre deltidsstillingene om til heltid. For at det skal skje, vil det kreves omorganiseringer. Kanskje kunne vi gjort noen nye oppgaver på dagtid som vi ikke gjør i dag.

Der ute

Les mer om:

32 Forsker på GPS og demente ›
36 Hjemme på Oslo S ›
38 Helt på grensen ›
48 Amputert lokalsykehus ›

Sykepleierdag på tivoli i **KØBENHAVN**

Foto: Erik M Sundt

I år skal Dansk sygeplejeråd og deres leder Grethe Christensen (bildet) feire den internasjonale sykepleierdagen den 12. mai på tivoliet i København. «Det bliver en vifte af faglige indslag og overraskelser undervejs», lover reklamen. Blant annet skal vår egen professor Marit Kirkevold og amerikanske professor emeritus Patricia Benner snakke om sykepleierollen i en ny tid. Skuespiller og sjef for Den Nationale Scene i Bergen, Agnete Haaland, kommer også med «Florence Nightingale – en kvinne i krig». Les mer på nettsidene til www.dsr.dk

Blodtrykk bør måles i begge armer

Foto: Colourbox

Forskjellen mellom det systoliske trykket i høyre og venstre arm kan si mer om fremtidig helse enn man hittil har visst, har forskere ved University of Exeter funnet ut. De har sammenlignet 20 studier på området og nettopp publisert resultatene i online-utgaven av Lancet.

– Det bør være rutine å måle blodtrykket i begge armer, men undersøkelser viser at det ikke er vanlig hos den gjennomsnittlige fastlegen, sier førsteforfatter Christopher Clark.

En forskjell på minst 10 mm/Hg mellom armene indikerer en høyere risiko for perifer vaskulær sykdom, mens en forskjell på minst 15 mm/Hg vil i tillegg gi en økt risiko for hjerneslag, 70 prosents økt risiko for død av hjerteinfarkt og 60 prosent økt risiko for død av alle årsaker.

Kilde: BBC

Dengue sprer seg

Over 2,5 milliarder mennesker, mer enn 40 prosent av verdens populasjon er nå i risikosonen for å få dengue, meldte Verdens Helseorgansiasjon i slutten av januar. Sykdommen er nå endemisk i mer enn 100 land, mens den bare var endemisk i ni land i 1970. Den eneste måten å hindre overføringen av viruset til mennesker på, er å kontrollere myggen som overfører det til mennesker.

Sykepleierkonferanse i **SVERIGE**

Svensk sjuksköterskeförening arrangerer sykepleierkonferansen Lust & Kunskap den 22. – 23. mars i Örebro. Avansert pleie i et flerkulturelt samfunn er temaet for konferansen der du kan lære om de seneste resultatene fra omsorgsforskning og utviklingsarbeide i pleietjenesten. Les mer om konferansen på nettet: www.swenurse.se

Seks **AMERIKANSKE** kvalitetssykehus

Foto: Colourbox

American Nurses Association (ANA) har tildelt seks sykehus æren av å ha en «Outstanding Nursing Quality». Dette er en tildeling som har gått av stabelen de siste fem årene.

ANA har en nasjonal database med sykepleiefaglige indikatorer (NDNQI) hvor sykehus måles etter ulike indikatorer som sier noe om kvaliteten på sykepleien som utføres.

De ser for eksempel på liggesår oppstått på sykehuset, fall og infeksjoner. Men også antall timer med sykepleie, utdanningsnivå på de ansatte og grad av turnover er med på å avgjøre skåren.

Databasen gjør at sykepleierteam kan sammenlikne seg med lignende team på andre sykehus.

Robert Wood Johnson University Hospital som var blant de utkårede sykehusene, har klart å redusere fallraten med 33 prosent og liggesår med 60 prosent i løpet av en treårsperiode.

The Burke Rehabilitation Hospital som også var blant vinnerne, har klart å øke sykepleierandelen med spesialutdanning i rehabilitering fra 8 til 56 prosent mellom 2004 og 2011.

Mer enn 1800 sykehus, omtrent en tredel av alle amerikanske sykehus, rapporterer resultatene sine til NDNQI-databasen.

NUMBER ONE: Amerikanerne er glade i systemer for kvalitetsrangeringer. Magnet er en, en annen er American Nurses Associations NDNQI-database, hvor ulike kvalitetsindikatorer sier noe om kvaliteten på pleien. Foto: Flashpix/Scanpix

Vinnerne for 2011 er:

- Robert Wood Johnson University Hospital, New Brunswick, NJ – Academic Medical Center
- Parkview Whitley Hospital, Columbia City, IN – Community Hospital
- Poudre Valley Hospital, Fort Collins, CO – Teaching Hospital (har vunnet fem ganger)
- Shriners Hospital for Children-Chicago, Chicago, IL – Pediatric Hospital
- The Burke Rehabilitation Hospital, White Plains, NY – Rehabilitation Hospital
- Linden Oaks Hospital, Naperville, IL – Psychiatric Hospital

Tekst **Eivor Hofstad**

Frykter pasient-angrep i **USA**

Ifølge helse- og sikkerhets-undersøkelsen til American Nurses Association for 2011, frykter 34 prosent av sykepleierne i USA å bli overfalt av pasient mens de er på jobb. Dette er en økning fra 25 prosent i 2001. Men andelen sykepleiere som faktisk ble angrepet har minsket i denne tidsperioden. Fra 17 prosent i 2001 til 11 prosent i 2011.

Kilde: NYTimes

Stress krymper **DANSKE** rottehjerner

Det er kjent at langvarig stress kan føre til depresjon. Nå har rotteforsøk ved Aarhus Universitetshospital vist at årsaken kan være at langvarig stress får hjernen til å krympe. Det er særlig et område i hippocampus som minsker, noe som har betydning for korttidshukommelse og innlæringsevne. Studien er publisert i Neuropsychopharmacology av Ove Wiborg og kolleger. *Kilde: Berlingske*

Foto: Colourbox

28 **SVENSKE** sykepleierblogger

På nettsiden sjuksköterska.nu finnes en liste over 28 svenske sykepleiere som blogger. Mange av dem er studenter og nyutdannede, noen er mer erfarne og noen arbeider i Norge. Adressene til bloggene finner du på http://www.sjuksköterska.nu/sjuksköterska-blogg/

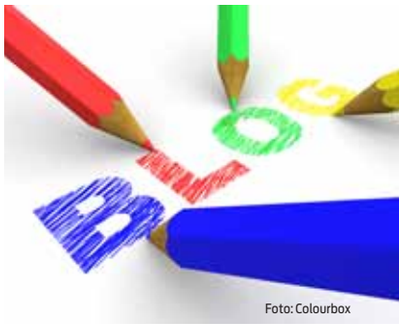


Foto: Colourbox

Illustrasjonsfoto: Colourbox

SKOTSK studentreduksjon

Skottland har planer om å redusere inntaket av sykepleier- og jordmorstudenter med 10 prosent for skoleåret 2012/2013. Dette vil komme på toppen av en 12 prosents reduksjon som allerede har vært for skoleåret 2011/2012. Royal College of Nursing i Skottland protesterer nå mot forslaget og sier at hvis det går gjennom, vil det totale inntaket av sykepleier- og jordmorstudenter være det laveste på 15 år.

SVENSK endometriosesenter

Kvinneklinikken på Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge har samlet all sin ekspertise på endometriose og åpnet i januar et eget senter for kvinner som lider av det.

Endometriose rammer omtrent hver tiende kvinne i fruktbar alder. Tilstanden kan medføre sterke menssmerter, smerte ved samleie, trøtthet og kan også føre til ufrivillig barnløshet. I dag finnes gode behandlingsmuligheter for å kunne hjelpe kvinnene til å fungere i hverdagen.

I endometrioseteamet samarbeider ulike fagfolk som gynekologer, smerteleger, kirurger for laparoskopisk kirurgi eller robotkirurgi og spesialsykepleiere i tillegg til fysioterapeuter og kuratorer. Kvinneklinikkens Fertilitetsenhet koples inn hvis kvinnen har problemer med å bli gravid.

Foto: Colourbox

En GPS som er utviklet for å spore personer med demens, skal nå testes ut i Norge.

Forsker på GPS og demente

Trygge spor

- Prosjektet er finansiert av Regionale forskningsfond Oslofondet.
- Drammen, Bærum og Trondheim kommune samarbeider med Sintef om å samle erfaringer med å bruke sporingsteknologi på personer med demens.
- Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse i Agder deltar også og etter hvert har også Bjugn og Åfjord kommune blitt med.
- Hele prosjektet er godkjent av regional etisk komité for medisinsk- og helsefaglig forskning, Midt-Norge.

ENKEL LØSNING: Flere kommuner er nå i full gang med å rekruttere personer med demens for å teste ut denne danske GPS-løsningen på 35-50 personer med demens.

GPS letter jobben vår betraktelig og gir pårørende en bekymring mindre. Da orker de kanskje å ha den demente boende hjemme lenger, sier hjelpepleier Merethe Aasli fra hjemmetjenesten i Drammen.

Hun er på seminar sammen med sykepleiere og hjelpepleiere fra Drammen kommune for å få introdusert en ny type GPS-enhet som skal testes ut for bruk på personer med demens som enten bor hjemme, eller på institusjon.

Poenget med GPS er å la folk få beholde friheten og aktivitetsnivået selv om de blir svekket kognitivt. Med GPS-enhet på seg, vil de lettere kunne finnes igjen om de går seg bort.

Mindre politiutrykninger

Nå oppsummerer deltakerne rundt bordet sine generelle betraktninger rundt temaet.

– Mestringsnivået øker for alle parter. Pårørende kan oppleve at de tør å forlate sine kjære, som muliggjør at de for eksempel kan jobbe mer, sier Ingrid Storruste Svagård, senior prosjektleder hos Sintef IKT.

– I Danmark har de erfart at det blir mindre utrykninger for politiet, legger Bjørg Landmark til.

Hun er forsknings- og utviklingsleder ved Drammen geriatriske kompetansesenter, og leder styringsgruppen for prosjektet «Trygge spor».

– Dessuten er det mye bedre hvis den demente blir funnet av en kjent pårørende eller personale i stedet for politiet. Det vil bli lettere å få vedkommende med hjem, mener Aasli fra hjemmetjenesten.

Kun 20 prosent teknologi

Forstudien i Trygge spor-prosjektet ble avsluttet i høst, hvor åtte personer hadde testet ut en GPS-enhet utviklet for bruk på båter og biler. Den avdekket helt konkrete problemer og viste at det ikke er uvesentlig hvilken type sporingsenhet man utstyrer brukeren med, selv om det sies at kun 20 prosent er teknologi. Resten er endring av arbeidsformer og organisasjon.

Personalet må mestre teknologien, GPS-enheter må lades, de tåler ikke vann og virker ikke når personen befinner seg innendørs. I tillegg er det essensielt at brukerne har med seg selve enheten når de går ut.

I Drammen var tre personer med i forstudien. En av dem hadde GPS-enheten festet til rullestolen sin, de andre to hadde den rundt halsen under genseren. Det er også mulig å legge den i jakkelomma, i veska eller å bære den som armbånd eller feste den sammen med armbåndsuret eller integrere den i smarttelefoner. I Danmark har de også prøvd modeller som er kosedyr og nøkkelringer. Utfordringen er å finne en løsning som gjør at brukeren får den med seg.

Viste at bruker var i elva

Nå er kommunene godt i gang med å rekruttere 35–50 personer til hovedstudien hvor det for første gang skal testes ut en GPS-enhet spesielt utviklet til bruk på mennesker med kognitiv svikt. Det som blant annet skiller den fra den forrige de testet ut, er at den ikke bruker GSM-systemet (mobilnettet) til å beregne posisjonen, for eksempel innendørs. Dermed blir den mer pålitelig.

– Trondheim, Bjugn og Åfjord skal drive mer med konseptutvikling, så der vil vi også prøve ut andre GPS-enheter, understreker seniorforsker Tone Øderud fra Sintef Helse.

– Den forrige GPS-enheten slo over til å bruke GSM-triangulering når personen befant seg innendørs, noe som kunne gi store avvik på posisjon. Derfor kunne vi for eksempel få melding om at brukeren var i elva når vedkommende i virkeligheten var inne her på Hammersborg bo- og servicesenter. Denne enheten tror vi vil være mer pålitelig og brukergrensesnittet er også enklere, sier Svagård fra Sintef IKT.

Hjemmesykepleierne Merethe Aasli og Mona Jensen fra hjemmetjenesten, avdeling Åssiden i Drammen, er også glade for at denne GPS-enheten gjør det mulig å bruke smarttelefonen til å sjekke hvor brukeren er. De slipper derfor å dra innom kontoret for å logge seg på pc-en slik de måtte i forprosjektet. I tillegg kobles et kart opp på smarttelefonen som viser hvor personen befinner seg. Før fikk de bare oppgitt koordinatene og måtte selv finne adressen ut fra disse.

To batterier er også kjekt å ha, slik at det ene batteriet kan lades opp på kontoret. I forstudien til Trygge spor var det en hjemmeboende dame som ikke likte at elektriske ting lyste om natten. Hun nappet ut alle ledninger som en del av kveldsritualet sitt, dermed ble ikke batteriet til GPS-enheten ladet opp.

Ellers kan GPS-enheten også brukes til både to- og enveis talekommunikasjon. Man kan ringe bruker opp, og gi korte beskjeder uten at det høres ringelyder for brukeren. Pårørende kan for eksempel gi bruker beskjed om at «nå kan du komme hjem, kaffen er klar».

Dansk GPS-utstyr

Tommy Rasmussen er en dansk elektriker som har tatt turen til

«Det er mye bedre hvis den demente blir funnet av en kjent pårørende eller personale i stedet for politiet.»

Merethe Aasli

SPORER: Mona Jensen (til høyre) fra hjemmetjenesten i avdeling Åssiden i Drammen kommune bruker smarttelefonen til å spore opp GPS-enheten som kollega Merethe Aasli holder.

Sporingsteknologi

Sporingsteknologi er utstyr som kan beregne og opplyse om geografisk posisjon. Til det kan man bruke for eksempel Global Positioning System (GPS) eller Global System for Mobile Communication (GSM). GPS er satellittbasert posisjoneringsteknologi og fungerer i hovedsak kun utendørs. GSM benytter mobilnettet, kan brukes innendørs, men er mindre nøyaktig enn GPS.

Drammen for å informere om GPS-systemet han startet å utvikle for seks år siden, etter å ha blitt oppfordret av kona som jobbet som hjelpepleier på et sykehjem.

«Kan du ikke lage et peilesystem som gjør at vi kan finne disse menneskene som blir borte? Vi er to stykker ute og leiter i timevis,» sa hun. Som sagt så gjort. I dag bruker 82 av 98 danske kommuner Safecall, som sporingssystemet heter.

Så vidt han vet, er Rasmussen den eneste i Norge og Danmark som har utviklet et GPS-system hvor målgruppen helt fra starten av har vært personer med demens. I undersøkelsene danskene har gjort, sier 78 prosent av brukerne at de ikke føler seg overvåket, og 84 prosent sier at systemet gir dem mer trygghet.

– Det har litt å gjøre med hvordan man forklarer det, tror Merethe Aasli.

– Man bør ikke si «Nå skal vi overvåke deg.» Si heller: «Nå finner vi deg hvis du går deg bort», råder hun.

For å minske muligheten for unødvendig overvåkning, leveres Safecall med et standardoppsett slik at det kun er én superbruker ved hver institusjon som har adgang til de historiske dataene for hvor personen har vært. Alle andre blant personalet og pårørende kan kun se akkurat her og nå. Signalene oppdateres hvert tiende minutt, men dette kan superbrukeren endre etter behov.

Geo-fence og tags

På seminaret i Drammen diskuteres teknikk på høyt nivå. To av begrepene som kan være greit for sykepleiere å kjenne til, er «geo-fence» og «tags».

Å sette opp et geo-fence, vil si at man definerer et område hvor den som bærer GPS-enheten kan bevege seg fritt. Med en gang brukeren beveger seg utenfor den forhåndsdefinerte grensen, skal personalet og/eller pårørende få beskjed gjennom et sms-varsel på vakttelefonen.

– Før var disse områdene sirkelformete, nå kan man definere området

– Trygghet for meg og frihet for mamma

«Alternativet er å bli stengt inne, og det er i hvert fall etisk betenkelig.»

Anne Marit Jordheim

Anne Marit Jordheims mor har Alzheimers sykdom og har testet GPS. Bortsett fra tekniske problemer var det en positiv erfaring.

Fra i sommer testet Astrid Jordheim (82) GPS-løsningen som Drammen kommune hadde valgt ut til sitt forprosjekt i studien «Trygge spor». Hun gikk med sporingsteknologi-brikken hengende rundt halsen i tre-fire måneders tid, tok den bare av for lading om natten. Hjemmesykepleieren sørget både for det, og at den ble hengt rundt halsen igjen om morgenen. Selv om Astrid Jordheim ikke husket hva GPS-brikken var til, ble hun vant til den og lot den henge. Hadde hun syntes det var ubehagelig, tenker datteren at hun ville forsøkt å ta den av seg eller protestert mot å få den på seg.

Fysisk sprek

– Mamma er fysisk sprek og glad i å bevege seg og gå tur. Når demensen satte henne mer og mer ut, var det de daglige turene som ga hverdagen mening og gjorde at hun kunne føle frihet og få frisk luft. Hun trivdes bedre og holdt kroppen i gang på den måten. Som nærmeste pårørende syntes jeg det var viktig å la henne få lov til å fortsette med det selv om hun bodde hjemme alene, sier datteren, Anne Marit Jordheim.

Hun var derfor ikke i tvil om å samtykke på vegne av moren til å være med i forskningsprosjektet «Trygge spor», som Drammen, Bærum og Trondheim kommune samarbeider med Sintef om.

De vurderte flere muligheter for festeanordninger, men rundt halsen fungerte uproblematisk.

– *Snakket hun noen ganger om GPS-brikken?*

– Nei, hun forsto ikke hvorfor den var der, og den engasjerte henne ikke i det hele tatt. Hun gjorde vel bare som hun ble bedt om. Jeg forklarte det mange ganger, men hun fikk det ikke med seg.

Sjekket på pc

– Fikk dere aktivt bruk for GPS-en i løpet av de månedene hun testet den?

– Ikke på den måten at hun ble borte og vi måtte finne henne igjen. Men det var en trygghet for meg å kunne sjekke på pc-en hvor hun var. Hun gikk de stedene jeg trodde hun gikk, og jeg kunne se at hun ikke var ute om natta. For henne innebar GPS-en en frihet hun ellers ikke ville hatt, fordi hun kunne gå ut når det passet henne, og jeg slapp å prøve å få henne fra å gå ut.

I dag har moren flyttet til et pleiehjem i et område hun ikke kjenner så godt, og datteren tenker at det ikke er aktuelt å være med i del to av forskningsprosjektet, hvor en ny type GPS skal utprøves.

Upålitelig

Et par tekniske problemer meldte seg under forsøket for Jordheims del, og det gjorde sitt til at sporingsenheten opplevdes upålitelig.

– Selve enheten hang seg opp og slutta å sende signaler slik at den måtte restartes for å fungere igjen. Vi tenkte kanskje mamma hadde mista den i vasken og at den kunne fått vann på seg, men problemet fortsatte også etter at vi byttet til en ny GPS av samme type.

Den sendte også feil signaler av og til.

– Mamma bodde da i en blokk like ved en skog. Av og til kunne det se ut som om hun var langt inne i skogen selv om hun var inne.

Alt i alt synes Anne Marit Jordheim at GPS virker som et veldig positivt verktøy for demente. Hun tror hennes mor hadde vært enig i det, selv om hun ikke forsto vitsen med den når hun ble spurt om det.

– I stedet for overvåkning, er dette trygghet. Alternativet er å bli stengt inne, og det er i hvert fall etisk betenkelig, sier Jordheim junior.

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Privat**

mer nøyaktig. Men jeg er ikke tilhenger av denne funksjonen fordi den gir så mye feilmeldinger, sier Rasmussen.

Da har han mer tro på såkalte «tags», som også er noe han har brukererfaringer fra Danmark på. Det er små brikker som bruker samme teknologi som vi har ved bompasseringer. Disse kan varsle når bruker går inn og ut av hus, og har en rekkevidde på opptil 400–500 meter i forhold til en sentral enhet som kan festes enten ved utgangen eller i taket, sentralt på en institusjon som gjerne har flere utganger.

Tagsene kan sys inn i plagg, for eksempel undertøyet, tåler vann og har en batterilevetid på et år. Dersom tagsen også integreres i GPS-enheten, kan den varsle dersom brukeren går ut uten å ha med seg GPS-enheten.

I Drammen skal de nå forsøke tags integrert i GPS-enheten for to av brukerne.

Pass opp for vaskemaskinen

– Den største grunnen til at GPS-enheten ikke fungerer er faktisk at den havner i vaskemaskinen slik at den blir våt, Tommy Rasmussen.

Han har også erfart at det er en stor utfordring å få personene med demens å innse behovet for en GPS-enhet. «Jeg er jo her. Hva er problemet?», sier de gjerne.

Men det er likevel på det tekniske området den største utfordringen ligger for at en GPS-løsning skal fungere optimalt i forhold til personer med demens.

– Jeg savner aller mest et europeisk satellittsystem. Det vil ha flere satellitter enn det amerikanske systemet vi bruker i dag, og vil derfor kunne bli mer nøyaktig i tillegg til at det vil kunne brukes innendørs. Det europeiske systemet har blitt utsatt i årevis og det siste er nå at det skal komme i 2015, men da vil det i så fall bare være i startfasen, sier Rasmussen.

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

KONA BESTILTE: Det var kona til den danske elektrikeren Tommy Rasmussen som ba ham utvikle GPS-systemet med tanke på personer med demens for seks år siden. Hun jobbet da som hjelpepleier på sykehjem og brukte mye tid på å leite etter forsvunne beboere.

Esso

ALT PÅ ETT KORT

NYHET!

ALLE NYE KUNDER FÅR 25 liter DRIVSTOFF* I STARTBONUS!

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

Les mer om alle fordelene på nettsiden vår.

essomastercard.no
Drivstoffrabatt og mye, mye mer

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

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

Oslo S er et sted man venter før man reiser videre. Men noen bare blir på stasjonen.

Oslo S – et hjem

RUS OG PSYKIATRI: Noen av de som opphoder seg på stasjonen har et annet hjem, men orker ikke bo der på grunn av problemer med rus og psykiatri, forteller Finn Borgersen i Kirkens Bymisjon.

Fakta om Sporet

Hvert døgn er 150.000 personer innom Oslo S. I Østbanehallen har Kirkens Bymisjon dreve tilbudet SPORET siden 2010. Tilbudet er tilgjengelig for alle som ønsker det, og tilbyr:

- råd og veiledning
- stille rom
- samtale
- lystenning
- følge til øvrig hjelpeapparat
- omsorg

Det er fredag ettermiddag, og fullt på Oslo S. Målrettede blikk opp på lystavla med ankomst og avgang. Store ryggsekker, kofferter og billetter i hendene gir signal om at de er på vei.

– Man ser dem med litt trening, sier prosjektmedarbeider Finn Borgersen.

Iført vesten med «Kirkens Bymisjon» på brystet, står han på broen over ankomsthallen og speider ned i folkemengden.

Gjennom tilbudet Sporet, er jobben hans å tilby samtaler, råd og veiledning – og for den som måtte ønske det: stillhet og ro. Midt inne i landets travleste knutepunkt. Hvert døgn er 150 000 personer innom stasjonsområdet. Ikke alle er på reise.

Oppbevaringsboks

Anslagsvis 50–60 personer har Oslo S som sitt «hjem». De har tingene sine i oppbevaringsbokser, eller bare i poser. De kan sitte timevis på en benk. Duppe av, vandre rundt, sette seg igjen. Når bygget stenger klokken 0130, forsvinner de ut – og kommer tilbake igjen når det åpner tre timer senere.

Finn Borgersen forteller at noen av de bostedsløse kommer ned til kontorlokalene Kirkens Bymisjon har i Østbanehallen. Andre blir de kjent med ved selv å ta kontakt.

– Dersom vi ser den samme personen over lengre tid, forsøker vi å etablere en kontakt. De aller fleste vil snakke. Mange er i en vanskelig situasjon, enten med rus eller psykiatri. Vi jobber med å få folk videre i systemet, enten det er NAV, en billett hjem eller lån av telefon som er nødvendig. Vi har tett kontakt med legevakta, sier Borgersen.

Denne fredagen har han akkurat hatt en samtale med en mann fra Tunisia. Han har kommet til Norge med fly, og mangler både bolig og jobb.

– Vi har også fanget opp at finanskrisen har fått folk fra Sør-Europa til å forlate alt for å starte på nytt i Norge. Så ender de opp her på Oslo S, uten å vite hva de skal gjøre for å komme videre, sier han.

En natt på Oslo S

Natt til denne fredagen var prosjektleder for Sporet, Gudrun Brøvig Silde, oppe for å telle hvor mange som brukte sentralbanestasjonen som et mer permanent oppholdssted enn det er tenkt som.

En papirløs arbeidsimmigrant vil ha hjelp til å få jobb. Det skulle jo være så enkelt i Norge. To unge jenter ruslet rundt på Oslo S – midt på natten, midt i uka. Barnevernsvakta må varsles. Noen bostedsløse rusler rundt, mange med rusproblemer og psykiatri.

– Vi fikk bekreftet det vi har hørt fra vektere og butikkinnehavere. Det er en ganske stor flokk av folk som oppholder seg på Oslo S til stasjonen stenger, og strømmer inn dørene når den åpner, sier Gudrun Brøvig Silde.

– De tre timene Oslo S holder stengt, fant vi at noen søker ly i bussen som Frelsesarmeen har utenfor. Noen drar til busstasjonen som har døgnåpent, mens andre igjen oppsøker kebabsjapper eller andre steder som har åpent til langt på natt.

Skamfulle

Historiene til de bostedsløse er varierte.

– Ofte får vi bare kjennskap til en liten del av historien. Noen sier de har et hjem, men orker ikke å bo der. Ofte er det blandet inn psykiatri og rusproblematikk, sier hun.

Historiene de bostedsløse forteller er ikke så fjerne fra den virkeligheten de fleste av oss lever i – til et visst punkt.

– Plutselig rakner alt. Det kan være et samliv som går i stykker, noen mister jobben, blir syke eller trygdet. Hvis

det er flere store ting som skjer på en gang, er det fort at alt rakner. Spesielt for dem som ikke har noe særlig nettverk rundt seg. De føler skam rundt egen situasjon. De forteller at det er sårt å snakke om og bruker ofte ord som «hudløs» når de beskriver egen situasjon, sier hun.

Vanskelig å tallsette

Selv om hun forsøkte å telle, synes hun det er vanskelig å slå fast nøyaktig hvor mange personer som mer eller mindre bor på Oslo S. Vektere har tidligere anslått overfor dem at tallet er på 50–60 personer, men at det varierer.

– Det er nok riktig som vekterne sier, at det varierer. Den natten vi var ute, tror jeg vi kan si at vi møtte rundt 30 stykker som tilsynelatende ikke skulle videre med tog, sier Brøvig Silde.

Noen fjes var gamle kjente, mens andre var nye.

Får ikke bankkonto

Som bostedsløs får blant annet ikke åpne konto i bank. Hvis du ikke har en bankkonto, er det nesten umulig å få jobb eller overført trygd.

Ifølge DNB er det et krav i Hvitvaskingsloven at banken skal kunne kommunisere med kunden.

– Da kreves det blant annet at kunden har en adresse. Vi har altså ikke lov til å opprette kundeforhold på bostedsløse, sier informasjonssjef i DNB Aud-Helen Rasmussen.

De som ikke har bopel kan få trygd utbetalt via et utbetalingskort som fåes hos NAV.

– Per i dag er det kun en håndfull personer som mottar ytelser fra NAV via utbetalingskort. Det varierer fra én til 20. Det vil samtidig si at de fleste som er registrert uten fast bopel og samtidig mottar penger fra NAV, får ytelsene inn på konto, sier seniorrådgiver i NAVs kommunikasjonsavdeling, Geir Haugen.

Ifølge NAV er det rundt 2000 personer uten fast bopel som mottar ytelser fra NAV. IIII

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

Det er ikke bare lønn som frister svenske sykepleiere til Norge.

Helt på grensen

Grensekommuner

Følgende kommuner i Norge har grense mot Sverige:

- Østfold fylke: Halden, Hvaler, Aremark, Marker og Rømskog
- Akershus fylke: Aurskog-Høland
- Hedmark fylke: Eidskog, Kongsvinger, Grue, Åsnes, Våler, Trysil og Engerdal
- Sør-Trøndelag fylke: Røros og Tydal
- Nord-Trøndelag fylke: Meråker, Verdal, Snåsa, Lierne og Røyrvik
- Nordland fylke: Hattfjelldal, Hemnes, Rana, Saltdal, Fauske, Sørfold, Hamarøy, Tysfjord, Ballangen og Narvik
- Troms fylke: Bardu, Målselv og Storfjord:

Følgende norske kommuner grenser til Finland:

- Storfjord, Kåfjord, Nordreisa, Kautokeino, Karasjok, Tana, Nesseby og Sør-Varanger

- Sykepleiere som bor i en grensekommune i Sverige (grensegjengere) beskattes etter egne regler.
- En grensegjenger er en person som bor i en kommune ved grensen i en stat, og arbeider ved grensen i den andre, og som derfor må passere grensen regelSmessig for å arbeide.
- Beskatning av grensegjengere er regulert i nordisk skatteavtale

Mer informasjon hos skatteetaten: www.skatteetaten.no

I Kjærlighetsveien 28 ligger Halden sykehjem, med sine 78 beoere og et eget rehabiliteringssenter.

Her jobber Annelie Dahlbom, en av de svenske sykepleierne på stedet. Dahlbom pendler hver dag mellom jobben i Halden og hjemmet i Sverige. Hun er en av mange såkalte «grensegjengere», svenske arbeidstakere som bor i en kommune ved grensen og jobber i en kommune på den andre siden av grensen.

– Jeg bor i Strømstad, så det er kort vei. Jeg bruker kanskje en halvtime- tre kvarter hver vei, sier hun.

Halden kommune har lang erfaring med svenske sykepleiere som kommer for å jobbe, og Annelie Dahlbom har lang erfaring med jobbpendling. Hun har jobbet i Stockholm, Oslo, Strømstad, Fredrikstad og nå Halden. Stillingen hun i dag på 94 prosent. Nesten full.

19 000 svensker

Totalt har over 19 000 svenske sykepleiere norsk autorisasjon.

I 2011 fikk nye 1 269 svenske sykepleiere norsk autorisasjon. Det er en liten nedgang fra året før. Da fikk 1 642 svenske sykepleiere norsk autorisasjon, opplyser Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (Safh).

At over 19 000 svenske sykepleiere har norsk autorisasjon, betyr ikke at det er så mange som jobber her.

– Helsepersonell blir stående i Helsepersonellregisteret med autorisasjon til de er 75 år. De blir ikke slettet om de flytter ut av Norge. Det kan derfor være en betydelig andel av de autoriserte som har vendt hjem til Sverige eller funnet arbeid i andre yrker, sier informasjonsmedarbeider i Safh, Magnus Karlsrud Dahlen.

Blir ikke rik

Annelie Dahlbom tror ikke hun tjener mye mer i Norge enn hun ville ha gjort i Sverige.

– Nei. For meg blir det nokså likt. Årsaken er at jeg jobber og bor i en grensekommune. Da er skattereglene slik at jeg betaler skatt til Sverige etter norsk kronekurs. Det kalles grensegjengeravgift. (se faktaboks). Hadde jeg jobbet i Fredrikstad hadde jeg tjent mer. Da hadde jeg skattet til Norge.

– *Hvorfor er reglene slik?*

– Jeg tror det er for å holde på arbeidskraft. At ikke alle svenske sykepleiere skal dra til Norge for å jobbe fordi det er så mye mer lønnsomt. Jeg tror reglene er like for nordmenn som jobber i Sverige, men bor i Norge, sier hun.

Å flytte til Norge er ikke aktuelt.

– Nei. Jeg har familie og venner i Strømstad. Strømstad er liksom hjemmestedet mitt selv om jeg etter hvert har jobbet så mange år i Norge at jeg føler meg litt norsk, sier hun.

Mange svensker

På avdelingen Dahlbom arbeider er det mange svensker. Flere av dem er i samme situasjon som hun selv. De jobber i Norge, men bor i Sverige.

Hvert år er det nye oppslag i media om svenske sykepleiere som jobber opp til 90 timers vakter. Spesielt om sommeren, helger og i høytider.

– *Hva syns du om det?*

– På denne avdelingen har det ikke vært noe problem. Men det er klart jeg ikke synes noe om det. De fleste svenske sykepleiere på denne avdelingen jobber fast, noen har små helgestillinger eller nattstillinger. Det er ofte sykepleiere som bor lengre unna. Noen av dem har andre jobber i Sverige, men kommer hit for å jobbe litt ekstra. Sikkert for å legge seg opp litt penger. Men jeg har ikke erfart at svenske sykepleiere jobber doble vakter på denne avdelingen, sier hun.

Det er ikke bare unge nyutdannede svenske sykepleiere som kommer hit for å tjene litt ekstra.

– Det er i alle aldre, mener Dahlbom.

Fastlege er bra

Språk er ikke noe problem.

– Jeg er født og oppvokst ved grensen og grensehandel. Vi har alltid samhandlet nært med hverandre, sier hun.

Det er heller ikke er noe problem for brukerne å forstå svensk.

– Det er det samme for dem. De har levd et langt liv nær grensen og er vant til å forholde seg til svensker og det svenske språk, sier hun.

En ting Dahlbom synes er bra med det norske helsevesenet, er fastlegeordningen.

– *Har dere ikke det i Sverige?*

– Det er mangel på leger. Mange av dem reiser også til Norge for å jobbe, sier hun med et smil om munnen.

Dahlbom tror hun kommer til å jobbe i Norge til hun blir pensjonist. Ikke minst fordi hun trives veldig godt på avdelingen hun jobber.

OVER GRENSEN: Ved Halden rehabiliteringssenter jobber grensependler Annelie Dahlbom, og trives med det.

– Vi har mye moro sammen. Vi småmobber hverandre en god del, ikke minst under sportsbegivenheter. Svensker og nordmenn, hvem er best? Men mobbingen er definitivt godlynt, forsikrer hun.

– *Har du en god norskevits?*

– He-he. Nei. Jeg vil ikke dra noen vits i Sykepleien.

«Sykepleierne har alltid vært en profesjon som har flyttet på seg.» *Eva Szutkowska*

Vanskelig å få fast jobb

Eva Szutkowska er internasjonal sekretær i svenske Värdforbundet.

For åtte-ni år siden var det mangel på sykepleiere i Sverige. Når mange søkte lykken i Norge, var det en stund med på å øke lønningene i Sverige. Situasjonen har endret seg. Dagens forhold minner om de norske.

– Nå er det blitt vanskeligere for sykepleiere å få fast jobb. Spesielt på sykehus. Mange velger da å reise til Norge i kortere periode for å jobbe og legge seg opp penger. Lønnen er fremdeles høyere i Norge, men levekostnadene er også høyere der, så det svarer seg ikke å flytte til dit, sier hun.

Det er spesielt om sommeren, i helger og høytider at Norge har behov for vikarer som vil jobbe ubekvemt.

Szutkowska sier at svenske sykepleiere heller ikke er interessert i å jobbe om sommeren, i helger eller høytider – det vil si, de vil ikke ha disse vaktene i Sverige. Det er mer lønnsomt å ta slike vakter i Norge.

– Resultatet er at svenske kommuner og sykehus tar inn polske sykepleiere for å dekke opp sine vikarbehov. Man kommer inn i en spiral, sier hun.

Må følge reglene

Det har ikke unngått Värdforbundet og Eva Szutkowska at svenske sykepleiere i Norge ofte jobber vakter langt ut over hva arbeidsmiljøloven sier.

– Det er ikke greit. Når vi hører at svenske sykepleiere jobber vakter på opp mot 90 timer er det ikke forsvarlig. På nettsiden vår har vi informasjon til dem som vil jobbe utenlands,

men det er overraskende få som leser den, sier hun.

I Sverige kan arbeidstakere jobbe inntil 50 timers uke eller 200 timer i måneden. Skal man jobbe over det, må det søkes dispensasjon.

I Norge kan Arbeidstilsynet gi tillatelse til å utvide alminnelig arbeidstid. Men den skal ikke overstige 48 timer i løpet av 7 dager, og maksimalt 13 timer i løpet av 24 timer.

Arbeidsgivers ansvar

– Er det et problem at svenske sykepleiere drar til Norge?

– Nei. Sykepleiere har alltid vært en profesjon som har flyttet på seg. Hvis folk vil jobbe utenlands er det selvfølgelig helt greit. Men de må følge lover og regler, sier hun.

Szutkowska understreker imidlertid at det først og fremst er arbeidsgivers ansvar å sørge for at arbeidstidsbestemmelser overholdes.

– Når en sykepleier har flere arbeidsgivere og de ikke vet om hverandre, kan det være vanskelig å ha oversikt. Selv om dette er arbeidsgivers ansvar, har også helsepersonell et eget ansvar å sørge for at de yter forsvarlig helsehjelp, sier hun.

To år i Norge

Lisbeth Persson har tidligere jobbet ved Uddevalla sykehus. Hun syntes pendlingen fra Strømstad ble lang. For to år siden fant hun en stillingsannonse om jobb ved Halden sykehjem på nett. Hun søkte, fikk jobben. Så kort og grei er historien om hvordan Persson ble grensependler.

– Jeg kjenner mange som har fått jobb i Fredrikstad og Sarpsborg og trives godt. Men jeg vil ikke pendle så langt. Halden er akkurat passe. Da har jeg litt over fire mil å pendle hver vei, og trives kjempegodt, sier Persson.

For Persson og mange andre som bor i Strømstad, er det lengre å pendle til Uddevalla enn til Halden.

OVER GRENSEN 2: For to år siden fikk svenske Lisbeth Persson jobb ved Halden sykehjem, der blant andre beboer Borghild Bjerke (i vinduet bak) bor.

Vil ikke flytte

Persson jobber full stilling. For henne er det mer enn nok. Men hun har fått med seg medieoppslag om svenske sykepleiere som bryter arbeidsmiljøloven.

– Jeg kjenner som sagt mange svenske sykepleiere som jobber i Norge. De aller, aller fleste jobber normalt. Det er trist at det er de få som bryter reglene som man hører om. De fleste av oss er vel nokså utslitt etter å ha jobbet 100 prosent. Det holder for meg i hvert fall, sier hun.

Heller ikke Persson kunne tenke seg å flytte til Norge.

– Det er ikke aktuelt fordi familie og venner bor i Sverige. Men det er mange nordmenn som flytter til Sverige. Vet om flere norske leger som jobber ved sykehuset i Fredrikstad og Sarpsborg, og som bor i Sverige. I tillegg er det mange pensjonister som flytter over grensen. Det er billigere og bo og leve i Sverige, sier hun.

Persson mener det finnes forskjeller på det å jobbe som sykepleier i Sverige og Norge.

– Sykepleierne forventes å arbeide selvstendig.

I Sverige er det ikke uvanlig at sykepleiere har hovedansvar for mottak i klinikker for pasienter med hjertesvikt og hypertensjon, inkontinens og astma. Ved disse mottakene får pasientene hyppige kontroller og oppfølging. Slike mottak er alltid knyttet til en vårdcentral og en lege, forteller Persson.

Selvstendig ansvar

I Sverige har også sykepleiere i kommunehelsetjenesten et selvstendig delegeringsansvar når det gjelder utdeling av medisner.

– Sykepleierne delegerer myndigheten videre til hjelpepleiere. Sykepleierne har ansvar for å gi hjelpepleierne som skal dele ut medisner riktig opplæring. Medisinene de deler ut er lagt i dosetter eller er multidoser, sier Persson.

Oppdatering, undervisning og fornyelse av delegeringsmyndighet gis av sykepleiere til hjelpepleiere en gang i året.

– Men det er viktig å få med at det er sykepleierne som har totalansvaret for legemidler som skal gis til pasient.

LØNN LOKKER: Grensependlerne viser at lønn som virkemiddel har effekt, sier Karen Brasetvik, fylkesleder i NSF Østfold. Arkivfoto: Ellen Morland.

Hjelpepleierne er kun ansvarlige for selve utdelingen, sier hun.

Heldig grensefylke

Østfold har mange års erfaring med svenske sykepleiere som kommer over grensa for å jobbe.

– Skal det bli gode helsetjenester, er kompetanse og kontinuitet viktig. Vi har god erfaring med mange dyktige svenske sykepleiere som jobber fast i Norge og bor i Sverige, sier NSFs fylkesleder i Østfold, Karen Brasetvik.

Det hun er mest bekymret over, er ledige sykepleiervakter som erstattes med lavere kompetanse eller ufaglærte.

– Østfold er heldig som er et grensefylke, og som kan benytte seg av svenske sykepleiere. For svenske sykepleiere er det også lønnsomt å jobbe i Norge. Det viser at lønn som virkemiddel, har effekt. Når det gjelder brudd på Arbeidsmiljøloven, er det mange sykepleiere, både norske og utenlandske, som har jobbet mer enn det loven tillater, sier Brasetvik.

Fylkeslederen ønsker dyktige sykepleiere som behersker språket, velkomne til å jobbe i den norske helsetjenesten.

– Når de inngår i den faste staben og jobber store nok stillinger til at det blir kontinuitet i sykepleien, er det veldig bra. Samtidig er det viktig at Norge er selvforsynt med sykepleiere og ikke tapper andre land for etterspurt kompetanse, understreker Brasetvik. IIII

Tekst og foto **Kari Anne Dolonen**

BABY CARE AREA

BABY CARE AREA: En sykepleier steller en nyfødt baby på et sykehus i New Dehli i India. Datoen er 31. oktobert 2011, på den tiden da verdens befolkning var forventet å passere 7 milliarder.

Bare i India bor det i dag over 1,2 milliarder mennesker, halvparten av disse er under 25 år.
Med 27 millioner fødsler i året vil landet trolig gå forbi Kina som verdens mest folkerike land i 2025.

Samtidig er India det landet hvor barnedødeligheten er høyest. To millioner barn dør årlig før de fyller fem år.

Den norske regjeringen har tatt et spesielt ansvar for at FN skal nå sitt såkalte tusenårsmål om å redusere barne- og mødredødeligheten innen 2015. I 2006 inngikk Norge og India en samarbeidsavtale. Innsatsen rettes mot spedbarnspleie, familieplanlegging og vaksinasjon. 400 000 nyfødte og deres mødre får oppfølging gjennom programmet.

Foto: Lynsey Addario/The New York Times

Det var dette med, kremt, sexlivet.

Litt hjelp med det flaue

Når og på hvilken måte er det naturlig for helsepersonell å bringe temaet seksualitet på banen? Sex og samfunn, senter for ung seksualitet, ligger sentralt plassert i Oslo. Hit kommer helsepersonell fra hele landet for å lære mer om spørsmål rundt ungdoms seksuelle helse.

– Tilfeldig kunnskap

Ved senteret har de fått mange tilbakemeldinger på at det kan være vanskelig å snakke om seksualitet, også for helsesøstre og andre sykepleiere som jobber med ungdom.

– Mange har kontaktet oss og etterspurt en «oppskrift» på hvordan de skal nærme seg temaet seksualitet når de snakker med ungdom. På den ene siden vet ungdom mye, på den andre siden er kunnskapen tilfeldig, og kommer ikke alltid fra så sikre kilder, sier Siv Gamnes, daglig leder i Sex og samfunn.

Sex og samfunn har derfor laget et opplegg som kan brukes både i samtaler med ungdom en og en, men også som utgangspunkt for diskusjon i en gruppe, for eksempel i en skoleklasse.

– Både lærere og helsesøstre er i målgruppa, sier Gamnes.

Undervisningsopplegget fra Sex og samfunn har blitt revidert og oppdatert i flere omganger. Den siste oppdateringen er fra 2011, og inneholder, selvsagt, quiz.

Hvor lang er en penis?

En metode for å få i gang diskusjonene, er at læreren eller helsesøster leser opp ett og ett kort, og lar ungdommene gjette om påstanden er fakta eller myte.

– Man kan også dele inn i grupper og gi hver gruppe et visst antall kort de skal diskutere og ta stilling til, forklarer Gamnes.

På 56 kort kommer det fram like mange påstander. En påstand er «Gjennomsnittslengden på penis er 20 cm.» Myte eller fakta? Eller hva med denne: «Foreldre blir alltid informert når jenter under 16 år får p-piller». Er det sant? Etter diskusjonen får ungdommene fasiten.

– Pinlige spørsmål

I løpet av en quiz-runde har ungdommene vært innom fire temaer: Selvbestemt seksualitet, seksuell trivsel, selvbestemt gravid og sikrere sex.

– Vår erfaring er at ungdommer har mye overflatisk kunnskap om sex. Selvsagt varierer kunnskapsnivået, men generelt er de unge flinke til å plukke opp nye begreper og trender fra pornoindustrien, mens det ofte skorter på faktakunnskap om kropp og biologi, sier hun.

Men alt dreier seg ikke om faktakunnskap. Gjennom undervisningen er det også forslag til hvordan man kan starte en samtale om for eksempel homofili eller grensesetting.

– Det er et mål at ungdommene går ut fra undervisningen med en mestringsfølelse og en tro på at sex er noe positivt.

For å få de mest pinlige spørsmålene opp og fram, er anonyme spørsmål en god metode, ifølge Gamnes.

– Det er selvsagt lov til å si at den som underviser ikke ønsker å svare på personlige spørsmål. Denne metoden kan åpne opp for spørsmål som både er litt på kanten, men også for ting de ikke har turt å spørre om tidligere, sier hun.

– Snakk om det

Undervisningspermen er først og fremst ment å bruke i undervisningssituasjoner. Men ett og annet tips kan kanskje andre sykepleiere også plukke opp:

– Vår erfaring er at helsepersonell, som ellers er langt inne i pasientenes intimsone, synes det er vanskelig å snakke om seksuelle temaer, sier Gamnes.

– Det er ikke naturlig å sette i gang en quiz når man sitter med en pasient. Men å bringe seksualitet på banen overfor en pasient som har hatt hjerteinfarkt eller er operert for prostatakreft, det er – eller burde være – en del av rutinen, sier hun. IIII

SIV GAMNES, daglig leder i Sex og samfunn. Foto: Erik M. Sundt

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers**

HOMO ELLER HETERO? Dette er et av bildene som skal starte diskusjonene hos unge. Copyright: Sex og samfunn

VERV OG VINN

Hjelp oss å nå 100.000

Norsk Sykepleierforbund er 100 år i 2012 og har mål om å nå 100.000 medlemmer. Inviter en kollega til å bli medlem av en slagkraftig fagorganisasjon som arbeider nasjonalt og lokalt for sykepleiere, spesialsykepleiere, jordmødre og helsesøstre. Som medlem av NSF kan du benytte deg av fordeler som medlemskap i faggrupper, tillitsvalgte, juridisk bistand, gunstige forsikringstilbud, bankavtale med DnB Nor, mobilavtale med Telenor og mye mer! Alle medlemmer får også det prisvinnende fagbladet Sykepleien og Sykepleien Forskning tilsendt.

Gå til www.sykepleierforbundet.no og se alle medlemsfordelene og full premieoversikt. Greier du å spare 10 vervinger får du en iPad2!

VERVEKUPONG

VENNLIGST BRUK BLOKKBOKSTAVER

Ververs navn: Ververens medlemsnr.:

Navn på nytt medlem:

Har du vært medlem tidligere? Tidsrom:

Fødselsnummer (11 siffer)

Adresse:

Postnr: Poststed:

E-post:

Telefon privat: Mobil:

Eksamensdato:

Sykepleierhøgskole/sted:

Arbeidsgiver:

Arbeidssted:

Ansatt dato:

Avdeling:

Stillingsbenevnelse:

Medlemmer i lønnet arbeid innbetaler kontingenten ved månedlige trekk i lønn

Kryss av:

- ☐ Brødpose Sort
- ☐ Brødpose Pistasje
- ☐ Exentri Kortholder
- ☐ Camelback Drikkeflaske

☐ Jeg sparer vervingen

Vervepremiene gjelder ikke for verving av studentmedlemmer.

Vervepremie sendes i posten etter at innmeldingen er godkjent.

Med forestillingen «F20.0» kritiserer skuespillerne det psykiatriske diagnosesystemet.

Teater om psykose

Sara er på vei til institusjonen. En sort-hvitt film tatt fra en bil i fart vises på lerret bak hovedpersonen som sitter på en stor kiste.

Slik innleder DuoLuna teaterforestillingen «F20.0» i Oslo kongressenter 31. januar. Anledningen er at TIPS (tidlig oppdagelse og behandling av psykoser) Sør-Øst arrangerer nettverkskonferanse om psykose. Forestillingen handler om Sara som får diagnosen F20.0 – paranoid schizofreni.

Deretter følger vi Sara i samtale med psykologen og overlegen og får høre fortellinger om noen av de andre som er innlagt.

Interaktivt teater

– Målet med teaterstykket er å bidra til å endre samfunnet, sier Runa Øvland.

Stykket om Sara er bygget på Øvlands egne erfaringer som psykiatrisk pasient.

Runa Øvland er forteller og skuespiller og Ellen Eriksen spiller slagverk i DuoLuna. De bedriver det som heter forumteater, en interaktiv teaterform hvor en vesentlig del av forestillingen foregår i dialog med publikum.

– Vi tar imot spørsmål fra salen når vi er ferdig med å spille. Tanken er at vi kommer frem til svarene i samarbeid med publikum. Vi diskuterer og publikum får utdelt roller slik at vi kan prøve ut scenene på nye måter med publikum som medspillere, sier Øvland.

Hentet fra virkeligheten

– Stykket er først og fremst en kritikk av diagnosesystemet, sier Øvland.

– Å få diagnosen paranoid schizofreni som 18-åring tok fra meg all motivasjon til å leve videre.

Øvland ble fortalt at diagnosen var en kronisk tilstand, et handikap hun måtte innrette livet sitt etter.

– I en scene i stykket forteller overlegen og psykologen Sara at hun må slutte å drømme om utdanning og jobb. Hun må heller konsentrere seg om en gang å klare å bo alene i en kommunal leilighet. Dette er mer eller mindre hentet ordrett fra virkeligheten, forteller Øvland.

Pleiet bestefaren

Hun understreker at tilfrisknings-prosessen hos en person med psykisk lidelse alltid vil være individuell.

– Det som hjelper for den ene trenger ikke hjelpe for den andre.

– *Hvordan ble du selv frisk?*

– Bestefaren min fikk kreft. Og jeg var den eneste han slapp innpå seg på den tiden. Da skrev jeg meg ut og dro til Nordland og pleiet ham til han døde. Etter de tre månedene var jeg symptomfri.

– *Hvem er målgruppen for forestillingen?*

– Vi har spilt for brukere, pårørende, helsepersonell og utdanningsinstitusjoner. For eksempel spiller vi fast for videreutdanning i psykisk helsearbeid på Høgskolen i Oslo, forteller Øvland. IIII

Tekst **Susanne Dietrichson**

VERVEKUPONG

Hjelp oss å nå 100.000

VERV OG VINN

NORSK SYKEPLEIERFORBUND 100 1912 - 2012

Adressaten betaler for sending i Norge

Norsk Sykepleierforbund
Svarsending 1016
0090 Oslo

Shaista Ayub

Alder: **34 år**
Yrke: **Prosjektleder og sykepleier**
Jobber: **I sekretariatet i Diabetesforbundet**

Fremmer innvandrerhelse

– Diabetes har alltid stått mitt hjerte nær.

Mamma har diabetes, og også mange andre rundt meg. Det er jo slik at flere innvandrere enn nordmenn får diabetes, så da er det jo viktig at informasjon fra den største brukerorganisasjonen når ut til dem også.

Jeg har jobbet med minoritetshelse siden jeg ble ferdig utdannet. Det var egentlig litt tilfeldig at jeg ble akkurat sykepleier, men jeg visste at jeg ville jobbe innen helse på en eller annen måte. Jeg begynte å studere rett etter gymnaset. Sykepleie er jo et yrke som kan brukes til veldig mye. Å være sykepleier har ikke så høy status, spesielt ikke i Pakistan. Mange tror sykepleiere bare kan jobbe i sykehus. Jeg mener å ha bidratt til å knuse noen myter gjennom å ta master i helsevitenskap og den jobben jeg faktisk gjør.

Den første jobben min var på Aker lærings- og mestringssenter, så jeg er vant til å jobbe tett på brukerne med fokus på mangfold og likeverdighet. Jeg jobbet først for Oslo Fylkeslag i Diabetesforbundet. Etter fem år på Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring ønsket jeg å gjøre noe annet. Da utfordret jeg Diabetesforbundet nasjonalt til å satse på tema minoritetshelse og fikk jobb der.

Jobben består av å definere hvordan minoritetshelseperspektivet kan integreres på alle plan i organisasjonen. For eksempel må internettsidene, brosjyremateriell og telefontjenester tilrettelegges både språklig og innholdsmessig. Og når vi arrangerer temamøter for medlemmene må vi sørge for at vi ikke bare når ut til nordmenn. Vi må tenke på hvor vi annonserer møtene og på hvilket språk. Og vi må samarbeide tett med ressurspersoner som har bred kontaktflate i innvandrermiljøene, for eksempel helsesøstre og personer som jobber i frivillighetssentraler og på internasjonale kafeer.

Jeg jobber med mye forskjellig i løpet av en dag. Jeg har stor fleksibilitet og frihet til å definere mine egne oppgaver, som består i alt fra å finne bildemateriell til brosjyrer og dvd-er, til møter. Jeg har også vært veileder på vår telefontjeneste hvor vi besvarer spørsmål fra brukerne på urdu, tyrkisk og somalisk. Jeg er glad for at vi har gjennomført viktige prosjekter som diabeteslinjen, i tillegg til informasjons-dvd på urdu, tyrkisk og somalisk. Det er inspirerende å se at tilbudene blir brukt og etterspurt.

Noe av det jeg synes er morsomst er å drive lobbyvirksomhet rettet mot politikerne. En side ved jobben som derimot kan være slitsom er å søke om penger til prosjektene våre. Det krever et stort nettverk og oppfølging på mange plan. Hvis vi ikke får penger til videre støtte kan det hende vi må legge ned tilbud vi vet fungerer. Det er demotiverende.

Fortalt til **Susanne Dietrichson** Foto **Stig Weston**

Ortopeden er en saga blott. Føden er vekk før neste jul.
At dette kalles framtidas lokalsykehus forstår ikke de ansatte noe av.

«Framtidas» lokal-sykehus amputert

Nordfjord sjukehus

- 16. desember 2011: Nedlegging av ortopedisk avdeling, og 20 ansatte blir omplassert. På operasjons-avdelinga forsvinner ortopedene, og de 14 som utgjør operasjons- og anestesipersonalet vet ikke hva de skal gjøre framover.
- 1. mai 2012: Overvåkningsavdelinga er vedtatt integrert i den medisinske sengeposten.
- Sommeren 2012: Røntgenlege og flere stillinger på laboratoriet forsvinner.
- Høsten 2012: Nedlegging av føde-avdelinga.
- Oktober 2012: Medisinsk sengepost reduseres fra 20 til 15 sengeplasser.

De ansatte ved Nordfjord sjukehus i Sogn og Fjordane er frustrerte, fortvilte og fly forbanna. Den siste pasienten er nettopp operert ved lokalsykehusets ortopediske avdeling.

– Uvirkelig. Kan ikke tro at det er sant.

Fra nyttår har sykepleier Ellinor Skeide Bakke sin arbeidsplass ved medisinsk sengepost i etasjen over. Tida fram til da skal hun kurses i nye arbeidsoppgaver. Mer vet ikke sykepleieren, som har jobbet 18 år ved sykehuset, om framtida.

På vaktrommet er ansatte samlet til matpause. Den siste sammen. På bordet står kaffekanne merket «Ortopedisk avdeling». Blomster har de fått. Fra de to siste pasientene.

Det er fredag 16. desember, og siste arbeidsdag for de 20 ansatte på ortopedisk avdeling.

«Tidsmessig»?

Er det på denne måten myndighetene ønsker å bygge framtidas lokalsykehus? Skal ikke lokalsykehusene bygge videre på det de er gode på? De ansatte forstår lite.

Nordfjord sjukehus fikk i fjor 75 millioner statlige kroner over en treårsperiode for å utvikle det nasjonale pilotprosjektet «Framtidas lokalsykehus». Sykehuset skulle være «tidsmessig» og til etterfølgelse for hele landet. Nå har de mistet en faglig godt fungerende ortopedisk avdeling.

Ut over i 2012 er det vedtatt en rekke nedleggelser og omlegginger av funksjoner ved lokalsykehuset. Det som er vedtatt (se faktaboks) er ikke forenlig med det de ansatte og lokalbefolkningen oppfatter som sykehusdrift. Og i alle fall ikke for et sykehus som skal framstå som eksempel på framtidas lokalsykehusdrift i landet.

Etter benkeforslag

Siden 2005 har lokalsykehuset i Nordfjordeid utført kikkhullsoperasjoner innen skulder, kne og hofter, i tillegg til avanserte ryggoperasjoner. Nå er det slutt.

Styret i Helse Førde vedtok i april i fjor å sentralisere all ortopedi i fylket til Sentralsykehuset i Førde innen høsten 2012. På styremøte knappe to måneder seinere ble det fremmet benkeforslag om full avvikling av ortopeditilbudet ved Nordfjord sjukehus «snarest råd og senest innen utgangen av 2011».

I et intervju med NRK Sogn og Fjordane etter styremøtet uttaler styreleder Clara Øberg at begrunnelsen for å framskynde nedleggingen er «stadig uro» og omkamper om ortopeden ved sykehuset.

Vedtaket ble fattet uten at styret hadde vurdert hvilke konsekvenser en nedleggelse kunne få for pasientene og det samlede tilbudet ved lokalsykehuset.

Fagfolk drar fra fylket

En stor pasientgruppe i Nordfjord har mistet et unikt tilbud. Det bekymrer tidligere oversykepleieren Oddrun Rye ved ortopedisk avdeling mest.

I SORG: Mange av de ansatte mister arbeidsplassen, selv om de fleste blir tilbudt jobb i andre deler av Helse førde. Mest bekymret er de likevel for pasienttilbudet.

Det som har blitt utført på ortopedisk avdeling ved Nordfjord sjukehus, skal bygges opp og videreutvikles ved Sentralsykehuset i Førde, forklarte adm.dir. Jon Bolstad i Helse Førde til lokalavisa Fjordabladet uka før avviklingen.

– Liv vil forhåpentligvis ikke gå tapt på grunn av nedleggingen av ortopedisk avdeling. Men det vil helt klart medføre tap av helse for svært mange pasienter, sier Rye.

Avdelinga på Nordfjord sjukehus har hatt god tilgang på fagpersonell.

FERDIG: Snart må skiltet ned, tror sykepleier Oddrun Rye.

På det meste fem fast ansatte ortopeder, assistentlege og inntil fire turnusleger. I sommer sa to av ortopedene opp stillingen, mens to er ute i permisjon. Den siste ortopeden har takket nei til jobb ved Sentralsykehuset i Førde og forsvinner etter de andre ut av fylket i februar.

Nedbemanning

I etterkant av Helse Førde sitt vedtak om nedlegging i juni i fjor ble det nedsatt et såkalt nedbemanningsutvalg. Blant oppgavene var å definere hvem som omfattes av nedleggingen, informere de som blir rammet av endringene og holde drøftingsmøter med hver enkelt som må omplasseres eller sies opp.

Oddrun Rye ble oppnevnt til å delta i dette arbeidet. Mye av hennes tid har gått til å snakke med de ansatte på avdelingen, og ledere og ansatte ved de andre avdelingene.

Alle de 20 ansatte ved ortopedisk avdeling har fått tilbud om midlertidig fortsatt jobb ved lokalsykehuset. Halvparten er overført til medisinsk avdeling, mens de resterende er fordelt på overvåkninga, psykiatrien, fødeavdelingen og poliklinikken på sykehuset.

Til våren blir det ny runde med omstilling for de ansatte på grunn av vedtak om å integrere sengene ved overvåkningsavdelinga til medisinsk sengepost, og at fem senger på sengeposten er vedtatt fjernet. En avdeling som i dag har 20 senger og en beleggsprosent på over 100 prosent.

Frykter ringvirkninger

De ansatte frykter ringvirkningene som følger med avviklingen av ortopeditilbudet ved lokalsykehuset.

Tidligere ansatte ved avdelinga er midlertidig spredt rundt på andre avdelinger, mens operasjons- og anestesipersonalet ikke vet hva de skal gjøre i framtida når ortopedene på operasjonsavdelinga er borte og fødeavdelinga legges ned til høsten. Også ansatte ved overvåkningsavdelinga spør seg hvilke arbeidsoppgaver de er tiltenkt når de i mai integreres i den nye reduserte medisinske sengeposten. Hva med den framtidige bemanningen på avdelingen som mister fem senger?

– Målsettingen er at alle fast ansatte skal få tilbud om annen stilling i Helse Førde, enten i Nordfjordeid, Førde eller Lærdal, sier HR-direktør Arne Skjelten til helseforetakets nettside.

Ny kartlegging av behovet for bemanning ved lokalsykehuset vil bli gjennomført, og i løpet av mars vil de ansatte få tilbakemelding om konsekvensene av omstillingene.

«Hva skal spesialsykepleiere i døgnberedskap fylle arbeidstida med?»

Oddrun Rye

– Det betyr ikke at jobbtilbudet vil bli på Nordfjordeid. Det kan like godt bli ved de to andre sykehusene i helseforetaket, sier HR-direktøren som ikke vil gi noen jobbgaranti for alle.

Selv om de ansatte er urolige for egen framtid, er de mer bekymret for hva dette får for konsekvenser for be-

folkningen i regionen. Er det ok at folk som bor i distriktene skal ha et dårligere helsetilbud enn de som bor i sentrale strøk? Det er et spørsmål Oddrun Rye gjerne skulle hatt svar på.

Søker permisjon

– Ortopeden er historie, og fødeavdelinga forsvinner til høsten. Hva sitter sykehuset da igjen med? Det er god grunn til å stille spørsmål med hvilke oppgaver spesialsykepleiere i døgnberedskap skal fylle arbeidstida med. Manglende fagrelaterte oppgaver vil føre til betydelige rekrutteringsproblemer, mener Rye.

Plasstillitsvalgt Gunlaug Håland ved Nordfjord sjukehus har lenge etterlyst risikoanalyser og hvorfor overordnede føringer ikke er på plass. Hun reagerer på at Helse Førde reduserer tilbudet ved lokalsykehuset før noe er bygget opp i kommunene i Nordfjord-regionen som omfatter 30 000 innbyggere.

– Det har vært tøft å være tillitsvalgt. Informasjon har vært fraværende, og jeg opplever å ha brukt masse tid og krefter på noe som allerede var avgjort, sier Håland.

Den tillitsvalgte har opplevd at bekymringsmeldinger og innspill ikke er tatt på alvor, men tvert om blitt oppfattet negativt av ledelsen i Helse Førde. Etter 12 år ved lokalsykehuset har hun søkt permisjon for å jobbe i Selje kommune.

«Utviklingen av lokalsykehus i resten av landet er ment å bygge på erfaringene fra pilotprosjektet i Nordfjord.»

Styringsgruppa for «Utviklingsprosjekt ved Nordfjord sjukehus»

Pilotprosjekt Nordfjord

Styringsgruppa for «Utviklingsprosjekt ved Nordfjord sjukehus» hadde sitt første møte 2. desember i fjor. Da startet arbeidet med utforming av framtidas lokalsykehus.

På Helse Førde sin nettside dagen før møtet skriver styringsgruppeleder Odd Søreide blant annet: «Underveis vil prosjektet og de mange arbeidsgruppene bli fulgt med interesse fra resten av Helse-Norge. Hvorfor? Fordi utviklingen av lokalsykehus i resten av landet er ment delvis å bygge på erfaringene fra pilotprosjektet i Nordfjord.»

Oddrun Rye er svært urolig og kritisk. Ingen lege eller andre fagpersoner fra Nordfjord sjukehus er med i styringsgruppa eller prosjektgruppa som nå skal legge de overordnede rammene for hvilke tilbud lokalsykehuset skal ha i framtida.

En nisse henger på døra til Pasientrom 1639. Sengene er trillet ut. De hvitkledde, for anledningen med svart sørgeband, har dekket til siste felleslunsj på posten. IIII

Tekst og foto **Bjørn Arild Østby**

AVSKJED: De siste pasientene som ble operert, ga personalet blomster. Malvin Hjelle og Bjarne Hopland var blant dem som ville vise sykepleier Oddrun Rye og hennes kolleger sin sympati.

FAGARTIKKEL:
Kognitiv miljøterapi stryker pasienten. Side 52

FAGNYHET:
Døden på sykehus Side 56

FAGARTIKKEL:
Familetilbud hjelper psykoserammede. Side 66

Etikk i praksis
Se bokanmeldelser side 64

Sykepleien

Fag bøker & kultur

FORFATTERINTERVJU:
– Tankevirus er som influensa.
Side 62

HELSEUNDERSØKELSE:
Nasjonalforeningen for folkehelsen arrangerte en lavterskel helseundersøkelse basert på frivillighet.
Foto: Colourbox

Side 58

«Hensikten med en forskningsartikkel er å presentere ny kunnskap.» ANNERS LERDAL

Side 72

Elisabeth Ønal Løvaas, fagkoordinator/spesialsykepleier, Seksjon allmennpsykiatri, Sykehuset Levanger.

Asbjørn Johansen, fagkoordinator/spesialergoterapeut, Seksjon psykoser, Sykehuset Levanger.

Gode erfaringer med kognitiv miljøterapi

Kognitiv miljøterapi åpner for bedre samarbeid med pasienten.

I denne artikkelen vil vi beskrive våre erfaringer med kognitiv miljøterapi i to sengeposter på Psykiatrisk klinikk ved Sykehuset Levanger; Seksjon psykoser og Seksjon allmennpsykiatri. Seksjonene tilbyr behandling av pasienter med til dels svært forskjellige behov, og vi har siden 2007 og 2009 valgt en kognitiv tilnærming i miljøterapien. Kognitiv miljøterapi krever et godt samarbeid, både mellom pasientansvarlig behandler, miljøkontakt og de ulike faggruppene. Pasienten står i sentrum, deltar aktivt i egen behandling og lærer mestringsmetoder som kan brukes hjemme. Pasienten lærer om sin egen sykdom og får kunnskap om forebygging av nye sykdomsepisoder. Vi mener kognitiv terapi går godt sammen med vårt ergoterapifaglige og sykepleiefaglige tenkningsgrunnlag.

Bakgrunn

Psykiatrisk avdeling har 16 sengeplasser ved Seksjon allmennpsykiatri og ti plasser ved Seksjon psykoser. I begge seksjoner samarbeider miljøterapeuter og pasientansvarlige behandlere tett for å kunne gjennomføre kognitiv miljøterapi og skape et godt terapeutisk miljø. I tillegg har vi et aktivt samarbeid med pasienten for å oppnå best mulig resultat. Felles mål og tiltak for behandling er definert i behandlingsplan i pasientens journal. Pasienten får en kopi av behandlingsplanen.

Moderne miljøterapi kan betraktes som samspill på grunnlag av medmenneskelighet og respekt. Miljøterapi bygger på den grunnleggende antakelsen om at hele institusjonen, frisk luft, meningsfulle aktiviteter, fysisk aktivitet, psykoterapi og så videre, ikke bare medisin, påvirker pasientens holdninger og atferd. Et annet fellestrekk for alle former for miljøterapi er at de bygger på humanistiske idealer og en oppfatning av at mennesker lever i relasjoner, ikke som «isolerte øyer». (1)

Kognitiv terapi (KT) vektlegger særlig måten vi tenker og handler på, og hvordan dette kan påvirke følelser og utløse kroppslige reaksjoner hos oss. KT fokuserer på å styrke pasientens egne ressurser, lette problemer og gi symptomreduksjon. Hypotesen er at atferd og følelser påvirkes av hvordan vi oppfatter og tolker hendelser. Det er ikke en spesiell situasjon som bestemmer hva vi tenker, gjør eller kjenner, men måten vi konstruerer situasjonen på. Sentrale begrep i KT er tidligere erfaringer, negative grunnleggende leveregler, negative automatiske tanker, ubehagelige følelser, utløsende situasjoner og atferd.

Negative leveregler

Mobbing, dårlig mestringsevne eller mye kritikk i oppveksten kan ha dannet negative grunnleggende leveregler hos oss. Eksempel på slike leveregler er: jeg er ikke god nok, jeg er annerledes. Før eller siden i livet kan vi havne i utfordrende situasjoner. Vi kan risikere å miste jobben, gjennomgå en skilsmisse eller miste personer som står oss nær. I slike situasjoner kan de negative grunnleggende levereglene tre tydeligere frem og medvirke til negative automatiske tanker. Disse tankene utløser ubehagelige følelser hos oss, og kan bidra til å låse eller forsterke en uheldig situasjon eller atferd.

Holm m.fl. definerer kognitiv miljøterapi som «en aktiv, struktureret, problemorienteret, psykoedukationel og dynamisk behandlingsform. Den kognitive behandlingsmodel i miljøet giver patienten mulighed for at finde alternativer til uhænsiktsmæssige reaktionsmønstre og utvikle nye færdigheder.» (2, s. 17).

KT har tradisjonelt vært en individuell behandlingsform man har benyttet i samtalerommet mellom terapeut og pasient, mens i kognitiv miljøterapi (KMT) har man tatt grunnleggende elementer fra KT og benyttet i miljøterapien. Det betyr at KMT i større grad gjør det mulig å utnytte «gylne øyeblikk» i hverdagen. Mange pasienter synes det kan være vanskelig å hente opp erfaringer de gjør seg i hverdagen i samtaler med sin behandler. I KMT er den kognitive terapeuten aldri langt unna, og situasjoner som oppstår kan utnyttes der og da. Man kan kartlegge reaksjoner og utnytte hverdagssituasjoner til å øve på individuelle kognitive problemstillinger.

Pasient: «Jeg var ute og gikk tur da jeg plutselig merket at hjertet slo kraftig. Jeg trodde jeg skulle dø. Fysioterapeuten som gikk sammen med meg spurte om jeg hadde drevet med idrett tidligere, og om jeg husket hvordan hjertet reagerte da. Da kom jeg på at pulsen naturligvis slår hardere når jeg er

Hovedbudskap

Artikkelen beskriver erfaringer med Kognitiv miljøterapi i to sengeposter på Psykiatrisk klinikk ved Sykehuset Levanger.

Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

› Psykisk lidelse › Psykose › Miljø › Terapi › Tverrfaglighet

DOI-nummer:
10.4220/Sykepleiens.
2012.0013

TETT PÅ: Kognitiv miljøterapi gjør det mulig for terapeuten å bruke hverdagsøyeblikk som en del av behandlingen. Foto: Karin Hildebrand Lau/Scanpix.

i aktivitet. Jeg tenkte meg om og skjønte at pulsen hadde økt fordi vi nettopp hadde gått opp en bakke. Dessuten vet jeg jo at jeg er i dårlig fysisk form. Denne oppdagelsen gjorde at redselen slapp».

Likheter

KMT gir, slik vi ser det, en ramme og et språk til samarbeidet med pasienten uavhengig av diagnose og spesifikke problemområder. Pasienter med ulike diagnoser, for eksempel angst, depresjoner og psykoser, har nytte av å jobbe strukturert med kognitiv tilnærming. Uansett diagnose fokuserer KT og KMT på pasientens tankermønster og tolkninger. Utfordringen er å tilpasse den kognitive tilnærmingen til individuelle behov.

I begge seksjoner har vi samme forståelse av den kognitive terapeutens rolle i miljøterapien. Terapeuten skal delta aktivt i samtalen. Dette innebærer å informere, forklare, gi råd og stille konkrete spørsmål til pasienten. Terapeuten skal være klar, tydelig og enkel å forholde seg til. Behandlingsalliansen er sentral i kognitiv terapi, og pasienten må være engasjert og aktivt delta i behandlingen hvis man skal oppnå resultater. I tillegg må målet vi skal arbeide mot være tydelig og klart definert. Vi støtter pasienten i å mestre problemer og utfordringer. Han trenger hjelp til å forandre på uhensiktsmessige handlinger og tankemønstre, som både kan være resultat av og årsak til problemer. Terapeuten skal observere uten å tolke, men forsøke å forklare hva som skjer og hvorfor, slik at terapien blir forståelig for pasienten. Vi ønsker at pasienten blir en aktiv problemløser og medarbeider i behandlingen. Dette underbygges av Holm og medforfattere: «Dette innebærer, at terapeuten sammen med patienten ud fra automatiske tanker i den konkrete situation formulerer hypoteser om de underliggende antakelser, der fastholder patienten i bestemte handlemønstre» (2, s. 165).

Faste aktiviteter

Både i Seksjon psykoser og Seksjon allmennpsykiatri har vi blant annet psykoedukative grupper, fysisk aktivitetsgruppe og friluftsgruppe. Disse aktivitetene inngår i en fast ukeplan som også omfatter døgnstruktur og måltid. Planen gir forutsigbarhet og regelmessighet. Til tross for at seksjonene har ulikt innhold og struktur, er hensikten den samme. Alle faste aktiviteter skaper en arena for å arbeide med konkrete individuelle utfordringer.

Pasient: «Jeg har ligget mye til sengs i det siste på grunn av angst, triste følelser og mangel på overskudd. Under innleggelsen ble vi enige om å prøve å normalisere døgnrytme og måltid, og arbeide med kognitive teknikker jeg har lært tidligere. Jeg skulle trene på å stå opp til frokost, spise og drikke litt til alle måltid og delta i postens program. Dette fikk jeg til ganske bra etter hvert, med støtte fra personalet. Senere laget vi en oversikt over konsekvensene på tavla, og jeg ble overrasket over hvor positivt en enkel ting som mat og en normal døgnrytme virket inn på hverdagen min. Nå har jeg mye mer overskudd til å gjøre

«Jeg ble overrasket over hvor positivt en enkel ting som mat og en normal døgnrytme virket inn på hverdagen min.»

litt husarbeid, være sammen med familien min og besøke venner. Dermed får jeg trent på å omgås andre, gå i butikker og så videre. Angst, nedstemthet og skyldfølelse plager meg mindre nå».

Undervisning

I begge seksjonene har vi undervisning eller psykoedukative grupper som et fast innslag på ukeplanen. Dette finner vi belegg for i litteraturen (2). Hensikten er å formidle kunnskap om psykiske lidelser og grunnprinsipper i KT. Vi foreslår nye og hensiktsmessige løsningsstrategier, og lar pasientene dele erfaringer og lære av hverandre. Fokus er å utforske alternative løsninger som kan bidra til hensiktsmessige endringer hos den enkelte pasient. De samme erfarne miljøterapeutene har undervisning fra gang til gang. Vi avslutter alltid undervisningsdagene med en hjemmeoppgave til neste gang, slik at pasientene kan trene daglig på de kognitive prinsippene de har lært. Disse fellesnevnerne skal bidra til å øke effekten av undervisningen ved å stimulere til at pasientene deltar og engasjerer seg mer. Grunnlaget for undervisningen er det samme ved begge seksjonene, men de blir gjennomført forskjellig ut fra pasientenes spesifikke behov. Slik oppnår vi best mulig

«Den kognitive modellen har hjulpet meg til å tenke annerledes.»

effekt av psykoedukasjonsgruppene. Vi ønsker at personalet skal møte pasientene med en kognitiv tilnærming i ulike situasjoner til alle døgnets tider. Miljøpersonalet skal ikke nødvendigvis ha svar på pasientens spørsmål eller finne løsning på alle problemer, men hjelpe pasienten til selv å finne fram til svaret.

Ulikheter

Seksjonene baserer sin KMT på de samme teoretiske rammene. Liggetiden ved Seksjon allmennpsykiatri er kort, bare 14–21 dager. Seksjon psykoser har en gjennomsnittlig liggetid på omtrent 50 dager. Problematikken er ulik, fra lettere psykiske lidelser til mer alvorlige. Skal vi oppnå hensiktsmessig behandling for de forskjellige gruppene, krever det ulik tilnærming. Sentrale faktorer som styrer utformingen av KMT er symptomtrykk og kognitiv funksjon.

Tvangsbehandling

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser kan ha redusert innsikt i egen sykdom. En varierende andel av pasientene ved Seksjon psykoser er under tvangsbehandling. Vi erfarer at KMT også fungerer når pasienten ikke mottar behandling frivillig. Ofte er de symptomrelaterte temaene, som vrangforestillinger, sensitive i en akuttfase. I en startfase kan slike temaer ofte bli for utfordrende å jobbe kognitivt med. Pasient og terapeut kan likevel bli enige om andre samarbeidstemaer, som ikke berører pasientens motstand og innsikt. Arbeid med kognitive metoder rundt tema pasienten selv har valgt, bør være første del av engasjements- og sosialiseringsfasen i kognitiv terapi. I denne fasen gir vi pasientene en mulighet til å oppdage den positive effekten en kognitiv tilnærming kan ha. I Seksjon allmennpsykiatri kan vi oppnå engasjement hos pasienten i løpet av få undervisningstimer. Seksjon psykoser opplever imidlertid at det er hensiktsmessig å bruke lengre tid, både i undervisningsrommet og i hverdagssituasjoner, for at mennesker med alvorlige psykiske lidelser skal bli engasjerte i og se nytteverdien av denne metoden.

Undervisning

Seksjon allmennpsykiatri har to psykoedukative grupper hver uke, hver på 45 + 30 minutter, med 15 minutters pause. Gruppene er lagt opp som kurs i kognitiv terapi med gruppeterapeutisk tilnærming. Eksempler på tema er angst, depresjon, fysisk aktivitet og søvnproblematikk. De to første undervisningsdagene omfatter en enkel opplæring i kognitiv teori, ulike teknikker og hjelpemidler. Videre underviser vi om kognitive modeller for angst og depresjon, i tillegg til metoder for mestring av symptomer

Seksjon psykoser har valgt å avgrense undervisningen til en dag i uka med en varighet på 30 minutter. Dette er av hensyn til pasientgruppens symptomtrykk og kognitive funksjon. Av samme grunn er innholdet i undervisningen begrenset. Vi vektlegger visualisering og refleksjon i undervisningen for å skape engasjement og deltakelse i pasientgruppen. Temaene er grunnleggende kognitiv terapi, kognitive verktøy og motivasjon for endring. Dette blir fordelt på fem sesjoner.

Pasient: «Det var tøft å møte i gruppa, og veldig tøft å fortelle om problemene mine. De forferdelige stemmene var en svært privat ting å snakke om. Når jeg først fortalte om dette og fikk høre at en til i gruppa hadde nesten lignende stemmer ble jeg overrasket. Jeg trodde ikke at andre hadde det slik. Det ble lettere å snakke om det samtidig som den andre hadde kloke tanker om sitt lignende problem. Temaet denne dagen var ABC-modellen der vi skulle beskrive en vanskelig situasjon. Det ble til at vi diskuterte min situasjon, og det var veldig nyttig».

Veiledning

Vi vurderer sammensetningen av pasientgruppen. I Seksjon psykoser vurderer behandlingsteamet om pasienten skal få tilbud om å delta eller ikke. Vi ser at gruppen ikke bør være for stor, da det kan gjøre situasjonen uoversiktlig. I Seksjon allmennpsykiatri erfarer vi at pasientene tåler større grupper bedre, og alle pasientene som har mulighet deltar. Utfordringen blir i stedet å sørge for at alle deltakerne får komme med innspill.

Hjemmeoppgaver er sentralt i begge seksjoner, men pasientenes behov for oppfølging varierer. Som hovedregel kan man si at mennesker med lette psykiske lidelser er stand til å jobbe mer selvstendig med hjemmeoppgavene enn de med alvorlige lidelser. Seksjon psykoser møter denne utfordringen ved å gi ekstra støtte til gjennomføring av hjemmeoppgaver. Det blir gjort ved å sette av fast tid til dette i pasientens ukeplan. Vi ser at effekten av undervisningen øker når vi bruker nok ressurser på veiledning og støtte til å gjennomføre hjemmeoppgavene.

Erfaringer

Skal man lykkes med å omstrukturere miljøterapeutisk retning i en sengepost, er det avgjørende med forankring i ledelsen. Man må avgjøre hva enheten ønsker å oppnå. Videre må man legge til rette for kunnskapsøkning i personalgruppa. Vi har erfart nytten av ildsjeler som brenner for temaet, og som motiverer og veileder i hverdagens utfordringer.

I implementeringsfasen er påfyll av kunnskap i alle ledd av organisasjonen avgjørende. Begge seksjoner har prioritert å gi Norsk Forening for Kognitiv Terapi sitt innføringskurs til mange medarbeidere. Tidligere erfaringer har vist at det kan oppstå behov for kunnskap utover innføringskurset på spesifikke tema, for eksempel KT ved psykose. Vi mener dette handler både om en kognitiv forståelse av psy-

kotiske symptomer og en annen innfallsvinkel til den kognitive miljøterapien. Seksjon psykoser har sett at medarbeidere med gjennomført påbyggende kurs i psykoseproblematikk kom lettere i gang med kognitiv terapi enn de som bare hadde innføringskurs.

Blant faktorer som har hatt stor betydning for implementering av KMT mener vi psykoedukasjonsgruppene har vært viktige. Gruppenes betydning som implementeringsverktøy kan beskrives ut ifra forskjellige erfaringer. Vi ser en tendens til at de som er kursledere også jobber mer kognitivt rettet med pasienten i det daglige. De får en motivasjons- og veilederrolle i forhold til de blant personalet som er mer usikre i bruk av kognitive verktøy. Seksjon allmennpsykiatri praktiserer at to til tre ansatte til enhver tid kan være observatører i de psykoedukative gruppene. Dermed brukes gruppene også til opplæring av ansatte, både fra egen og andre seksjoner. Summen av dette er at personalet i avdelingen får en økt kollektiv bevissthet om det å jobbe ut fra prinsippene i KMT. Vi mener også at fordeling av undervisningsansvar for de kognitive gruppene på flere medarbeidere er hensiktsmessig. Det gjør avdelingen mindre sårbar enn om ansvaret legges på svært få personer.

Gjennom denne prosessen har vi oppdaget flere ting, blant annet at det å «jobbe kognitivt» ikke innebærer store omveltninger i forhold til hvordan vi har arbeidet tidligere. KMT er også en eklektisk modell, som setter elementer fra flere metoder inn i en helhetlig ramme. Dette øker motivasjonen for å fortsette. Utfordringen blir i hovedsak å bruke velkjent kunnskap i en ny sammenheng. Vi ser særlig tre viktige endringer som følge av implementeringen av KMT:

1. *Pasientperspektivet*. Vi ser tydelig at KMT øker pasientens mulighet for selvstendighet og delaktighet i behandlingen. Pasientens opplevelse av egen situasjon er utgangspunktet for behandlingen. Et godt resultat er avhengig av at pasienten deltar og alle tiltak som skal medføre endring krever samarbeid.

Pasient: «Før har jeg hatt en del innleggelser på sykehus og prøvd forskjellige metoder mot depresjon og angst med lite hell, får man si. Det har gått ut på samtaleterapi, gruppeterapi, arbeidsstue og fysisk aktivitet. Nå har jeg begynt å få tak på tanker og følelser og fått satt det i et system på et vis. Dette har hjulpet meg gjennom sykdomsperioder».

2. *Endringsperspektivet står sterkt i KMT*. Alle intervensjoner rettes mot at pasientene kan foreta avgjørende endringer i sin være- og tenkemåte, noe som øker evnen til å håndtere utfordringene de har.

Pasient: «Den kognitive modellen er det som har hjulpet meg til å tenke annerledes og vært nøkkelen for meg. Når jeg har løst et problem, så oppdager jeg også løsningen på mange andre små dagligdagse problemer som betyr så mye for meg i hverdagen. Før var jeg jævlig ensporet, hektet meg opp i den første tanken jeg fikk. Uten ‹nøkkelen› fant jeg ingen alternativ. Nå finner jeg straks en alternativ løsning.

3. *Dempe ubehag*. Der man tidligere hadde som mål å fjerne symptomer og plager, tenker vi nå pasienten kan dempe og håndtere ubehag på en mer hensiktsmessig måte av pasienten selv. Til det behøver man ulike mestringsstrategier og alternative tenkemåter som man må trene på.

Pasient: «Målsetting er viktig for meg. Jeg må huske på å lage meg små, konkrete delmål. Målene må ikke være for ambisiøse! Det har jeg brent meg på mange ganger. En ting kan være et mål om å kjøpe blomster til leiligheten. Da må jeg vanne og stelle blomstene, så blir det trivelig å være der. Jeg kjøpte en godstol også, så jeg kunne se på TV. Dermed kunne jeg prate med folk om det som gikk på TV. Det ble trivelig å være sammen med folk og naturlig å rydde og vaske i leiligheten til helga. Mange små delmål og gjøremål har til sammen skapt trivsel der jeg bor».

Felles språk

Disse tre faktorene betyr at vi som terapeuter må gi fra oss en del kontroll i behandlingsprosessen. Det er svært givende for oss å se at pasienten deltar mer i behandlingen. Ofte handler den innledende fasen i behandlingen om at pasient og terapeut må avklare sine perspektiver på pasientens situasjon. Man må også diskutere tanker om hva som kan være riktig behandling. Til slutt må pasient og behandlere bli enige om en felles målsetting. KMT gir oss en felles plattform som lar pasientene beskrive sin situasjon i et språk som personalet forstår. Et felles språk gjør samarbeidet lettere. Alliansen styrkes når pasient og behandler opplever å forstå problemet på samme måte. Psykoedukasjonsgruppene gir oss verktøy som pasient og terapeuter kan benytte i fellesskap. KMT legger til rette for at pasient og terapeut har et felles prosjekt å samarbeide om, nemlig økt livskvalitet og bedre symptommestring for pasienten.

Pasient: «Hvis jeg lykkes med kognitiv terapitenkning slik jeg har lært, så holder jeg meg stabil og finner lettere løsninger på problemer. Da tar jeg også medisinen min og holder avtaler, for eksempel med ansvarsgruppa i kommunen. Det er med på å holde meg stabil, og da greier jeg å fortsette med kognitiv terapitenkning. Problemet oppstår hvis jeg får sykdomsperioder og faller ut av den gode sirkelen min. Da vet jeg at jeg snarest mulig må få hjelp til å komme meg inn dit igjen».

Veien videre

Våre erfaringer med KT og KMT er positive. Samtidig ser vi utfordringer og forbedringspotensial. Kravet til individualisert tilnærming krever mer ressurser fra personalet enn det en fast undervisningspakke gjør. Det betyr at vi må være gode til å fange opp de som trenger ekstra oppfølging. Dette gjelder ofte i engasjerings- og sosialiseringsfasen, men også overfor pasienter som har et for stort symptomtrykk. De kan likevel delta i gruppene for fellesskapets del, og få tilbud om et nytt opphold senere når de fungerer bedre kognitivt og kan konsentrere seg om innholdet i undervisningen. Vi har oppdaget at en god kognitiv utredning er nyttig med tanke på å kartlegge pasientenes forutsetninger for å kunne ta i bruk KT. Herunder kommer vurdering av pasientens evne til sykdomsinnsikt. Mange av våre pasienter har oppfølging fra hjemkommunene utenom innleggelsene. Noen trenger videre veiledning i det kognitive arbeidet de har begynt på under innleggelsen. Vi ser en mulighet til forbedring i at flere i det kommunale hjelpeapparatet får kjennskap til KT. De som allerede har innføringskurset, men som ikke bruker det, bør få støtte til å komme i gang. Dermed vil pasienten kunne sikres kontinuitet og forutsigbarhet i arbeidet med å nå sine målsettinger, både i sin hjemkommune og under innleggelser i sykehus. IIII

LITTERATUR

1. Thorgaard L, Haga E. Relationsbehandling i psykiatrien, bind 1. Gode relationsbehandlere og god miljøterapi. Stavanger: Hertevig Forlag, Stavanger/Psykinfo Forlaget Risskov, 2006.
2. Holm L, Oestrich IH, Austin S, Beck S, LaCour LL, Lykke J. Kognitiv miljøterapi. At skabe et behandlingsmiljø i ligeverdigt samarbejde. Virum: Dansk psykologisk forlag As, 2006.

Livets tre siste dager

Simen A. Steindal fant ut at ti prosent av de døende ikke fikk smertelindring. Tekst og foto **Marit Fonn**

LINDRENDE: Simen A. Steindal tar helgevakter på sengeposten for lindrende behandling på Ullevål. – Jeg liker å jobbe med døende. De fleste jobber med pasienter som skal overleve.

Hvordan hadde de døende på sykehus det sine tre siste døgn? Det har sykepleier Simen A. Steindal undersøkt. Han er stipendiat ved Diakonhjemmets høgskole.

Steindal konstaterer at mange har smerter når døden nærmer seg.

– Og det er jo det vi frykter mest, sier han.

Mye smerte

Steindal har sett på pasientjournaler fra de siste tre levedøgn for 220 pasienter på Diakonhjemmet sykehus. 110 var kreftpasienter, 110 hadde andre sykdommer. Dataene er fra august 2007 til mai 2009. Han har sett etter symptomer, tegn og behandling.

Smerteforekomsten viste seg å være 74 prosent totalt. Den var høyere blant kreftpasientene, som også hadde sterkere smerteintensitet.

Ti prosent fikk ikke adekvat smertelindring, uavhengig av diagnose. Det manglet ofte data om hvor intens smerten var, men smerte ble oftere dokumentert blant kreftpasientene.

Dokumenterte ikke sår i munnhulen

Han intervjuet også sykepleierne, og det kom fram at de hadde mer kunnskap enn det de dokumenterte. De dokumenterte mer det de gjør enn vurderingene for tiltakene:

– De rapporterte at de hadde stelt munnhulen, men ikke om den var tørr, sår eller infisert av sopp. Fatigue var også dårlig dokumentert. Sykepleiere må nok dokumentere mer grundig. Det er viktig for å kvalitetssikre behandling og pleie.

Han påpeker likevel at det ikke er så lett å kartlegge smerte hos døende pasienter som ikke lenger kan rapportere om egen smerte.

Fastvakten må følge med

Steindal fant at smerter, urininkontinens og åndenød var de hyppigste symptomene hos eldre pasienter over 65 år. De over 85 år hadde fire ganger større risiko for å falle.

– Så her må fastvakten følge spesielt godt med. Pasientene kan jo være akutt forvirret i denne fasen.

Han påpeker at hvis sykepleiere skal fange opp symptomer, må de ha tid til å vurdere pasienten.

– Dersom kliniske retningslinjer for smertelindring følges, kan nesten alle – 97 prosent – bli adekvat smertelindret.

Debatt om døden

Behandling av døende ble på nyåret en mediedebatt. En sykepleier på Ahus beklaget at fastvakten ofres for å spare penger, og at flere dermed må dø alene. Debatten tok en ny dreining da forfatteren Ketil Bjørnstad skrev kronikk i Aftenposten om farens død på sykehjem. Han opplevde at faren sultet og tørstet i hjel, fordi han ble nektet mat og drikke.

– Det handler ofte om kommunikasjon mellom helsepersonell og pårørende. Vi kan bli flinkere til å snakke om døden med pasienter og pårørende, mener Steindal.

Forskeren vil gjerne opprettholde kontakten med klinikken. Hver tredje helg jobber han nattevakter på sengepost for lindrende behandling på kreftsenteret på Ullevål sykehus.

– Vi er veldig godt bemannet. Men hvis det skjer noe akutt, kan vi likevel leie inn fastvakt.

Her er det 12 pasienter. Det er fem sykepleiere på dag, fire på kveld og to på natt.

– Fagnivået er også høyt. Vi har sykepleiere med ulike videreutdanninger. Det er ofte pårørende her som også kan sove over.

Redd for å gi opiater

– Det kan aldri bli en sånn bemanning på alle avdelinger?

– Det er jo et ressursspørsmål. På en palliativ avdeling håndterer vi pasienter med sterke smerter, kvalme og åndenød. På en lungeavdeling er det både kurasjon og palliasjon. Der er det gjerne to sykepleiere på 18 pasienter eller mer per natt. Bemanningen er helt annerledes, og pasientene skal helst leve videre. For personalet kan det være en utfordring å snakke med kolspasienter som skal dø.

At ti prosent av pasientene med smerter ikke blir smertelindret, synes Steindal er mye.

– Men vi vet at sykepleiere og leger er redd for å gi opiater. De frykter at pasienten skal slutte å puste. Noen ganger blir det gitt opiater, mens det pasienten trenger er mer omsorg. Av og til sitter smerten mellom ørene. Smerte er komplekst. Det kan skyldes dødsangst, sosiale

problemer, det å dø fra noen. Men hvis vi bare gir omsorg, blir det også feil.

Det er vanskelig, medgir han.

– Her er det spisskompetanse på det meste av symptomer. Legene er tilgjengelig hele dagen på posten. Andre avdelinger er prisgitt en smerteklinikk eller et palliativt team som skal dekke hele sykehuset. Her har vi valgt å jobbe fordi vi jobber med døende, mens på en lungeavdeling jobber du for å redde liv.

Døden er vanskelig å forutsi

Selv for dem med mye kompetanse er det vanskelig å vite når pasienten skal dø. Det kan gå fort og skje uventet.

Steindal vurderer bevissthet, om pasienten klarer å spise og drikke, om han sovner under samtale. Plutselig klarer ikke pasienten lenger å svelge tabletten, beina blir kalde, pusten endrer seg. Slim i luftveiene blir vanskelig å hoste opp.

– Symptomene betyr at siste tiden er nær, men denne fasen kan vare to uker, eller bare en dag. Vi ser at døden er nær, men det er vanskelig å forutse nøyaktig. IIII

«Vi kan bli flinkere til å snakke om døden med pasienter og pårørende»

Simen A. Steindal

Hvor dør vi?

Åtte av ti døde på sykehus eller sykehjem i 2010.

Døde totalt:	41 442
Døde på sykehus:	14 545
Døde på pleieinstitusjon:	18 315
Hjemme:	6 214
Annet sted eller uoppgitt:	2368

Kilde: Statistisk sentralbyrå

– Risikerer å finne pasienten død hjemme

Berit Daae Hustad, leder i Rådet for sykepleieetikk, er bekymret for pleietrengende som bor hjemme. Hun påpeker at hjemmesykepleien ikke er bygd ut i pakt med samhandlingsreformens intensjoner.

– Etter samtaler med hjemmesykepleiere har jeg fått inntrykk av at det nå er vanskeligere å få lagt inn pasienter på sykehus. De som har kroniske tilstander med diffuse symptomer lider mest under dette fordi symptombildet er vanskeligere å tolke, mener hun.

– Det er mange ufaglærte i hjemmesykepleien. De ser gjerne at pasienten er sykere, men klarer ikke å identifisere symptomene. Til det trengs medisinsk kunnskap.

Ofte er hjemmesykepleien lavt bemannet.

– Hjemmesykepleierne har en lang liste

og kan ikke stoppe opp hos den enkelte pasient. Pasientene er dessuten prisgitt den enkelte personen som kommer hjem til dem. Symptomene blir kanskje ikke registrert før det er for sent.

– Man kan øke besøkstakten, men pasienten ligger jo alene i mellomtiden. Hjemmesykepleierne risikerer i økende grad å finne pasienten død, tror hun.

Også sykehjemmene har lav bemanning.

– Men der er tross alt pasienten innenfor veggene, og det går an å gløtte på døren og kikke på pasienten hver gang man går forbi, sier Hustad.

Carina S. Alm, Nasjonalforeningen for folkehelsen

Nicole Warmbrodt, Preventiv kardiologi, avdeling for forebyggende medisin Oslo Universitetssykehus, Ullevål

Tor Ole Klemsdal, Preventiv kardiologi, avdeling for forebyggende medisin Oslo Universitetssykehus, Ullevål

Kan forebygge tidlig død

Enkle tiltak gjør det mulig å kartlegge risikofaktorer for hjerte- og karsykdom.

Verdens helseorganisasjon har anslått at 80 prosent av all tidlig (menn < 55 år og kvinner < 65 år) hjerte- og karsykdom og 90 prosent av all diabetes type 2 kan forhindres ved å være røykfri, spise sunt og være i jevnlig fysisk aktivitet (1). I Norge som i andre vestlige land har det vært en dramatisk reduksjon i dødsfall som følge av hjerte- og karsykdom de siste 40 årene, hvor endret risikofaktornivå i befolkningen har vært den viktigste faktoren (2,3,4).

Til tross for de generelt gunstige trender i risikofaktornivå, er en ikke ubetydelig andel av befolkningen ennå belastet med dagligrøyking og ugunstige nivåer av lipider, blodtrykk og glukose, samtidig som andelen med helseskadelig overvekt og diabetes er økende (5). For å sikre videre nedgang i dødelighet av hjerte- og karsykdommer, betyr det mye at man kan identifisere og påvirke risikogrupper i befolkningen som ikke så lett fanges opp av helsevesenet.

Prosjektet

I dette prosjektet ønsket vi å studere om sykepleiere med oppsøkende virksomhet på et utvalg av arbeidsplasser og offentlige samlingsplasser, som frivilligsentraler og kjøpesentre, kunne være en måte å fange opp personer med forhøyet risiko for hjerte- og karsykdom. Den oppsøkende screeningen ble utført i regi av Nasjonalforeningen for folkehelsen, i et samarbeid mellom ansatte sykepleiere på Nasjonalforeningens Hjertelinje og organisasjonens lokallag. Kartleggingen besto av kolesterol-, blodsukker- og blodtrykksmåling, to spørreskjema og en samtale om risikofaktorer.

Metode

Nasjonalforeningens lokallag ble forespurt via organisasjonens fylkeskontor. Lag fra fire fylker; Østfold, Rogaland, Hedmark og Oppland, ønsket å delta i prosjektet. I Oslo rekrutterte vi deltakere via e-posthenvendelse til personalansvarlig på aktuell arbeidsplass. Nasjonalforeningens lokallag fikk i oppgave å skaffe lokale og annonsere arrangementet i lokalmiljøet. Noen steder valgte man i stedet å invitere seg til en lokal arbeidsplass. Deltakelse var gratis. Sykepleiere fra Hjertelinjen møtte opp med blodprøvetakingsutstyr, blodtrykksapparat og spørreskjema. Det ble oppfordret til å møte fastende, men dette var ikke et krav. Alle som møtte fikk delta. Lokallagsmedlemmene bisto med å dele ut samtykkeskjema, spørreskjema, holde orden i køen og servere noe å spise og drikke etterpå.

Det ble tatt kapillær blodprøve av totalkolesterol og triglyserider. Blodtrykket ble målt sittende etter noen minutters hvile. Hvis blodtrykket var > 140/90 ble det kontrollert en gang til og det laveste trykket ble registrert. Livvidden ble målt mellom hoftebein og nedre del av ribbein etter lett utpust og utenpå t-skjorte eller skjorte. Vekten ble målt uten yttertøy og sko.

Spørreskjema

På samtykkeskjema beskrev vi prosjektet og spurte om lov til å kontakte deltakeren med et nytt spørreskjema i etterkant. Det første spørreskjemaet ble utfylt mens deltakeren ventet på å få komme inn til sykepleier. Det inneholdt spørsmål om deltakeren tidligere hadde målt blodtrykk, kolesterol eller blodtrykk og om man husket verdien. Det ble også spurt om familiehistorie i forhold til hjerte- og karsykdom, røykevaner, fysisk aktivitet, pågående behandling for forhøyet kolesterol eller blodtrykk og hvorvidt personene hadde diabetes.

Det andre spørreskjemaet som ble sendt til deltakerne etter fire til seks måneder, inneholdt spørsmål om de var fornøyde med helseundersøkelsen de hadde deltatt i og om undersøkelsen hadde bidratt til at de spiste sunnere eller mosjonerte mer enn før. Det ble i tillegg spurt om de husket egen kolesterolverdi og om de hadde fulgt et eventuelt råd om å gå til legen.

Vi spurte også om hva deltakeren trodde var årsaken til at folk ikke går til lege for helsesjekk og hva som hadde vært deres egen motivasjon for å møte. Til sist spurte vi om de mente at det burde innføres et slikt helsetilbud for alle over 30 år. Vi ba dem også om å oppgi egen utdanning og hvorvidt de var i jobb eller ikke.

Resultater

Til sammen 862 personer deltok i kartleggingen, og hos 857 av disse ble det innhentet spørreskjema. Spørreskjema nummer to ble sendt ut til de 857 deltakerne etter fire til seks måneder, og av dem fikk vi svar fra 448 (52 prosent). Gjennomsnittlig alder for de 857 deltakerne var 50 (SD +- 11) år og 54,5 prosent var menn. Av deltakerne var 25,5 prosent røykere, 31,5 prosent hadde systolisk hypertensjon (>140 mmHg) og 19,4 prosent hadde diastolisk hypertensjon (>90 mmHg) mens 8,8 prosent hadde glukose > 7,0 mmol/l.

Totalrisikoen for kardiovaskulær død ble kalkulert etter NORRISK-formelen (6), hvor

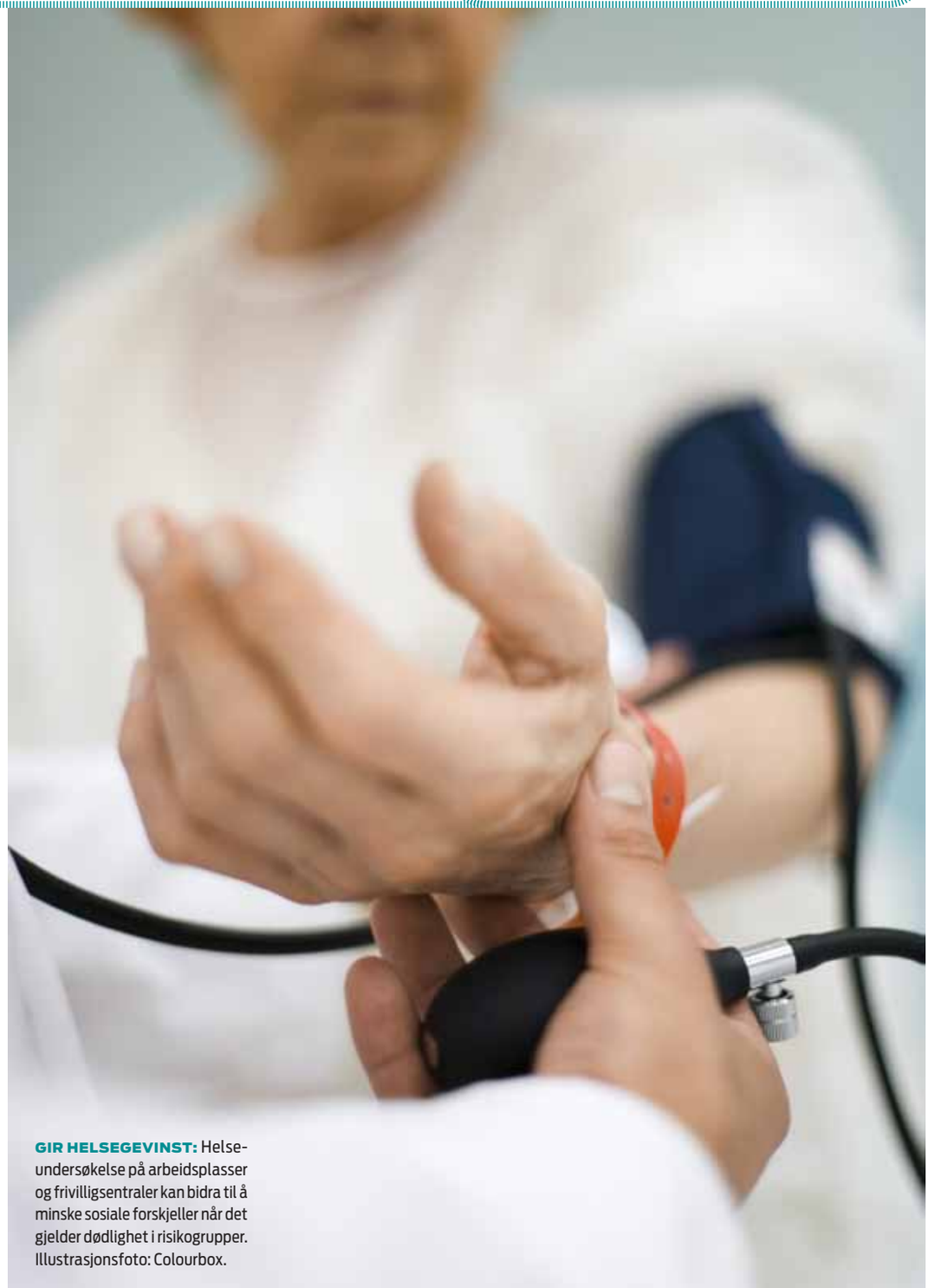
Hovedbudskap

Identifisering av høyrisikoindivider for hjerte- og karsykdom er mulig ved lavterskeltilbud i lokalmiljøet. Kjennskap til egne risikofaktorer var lav i studiepopulasjonen. Frivillige organisasjoner kan ha en rolle i det forebyggende arbeidet.

Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.
› Hjerte- og karsykdom › Blodtrykk › Risikofaktor › Kartlegging

Kartleggingsstudie
Atikkelen bygger på:
Teori: 20% Praksis: 80%
DOI-nummer:
10.4220/Sykepleiens.
2012.0014



GIR HELSEGEVINST: Helseundersøkelse på arbeidsplasser og frivilligsentraler kan bidra til å minske sosiale forskjeller når det gjelder dødlighet i risikogrupper. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

alder og risikofaktorer blir håndtert som kontinuerlige variable. Hvor mange av deltakerne som oppfylte kriteriet for videre intervensjon i henhold til de nye nasjonale retningslinjene (7), ble utregnet for tre forskjellige alderstrinn.

Vi identifiserte 19 prosent i alderen 40–49 år med Norrisk skår >1 prosent (240 deltakere) og 4 prosent i alderen 50–59 år med Norrisk skår > 5 prosent (226 deltakere), men ingen med totalrisiko over >10 prosent i gruppen over 60 år (211 deltakere).

Kun 10,9 prosent (93 deltakere) svarte at de kjente både sitt eget kolesterol og blodtrykk. 60 prosent (514 deltakere) svarte ja på spørsmålet om de var i fysisk aktivitet. Hele 82,8 prosent (totalt 448) av deltakerne anga at de ønsket mer kunnskap om egen helse som motivasjon for deltakelse. 6,5 prosent ønsket hjelp til å forandre levevaner og 11,2 prosent oppga at de ønsket å bidra til at helsepersonell fikk mer kunnskap. Selv om 91,9 prosent (788 deltakere) allerede ved den første kartleggingen anga at de var generelt opptatt av å spise sunt, svarte 63,3 prosent (284 deltakere) på andre spørreskjemaet at undersøkelsen hadde bidratt til at de spiste sunnere enn før.

På spørsmål om de ville anbefale andre å delta på denne type kartlegging, svarte 94,8 prosent (424 deltakere) ja, og mange kom med egne kommentarer til slutt om hva undersøkelsen hadde betydd for dem.

De fleste kommentarer vi mottok var positive. Noen deltakere påpekte at det var lav terskel for å delta og at kartleggingen opplevdes som informativ. Flere fortalte at de var blitt oppmerksomme på at blodtrykket var for høyt og at de hadde konsultert sin lege i forhold til dette og i noen tilfeller startet behandling. Mange deltakere hadde fått råd om å tilstrebe vektreduksjon og fortalte at de hadde gått ned 5–8 kg siden kartleggingen. Blant mer negative kommentarer var at blodtrykksmålingen ble opplevd som en stressende prosedyre, mens andre etterlyste kraftigere advarsler.

Diskusjon

Denne kartleggingsstudien viste at det er mulig å screene personer på risikostatus ved å tilby dette på arbeidsplasser, frivilligsentraler og kjøpesentra ved hjelp av personell fra frivillige organisasjoner. Videre viste studien at blant dem som valgte å delta, var det flere, særlig av de yngre, som hadde risikofaktorer på et nivå som etter Helsedirektoratets nye retningslinjer ville kvalifisere for videre oppfølging med tanke på individuelle primærforebyggende tiltak. Det fremgikk av oppfølgingsspørreskjemaet at en del senere også hadde startet med blodtrykksbehandling. Dette indikerer at denne måten å foreta screening på, kan bidra til å fange opp høyrisikopersoner som ellers ikke ville tatt initiativ til å kartlegge dette hos fastlege, eller ikke var omfattet av bedriftslegeordning eller tilsvarende hvor slike risikofaktorer blir undersøkt.

Fordelingen av deltakerne i forhold til de

fremmøttes risiko etter NORRISK-tabellene synes noe overraskende. I aldersgruppen 40–49 år var andelen med risiko over intervensjonsgrensen størst: 19 prosent hadde risiko > 1 prosent. Motsatt, fant vi ingen individer med risiko over 10 prosent i aldersgruppen 60–69 år.

I tidligere beregninger fra Tromsøundersøkelsen, fant man at bare 8,4 prosent av menn og < 1 prosent av kvinner i alder 40–49 år hadde risiko >1 prosent, mens hele 36,8 prosent av menn og 6,8 prosent av kvinner hadde risiko >10 prosent i alder 60–69 år (7 s. 116 tabell V. 1). Man må ta i betraktning at våre deltakere ikke er representative for hele populasjonen, og et særlig poeng er at mange av deltakerne i den yngre aldersgruppen var like under 50 år, og mange i den eldste var like over 60 år. Ettersom alder slår sterkt ut på risiko, vil risikoen øke betydelig innenfor hver tiårs aldersgruppe når risikoberegningen gjøres ved hjelp av selve NORRISK-formelen. Grensen for intervensjon derimot, er for enkelhets skyld satt lik for hele aldersintervallet. Dette gjør at det vesentlig er personer i øverste del av aldersintervallene som vil få risiko over tiltaksgrensen. Dette kan ses på som en svakhet ved de nye retningslinjene, og faggruppen bak retningslinjene har også uttalt at man i praksis bør interpolere intervensjonsgrensen når alderen er like over eller under en alderskategori (8).

> «Fastlegesystemet i Norge baserer seg på at individer selv tar kontakt.»

Det vil si at for personer med alder 49 eller 51 år, bør man operere med en tiltaksgrense på cirka 2,5 prosent, fremfor å anvende tiltaksgrense på 1 prosent på 49- åringer med brå overgang til 5 prosent for 51-åringer. Vår kartleggingsstudie kan illustrere viktigheten av at dette uttrykkes klart i de skriftlige retningslinjene, når disse oppdateres. Problemet unngås imidlertid langt på vei når man bruker risikotabell for risikoberegning, da både estimert risiko og grense for intervensjon blir tilpasset midten av hvert tiårs intervall.

Screening av risikoindivider

Nytten av å screene befolkningen for kardiovaskulære risikofaktorer er omdiskutert og ufullstendig dokumentert. National Health Services (NHS) i Storbritannia gikk i 2008 i gang med en stor kampanje, «Putting prevention first» (9). De vil i løpet av kampanjen allokere midler til gradvis å innføre nasjonal screening av alle i alderen 40–74 år. Alle over 40 vil få tilbud om en sjekk i forhold til hjerte- og karsykdom. NHS har regnet seg frem til at ved å tilby mennesker forebyggende behandling vil de spare 10 000 liv årlig. Denne screeningmetoden har senere blitt kritisert for ikke å være kostnadseffektiv (10).

I Norge eksisterte fra slutten av 70-tallet et system for å fange opp personer med høy risiko for hjerte- og karsystem i regi av Statens Helseundersøkelser (SHUS). Denne virksomheten ble lagt ned i 2002, og siden har det ikke vært noe tilbud for å screene befolkningen i forhold til kardiovaskulær risiko. Screening er heller ikke anbefalt i Helsedirektorats nye retningslinjer (7). I disse retningslinjene gir man i stedet anbefalinger om hvilke kliniske situasjoner som kan egne seg for risikovurdering:

- Når en person ber om en vurdering av sin risiko eller av én enkelt risikofaktor.
- Når legen eller pasienten har kjennskap til høyt nivå av én eller flere risikofaktorer.
- Når det foreligger symptomer eller tegn som er forenlig med en risikotilstand, som for eksempel hodepine på bakgrunn av en ubehandlet hypertensjon (høyt blodtrykk).
- Når det foreligger kunnskap om tidlig hjerte- og karsykdom i familien.

Opp til den enkelte

Fastlegesystemet i Norge baserer seg på at individer selv tar kontakt. Dermed er ansvaret for å søke helsehjelp i stor grad overlatt til individene, noe som på mange måter er ønskelig. Det eksisterer imidlertid en risiko for at et slikt system bidrar til de sosiale helseforskjellene i Norge. En ny norsk studie viser at til tross for en generell nedgang i dødelighet i Norge, så økte forskjellen i dødelighet mellom grupper med høy versus de med lavere utdanning i perioden 1960–2000. Studiens forfattere mener at den største årsaken til dette er forskjellen i helserelatert atferd, eller levevaner (11).

Nasjonalforeningen for folkehelsen utførte både i 2004 og 2007 MMI undersøkelser, hvor det kom frem at kun fire av ti kjente til kolesterolnivået sitt. I den aktuelle studien fant vi at bare drøyt 10 prosent kjente både blodtrykket og kolesterolnivået sitt. Dette viser at til tross for mye oppmerksomhet i media om livsstil og kosthold, har mange individer fortsatt begrenset kjennskap til egen risikoprofil.

Et argument mot å screene friske personer for sykdomsrisiko er at dette kan virke belastende på noen og gi økt engstelse for sykdom. Hensikten med spørreskjema nummer to var blant annet å evaluere i hvilken grad deltakerne hadde slik erfaring. Blant dem som responderte var det svært få som opplevde kartleggingen negativt (94 prosent var positive), men den lave svarprosenten (52 prosent) gjør at vi ikke kan utelukke at en viss andel likevel kan ha opplevd det negativt.

Helsepolitiske føringer

Norske myndigheter har en ærerik historie når det gjelder forebyggende tiltak med Statens tobakksskaderåd og ernæringsråd som viste politisk vilje og handlingskraft på 70-tallet. Gjennom stortingsmelding nr. 16, Resept for et sunnere Norge (2004), Handlingsplanen for økt fysisk aktivitet (2005) og Handlingsplanen for bedre kosthold i befolkningen (2007) er forebygging igjen satt på agendaen i Norge. Bak handlingsplanene står flere departementer samlet og planene legger opp til kraftinnsats og samarbeid på mange nivåer. De frivillige organisasjonene utfordres spesielt av myndighetene til å bidra. I Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 2008-2009) er det også fokusert på forebygging. Signalene er at dette skal skje så lokalt som mulig, Erfaringen fra vår kartleggingsstudie kan indikere at dette er en måte frivillige organisasjoner kan ta del i forebyggende arbeid på, og hvor en viktig målgruppe for forebyggende tiltak kan nås. Det vil sannsynligvis være hensiktsmessig å utvikle et strukturert samarbeid med fastlegene for senere oppfølging av de personene som får påvist ugunstig risikostatus.

Svakheter ved studien

Vår studie hadde til hensikt å se i hvilken grad oppsøkende screening lot seg gjennomføre, og i hvilken grad man ville kunne identifisere individer med så høy risiko at forebyggende tiltak bør anbefales. Vi vet imidlertid lite om i hvilken grad våre deltakere var representative for sin aldersgruppe, hva slags sosial profil de fremmøtte hadde, eller om vi klarte å fange opp personer som ellers ikke ville fått kontrollert sin risikostatus. At bare 10 prosent kjente til både kolesterol- og blodtrykksnivået sitt

er imidlertid en indikasjon på at vi nådde et publikum med mangelfull kjennskap til egen helse eller sykdomsrisiko.

I forhold til tidligere helseundersøkelser fant vi, særlig hos menn, overraskende lavt gjennomsnittskolesterol (median 4,9 mmol/l), men en ganske stor andel av begge kjønn (31 prosent) med høyt systolisk blodtrykk. Sistnevnte må imidlertid ses i forhold til at vår kartlegging i utgangspunktet bare besto av en enkeltmåling, og selv hos dem som ved første måling lå over 140/90, ble det bare gjort en kontrollmåling. Det er derfor sannsynlig at en viss andel av deltakerne som lå over 140 mmHg i systolisk blodtrykk, ville hatt mer normale verdier ved kontroll hos fastlegen.

Vi har ingen sikker forklaring på hvorfor gjennomsnittlig kolesterol lå lavere enn ved tidligere helseundersøkelser, der man for eksempel i data fra helseundersøkelser i Oslo i 2003 fant totalkolesterol rundt 5,7 mmol/l for aldersgruppen 40–45 år (12). Selve tørrkjemimetodikken kan ha noen unøyaktigheter sammenliknet med vanlig biokjemiske analyser, men dette synes ikke nok til å forklare en forskjell på cirka 0,5–0,7 mmol i totalkolesterol. Forskjellen kan mer trolig bero på at utvalget er selektert på en annen måte enn ved tidligere helseundersøkelser, men man kan heller ikke utelukke at det har skjedd en ytterligere nedgang i befolkningens lipidnivå i løpet av de siste sju årene.

En videre svakhet ved studien er den lave svarprosenten ved spørreskjema 2. De data vi har er derfor ikke nødvendigvis representative for de som ikke responderte, og totalt sett kan kartleggingen ha blitt opplevd mindre positivt enn tallene våre tilsier.

Oppsummering

Med dette kartleggingsprogrammet fikk vi vist at det er mulig å tilby et lavterskeltilbud på arbeidsplasser og på offentlige samlingsplasser (kjøpesentre/frivilligsentraler) hvor man vil kunne identifisere et ikke ubetydelig antall høyrisikoindivider. Vi mener også at erfarne hjertesykepleiere vil kunne ivareta denne type screening og rådgivning om levevaner vil på en god måte av. Nasjonalforeningen for folkehelsen er avhengig av god profilering og anerkjennelse for sitt arbeid og dette prosjektet bidro til at organisasjonen fikk vist seg som en aktør på den forebyggende arenaen. Vi ble tatt godt imot på de arbeidsplassene vi besøkte og det var stor pågang fra de ansatte. Der hvor vi ikke rakk å undersøke alle, ble vi bedt om å komme tilbake grunnet stor etterspørsel. Dessverre tillot ikke tidsrammen og prosjektfinansieringen at vi fikk gjennomført dette, men vi opplevde en slik respons som inspirerende for senere kampanjer. IIII

Prosjektet er finansiert med midler fra Ekstra-Stiftelsen Helse og Rehabilitering.

LITTERATUR

1. WHO Technical Report Series 2003, Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases (s. 43).
2. Holme I, Tonstad S. Risikofaktorer og dødelighet – oppfølging av Oslo-undersøkelsen fra 1972–73. Tidsskr Nor Legeforen 2011;131:456-60
3. Pedersen JI, Tverdal A, Kirkhus B. Kostendringer og dødelighetsutvikling av hjerte- og karsykdommer i Norge. Tidsskr. Nor Legeforening 2004; 124: 1532–6
4. Thor Aspelund et al. Analysing the large decline in coronary heart disease mortality in the Icelandic population aged 25–74 between the years 1981 and 2006. PLoS One. 2010 Nov 12;5 (11): e13957
5. Folkehelserapporten 2010. Helsetilstanden i Norge. Folkehelseinstituttet rapport 2010:2
6. Selmer R, Lindman AS, Tverdal A, Pedersen JI, Njølstad I, Veierød MB. Modell for estimering av kardiovaskulær risiko i Norge. Tidsskr. Nor Legeforening 2008; 128: 286–90
7. Nasjonale Retningslinjer for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer, Helsedirektoratet mai 2009
8. Norheim OF, Gjelsvik B, Klemsdal TO et al. Norway's new principles for primary prevention of cardiovascular disease: age differentiated risk thresholds. BMJ 2011; 343: 3626 doi: 10.1136
9. Putting prevention first. Vascular checks: Risk assessment and management. Department of health, NHS 2008
10. Chamnan P, Simmons RK, Khaw KT, Wareham NJ, Griffin SJ. Estimating the population impact of screening strategies for identifying and treating people at high risk of cardiovascular disease: modelling study. BMJ. 2010 Apr 23;340:c1693. doi: 10.1136/bmj.c1693.
11. Strand BH et al. Educational inequalities in mortality over four decades in Norway: prospective study of middle aged men and women followed for cause specific mortality, 1960–2000. BMJ 2010; 340: c654
12. Jenum AK, Graff-Iversen S, Selmer RM, Søgaard AJ. Risikofaktorer for hjerte- og karsykdom og diabetes gjennom 30 år. Tidsskr Nor Legeforening 2007; 127:2532-6.

Barne-lærdom

MANGE SOM LIKER å lese som voksne, forteller at de begynte å lese allerede som små barn, og at det var foreldrene eller andre voksne som fikk i gang leselysten.

Ingenting er koseligere enn å sitte sammen med barna i senga om kvelden og lese høyt fra barnebøker. Det begynner med bildebøker, går over til mer og mer tekst og mindre og mindre bilder, helt til barna sitter der og leser det som fenger dem selv.

Jeg husker godt den første boken om Hardyguttene jeg fikk til bursdag av en i klassen, det var nesten som en åpenbaring. Hardyguttene ble etter hvert en av favorittseriene, det er ikke få av disse guttebøkene jeg slukte i tidlige barneår. Også Bobsey-barna og Lykke-barna var populære, det var noe med alt det spennende, utrolige og morsomme disse ungdommene (eller barna) opplevde som fenget så veldig. Seinere ble det Morgan Kane, en rekke grøsserserier og andre ungdomsbøker.

Det var en herlig følelse av å være ung da jeg kunne begynne å låne ungdomsbøker på biblioteket i hjembyen min. Bøkene handlet gjerne om ungdommer noen få år eldre enn meg, men gjett om jeg levde meg inn i dem ...

Tilbudet for de unge er nok enda større i dag enn hva det var da jeg vokste opp på 1970-tallet. Som lærerne til barna mine sier: Det er ikke så viktig hva barna leser, bare de leser!

Tidlig leseglede blir med barna inn i voksen alder, som er en fordel også hvis de skal studere. Når barna skjønner at de kan lese seg inn i fremmede, fascinerende verdener og at de aldri slipper å kjede seg fordi de kan lese en bok, da har de skjønt noe fint.

Avsløører tankevirus

Hanne H. Brorson kjemper mot «vær-perfekt-viruset» og liknende skapninger.

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

I boken *Tankevirus* forteller psykolog Hanne H. Brorson en fiktiv historie i to versjoner. Begge handler om en dag i Annas liv. I den ene versjonen er hun hardt angrepet av tankevirus, uten noe å forsvare seg med. I den andre versjonen har hun fått flere psykologiske vitaminer for å slå tilbake virusangrepet. Etter å ha nedkjempet virusene, blir dagen til slutt den beste i Annas liv.

Boken bygger på ulike psykologiske teorier. Ideen fikk hun i sin første jobb som psykolog.

– Jeg jobbet med psykosebehandling, men fant veldig lite litteratur som var egnet for pasientene, forteller hun.

– Samtidig hørte jeg hvordan sykepleierne snakket med pasienten om kroppen. De var så konkrete. Jeg opplevde at det var en kontrast til psykologien, der alle bøker har et abstrakt maleri på forsiden. Mitt hode er sånn at jeg vil konkretisere. Ta et ord som «negativ selvattribusjon», det høres så laboratorieaktig ut.

I boken kaller hun negativ selvattribusjon og annet psykologisk rusk for virus. Hun forklarer hvordan ulike tankevirus nesten umerkelig angriper måten vi tenker på.

– Disse virusene angriper alle, understreker hun.

– Før mente man at det var kvalitative forskjeller mellom friske og psykisk syke. Men nyere forskning viser at de samme tankevirusene går igjen hos oss alle, bare i ulik grad.

Tankevirus er, som influensa, noe man bare får.

– Kanskje kan det å tenke på psykiske problemer som virus gjøre det mindre stigmatiserende å bli syk i psyken, håper hun.

Brorson viser til at nesten alle, 95 prosent av oss, hver dag har tanker som enten er paranoide, suicidale, depressive, angstfylte eller tvangspreget.

– Men det betyr ikke at nesten alle er psykisk syke eller trenger terapi, sier hun.

– Det viser bare at nesten alle har skrullete tanker. Det som er ulikt, er hvordan vi håndterer dem.

I boken angripes Anna av 13 tankevirus. Allerede før klokken er åtte om morgenen, er hun infisert av «vær-perfekt-viruset». Dette viruset har en spesiell evne til å gi dårlig samvittighet. Anna angripes når hun må plukke opp avisen fra plenen og blir minnet på at hun aldri får lest den. Hun sier til seg selv: Du burde lese avisen. Dette viruset finner alltid mange ting som skulle, burde, kunne ha blitt gjort.

«Disse virusene angriper alle.»

Så baller det på seg. Anna får katastrofeviruset kastet på seg, så «tenk-hvis-viruset», «fareviruset», «overtro-viruset» og «zoom-viruset».

– Zoom-viruset er karakterisert ved at det zoomer inn på det negative, på bekostning av det positive. For eksempel i en medarbeidersamtale, der ni av ti tilbakemeldinger er positive. Likevel er det den ene negative tilbakemeldingen du tar inn over deg, forklarer Brorson.

Virusangrepene fortsetter utover dagen, med «sånn-er-det-bare-viruset», «jeg-trenger-veldig-lite-bevis-før-jeg-konkluderer-viruset», «falsk-følelse-viruset», «verdens-navle-viruset». «svart/hvitt-viruset» og «baksnakkeviruset». «Baksnakkeviruset» får deg til å baksnakke deg selv, til deg selv. Eller sagt psykologisk: Negativ selvattribusjon.

Brorson forteller at Anna er en blanding av skrullete venninner, henne selv og fri fantasi.

– Jeg sa til forlaget at jeg hadde en idé som minnet om filmen *Sliding doors*.

I denne filmen gjennomlever Gwyneth Paltrow en og samme dag på to forskjellige måter. I filmens verden ender den ene med romantikk, den andre med katastrofe. For Anna i boken står det mellom å la seg overmanne av tankevirus og psyke seg sånn ned at hun avviser han hun er forelsket i, eller å gripe sjansen når den byr seg.

For å havne i den lykkelige versjonen av dagen, trenger Anna psykologiske vitaminer.

Disse vitaminene har Brorson hentet fra mindfulness, kognitiv atferdsterapi og metakognitiv terapi.

Hanne H. Brorson

Aktuell med: Tankevirus

– Jeg anbefaler A-, D-, K- og E-vitaminer, sier hun.

Ved å ta disse vitaminene, blir det lettere å identifisere og uskadeliggjøre tankevirusene. A står for avsløring og bidrar til å avsløre tanker som ikke er til å stole på. D står for diskusjon, og hjelper til med å forstå situasjoner som annet enn bare negative. K står for kontroll og hjelper til med å flytte oppmerksomheten fra en tanke med virus til en tanke uten. Og E står for eksponering, og bidrar til å gjøre ting virusinfiserte tanker ikke vil. Som å gå på en fest selv om man innbiller seg at man ikke er ønsket.

Det spesielle med tankevirus, er at de blir mindre farlige når man gjenkjenner dem.

– Da kan man bli immun sier Brorson, som er blitt god til å oppdage tankevirus hos seg selv.

Alle ser vi verden gjennom tankene våre. Når vi tror på dem, handler eller føler vi ut fra disse tankene. Når vi tror på tanker med virus, oppfatter vi flere situasjoner som negative og har flere negative følelser enn vi trenger.

Hun bruker også begrepene fra boken i møte med pasienter.

– Det virker som om særlig menn liker å jobbe med tanker, erfarer hun.

– Det er konkret, i motsetning til følelser. Men dette er bare en antakelse, understreker hun.

Det som skiller friske fra syke, er at psykisk syke har vanskeligere for å kjenne igjen tanker med tankevirus.

De tror sterkere på infiserte tanker.

– I terapi jobber jeg derfor mye med å gjøre pasientene mine flinkere til å se tanker, forteller hun.

Mye i boken er hentet fra kognitiv teori, men Brorson bruker også andre retninger. Hun har fått positive reaksjoner for måten hun formidler på.

– Jeg hadde forventet motstand, men tror jeg er heldig med timingen. I mitt miljø er formidling satt på dagsorden. Vi jobber jo for skattebetalernes penger, og da må vi formidle kunnskapen vi har, sier hun.

– Psykologi er kunnskap som bør forvaltes av flere enn psykologer. Det er jo kunnskap om mennesker.

La etikken blomstre i praksis
– En bok om systematisk refleksjon i arbeidshverdagen

Av Edel Johanne Austli Børslett, Gerhard Heilmann, Lillian Lillemoen og Reidar Pedersen
71 sider
Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo og Bærum kommune
ISBN 978-82-994957-2-1
Anmelder: Liv Wergeland Sørbye

Nyttig etikk

ANMELDELSE: Etikk, kompetanse og kvalitet er tett sammenvevd. Fagpersoner, administrativt personale og den politiske ledelsen i Bærum kommune så betydningen av å satse på kompetanseheving innen etikk og refleksjonsarbeid. Derfor satte de i gang et etikkprosjekt. Denne boken er et resultat av et prosjekt som har gått over en treårsperiode, der målet har vært å gi brukerne bedre tjenester.

Etikkprosjektet skulle engasjere flest mulig av de ansatte og boka forteller om ulike valg som ble gjort underveis. Prosjektet var systematisk oppbygd og fem forskjellige tjenestesteder ble involvert.

Etikkskolering var en av hjørnesteinene i prosjektet. Alle ansatte har fått tilbud om grunnkurs i etikk (totalt åtte timer). Det ble opprettet refleksjonsgrupper lokalt med kvalifiserte fasilitatorer. De etiske refleksjonene tok utgangspunkt i aktuelle utfordringer i den enkeltes arbeidshverdag. For å kunne håndtere mer kompliserte etiske utfordringer opprettet kommunen en egen klinisk etikk-komité (KEK). Å være medlemmene av KEK krevde videre etikkskolering. Kommunen valgte å ha både en jurist og teolog representert.

Forfatterne beskriver hvordan kommunen har innhentet ekstern kompetanse, spesielt fra Senter for medisinsk etikk. Prosjektet bygger også på erfaringer fra Norsk Sykepleierforbund sitt etikkarbeid og Kommunenes Sentralforbund sin etikksatsing.

Boken beskriver kort hva som kjennetegner etikk og moral og gir leserne en rask repetisjon av etisk teori og begreper. Leserne får konkrete eksempler på hva refleksjonsarbeid innebærer: Å stimuleres til å gjøre egne assosiasjoner.

Boken gir en god innføring i hvordan en kommune praktisk kan få gjennomført satsning på etikk. Kompetansehevning koster penger. Forfatterne mener det å satse på etikk vil gi kommunen gevinst på sikt.

For mindre kommuner vil jeg anbefale å samarbeide på tvers av kommunegrensene. I påvente av mer formell organisering, kan en to-tre kollegaer laste ned etikkboken fra nettet og la seg inspirere til felles refleksjon. Boka kan fritt lastes ned fra nettet.

Boken kan lastes ned gratis:
www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/litteratur/pdf/etikkbok-refleksjon2011.pdf

Oppmerksomhetstrening
En historisk, psykologisk og praktisk innføring i mindfulness

Svein Gran, Kåre A. Lie og Andries Kroese
Gyldendal Akademisk, 2011
ISBN: 978-82-05-41573-7
210 sider
Anmeldt av rådgiver Karl-Henrik Nygaard

Positivt om mindfulness

ANMELDELSE: Mindfulness opptrer med mange navn og begreper. Et ord som er blitt vanlig er «oppmerksomt nærvær» og «oppmerksomhetstrening». Det er ord som er lett å forstå. Forfatterne har her valgt «oppmerksomhetstrening».

Kritikken mot mindfulness er i stor grad rettet mot dens religiøse røtter i buddhistisk tenkning og tradisjon. Forfattere skammer seg ikke over dette opphavet. Tvert imot formildes godt og stolt metodens religiøse opphav. De tre framstår som søkende mennesker som i metoden har funnet fram til noe som er mer enn praksis. Det er en innstilling til livet – en livsfilosofi.

Kroese skriver godt om «dannelsesreisen» sin i søken etter en «dypere» forståelse av livet og tilværelsen. Han møtte mange framtredende mennesker som i større grad enn mennesker i vesten klarte å «leve i øyeblikket» og «være fullt ut til stede i sitt eget liv». Den dype «innsikten» fant han i hovedsak i indisk religion og tradisjon.

Oppmerksomhetstrening er ingen religion og forfatterne ikke religiøse svermere, men godt forankret i moderne vitenskaper som medisin/kirurgi, psykologi og religionshistorie.

Det var mye jeg likte ved denne boken. Den gode innføringen i buddhismen og dens plass i moderne psykoanalytisk tenkning og terapi fant jeg særlig interessant. Inspirerende var det også å lese om den plass metoden har fått i moderne medisin. Her gis eksempler på hvordan helsepersonell kan bruke metoden med referanse til medisinske forskning. Det påpekes at den som skal bruke metoden i terapisammenheng må være godt skolert med bred praktisk erfaring.

Boken formilder godt det ideologiske grunnlaget for metoden. De kritiske perspektivene er imidlertid lite til stede.

Likevel mener jeg det er mye å lære av denne boken, som også har mange nyttige henvisninger til annen litteratur.

«Det beste kompliment man kan gi en forfatter, er å sitere ham.» *Samuel Johnson*

Om å være pasient

ANMELDELSE: Haakon Bull-Hansen skildrer i denne boka sin egen og strålekameratenes ferd gjennom et moderne helsevesen. De møter et system som betrakter dem som maskiner til reparasjon, men også helsepersonell som gjør så godt de kan. Den personlige stemningen i boka skapes ved å kombinere en åpenhjertig jeg-fortelling med klipp fra sykejournaler.

Først og fremst gir boka en innsiktsfull førstehåndsberetning om vennskap og livsmot i kamp mot kreftsykdommen. Det er ikke en bok om hvordan overvinne kreft, for det er det ikke alle som gjør. Bull-Hansen kommer allerede i forordet av boka inn på kameratenes felles opplevelse av ferden over Gjallarbrui, som det kalles i Draumkvedet, hvor «bikkja bit, ormen sting, og stuten stend og stangar.» Underveis kommer han innom temaer som møtet med sykdom og død, myter om syke menn, spørsmål om skyld og kampen for verdighet som pasient. Legen hadde fortalt kameratene at utsiktene til å bli friske var gode, men ingen fortalte dem hvor tøff veien skulle bli. Av og til trenger pasientene også som Hoel synger «ei hand å holde i».

I boka Døden, skal vi danse? tar Per Fugelli opp temaet døden, men Fugelli virker å være mer opptatt av temaet døden. Fugelli behandler dette ømtålige som et filosofisk anliggende, og skriver at vi må være ærlige om at døden er et aktuelt tema. Bull-Hansen derimot, går mer helsevesenet etter i sømmene. Det er viktig, og det tåles godt. Dessverre får man si, arbeider han ikke selv i helsevesenet. Men kanskje er det nettopp derfor han tør stille systemet til veggs med sin undring over hvorfor pasientene overlates sånn til seg selv.

Fugelli mener vi blir så besatt av å forebygge død at vi er villige til å forebygge selve livet. Vi ofrer livslyst og livets laster, samt friheten og spenningen og den søte bekymringsløshet i det selvbedrag at vi kan stanse døden. Følgen kan bli en til stadig frustrasjon med livet, kroppen og helsetjenesten fordi vi aldri når hundre prosent eliminering av lidelse, feil og fare. Mot kreft er dette en dårlig medisin, mener Bull-Hansen, nettopp fordi den som har fått kreft gir avkall på den selvfølgelige tryggheten i et hverdagsliv. Dersom målet er fullstendig trygghet, vil en «nulltoleranse mot lidelse» som ofte fremmes som noe positivt fra et politisk byråkrati, muligens gjøre at kreftpasienten føler seg ytterligere på siden av samfunnet. Det finnes fremdeles en del holdninger mot kreftpasienter.

Et annet element som denne boka tar opp er temaet menn og sykdom. Sven Svebak, den kjente «humorprofessoren» ved det medisinske fakultetet i Trondheim har presentert forskning om sans for humor i samspill mellom mennesker, sykelighet, dødelighet og stress. For hvis ingenting annet hjelper, hva gjør man som kreftsyk da? Bull-Hansen skriver at latterbrølet runget gjennom de bleke korridorene på Radiumhospitalet. «Alle hadde vi en slange med drypp av cellegift i armen.»

Haakon Bull-Hansen har alt i alt skrevet en lærerik og innsiktsfull bok som gir innsikt i onkologi som fagfelt, men som også beskriver hvordan det kan oppleves å være pasient i dagens norske helsevesen.

Strålekameratene
En fortelling om menn og kreft

Av Haakon Bull-Hansen
215 sider
Kagge forlag, 2011
ISBN 978-82-48910-18-3
Anmelder: Bjørn Rogne Christensen, operasjonssykepleier, Oslo universitetssykehus, Aker og mastergradsstudent

Hva leser du nå?

Orker ikke krim

– Jeg får aldri tid til å lese bøker, sier **Anette Ekelund Ellefsen,** sykepleier ved lungeavdelingen på Akershus universitetssykehus og en av fire sykepleiere som nettopp har slanket seg på tv i NRK-programmet PULS.

– Med tvillinger på fire år er jeg glad om jeg får lest VG. Ellers leser jeg mest blader.

Før hun fikk barn, leste hun mye.

– Sophie Kinsella er favoritten. En shopoholikers bekjennelser synes jeg er bra. Den kan jeg kjenne meg igjen i, selv om jeg ikke shopper i samme prisklasse som hovedpersonen, ler hun.

– De jeg har lest av Kinsella har alle vært bra, men jeg har ikke lest alle.

Krim orker hun ikke.

– Det er så tungt. Men jeg liker bøker som dem om Harry Potter. Jeg kjøpte alle som kom fram til jeg fikk barn. Etterpå har jeg sett filmene.

Interiørblader synes Ellefsen er gøy å lese.

– Da kan jeg drømme meg bort. Jeg liker godt Landliv. Jeg drømmer om et liv på landet. Jeg tror det er roligere der.

Tekst **Nina Hernæs**

Tone Hanestad, psykiatrisk sykepleier og familieterapeut, Vindern DPS, Diakonhjemmet Sykehus

Mette Grønli, psykiatrisk sykepleier og familieterapeut, Vindern DPS, Diakonhjemmet Sykehus

Torkil Berge, psykologspesialist, Vindern DPS, Diakonhjemmet Sykehus

Anne Fjell, spesialkonsulent Vindern DPS, Diakonhjemmet Sykehus

Gir færre tilbakefall av psykose

Pasienter som har deltatt i flerfamiliegrupper opplever sjeldnere tilbakefall og reinnleggelser enn de som får individuell behandling.

Et gunstig emosjonelt klima i familien kan redusere risikoen betydelig for tilbakefall ved psykoselidelser. Psykoedukative flerfamiliegrupper bygger på denne kunnskapen. Pasienter og familiemedlemmer møtes regelmessig og deler erfaringer og samarbeider om løsninger på hverdagens utfordringer. I denne artikkelen vil vi først kort beskrive hva et psykoedukativt flerfamiliegruppetilbud innebærer og så formidle erfaringer og råd fra foreldre som har en sønn eller datter med en psykoselidelse. Vi gjennomførte fokusgruppeintervjuer med foreldre fra tre flerfamiliegrupper hvor de sentrale spørsmålene var: Hvordan har dere forstått de psykotiske problemene til barnet deres på ulike tidspunkter i sykdomsforløpet, og hvordan kan foreldre best forholde seg i en slik situasjon? Artikkelen er skrevet i nært samarbeid med disse foreldrene.

Flerfamiliegrupper

Den psykoedukative familietilnærmingen ved psykoselidelser integrerer tiltak som bedrer situasjonen for både pasientene og familiemedlemmene deres. Familiemedlemmene får hjelp til å forstå hva pasienten er rammet av og råd om hvordan de kan anvende denne kunnskapen til å støtte ham eller henne. Når personer som er sårbare for psykoseutvikling er i et miljø preget av kritikk, fiendtlig holdninger eller følelsesmessig overinvolvering («Expressed Emotion»), bidrar dette til en forverret prognose. Hvis familiene ikke får hjelp vil risikoen for tilbakefall øke (1).

I de fleste familier vil det forekomme episoder med kritikk så vel som fiendtlighet og emosjonell overinvolvering, spesielt i stressende situasjoner. Personer med en psykoselidelse er sårbare for stress. For familien er det viktig å få hjelp til å forstå hva en slik sårbarhet innebærer og hvordan de kan være til hjelp: Hvilke forventninger kan de ha til familiemedlemmene sine og hvordan skal de formidle disse? Når blir det for mye, og hva er for lite? Her kan tiltak gi grunnlag for et gunstig familieklima, noe både pasienten og de andre familiemedlemmene trenger for å mestre sin hverdag.

Praktisk og målrettet

Fem til seks pasienter kan invitere inntil tre familiemedlemmer hver til å delta i en flerfamiliegruppe. Gruppen blir ledet av to gruppeledere. Familiesamarbeidet starter opp med alliansesamtaler med hver enkelt pasient og familie. Deretter inviteres alle til tilpasset undervisning. Etter undervisningen starter flerfamiliegruppen opp med møter annenhver uke i 90 minutter. Gruppetilbudet må vare i minst ni måneder for at man skal oppnå ønsket effekt (2). Over 200 grupper er startet opp i Norge siden 2001. De fleste varer i to år. Ved noen helseforetak fortsetter gruppemedlemmene å møtes etter avslutning med gruppemedlemmer som ledere av gruppen. Dette er et selvhjelpstilbud med høy fremmøteprosent og stor grad av tilfredshet hos både pasienter og familiemedlemmer (3).

Gruppemøtene er praktiske og målrettete. Problemløsning med innspill fra de andre gruppemedlemmene hjelper familien til å senke forventninger og begrense sitt engasjement til det pasienten kan tåle. Problemløsningen retter seg mot dagliglivets utfordringer: Hva skal til for at pasienten står opp? Hvordan kan familien hjelpe pasienten til å komme seg på jobb? Hvor mye skal pasienten delta i familiens juleselskaper? Familiemedlemmene får hjelp til å uttrykke ønsker om endring i stedet for å kritisere det pasienten gjør. Problemløsningsprosessen er basert på en kognitiv tilnærming. Pasient og familie får hjelp til å finne fram til alternative tenke- og handlingsmåter i vanskelige situasjoner pasienten gjerne skulle mestret bedre. Deretter velger de hvilken strategi de vil prøve ut.

God dokumentasjon

Over 20 kliniske studier har vist færre tilbakefall og innleggelser hos pasienter som har deltatt i et psykoedukativt familiearbeid enn de som har mottatt standard individuell behandling. En nedgang på 20–50 prosent over to år (4,5). Familieatmosfæren endres, risiko for oppblomstring av symptomer blir mindre, medisineringen blir bedre etterfulgt og funksjonsnivået øker. Et psykoedukativt familietilbud er alltid knyttet sammen med et optimalt medisinsk og individuelt tilbud. Et optimalt individuelt behandlingstilbud inkluderer et tilbud med kognitiv terapi og yrkes- og aktivitetsrettete tiltak (6).

Foreldres erfaringer

Vi vil nå presentere et utvalg kommentarer fra foreldre i tre flerfamiliegrupper. En fokusgruppe er en kvalitativ forskningsmetode der man samler mennesker med felles erfaringer for å snakke om et gitt tema. En ordstyrer sørger for

Hovedbudskap

Foreldre til voksne barn med psykose har viktige erfaringer å formidle til helsepersonell: Det er ofte vanskelig å finne fram i hjelpeapparatet, behandlingen preges ofte av tilfeldigheter og foreldrene ønsker å bli inkludert i behandlingen.

Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.
› Psykisk lidelse › Psykose › Familie › Barn › Ungdom

Evaluering
Atikkelen bygges på:
Teori: 20% Praksis: 80%
DOI-nummer:
10.4220/Sykepleiens.
2012.0012

FÅR HJELP: Familier med voksne barn med psykoser får hjelp og støtte gjennom flerfamilegrupper. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

at deltakerne holder seg til det temaet som er oppgitt, at alle slipper til og at man utvikler en dialog. I stedet for å intervjue deltakerne enkeltvis, får deltakerne i en fokusgruppe anledning til å forholde seg aktivt til hverandres meninger.

Tre flerfamiliegrupper fra ulike steder på Østlandet deltok, i et fokusgruppeintervju som var tilrettelagt for hver flerfamiliegruppe. Det var 22 foreldre i flerfamiliegruppene, og av disse deltok 15 i fokusgruppeintervjuene. Intervjuet ble tatt opp på bånd, og slettet etter at et referat var skrevet ned og anonymisert. Et utkast av artikkelen er sendt til alle deltakerne, der vi ba om tilbakemeldinger som ble fulgt opp i en telefonsamtale. I fokusgruppeintervjuet ble det stilt følgende åpne spørsmål som var bygget på en temaguide som var utarbeidet på forhånd:

Hvilke bekymringer hadde dere da deres sønn eller datter ble psykotisk første gang?

«Vi fikk lite informasjon. Vi syntes taushetsplikten ble brukt mot oss, at den ble en begrunnelse for ikke å involvere oss. Det var vanskelig å finne fram i hjelpeapparatet, og vi slet lenge før vi ble hørt og tatt på alvor. Vi syntes det var slitsomt å fortelle historien vår igjen og igjen, og vi opplevde at behandlingen var preget av tilfeldigheter. Vi var til slutt heldige og traff en person som sa hun skulle samle informasjon en gang for alle. Hun har betydd mye for oss, men samtidig viser dette hvor personavhengig ting er. Vi bekymret oss også mye for den andre sønnen vår, det var mye bråk hjemme på denne tiden.»

«Det var skremmende å ha en psykotisk sønn. Vi var redde, vi visste aldri hva som kom til å skje. Vi forberedte oss på det verste og levde fra dag til dag. Hvorfor skulle dette ramme oss, hva hadde vi gjort galt? Vi var hjelpeløse, visste ikke hva vi skulle gjøre. Vi tenkte på hva det skulle bli av sønnen vår, hvordan kommer livet hans til å bli?»

Hvilke bekymringer har dere for framtida?

«Jeg tenker mye på hva på hva slags liv datteren min får, ikke minst når jeg faller fra. Jeg bidrar mye med praktiske ting, søknader for eksempel. Hvem skal hjelpe til med å ivareta rettighetene hennes når jeg er borte? Det kan bli mange belastninger på søsknene hennes framover. Jeg bekymrer meg for om datteren min vil fortsette å ta medisinene sine. Jeg ser at hun sliter hele tiden. Jeg bekymrer meg for min egen livslykke. Jeg tenker også på om jeg kunne ha gjort noe annerledes. Men jeg ser en framtid, selv om den er ulik mange andres.»

Hvordan opplevde dere psykosen og symptomene den gangen?

«Vi forsto ingen ting! Vi visste ikke hva vi skulle gjøre når han bare ble liggende, hvordan vi skulle håndtere det. Vi trodde lenge at dette var noe forbigående, men det var det jo ikke.»

«Jeg følte meg som en dårlig mor, jeg tenkte

«Vi diskuterer ikke så mye som før, det blir bare en dobbel belastning.»

at sykdommen hans var påført ham av meg. Problemene gjorde at forholdet til samboeren min sprakk. Jeg var veldig deprimert, og ble sykmeldt. Jeg var redd for at sønnen min skulle ta livet av seg, han var veldig plaget av det jeg nå forstår var vrangforestillinger. Det forsto jeg ikke da, jeg var utrolig redd.»

Hvordan forstår dere psykose og symptomer i dag?

«Nå ser vi at vår sønn alltid har vært sårbar for å utvikle slike problemer. Derfor godtar vi symptomene lettere. Vi diskuterer ikke så mye som før, det blir bare en dobbel belastning for ham. Vi har blitt roligere, det er mindre krisemaksimering. Men vi sliter fortsatt med at vi stiller for store krav. Vi prøver å finne en balanse, vi rygger litt tilbake og lar ham være mer selvstendig. Han trenger mer hvile, og vi tror det er godt for ham å vite at vi ikke blir sinte.»

«Sykdommen har brakt oss sammen, vi har fått et åpnere og bedre forhold i familien. Jeg jobber kontinuerlig med ikke å stille for høye krav og ikke komme med kritikk, men jeg synes det er så vanskelig! Hun kan påvirke sykdommen sin ved å balansere utfordringene sine, og hun har virkelig lært av de smellene hun har fått. Jeg har kommet ut styrket med nye verdier og ny innsikt. Jeg har akseptert henne som den hun er og ser de mulighetene som finnes innenfor begrensningene. Dette har vært en revolusjon i mitt liv.»

Hva opplever dere har hjulpet?

«Det hjalp å få en fast kontaktperson i hjelpeapparatet. Dessuten har tydelig informasjon og deltakelse i flerfamiliegruppe vært verdifullt. Å dele erfaringer og gjenkjenne seg i andres problemstillinger har vært nyttig. Vi har vært åpne med venner og familie om situasjonen vår, det har hjulpet oss. Det betyr mye at sønnen vår har et trygt sted å bo, og at vi har en kriseplan. Tiden har også gjort sitt.»

«Det har vært en lang prosess å forsone seg med at framtida ikke ble som jeg hadde trodd. Jeg har gått til psykolog og fått bekreftet at jeg har rett til å sørge, jeg har på en måte mistet et barn og hun den fremtiden hun har drømt om. Jeg har vært sykmeldt, og jobber nå 50 prosent. Vi har fått god hjelp av psykisk helsearbeider i kommunen, det er fint at vi får hjelp hjemme. Det har vært viktig med god informasjon, og jeg har fått gode konkrete råd. Det har vært nyttig å møte andre pårørende, både i en egen gruppe for pårørende og i en flerfamiliegruppe. Ikke minst har det vært viktig å beholde humoren, også i forhold til min datter. Vi ler mye sammen.»

Gode råd

I fokusgruppeintervjuene fremheves betydningen av at pasientens familier inkluderes i behandlingen gjennom flerfamiliegrupper. Det bidrar til å redusere belastningene, og gir økt kontroll over egen hverdag og styrke til å kreve nødvendig hjelp. Foreldrene bekymrer seg for fremtiden til barna sine, og opplever at de selv må ta mye ansvar. Derfor gir de følgende råd til foreldre i samme situasjon:

- Søk råd og hjelp fort! Ikke gi deg!
- Tenk positivt, og gi aldri opp håpet!
- Vær fortrolig med noen du stoler på.
- Familiegrupper er bra, benytt deg av tilbudet.
- Lytt til andre familiers erfaringer.
- Vær en talsperson for fleksibilitet i behandlingsopplegget, ikke minst er det fint at hjelpen kommer hjem når det trengs.
- Be om å få en fast koordinator for hjelpetiltakene.
- Vær åpen, ikke vær flau! Snakk med arbeidsgiver, hjelpeapparat, venner og familie. Er man ikke åpen må man leve et dobbeltliv og hele tiden spille en rolle, og det er slitsomt.

LITTERATUR

1. Fjell A, Bloch Thorsen GR. Psykoedukativ behandling ved psykose. Familierelasjoner – en viktig ressurs. I: Opjordsmoen S, Vaglum P, Block Thorsen GR, red. Oss imellom: Om relasjonenes betydning. (Stavanger: Hertevig forlag, 2005: 168–177.
2. Cohen AN, Glynn SM, Murray-Swank AB, et al. The Family Forum: directions for the implementation of family education for severe mental illness. Psychiatric Services 2008; 59: 40–48.
3. Nordheim I, Hymer I S. From psychoeducational multifamily group to family-guided multifamily group. Copenhagen: Poster ISPS, 2009.
4. McFarlane WR. Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders. New York: Guilford Press, 2002.
5. Rund BR, Moe L, Sollien T, Fjell A, Borchgrevink T, Hallert M, Næss PO. The Psychosis Project: outcome and cost-effectiveness of a psychoeducational treatment programme for schizophrenic adolescens. Acta Psychiatrica Scandinavica 1994; 89: 211–18.
6. Hagen R, Turkington D, Berge T, Gråwe RW. CBT for psychosis. A symptom-based approach. New York: Routledge, 2011.

Medalje nr. 200 000 til sykepleier

Medaljen for lang og tro tjeneste nr. 200 000 er tildelt sykepleier Jorunn Homme ved Oslo universitetssykehus. Den unike og tradisjonsrike utmerkelsen har blitt tildelt arbeidstakere med minst 30 år hos samme arbeidsgiver siden 1888.

Kjenner du noen som fortjener en slik heder? Ta kontakt!

Foto: Jan T. Espedal

NORGESVEL
DET KONGELIGE SELSKAP FOR NORGES VEL

Telefon: 947 91 970
norgesvel@norgesvel.no
www.norgesvel.no/heder

Ikke mindre magesjau med enerom

TOK MASTER: Hygienesykepleier Anita Wang Børseth. Foto: Lena Knutli.

Enerom på sykehus ser ikke ut til å forebygge tarminfeksjoner. Det viser mastergradsarbeidet til hygienesykepleier Anita Wang Børseth.

Hun har kartlagt forekomsten av Clostridium difficile hos innlagte pasienter på fire norske sykehus mellom 2001 og 2010.

I denne perioden er det blitt flere enerom på sykehusene, men det ser ikke ut til å ha en smitteforebyggende effekt på bakterien.

– Men muligens kan enerom tilrettelegge det smitteforebyggende arbeidet for helsepersonell, sier Børseth i en pressemelding fra Nordic School of Public Health i Göteborg.

Videreutdanning i hud

Et nytt studium i dermatologisk sykepleie er startet opp i Drammen. Høgskolen i Buskerud har utviklet videreutdanningen sammen med Norsk Sykepleierforbunds faggruppe for sykepleiere som jobber med hudsykdommer. Målgruppen er både sykepleiere på sykehus, sykehjem og hjemmesykepleie og sykepleiere som jobber i det private hudpleiemarkedet. Utdanningen er på deltid, går over tre semestre og gir 30 studiepoeng. Første kull startet 30. januar.

Får lønn under utdanning

Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) tilbyr nå lønn under utdanning til de som vil bli spesialsykepleiere. Tidligere var utdanningen til blant annet operasjonssykepleier sykehusintern og studentene fikk lønn mot bindingstid, skriver Pingvinen, UNNs interne blad.

De siste årene har studentene kun fått stipend. Dette førte til at søkertallene har gått ned, og UNN gikk derfor tilbake til den gamle ordningen.

Ordningen med lønn under utdanning gjelder videreutdanningene i anestesi, barn, intensiv, kreft og operasjon. Studentene får tariffl ønn som sykepleier, og er tilknyttet en avdeling under utdanningen. I studiefrie perioder må de jobbe fullt, med unntak av fem ukers ferie.

Bindingstiden er to og et halvt år.

Forskjeller i det psykiske helsevern

Bruk av døgntjenester, diagnostisering av ADHD og atferdsforstyrrelser viser store regionale forskjeller, viser en fersk rapport fra Helsedirektoratet blant barn og unge som mottok behandling i det psykiske helsevernet i 2009 og 2010.

Totalt 3 064 pasienter mottok døgnbehandling i det psykiske helsevernet for barn og unge (PHBU) i perioden 2009-2010, knapt fire prosent av pasientene. Flest jenter (54 prosent) fikk døgnbehandling, og ungdom i alderen 13-17 år utgjorde den største andelen. Tristhet, depresjon og sorg eller mistanke om depresjon var den vanligste henvisningsgrunnen (23 prosent).

Blant guttene var 6-12-åringene en langt større gruppe (29 prosent) enn jentene. I denne gruppen var den dominerende diagnosegruppe hyperkinetiske forstyrrelser (ADHD).

Totalt 12 289 personer i PHBU var diagnostisert med ADHD. Sju av ti var gutter. Til sammen 1 096 personer, flest gutter, hadde atferdsforstyrrelser.

– De regionale forskjellene er såpass store, og særlig for gruppen med ADHD, at de vanskelig kun kan forklares med ulik forekomst av psykiske lidelser blant barn og unge i befolkningen. Noe av variasjonen bunner nok i ulik praksis både når det gjelder diagnostisering og behandling, sier avdelingsdirektør i avdeling psykisk helsevern og rus Arne Johannesen.

Hvilken p-pille bør være førstevalg?

Neste halvparten av alle jenter som gikk til helsesøster for å få p-piller i 2010, fikk resept på Mercilon. Med tanke på risiko for blodpropp, er det ikke det beste valget.

Tekst **Johan Alvik**

Statens legemiddelverk har sett på hvilke p-piller som ble skrevet ut til jenter som skulle ha slike piller for første gang i 2010. Av jenter som gikk til helsesøster, fikk nesten halvparten resept på Mercilon. Denne andelen er vesentlig høyere enn hos allmennleger og gynekologer. Mercilon øker faren for blodpropp i større grad enn en del andre piller, ifølge en artikkel fra Statens legemiddelverk i Tidsskrift for helsesøstre.

Legemiddelverket mener det er forståelig at helsesøstre skriver ut Mercilon. Jentene ønsker en p-pille som er «gratis». De ønsker en p-pille som gjør det enkelt å utsette en blødning - og de ønsker 28 piller på brettet. Når dette er bestillingen, er Mercilon svaret.

Førstevalg

Ifølge Statens legemiddelverk er det bedre å velge kombinasjonspiller med levonorgestrel (Loette og Microgynon). De har lavest risiko for blodpropp og bør derfor være førstevalg. Andre effekter av p-piller som vektoppgang, vektnedgang eller antiandrogen effekt, bør ikke være utslagsgivende for valg av p-pille hos førstegangsbrukere. Dersom kvinnen ikke er fornøyd med en levonorgestrelbasert p-pille, kan hun gå over til andre p-piller eller andre former for hormonell prevensjon, mener Statens legemiddelverk.

Minipiller (Cerazette) gir ikke økt risiko for blodpropp hos friske jenter, men kan gi mer blødningsforstyrrelser.

Sjelden lidelse

Blodpropp er en sjelden lidelse hos unge jenter. Risikoen øker ved skader, operasjoner og ved langvarig sengeleie. Risikoen øker også ved arvelig blodpropptendens – og ved bruk av kombinasjons-p-piller. Legemiddelverket tror at om lag 100 p-pillebrukere får blodpropp hvert år. I gjennomsnitt dør én av disse av lungeemboli.

Det er østrogenet i kombinasjonspillene som gir økt risiko for blodpropp, mens progestogenet i varierende grad kan redusere faren. Alle p-piller på det norske markedet regnes som lavdoserte med østrogen dose 20 – 35 mikrogram. Forekomsten av blodpropp kan være knyttet til mengden av østrogen, typen av progestogen og balansen mellom østrogen og progestogen, ifølge Statens legemiddelverk. IIII

HELE SAKEN om p-piller og blodpropp kan du lese ved å gå inn på Sykepleien.no, og klikke på Tidsskrift for helsesøstre nr. 1- 2012. Der finner du også informasjon om hvordan du kan abonnere på bladet.

Berit Daae Hustad
er leder av Rådet for sykepleieetikk.

Hvor bør lojaliteten ligge?

Uforsvarlig praksis satte sykepleieren i et handlingsvalg mellom å tie eller tåle.

Rådet for sykepleieetikk vil i denne spalten vise til situasjonsbeskrivelser som er aktuelle og som kan brukes til refleksjon. Noen har vi hatt til diskusjon i Rådet, andre ikke. Situasjonsbeskrivelsene er omskrevet og dermed anonymisert slik at de ikke skal kunne gjenkjennes.

Situasjonsbeskrivelse

Saken omhandler en nyutdannet sykepleier i sin første jobb i hjemmesykepleien på et nytt og for henne ukjent sted. Hun hadde bare jobbet der i cirka en måned, da hun en tidlig morgen fikk telefon fra konen til en eldre mann som var pasient. Konen var ganske oppskjørtet i telefonen og sa at hun måtte komme øyeblikkelig fordi mannen var blitt så dårlig. «Han rister og skjelver så hele sengen dirrer», sa hun.

Mannen var en pasient i 80-årene. Han hadde blitt tiltakende dement gjennom de siste årene, men konen ville fremdeles at han skulle bo hjemme. For et halvt år siden fikk han slag og ble halvsidig lammet. Pasienten fikk store svelgpareser, noe som gjorde det vanskelig å få adekvat ernæring. Faren for at han skulle aspirere til lungene ble etter hvert så stor at han fikk operert inn en perkutan endoskopisk gastrostomi, en såkalt PEG. Han fikk all væske og ernæring gjennom denne. Pasienten var total pleietrengende, og i tillegg hadde han ikke språk. Kommunikasjon med pasienten ble vanskelig så det meste gikk derfor via konen, som tolket hans tilstand. Forholdene hadde fungert ganske bra, bortsett fra at han hadde hatt pneumoni en gang.

> «Hun kunne tydelig se at både han og kona var svært engstelige.»

Til sykehus

Sykepleieren kjørte ut til pasienten så fort hun kunne. Hun var usikker og engstelig hva dette kunne være. Pasienten hadde i noen dager hatt redusert allmenntilstand og pustet anstrengt. Det viste seg at han nå hadde frostanfall med høy feber og virket svært medtatt. Han hadde store mengder ekspektorat, men fikk det ikke fikk hostet opp. Respirasjonen var hurtig og overflatisk. Han kaldsvettet, hudfargen var grålig, og i tillegg hadde han utviklet cyanose på lepper og fingertupper.

Pasienten var i en dramatisk situasjon. Etter samtale med legevakt ble han sendt til sykehus som øyeblikkelig hjelp. Det viste seg at han hadde utviklet sepsis etter nok en pneumoni. Pasienten ble massivt behandlet med antibiotika intravenøst og kom seg etter noen dager.

Den nyutdannete sykepleieren hadde mistanke om at pasienten hadde aspirert til lungene etter enteral ernæring i PEG-sonden. Hun hadde ved et par anledninger funnet pasienten i helt flatt sengeleie like etter enteral ernæring.

I samtale med konen kom det frem at de fleste hadde ham liggende ved sondeernæring. Gjeldene prosedyre tilsier høyt leie både under og etter sondeernæring.

Hva står på spill i saken/det etiske grunnlaget

Sykepleierens dilemma var hvordan hun skulle gripe situasjonen an? Hun sto i et handlingsvalg mellom å ta det opp som sak på arbeidsplassen eller å tie stille om sine mistanker. Som ung, uerfaren og nyansatt sykepleier visste hun at det var vanskelig å kritisere gjeldende praksis og andre erfarne sykepleiere.

I paragraf 1.4 i Yrkesetiske retningslinjer står det at sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis.

De yrkesetiske retningslinjene beskriver at sykepleierne skal være oppdatert i forhold til kunnskapsbasert praksis og at denne skal anvendes i praksis. På mange vis var både pasient og pårørende prisgitt at den personen som kom hjem til dem, både hadde kunnskap og kompetanse. Aspirasjon til lungene er en fryktet komplikasjon ved enteral ernæring i PEG, spesielt ved lammelser og svekkete refleksjer. Pasienten var totalt avhengig av at alle som var involvert i pasientbehandlingen fulgte prosedyrene som fantes, for å hindre refluks.

Samtidig hadde sykepleieren et ønske om å ivareta pasienten og pårørende på best mulig måte. Pasienten var kommet i en livstruende tilstand. Han ville neppe ha overlevd særlig mye lenger uten medisinsk behandling. Hun kunne tydelig se at både han og kona var svært engstelige.

Retningslinjer

Retningslinjene beskriver at: Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert.

Grunnlaget for all sykepleie er formulert som et påbud. Sykepleie skal være respekten for det

SI FRA? Det kan være ubehagelig å si fra når man finner ut at kolleger ikke følger prosedyrene riktig. Men det er alltid pasientens beste som styrer hva du skal gjøre.

Illustrasjon: Katrine Kristiansen

enkelte menneskes liv. Det er pliktetisk sterkt at «man skal». Det er ikke opp til en selv å avgjøre, men man skal handle kunnskapsbasert. Det å vise respekt for livet innebærer også respekt for døden, i og med at døden er en del av livet. Pasienten var satt i en livstruende tilstand, sannsynligvis på grunn av manglende kunnskap og dermed uforsvarlig praksis.

Sykepleieren syntes situasjonen var vanskelig. Kanskje det beste var ikke å si noe og se tiden an, så slapp hun ubehageligheter. Hun kunne også forsøke å finne ut av hvem det var som ikke fulgte prosedyrene. Kanskje kunne hun snakke med dem det gjaldt for å få slutt på en uforsvarlig praksis? Hvor skulle lojaliteten ligge?

Sykepleieren var nettopp ansatt og i tillegg var hun ny i faget. Hun syntes det var vanskelig å være ny og kritisere gjeldende praksis. Hun ønsket ikke å bli oppfattet som en som lager problemer. Hun ønsket å være en hyggelig nyansatt sykepleier.

Samvittigheten og lojaliteten til pasienten fortalte henne at hun ikke kunne la saken ligge. Hun visste at hun måtte melde fra om uforsvarlige forhold. Grunnlaget i yrkesetiske retningslinjer er formulert som en moralsk lov. Den er ubetinget gyldig uansett forhold. Det er plikten som bestemmer hva som er rett handling. Moral handler om å være selvlovgivende som menneske og å ville handle riktig. Vi kan holdes ansvarlig for våre handlinger. Derfor ble det viktig for sykepleieren å melde fra om livsfarlig praksis. Sykepleieren konkluderte med at det er hvordan man handler som er det viktigste, og ikke hva man kan oppnå. Hun gikk til nærmeste leder og bad om en samtale der saken ble tatt opp. Hva ville du ha gjort under liknende omstendigheter? IIII

Anners Lerdal,
redaktør i Sykepleien Forskining

Forskningsartikkel eller

Hensikten med en forskningsartikkel er å presentere ny kunnskap, mens en fagartikkel skal gjøre gjeldende kunnskap kjent.

Kunnskapsbasert praksis er i dag det ideelle grunnlaget for utøvelse av sykepleie. Kunnskapsbasert praksis innebærer en integrasjon av ulike kunnskapsformer og kilder som omfatter publiserte forskningsstudier, pasient-/brukerkunnskap og egen og andres erfaringsbaserte kunnskap (1). En sentral del av yrkeskompetansen til dagens sykepleie omhandler å forstå betydningen av ulike kunnskapsformer.

Ulike typer artikler

Det er vanlig å skille mellom fagartikler og forskningsartikler. Hva som faktisk skiller disse to artikkelformene kan være uklart. Dette kan skyldes at det til syvende og sist er en skjønnsmessig vurdering som ligger til grunn for hva som er fagutvikling og hva som er forskning. Det er også sjelden at artiklene merkes klart med «fagartikkel» eller «forskningsartikkel». Sykepleien har valgt å skille de to artikkelformene ved å publisere fagartikler i Sykepleien og forskningsartikler i Sykepleien Forskning. Men, hva er så egentlig forskjellen mellom disse to artikkelformene?

Forskjell på fag- og forskningsartikler

Hensikten med en forskningsartikkel er å presentere ny kunnskap til forskjell fra en fagartikkel som har til hensikt å gjøre gjeldende akseptert kunnskap kjent.

I forskning er det et krav at resultatene skal kunne kontrolleres og etterprøves. Forskningsartikkelen inneholder derfor nøyaktig informasjon om hvordan forskerne har gått frem for å undersøke problemstillingen. Beskrivelsene er så detaljert at andre forskere kan gjenta det samme som de opprinnelige forskerne gjorde og for eksempel se om de får samme resultat. Denne detaljerte informasjonen finnes i mindre grad i en fagartikkel.

Et grunnleggende prinsipp innen forskning er å stille seg spørrende til sin egen forhåndsoppfatning. Dette gjøres på mange måter, men kommer blant annet til uttrykk ved at forskningsartikkelen har et eget avsnitt hvor forskeren selv diskuterer svakhetene ved studien. Videre er forskning i prinsippet kumulativ. Det vil si at forskningen bygger på resultater fra annen forskning. Nye resultater fra studien diskuteres og settes i sammenheng med tidligere relevant forskning.

Forskning er et internasjonalt fenomen. I utarbeidelsen av en forskningsartikkel søker derfor forfatteren etter alle relevante resultater fra forskning i andre land.

Mens forskningsartikler blir kvalitetsvurdert av forskere innen feltet, såkalt fagfellevurdering, som sammen med redaktørens vurdering avgjør om artikkelen skal publiseres, blir fagartikler ofte kun vurdert av en redaktør i fagtidsskriftet.

Oppbygging av den vitenskapelige artikkelen

Forskjellen mellom en fagartikkel og en forskningsartikkel gjenspeiler seg også i formatet til forskningsartikkelen. Innen medisin og helsefag er IMRAD-strukturen den rådende oppbyggingen. Denne er nærmere beskrevet på nettstedet International Committee of Medical Journal Editors (2). Bokstavene står får Introduction, Methods, Results and Discussion. Oppbyggingen av artikkelen følger forskningsprosessen. Når man leser en forskningsartikkel kan det være nyttig å kjenne til hvordan de fleste forskningsartikler er bygget opp (3). Da kan du nemlig gå direkte til avsnittet hvor du finner det du leter etter.

Introduksjon

Dette avsnittet inneholder artikkelens «hvorfor» (4). Her beskrives bakgrunnen for studien og argumentene for at den avgrensete problemstillingen artikkelen handler om er interessant i en større sammenheng. Siste avsnitt beskriver den spesifikke problemstillingen artikkelen handler om. Hvis du er på jakt etter forskning på en bestemt problemstilling kan du finne ut om artikkelen er relevant for deg ved å lese dette avsnittet.

Metode

Hvordan forskerne gikk frem for å få testet hypotesene eller få svar på spørsmålene er beskrevet i metodeavsnittet (5). Forut for en forskningsstudie utarbeides en prosjektbeskrivelse (også kalt forskningsprotokoll). Dette dokumentet beskriver forskernes fremgangsmåter på en detaljert måte. Hvis personer inngår i studien, oppgir forfattere utvalgstypen og hvilke kriterier som er brukt for å inkludere og/eller ekskludere deltakere. Her oppgis også hvilke instanser som har gitt tillatelse til gjennomføring av studien.

Resultater

Her finner leseren svar på hva forskerne fant ut (6, 7). Funnene beskrives som regel uten forskernes tolkninger. Rekkefølgen på presentasjonen følger som oftest forskningsspørsmålene og prinsippet «fra det enkle til det komplekse».

Diskusjonen

Dette avsnittet handler om hva funnene betyr (8). Forskerne tolker da sine resultater i forhold til eksisterende forskning. Funnene kan blant annet diskuteres i forhold til aktuelle teorier og/eller i forhold til praksisen som er studert og/eller forskningsmetoder. Et av avsnittene omhandler en diskusjon av svakhetene ved forskningsopplegget og forskerne oppgir hvilke konsekvenser disse har for hvordan funnene kan tolkes. Artikkelen avsluttes som oftest med av et avsnitt som om-

fagartikkel?

handler «hva så?» (9). Dette avsnittet omhandler konsekvensene studien har for videre forskning og praksis, ofte omtalt som «konklusjon».

De fleste tidsskrift som publiserer forskningsartikler pålegger forskerne å følge IMRAD-strukturen. Men, det finnes unntak. For eksempel åpner noen tidsskrifter opp i sine forfatterveiledninger for at studier med et kvalitativt forskningsopplegg kan avvike fra IMRAD-strukturen.

For å få hjelp til å avgjøre om det man leser er en forskningsartikkel kan det være nyttig å gå til tidsskriftets hjemmeside. Tidsskrifter som publiserer forskningsartikler har vanligvis dette som en målsetting med tidsskriftet, og de har en redaksjonskomité med medlemmene som har forskningskompetanse.

Men, dette er ytre kvalitetsindikatorer. Kvaliteten på den enkelte forskningsartikkel må til syvende og sist vurderes ut fra dens faktiske innhold. IIII

LITTERATUR:

1. Sackett DJ, Rosenberg WMC, Muir Gray JA, Richardson WS. Evidence-based Medicine: What is it. What it isn't. BMJ 1996; 312, 71–72.
2. International Committee of Medical Journal Editors. Tilgjengelig fra: http://www.icmje.org/ (Nedlastet 2.2.2012).
3. Lerdal A. Å lese forskningsartikler. Sykepleien Forskning 2009; 4: 328–330.
4. Lerdal A. Innledningskapitlet. Sykepleien Forskning 2009; 4, 80–81.
5. Lerdal A. Hvordan skrive metodekapitlet? Sykepleien Forskning 2009; 4, 238–239.
6. Lerdal A. Resultatkapitlet. Sykepleien Forskning 2009; 4, 331–333.
7. Lerdal A. Resultatkapitlet i kvalitative studier. Sykepleien Forskning 2010; 5, 81–83.
8. Lerdal A. Diskusjonskapitlet. Sykepleien Forskning 2010; 5, 247–249.
9. Lerdal A. Konklusjonen. Sykepleien Forskning 2011; 6, 98.

«Jeg fant, jeg fant…» Slik finner du gull på sykepleien.no

Skal du skrive en oppgave? Eller er du på jakt etter en fag- eller forskningartikkel du har lest som du vil hente frem igjen?

Her er noen tips til hvordan du søker den frem på Sykepleien.no.

sykepleien.no

Quiz

Er du en kompetent sykepleier?

Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

Tekst **Nina Hernæs og Kari Anne Dolonene**

1 Hva står forkortelsen HCl for?
A Saltsyre
B Melkesyre
C Salpetersyre

2 Hvor i kroppen er det HCl?
A Magen
B Beina
C Ørene

3 Hva er et annet ord for førstegrads forfrysning?
A Frostbitt
B Frostkyss
C Frostsjokk

4 Hvilket virus skyldes vanligvis munnsår?
A Herpes
B Norovirus
C Munn og klovsykevirus

5 Hva gjør palmeolje, som ikke er så bra for kroppen?
A Gir impotens
B Gir sykelig trang til å reise til syden
C Øker konsentrasjonen av kolesterol i blodet

6 Hvor er helsetilsynene i fylkene plassert?
A De er nedlagt
B Hos ordføreren
C Hos fylkesmannen

7 Hvor mye får kommunene i dagbøter dersom de ikke kan ta imot utskrivningsklare pasienter?
A 400 000 kroner
B 40 000 kroner
C 4 000 kroner

8 Har kreftpasienter rett til utredning innen 20 dager?
A Ja
B Kanskje
C Nei, det er et politisk mål, ikke en rettighet

9 Hva er Robin Kåss?
A Helsedirektør
B Statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet
C Helseminister

10 Hva er ketose?
A Opphopning av ketonstoffer i blodet
B Akutt kjedsomhet
C Forstoppelse

MUNNSÅR: Hvilket virus har vanligvis skylden? 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 Saltsyre, 2A Magen, 3A Frostbitt, 4A Herpes, 5C Øker konsentrasjonen av kolesterol i blodet, 6C Hos fylkesmannen, 7C 4 000 kroner, 8C Nei, det er et politisk mål, ikke en rettighet, 9B Statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet, 10A Opphopning av ketonstoffer i blodet

FAG
Leseraksjon

– Ikke grønt tøy i kantina!

Nå settes 100 sjefer i Helse Nord på hygiene-benken.

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers**

Det er altfor mye sykehusinfeksjoner! Det mener Helse Nord-direktør Lars Vorland.

Han klar på hva som må til:

– Ingen ting er viktigere for å hindre sykehusinfeksjoner enn god håndvask. Det skal ikke være trafikk inn og ut av operasjonsstuer under kirurgiske inngrep. Ansatte skal ikke gå i kantina i grønt tøy og sko som de også bruker inne på operasjonsstuene, er beskjeden som går til alle som jobber i helseforetaket.

21. og 22. februar møtes alle lederne i Helse Nord i Bodø. Der skal de gjennomgå konkrete eksempler på sykehusinfeksjoner, og representanter fra smittevernavdelinger skal presentere forbedringsarbeid. Smittevernoverlege Mette Walberg fra Vestre Viken HF skal også holde et innlegg på konferansen.

Vorland betegner dette som et systemproblem, et kultur- og holdningsspørsmål hos den enkelte og en lederutfordring.

– Å redusere alle skader som unødvendig påføres folk ved sykehusbehandling må, ikke minst i et verdiperspektiv, være vårt aller viktigste mål i 2012, ifølge Vorland.

Scan denne QR-koden,
og les mer om bakteriebombene som skjuler seg under gifteringer, armbåndsur og øredobber.

Hygienepolitiet tar saken

I serien «Hygienepolitiet» ønsker Sykepleien å få fram historiene om manglende hygiene, på din egen arbeidsplass eller andre steder.

Send oss eksempler på typiske (eller utypiske) overtramp! Er du i tvil om hva som er god hygiene i spesielle situasjoner, kan du også kontakte oss.
Adresse: hygienepolitiet@sykepleien.no

Tar grep om egen utdanning. Side 90

Anne-Grete Strøm-Erichsen om samhandlingsreformen. Side 84

JUS: Ekstravakt gir pensjonspoeng. Side 92

Mennesker & meninger

Sykepleien

Sterke synspunkter? Skriv til oss!

Send inn din mening på e.post til: redaksjonen@sykepleien.no eller som brev til: Sykepleien, p.b. 456 Sentrum 0104 Oslo

TETT PÅ ROBIN KÅSS

«Sykepleiere er ofte flinkere enn leger til å jobbe med systemer.»

86

KRONIKK VIGGO MASTAD

«Hvilke jobber er det egentlig vi har å tilby sykepleiere med master-grad, som er nær pasienten?»

82

Forbundsleder Eli Gunhild By

Stilling: **Forbundsleder i NSF**
E-post: **eli.gunhild.by@sykepleierforbundet.no**

Når arbeidsgiver vender det døve øret til

I det siste har det vist seg at det fremdeles er et stykke igjen til varslere har godt nok vern på norske sykehus.

SIER FRA: En undersøkelse viser at sykepleiere flest melder fra når de mener det har skjedd et avvik. Men en del mener også at det ikke vil føre noen vei. Arkivfoto: Erik M. Sundt (bildet har ingen forbindelse med varslersakene som er nevnt i teksten).

Som sykepleiere er vi trenet til å dele informasjon og rapportere videre om avvik. Dette gjelder både enkle hverdagsproblemer og situasjoner som medfører fare for pasientsikkerheten. Evnen til å reflektere over hvilke farer som kan oppstå og gjennomføre tiltak for å motvirke farene er en sentral del av sykepleien.

I en organisasjon som har gode systemer for å fange opp og behandle avvik bidrar avviksmeldingen til hele organisasjonens kvalitetsarbeid. Dette har stor betydning både for virksomheten og den enkelte pasient. I omstillingsprosesser er det særlig viktig å fokusere på dette arbeidet for å motvirke at pasienten får et dårligere tilbud når etablerte fagmiljøer brytes opp og reorganiseres.

Dessverre ser vi at dette arbeidet ikke er gitt tilstrekkelig prioritet i det omstillingsarbeidet som nå foregår på helseinstitusjoner rundt omkring i landet. Et eksempel er undersøkelsen gjennomført av NRK Dagsrevyen blant over tusen av våre medlemmer i forbindelse med omstillingsprosessen på Oslo universitetssykehus (OUS). Her sier over halvparten av de spurte at det foreligger en fryktkultur. Det er derfor lett å tenke seg at de ikke tør å melde avvik.

Slik opplever sykepleiere det også andre steder i landet. I Helse Førde er både sykepleiere og leger truet med oppsigelse fordi de har tatt opp avvik. Varslingsreglene i arbeidsmiljøloven er ment å styrke de ansattes rett til å ytre seg i arbeidsforholdet og gi vern mot gjengjeldelse fra arbeidsgiver. Skal vi tro oppslagene i VG om dette, er det fortsatt et stykke igjen før vernet er en realitet for alle ansatte i norsk arbeidsliv.

I stedet for å styrke avviksarbeidet i omstillingsprosesser ser vi at de ytre rammebetingelsene svekkes. Samtidig viser undersøkelsen ved OUS at over 75 prosent av de spurte at de likevel tar opp situasjoner de vurderer som avvik fra etablerte system. Dette er både flott og modig. På samme tid rapporterer dessverre rundt 25 prosent at de ikke varsler. Nær 45 prosent begrunner dette med at det ikke vil føre noen vei.

Det er grunn til bekymring når man opplever at arbeidsgiver tilsynelatende vender det døve øret til. En slik holdning vil over tid innebære en betydelig økning i risiko for at systemfeil oppstår. Dette vil igjen gå ut over pasienten. Vi i NSF vil arbeide aktivt overfor arbeidsgiversiden for å sikre at både systemer og organisasjonskultur legger til rette for at ansattes avviksmeldinger tas på alvor.

Jeg er glad for at undersøkelsen viser at det fortsatt sitter i ryggmargen til sykepleiere å rapportere avvik. Det gir trygghet om at vi har et grunnlag å bygge videre på når vi jobber for bedre kvalitet i helsesektoren. NSF er der for enkeltmedlemmer som opplever reaksjoner fra arbeidsgiver både lokalt og gjennom bistand fra våre advokater. Sykepleierens rett til å rapportere avvik uten frykt for eget arbeidsforhold skal være en selvfølge.

Men, hvem skal gi sykepleiere det motet som skal til for å melde avvik? De kan ikke stå alene. De må ha støtte av kollegaer, og aller mest sin nærmeste leder. Skal vi tro Statens Arbeidsmiljøinstitutts Faktabok om arbeidsmiljø og helse fra oktober 2011, har lederne et stykke vei å gå. Både på parametre om «opplevelse av rettferdig ledelse» (s 97), «sosial støtte» (s 96) og «tilbakemelding fra nærmeste leder» (s 95) er sykepleiere blant de yrkesgrupper som scorer dårligst. Jeg vil derfor avslutte med å utfordre sykepleieledere ved våre helseinstitusjoner; skap et klima som i enda større grad gir sykepleiere mot til å si ifra. Det fortjener både de og pasientene!

Hvem skal gi sykepleiere det motet som skal til for å melde avvik?

Eli Gunhild By

Noe på hjertet? Send din mening på e-post til: redaksjonen@sykepleien.no
eller som brev til: Sykepleien, p.b. 456 Sentrum, 0104 Oslo

Omsorg krever stabilitet

I den offentlige debatt har jeg det siste året hørt de som sier: Ammerudlunden sykehjem og Adecco er eksempler på at anbud og konkurranseideologien virker. Her kan kommunen avvikle kontrakten og kaste ut en leverandør som ikke leverer den kvalitet kontrakten forutsetter.

Ja, det er riktig under én forutsetning: At helse- og omsorgstjenester kan likestilles med enhver annen vare. At det å stille opp ved reklamasjonsdisken hos Elkjøp for å klage på en hvitevare du kjøpte, og med loven i hånden sier: Jeg hever kjøpet og vil ha pengene igjen, har nøyaktig samme virkning som å stille på kontoret til Adecco og si: Jeg er misfornøyd med leveransen av sykehjemstjenester og hever kontrakten.

Å bytte hvitevarer, mobiltelefoner og den slags kan være upraktisk, men er til å leve med. Men helse- og omsorgstjenestens aller viktigste kvalitet er kontinuitet og stabilitet. Jeg har som miljøarbeider jobbet med autistiske ungdommer, og vet at det kan ta år å bygge opp en fortrolig og god behandlingsrelasjon mellom behandler og ungdommene. Vi kjenner det samme både i barnevernet og rusomsorgen. Også for eldre er forutsigbarhet en særs viktig kvalitet.

Ethvert skifte av driftsoperatør innebærer også et skifte av ledelse og bemanning, og det innebærer som oftest skifte av driftsfilosofi. Årsaken til at en ny aktør vinner er jo nettopp at han representerer noe annet enn den som i dag driver sykehjemmet. Kirkens Bymisjon driftet Paulus sykehjem ut fra en helt annen driftsfilosofi enn Attendo Care. Denne forskjellighet som vi gjerne kan kalle mangfold er en – av få – fordeler ved anbud. Men – i parentes – må jeg legge til: Denne forskjellighet kunne vi også i større grad fått ved kommunens egne sykehjem.

Men, blir da mange og raske skifter av operatør en fordel? Selvsagt ikke fordi den både skaper uro og utrygghet både blant ansatte og beboere, og den bryter opp den kontinuitet og stabilitet som blant annet sykehjemsbeboere trenger. Når beboerne på Midtåsenhjemmet eventuelt nå skal få ny drifter, bemanning og driftsfilosofi for 3. gang på 6 år, da representerer dette en betydelig kvalitetsforringelse for sykehjemsbeboerne.

Adecco-saken tydeliggjør at Oslo kommune er en uprofesjonell kjøper av helse- og omsorgstjenester. Men den etterfølgende debatten er mer bekymringsfull: Den viser med all tydelighet at frontsoldatene for markeds- og konkurranseideologien ser på helse- og omsorgstjenester som enhver annen vare. En vare man kan reklamere på og skifte ut like ofte og raskt som mobiltelefoner og PC-er. Da mangler man helt elementær erkjennelse om at helse og omsorgs viktigste kvalitet er kontinuitet og stabilitet.

Ivar Johansen, bystyremedlem i Oslo (SV)

Sykehus – en «ulovlig» arbeidsplass

Jeg jobber som sykepleier på en travel avdeling på Haukeland sykehus. Og jeg møter en hverdag jeg mener er uholdbar. For det første har jeg tatt av noen kilo siden jeg begynte å jobbe der i sommer. Grunnen til dette, er at det ofte ikke er tid til å spise lunsj. Kanskje man kan få seg fem-ti minutter på en god dag.

For det andre får vi ikke overtidsbetaling. Omtrent hver eneste dag jobber jeg minst 15 minutter overtid. Det er ikke mulig å gå på gitt tid, da vi har for mange arbeidsoppgaver.

Vi får ikke lov å skrive overtid dersom vi ikke har avtalt med avdelingsleder på forhånd. Men hvordan går det an å vite på forhånd hvor mye vi kommer til å jobbe overtid? På kort sikt sparer nok staten og Haukeland mye på at vi unge, naive mennesker ikke står på kravene og at mange nok ikke skriver ned overtiden. Dette er ren utnyttelse. Dette er typisk i kvinneyrker, der damene er pliktoppfyllende og «dumme» nok til å godta det.

Nå er jeg lei. Jeg nekter å godta slik behandling lenger. Jeg skjønner ikke hva staten tenker på. Kanskje de sparer noen millioner på det, men hva når disse som jobber mye gratis overtid blir utmattete og syke? Det er dette som kommer til å bli følgen. Da blir det sykepenger, vikarer og dermed dobbelt så mye utgifter. Hvordan går det an å tenke så kortsiktig? Forebygging er det viktigste for at folk ikke skal bli syke. Hvis sykepleie hadde vært et mannsdominert yrke, hadde dette aldri skjedd.

Det jeg vil oppnå er rettferdighet. Dersom man vil rekruttere flere unge sykepleiere, må noe skje. Jeg tror ikke mange vil satse på et slikt yrke lenge, dersom de får høre om de faktiske forholdene. Jeg har ikke vært sykepleier lenge, men det er mer og mer fristende å begynne å studere noe helt annet. Eller gå privat. Da også jeg fortjener å bli behandlet med respekt.

Anonym

SIDEN SIST

Siden sist inneholder korrigerte og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe? Kontakt oss på interaktiv@sykepleien.no

Feil lov i etikk-spalten

Kjære Berit Støre Brinchmann. Takk for at du tar opp, belyser og problematiserer et etisk og juridisk vanskelig og utfordrende område innen psykisk helsevern/psykisk helsearbeid: Bruk av tvang når behandling ikke hjelper.

Imidlertid synes jeg det er beklagelig at det i sykepleiernes eget tidsskrift Sykepleien og fra et medlem i Rådet for sykepleieetikk er benyttet feil lov for å belyse problemstillingen.

Loven det henvises til i artikkelen er Lov om psykisk helsevern av 28 april 1961. Denne loven ble i 1999 erstattet av Psykisk helsevernloven (LOV-1999-07-02-62). Sistnevnte lov ble justert/endret i 2011 og de nye endringene ble gjort gjeldende fra 1. januar 2012. Det er med andre ord en lov som gikk ut for 13 år siden det her henvises til i teksten.

Vennlig hilsen Marianne Thorsen Gonzalez, førsteamanuensis, Diakonhjemmet Høgskole/Diakonhjemmet

Innsender har helt rett. Sykepleien og Berit Støre Brinchmann beklager feilen.

Red.

Noe på hjertet? Send din mening på e-post til: redaksjonen@sykepleien.no
eller som brev til: Sykepleien, p.b. 456 Sentrum, 0104 Oslo

Praksis i praksis

Etter fem og en halv uke i praksis kan jeg telle antall dager med min veileder på én hånd.

– Jeg fikk vite i går at dere skulle komme, så jeg har ikke spurt noen sykepleiere om å være veiledere.

Slik mottas jeg og min medstudent den første dagen i hjemmesykepleiepraksis i Oslo. Ingen faste håndtrykk. Ingen «velkommen». Vi tar etter eget initiativ plass rundt et langbord.

En kvinnelig sykepleier setter seg på stolen til høyre for oss. Hun får straks et spørsmål av damen som tok oss imot: – Kunne du tenke deg å veilede en av studentene?

Vi sitter en halvmeter unna og kan derfor ikke unngå å høre svaret: – Jeg har hatt veldig mange studenter i det siste.

Damen spør videre: – Ja, kunne du tenke deg å veilede en student?

Sykepleieren svarer at hun er sliten for tiden. Morgenmøtet starter. Det avsluttes etter en halvtime. Ingen har presentert oss.

Selv om vår ankomst kanskje kom litt brått på, synes jeg vi burde blitt ønsket velkommen og presentert. I mine øyne er dette normal folkeskikk. Når det gjelder samtalen vi overhørte forstår jeg at sykepleieren var sliten. Det jeg derimot ikke forstår er at de to, som satt rett ved siden av oss, tok en slik samtale i vårt nærvær. De må da skjønne at det var en svært ubehagelig situasjon for oss. Å ha studenter i praksis kan være en unik mulighet for arbeidsplassen til å rekruttere ekstravakter, og med tiden kanskje også nye sykepleiere. Hvorfor tas vi ikke bedre imot?

Etter å ha vært ute i felten sammen med en sykepleier denne første dagen kommer jeg tilbake til kontoret. Der blir jeg oppsøkt av sykepleieren som samme morgen ga uttrykk for at hun helst ville slippe å veilede: – Det er jeg som skal være din veileder.

Hun gir meg en rød velkomstmappe, og forteller at hun skal på en ukes ferie fra og med neste uke. Er det ikke i ledelsens interesse å ivareta både sykepleieren og studenten? Dette ble jo åpenbart en dårlig løsning for oss begge.

Mens min veileder er på ferie må jeg under hvert morgenmøte minne om at jeg trenger en veileder for dagen. Jeg går en ukes tid med ulike sykepleiere før jeg oppfordres til å gå alene. Slik lærer jeg best, blir jeg fortalt. En dag de ansatte blir spurt om hvem som kunne tenke seg å steppe inn for min veileder, sier en sykepleier høyt og tydelig: – Jeg skal ikke gå med noen student! Hun ser på sine medarbeidere, som ler. Jeg humrer også litt.

Jeg forstår at det kan være krevende å ha oss studenter på arbeidsplassen. De ansatte har gode og dårlige hverdager som alle andre, men igjen; jeg savner normal folkeskikk.

Det bør finnes grenser for hvilke følelser og tanker man deler med andre. Er det slike empatiske evner sykepleieren ønsker å lære bort til en student? Opplevelsen av å føle seg direkte uønsket er ikke god. Jeg humret fordi jeg følte meg dum.

Veilederen min kommer tilbake fra ferie. Jeg forsøker en morgen å ta initiativ til veiledning:

– Vil du høre hvordan jeg har tenkt til å legge opp dagen min?

– Jeg må forberede meg til min egen arbeidsdag, jeg har så lang liste, svarer hun stresset.

Fem på halv fire har hun tid til meg og vi får anledning til å snakke om hvordan dagen har gått. Noen dager senere blir hun syk. Jeg følger arbeidslisten min og det går fint. Neste dag er hun også syk. Og neste, og neste. Det er ingen som blir satt inn som «reserveveileder» eller som følger meg opp. Jeg får tilfeldigvis høre at min veileder er sykmeldt og at ingen vet når hun kommer tilbake. Dette er det ingen som har fortalt meg.

Jeg kritiserer ikke min veileder for at hun ble syk, men ledelsen burde se at jeg trenger oppfølging i denne perioden. I stedet for at jeg daglig må spørre etter henne, hadde jeg satt pris på om noen hadde informert meg om at hun var syk og spurt meg om jeg hadde noen spørsmål angående dagen. Jeg har tatt lærdom av å gå mye alene i felt, men det er ikke slik studentrollen i praksis er ment å være. Ifølge rammeplanen for sykepleierutdanningen skal vi studenter få jevnlig veiledning, oppfølging og vurdering.

Jeg fulgte flere sykepleiere da min veileder var på ferie. Utover det jeg selv tok initiativ til var det kun én av dem som utfordret meg til å tenke over hvorfor jeg gjorde som jeg gjorde. Eller som i det hele tatt satt i gang noen tankeprosesser hos meg. Det er etter min mening mange sykepleiere som burde hatt veiledningskurs. Slike kurs finnes bl.a. ved HiOA og ved Høgskolen Diakonova. Jeg mistenker sykepleierne som trenger det mest for ikke å gå på dem. Jeg skulle ønske det var obligatorisk med veiledningskurs for å kvalitetssikre studenters oppfølging i praksis. Danmark har forstått dette. Der må sykepleier ha to års erfaring og et seks ukers veiledningskurs for å kunne veilede studenter.

Jenny Stranheim, 22år.

Fra Sykepleiens Facebook-side

Etterlyser handlingsplan for eldre overgrepsofre:

Tove S Magnussen: Eldre som bor hjemme må ha fast pårørende som kan støtte dem i tykkt og tynt. Hva skal man ellers ha arvinger for?

– Dårlig timing av Mikkelsen:

Sølvi Helene Sæther: Undrer meg på hva som egentlig ligger bak denne beslutningen 5 mnd permisjon med lønn for å studere NATO når OUS skriker etter ledelse ... annen ledelse?

Naylah S. Sørli: Alle trenger faglig påfyll, men tidspunktet var vel ikke optimalt!

Torgeir Østenengen: Innsikt og ydmykhet er oppskrytt ;-)

Anne Blomholm: En selvfølge at hun trekker seg! NSF støtter dette? Sprøtt!

Pasienter dør alene – fastvaktene kuttes:

Tamara Soldner: Dessverre har vi sjelden fastvakt ... jeg jobber som fast nattevakt og jeg synes det er svært trist, spesiellt hvis det er flere som er dårlig samtidig – dem som ikke har familie til å stille opp, taper ofte.

Fast jobb i hel stilling

Sykepleiere som er ferdig utdannet får som oftest bare vikariater – og ofte i mindre brøkstillinger. Allerede ved oppstarten av yrkeskarrieren burde man kunne tilby de nyutdannete fast og hel stilling.

Det er alltid ledige vakter både i form av sykevikariater, permisjoner og ferier etc. innen helsevesenet, det vet alle. Derfor tvinges og tilvennes de ansatte til konstant å jakte ekstravakter for å fylle en tilnærmet 100 prosentstilling de første årene etter endt utdanning; selv om de kanskje er ansatt for 50 prosent eller mindre. Og da fortsetter det gjerne slik at de stresser rundt fra det ene vikariatet til det andre mens de jakter på en trygg fulltidsjobb.

Man får ikke den beste starten på et arbeidsliv i en slik situasjon. Det gjør det heller ikke lett å være et selvstendig individ som skal klare å skaffe lån og bolig. For hvem gir vel lån til noen som ikke har fast arbeid?

Forholdet til arbeidsgiver blir heller ikke det beste, når arbeidsgiver ikke klarer å legge til rette for større stilling og fast jobb. Derfor er man hele tiden på vent i sin søken etter det store målet: Fast stilling, hundre prosent, og større økonomisk og personlig frihet.

Dette stresset i jobbsituasjonen kan være med på å venne den ansatte til en deltidstilværelse som forplanter seg videre når han/hun eventuelt stifter familie. Og kanskje er det derfor man vil jobbe deltid; rett og slett fordi de ikke kjenner til noe bedre?

Samtidig som man signaliserer at det er stort behov for sykepleiere nå og i fremtiden, burde man i det minste legge forholdene til rette for at de man har tas vare på – og rekruttere videre med å gi folk en stillingsbrøk de kan leve med som egne, selvstendige individer.

Laila Marie Reiertsen, stortingsrepresentant Frp

www.sykepleien.no

Du kan si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no

MINNEORD

Marthe Onarheim Bernson

Rett før jul mistet vi en god venninne av kreft. Hun ble bare 59 år gammel.

Hun klarte seg gjennom alt det vanskelige med verdighet og stil. Lite hørte vi at hun klagde, selv om mange tårer og tunge stunder har vært der.

Marthe ble utdannet på Haukeland Sykepleierskole i 1976. Siden studerte hun både sykepleiervitenskap, master i administrasjon og ledelse og jobbet innen mange felt. Men det som sto hennes hjerte nærmest var hos de gamle i geriatrien.

Hun var utpekt som Ressurssykepleier og underviste for en etisk verdighet hos døende mennesker.

Ikke desto mer spesielt ble det at hun kom til Sunniva Senter, og ble mottatt på sitt siste av personell som hun selv hadde lært opp.

Godt å vite at hun ble ivaretatt av god ekspertise på sine siste dager. Dette kombinert med at hun hadde alle i familien rundt seg som elsket henne.

Marthe var en god sykepleier, et godt medmenneske og har gjort en fantastisk innsats for mange pasienter.

Av den grunn kunne det ikke være noen som passet bedre til dette yrket.

Vi vil savne Marthe i vårt fellesskap.

Virkelige gode venner er det vanskelig å finne, tungt å forlate og umulig å glemme.

Våre tanker går til Magnus, Vivian, Ingunn og resten av familien.

Anne-Britt og Eli

Else Marit Larsen

Tidligere forstanderinne og sjefsykepleier ved Ullevål universitetssykehus Else Marit Larsen døde 14. november, 90 år gammel. Hun ble 24. november bisatt fra en fullsatt Ullern kirke i Oslo der mange fremtredende sykepleiere gjennom tiden var møtt frem for å vise henne den siste ære.

Else Marit Larsen ble utdannet sykepleier ved Ullevål sykepleierskole under de vanskelige krigsårene fra 1942–45 og fortsatte å arbeide ved sykehuset etter endt utdanning. Hennes gode lederegenskaper ble tidlig lagt merke til, og hun ble rekruttert til forstanderinnens kontor. Else Marit tok eksamen ved Norges høyere sykepleierskole, og senere ved studier i Skandinavia og England. Hun tiltrådte stillingen som forstanderinne i 1954 og sto i stillingen i 29 år frem til 1983. Hennes stillingstittel ble endret til sjefsykepleier i 1974.

Else Marit var en fremtidsrettet leder for sykehuset og sykepleietjenesten. Hun så utfordringene ved den økende spesialisering og kompleksitet i sykehuset som vokste frem i etterkrigsårene. Behovet for kvalifiserte sykepleiere økte sterkt, samtidig som rekruttering til sykepleierutdanningen gikk ned. Hun viste handlekraft. Hun reiste sammen med Augusta Severin, daværende sjefsykepleier på Rikshospitalet, til Jugoslavia og rekrutterte et 50-talls sykepleiere til sykehusene med hjelp fra landets myndigheter. Hun var med på å etablere spesialutdanning i anestesi, intensiv og operasjonssykepleie på Ullevål sykehus, som etter hvert ble et tilbud til hele regionen. Hun var med på å opprette fysiokjemikerskole, radiografskole og hjelpepleierskole.

Hun var linjeleder for vel 2000 sykepleiere på Ullevål sykehus. Hun arbeidet med sykehusets rasjonaliseringsavdeling for en faglig effektivisering i sykepleie og sykehuset for øvrig. Opplæring i organisasjon og arbeidsledelse var et tiltak hun initierte for å heve kompetansen på avdelingene. Hun etablerte assisterende sjefsykepleierstillinger med delegert ansvar for sine avdelinger. Else Marit Larsen var en sterk og tydelig leder med en naturlig autoritet og stor arbeidskapasitet.

Hun var også en moderne kvinne som giftet seg, fikk barn og valgte å fortsette i sitt yrke. Det medførte at hun forsto viktigheten av gode arbeidssosiale vilkår for småbarnsforeldre. Hun etablerte personalbarnehager for de ansattes barn med gode pedagogiske tilbud, noe som bidro til å sikre rekruttering av kvalifisert personell.

Da Else Marit Larsen valgte å pensjonere seg i 1983, ble hun hedret med Oslo kommunes St. Hallvard fortjenestemedalje for sitt omfattende arbeid for byens befolkning.

Else Marit Larsen fortsatte som frivillig pensjonist på Ullevål sykehus der hun tok initiativ til etablering av Ullevål museum. Hun arbeidet ved museet i vel 20 år, hvorav 10 år som styrer. Det var i denne tiden jeg hadde gleden av å bli kjent med Else Marit Larsen. Da jeg selv ble sjefsykepleier i 1998 ble Else Marit en inspirerende samtalepartner. Vi samarbeidet under 100-årsmarkeringen for Ullevål sykepleieskole i 2000. Vi representerte hver vår tid i sykehusets og sykepleietjenestens historie, likevel hadde vi mange fellesnevnere, og det var spennende å høre om Else Marits erfaringer.

Else Marit Larsen meldte seg inn i Norsk Sykepleierforbund da hun ble sykepleier i 1945 og var medlem i over 64 år. Hun var en visjonær leder som har hatt stor betydning for utvikling av sykepleietjeneste og utdanning av sykepleiere og helsepersonell i Norge. Vi er dypt takknemlige for Else Marit Larsens liv og virke for norsk sykepleie og det norske samfunn. Vi sender varme tanker til hennes familie.

Karen Bjøro, 2. nestleder i Norsk Sykepleierforbund

Marianne Moe Nyhus

Marianne var en kjær kollega. Hun ble født 11. september 1953 og døde etter et kort sykeleie 5. november 2011.

Hun var ferdig sykepleier ved Røde Kors sykepleierskole i 1978. Etter praksis som sykepleier ved Ullevål sykehus ved urologisk avdeling og barneavdelingen, begynte hun på helsesøsterutdanningen på Bygdøy. Hun var ferdig utdannet helsesøster i desember 1981.

Hun ble ansatt som helsesøster i Bærum kommune i desember i 1981 og har vært ansatt i kommunen siden. Stabekk helsestasjon og skole ble Mariannes første arbeidssted. Deretter ble Høvik Verk helsestasjon og skole hennes arena. Hun var en dedikert helsesøster som hadde evnen til å skape trygghet og tillit hos barn, foreldre og samarbeidspartnere. Hun var inkluderende overfor alle, både i tverrfaglig samarbeid på jobb og i sosiale, private sammenhenger. Raus og romslig, og med en lun og god humor. Det var alltid godt å være der hun var.

Marianne var kunnskapsrik, ansvarlig, nøyaktig, en god organisator, og hun var oppriktig glad i jobben sin som helsesøster. Mange foreldre og barn har nytt godt av Mariannes veiledning og rådgivning. Hun var også en periode leder av et konsultasjonsteam i barnevernet i kommunen. Marianne begynte på Høvik helsestasjon da Høvik Verk helsestasjon ble nedlagt.

Marianne og hennes mann, Ole Didrik, har tre flotte barn sammen. I 2005 flyttet hele familien til Amsterdam på grunn hans jobb. Familiebåndene var sterke i Mariannes familie, og Ole Didrik hadde nok ikke reist uten familien sin. Familien hadde der gode, opplevelsesrike år sammen. Marianne savnet nok jobben sin, og vi var svært glad for å kunne benytte hennes som vikar når hun var på besøk i hjemlandet. På den måten holdt Marianne kontakten både med yrket sitt og sine kollegaer. Vi var alle glade da vi kunne ønske henne velkommen tilbake i august 2008.

Marianne var nært knyttet til Dovre og Kongsvoll. Hun gledet seg åpenbart over å invitere kollegaer dit. Det ble en praktfull tur for Sandvika distrikt. Herlig togtur, en flott velkomst i nydelig natur, med kultur og historie i stuene på Kongsvoll, og moskus på menyen. Marianne var der, men som ofte ellers, beskjeden i kulissene. Hun så til at alt var til det beste for alle sammen. Vi hadde også en flott tur sammen til Lofoten på helsesøsterkongress i 2010.

Et nytt familiesenter med ny flott helsestasjon sto klar på Storøya, Fornebu og Marianne med sin erfaring og kompetanse var naturlig å tenke som leder for denne helsestasjonen. Denne oppgaven fylte hun på en veldig flott måte. Hun var opptatt av helhetlige tjenester til våre brukere, og hun visste at det kunne vi få til ved tverrfaglig samarbeid. Hun var et helt, samarbeidende menneske. Slik som Snarøya helsestasjon hadde vært for sin befolkning; et samlingssted hvor nettverk ble dannet, slik har også Storøya helsestasjon blitt, takket være Marianne.

Våre tanker går nå til Ole Didrik, Anders, Marit og Oda med familier. Lille Kristine får dessverre ikke oppleve Marianne som mormor, men Marianne har satt spor hos sine kjære som Kristine vil nyte godt av framover i livet.

Vi ønsker å takke for den gode tiden vi har hatt sammen med Marianne. At vi har fått lov å være hennes venn og kollega.

Vi lyser fred over Marianne sitt minne.

På vegne av kollegaer og venner i Bærum kommune, Anne Korsvold og Berit Kjærnet

Hva om du var sjefen her?

I år vil vi foreta et eksperiment.

I 100 år har Sykepleien skrevet om fag og hverdag. Våre journalister har oppdatert deg på nyheter, formidlet fag og forskning og snakket med enkeltmennesker om lønn og arbeidsmiljø.

Nå er det kanskje på tide å bytte roller!

I Sykepleiens jubileumsutgave, som kommer ut i desember 2012, skal du kunne være med på å utforme bladet selv, sammen med oss. Du får – for en gangs skyld – lov til å skape et drømmeblad, fullt av innsiktsfulle betraktninger, intervjuer og reportasjer, slik du selv har drømt om å lage.

Sykepleien søker derfor

SYKEPLEIERE

som har lyst til å ta sjansen på å vise hva de brenner for.

For deg som tør, venter følgende nøkkel-oppgaver:

- Gjesteredaktør med evne til å se stort på det
- Lekne kommentatorer
- Stødige kverulanter
- Rabiate reportere
- Skjønnlitterære penner
- Foto-entusiaster eller personer som kan uttrykke seg visuelt
- Andre som kan tenke kreativt

Krav til kvalifikasjoner:

- Du må brenne for noe
- Du må ha et genuint hjerte for Sykepleien
- Du må ha evne til å tenke utenom rammene

Godtgjørelse: Blir du plukket ut, betaler vi et beløp tilsvarende kontigenten i NSF for et helt år!

Tør du?
Send inn en søknad, med en ide om hva du kan bidra med, innen 1. april, til:
Redaktør Barth Tholens
Epost:
barth.tholens@sykepleien.no

Viggo Mastad, intensivsykepleier og høyskolelektor ved Høgskolen i Sør-Trøndelag.

Videreutdanning i ingenm

Tar du videreutdanning som sykepleier, er du sikret jobb, men noen akademisk uttelling får du neppe.

Mer enn halvparten av norske sykepleiere har tatt videreutdanning (1). Ikke bare fordi de fortjener det, men også fordi de opplever et behov for faglig utvikling. Og fordi et stadig mer spesialisert og avansert helsevesen krever det av dem.

Landet rundt tilbyr høyskoler og universiteter etter- og videreutdanning av varierende omfang. Fra korte deltidskurs, til full pakke med master- og doktorgrad (ph.d.). Dette er et gode og bærer bud om en yrkesgruppe som vil ha faglig vekst og utvikling, men det kan også skape forvirring. For hvilke valg bør man gjøre? Hvilke utdanningsløp er det naturlig og mulig å følge etter at bachelorgrad og sykepleiertittel er et offentlig godkjent faktum?

Mange videreutdanninger

Mange sykepleiere har likevel en nokså klar oppfatning av hva det vil si å «ta videreutdanning», og flere av utdanningene fører oss frem til veldefinerte yrkesroller, for eksempel som jordmor, helsesøster eller psykiatrisk sykepleier. En annen vei å gå er videreutdanningene i anestesi-, barne-, intensiv-, operasjons- og kreftsykepleie, de såkalte ABIOK-utdanningene. Staten gir hvert år rammebevilgninger med tilhørende aktivitetskrav slik at universiteter og høyskoler kan tilby akkurat disse videreutdanningene. På denne måten sikres helsevesenet forutsigbar tilgang på nødvendig, kritisk kompetanse.

> Videreutdanningene i sykepleie har kommet til et veiskille, og har vært der lenge.

Ingen finansiering

Med unntak av jordmødrene, har ingen av spesialitetene en ordning for autorisasjon eller offentlig godkjenning. For å sikre konsistens utdanningsinstitusjonene imellom reguleres i stedet innholdet av detaljerte rammeplaner, slik at man vet hva en spesialsykepleier innehar av kunnskap og kvalifikasjoner enten hun er utdannet i Tromsø eller Stavanger.

Det finnes i dag langt flere etter- og videreutdanninger enn de som er nevnt hittil. Felles for disse er at det ikke finnes finansieringsordninger som gjør høyskolene i stand til å tilby dem på en forutsigbar måte. Så hva er det som gjør at staten åpner pengesekken for noen utdanninger og ikke for andre? Hva legger vi egentlig i kritisk kompetanse? Kanskje er det nå på tide å gi utdanningsinstitusjonene større frihet til å komponere sine tilbud innenfor den statlige rammebevilgningen?

Akademisk stoppested

Da jeg selv gikk videreutdanning i intensivsykepleie på det glade nittitallet hadde jeg ikke noe av dette i tankene. Lite reflektere jeg også over at min ett og et halvt år lange fulltids sykehusinterne utdanning ikke ga meg noen som helst uttelling da jeg senere tok grunn-, mellom- og hovedfag i sykepleievitenskap. Mer overraskende er det kanskje at det fortsatt er slik!

Dette kan vi ikke leve med, og de smarteste av oss har skjønt det for en stund siden: De går rett på mastergraden. Så langt har dette nærmest vært synonymt med å søke seg bort fra det sykepleiespesifikke og pasientnære, og inn i et uoversiktlig landskap hvor den direkte utøvelsen av sykepleiefaget bare til en viss grad kan sies å være i fokus.

Sykepleierne går altså videre, men hvor? For noen er svaret enkelt: Mastergraden er et steg på veien mot en forskerutdanning, og ph.d. Men realiteten er også at for mange er mastergraden det akademiske stoppestedet.

Noe på gang

Gledelig er det derfor at stadig flere av helsevesenets institusjoner etterspør sykepleiere med masterkompetanse. Samtidig kan det se ut til at man i praksisfeltet sliter med å finne ut «hva man skal bruke masterne til», og at masterkandidatene selv lurer på det samme. For bortsett fra stabs- og støttefunksjoner eller en jobb innen utdanning; hvilke jobber er det egentlig vi har å tilby sykepleiere med mastergrad? Mange av dem ønsker fortsatt å jobbe nært pasienten, og samtidig bruke kunnskapen mastergraden har gitt dem. Her venter vi fortsatt på at gode løsninger skal etablere seg, enten det er i form av kombinerte stillinger mellom helseforetak og høyskole, klinisk ekspertsykepleiere eller andre yrkesroller som vi i dag bare ser konturene av.

Kanskje er fremveksten av kliniske mastere et svar på nettopp dette, navnet skulle i alle fall tyde på det. I forlengelsen av dette gjøres det for tiden også forsøk på å integrere videreutdanningene i mastergrader. Innen psykisk helsevern er dette allerede (et tverrfaglig) faktum, og flere er på vei etter.

I Bodø kan man studere til master i klinisk helsefag, som bygger på videreutdanning i sykepleie. Studenten får med seg 30 av sine 90 studiepoeng (sp) fra videreutdanningen inn i masteren. Lignende modeller finner vi i Bergen og Gjøvik, og under planlegging ved en rekke høyskoler og universiteter rundt om i landet.

annsland?

Problemet er at det ikke finnes noen nasjonal konsensus, ingen retningslinjer, ingen klare føringer for hvordan de enkelte videreutdanningene skal vektes, og hvordan deres egenart skal ivaretas innenfor en mastergrad. Og situasjonen gir oss flere spørsmål enn svar: Skal alle, eller bare noen, videreutdanninger inn i mastergrader? Skal det fortsatt være mulig å ta videreutdanning uten å ta mastergrad? Og hvorfor – slik som i Bodø – får man ikke uttelling for hele utdanningen?

Praksismaster?

La oss se på det siste spørsmålet først. ABIO-utdanningene består av halvparten teori og halvparten praksis. Et spørsmål er om praksisstudiene kan og bør inngå som en del av mastergraden. Noen vil si at de selvsagt skal det, og at klinisk praksis er en læringsarena på lik linje med teoristudiene. Andre vil være kritiske. For hva med veiledernes kompetanse? Skal «vanlige» sykepleiere veilede og evaluere masterstudenter?

I tillegg kommer høyskolenes egen kompetanse. Mange videreutdanninger mangler såkalt førstekompetanse i sin lærerstab. Med førstekompetanse forstås personer med doktorgrad eller førstelektorkompetanse, hvor sistnevnte er et kvalifiseringsløp etter mastergrad, med vekt på pedagogikk fremfor forskningskompetanse. Etableringen av en mastergrad krever en viss andel førstekompetente i fagstaben, og mange høyskoler sliter av den grunn fortsatt med å tilfredsstille de formelle kravene til etablering og drift av masterstudier.

Avhopper

La oss også se litt nærmere på «avhopperstrategien», altså at videreutdanningen helt eller delvis utgjør en del av mastergraden, men at man kan hoppe av underveis, og sitte igjen med en fullført videreutdanning og en påbegynt mastergrad. Videreutdanningen plasserer seg da altså på et nivå mellom bachelor og master.

Umiddelbart kan dette synes både elegant og forlokkende. Studenten kan fullføre mastergraden på et senere tidspunkt, og selve videreutdanningen kan ha samme varighet og innhold som i dag. Vi trenger mange spesialsykepleiere, og det er kanskje verken nødvendig eller god ressursbruk at alle disse skal heves til masternivå. Denne løsningen fremstår derfor som den mest nærliggende, men også her er det skjær i sjøen. For du har vel hørt om Bolognaprosessen?

Bachelor- eller masternivå

Bolognaprosessen er et internasjonalt program for samordning av utdanningsnivåer på tvers av de europeiske landene. Man ønsker å oppnå sammenliknbarhet, og muliggjøre studentmobilitet gjennom en felles forståelse av hvilket faglig nivå som ligger til grunn for gradssystemet. Mellom nivåene bachelor, master og ph.d. finnes ingen ting. Videreutdanningenes akademiske status forblir dermed like uklar som i dag (2). Dette er uheldig, men kanskje ikke verre enn at vi kan leve med det. Alternativene er enten å gå linja ut, og si at videreutdanning i sykepleie er synonymt med mastergrad, eller å definere seg ut av gradssystemet, i verste fall tilbake til nittitallet og sykehusinterne utdanninger.

PRAKTISK AKADEMISK: Videreutdanningene inngår mange steder som en del av master, men praksisdelen får enkelte til å spørre om dette er mulig. Arkivfoto: Bo Mathisen

Blir ved veiskillet

På nyåret kommer stortingsmeldingen om velferdsutdanningene. Parallelt skjer en utredning av spesialistordningene i helsesektoren. Her burde det være realistisk å håpe på noen svar som er verdt å vente på, og som kan bringe oss videre. Hvordan skal sykepleiere som tar videreutdanning få akademisk uttelling for sine studier? Skal vi ha en spesialistgodkjenning for de allerede etablerte videreutdanningene i sykepleie, og vil dette i så fall kunne åpne for mer fleksible utdanningsløp?

Videreutdanningene i sykepleie har kommet til et veiskille, og har vært der lenge. Et veiskille er vanligvis ikke noe blivende sted. Kanskje bortsett fra når alle veier videre fører til ingenmannsland? IIII

LITTERATUR

1. Dæhlen, Marianne og Åsmund Arup Seip (2009): Sykepleiernes kompetanse. Etter- og videreutdanning, verdsetting og motivasjon. Fafo-rapport 2009:36.
2. Råholm, May-Britt m fl (2010): Nursing education in Denmark, Finland, Norway and Sweden – from Bachelor's Degree to PhD. Journal of Advanced Nursing 66(9), 2126–2137

Anne-Grete Strøm-Erichsen,
helse- og omsorgsminister.

Grip mulighetene!

Noen kommuner er allerede godt i gang med samhandling.

I kommunene Gulen og Hyllestad i Sogn og Fjordane har de tilbud om lysbehandling for pasienter med hudsykdommer. Mens pasientene før måtte ta seg fri og å kjøre flere timer hver vei til sykehuset i Førde eller Bergen for behandling, får de nå det samme tilbudet i nærmiljøet.

Lokale sykepleiere har fått opplæring ved hudpoliklinikken på sykehuset i Førde. Fra foretaket har de fått utstyr for videokommunikasjon med sykehuset og kan konsultere hudavdelingen når det er nødvendig. Sykepleierne får nye oppgaver og ny kompetanse de også ser er til nytte for andre. Investeringene er små sammenliknet med den tid og ulempe pasientene sparer. Og vel verdt investeringen. Eksemplet er enkelt, men illustrerer godt tanken bak samhandlingsreformen.

På mange områder er skillet mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste kunstig. Først og fremst rammer det dem som ofte trenger hjelp fra helsetjenesten, pasienter med langvarige eller kroniske sykdommer og eldre. Lysbehandling er ikke det eneste eksemplet på en oppgave som kan løses på en enklere måte. Mange eldre i sykehjem har behov for spesialisthelsetjeneste, men det er ikke sikkert at de må legges inn på sykehus. Konsultasjon fra en spesialist er det som gir best hjelp. Og personalet på sykehjemmet som Ola på 92 år kjenner så godt, og som også kjenner han, kan trolig skape en tryggere ramme enn mange nye mennesker på en ukjent sykehusavdeling. På samme måte vet vi at innleggelser kunne vært unngått dersom vi hadde klart å gi kronikere og eldre bedre oppfølging i kommunen, men da må også sykehusene bidra og komme ut til pasientene.

> Sykepleierne har en sentral og viktig kompetanse for å nå målene.

Fra 1. januar i år må sykehus og kommuner inngå gjensidig forpliktende samarbeidsavtaler. Målet er å bygge en helsetjeneste rundt pasienten og at syke mennesker skal slippe å forholde seg til alle de dørene de møter i dag. Samhandling har vært gjort lenge. I områder med lange avstander til sykehus har en vært nødt til å finne praktiske løsninger. Etter hvert har det utvidet seg. I Ål i Hallingdal har de lenge hatt «Sjukestuggu», som tilbyr både spesialist- og kommunehelsetjeneste. De har en jordmortjeneste, og har til og med mulighet til å ta imot barn om det skulle bli nødvendig.

Også før samhandlingsreformen hadde kommunene ansvaret for utskrivingsklare pasienter, men det var også ulikheter mellom hvilke kommuner som gav et godt tilbud. Ansvaret tydeliggjøres nå, samtidig styrkes kommunene økonomisk med 560 millioner, som er øremerket dette tilbudet. Dersom kommunene ikke kan ta imot pasienten, må pengene tilbakeføres dit pasienten er, altså sykehuset. Antallet skulle likevel være håndterbart for de fleste norske kommuner. I 2009 stod utskrivingsklare pasienter for drøyt 19 000 liggedøgn i norske sykehus. Holder vi Oslo utenfor, betyr dette i snitt én pasient i uken per kommune. Noen av pasientene er sykehjemspasienter som allerede har en seng, andre venter på et korttids- eller rehabiliteringsopphold. Antallet skulle være håndterbart for de fleste norske kommuner. Vi skal også huske på at det i andre enden er pasienter som venter på en seng eller behandling i sykehus.

Det er skapt et inntrykk av at samhandlingsreformen vil bety store omveltninger for helsetjenesten. Til det vil jeg si: Det er ikke reformen i seg selv som vil bety store omveltninger. Omveltningene vil uavhengig av reform komme som følge av helseutfordringer vi er godt kjent med. Flere med kroniske sykdommer, flere eldre og færre som kan yte omsorg. Spørsmålet er hvordan vi møter utfordringene slik at vi også i årene fremover sikrer en robust helsetjeneste av høy kvalitet. Det er ikke en sparereform, vi har brukt og kommer til å bruke mer penger på helsetjenesten i årene fremover. Men den finanskrisen vi ser i Europa viser at vi i fellesskap også har et viktig ansvar for å forvalte offentlige midler på en god måte. En utømmelig Sareptas krukke finnes ikke, verken med penger eller mennesker som kan yte omsorg. Vi må derfor se hvordan vi kan tenkte nytt, forbedre velferdstjenestene og løse oppgavene på en bedre måte. Sykepleierne har en sentral og viktig kompetanse for å nå målene i samhandling. Det betyr nye utfordringer for sykepleierne og helsetjenesten, men også nye muligheter.

På reiser rundt i landet har jeg besøkt ulike deler av helsetjenesten og sett sykepleiere gripe disse mulighetene, det lover godt for fremtiden og for pasientene. IIII

Nettet øker!

Vi vet at bladet som du nå holder i hendene leses grundig og av mange.

Hele 202.000 leser i gjennomsnitt Sykepleien i 58 minutter.
Dette er veldig gode tall ifølge Synovate som står for målingen.

Våre nettsider inneholder mye av det samme stoffet, men i tillegg så mye mer. Du kan daglig følge med på hva som skjer, diskutere med andre samt se enda flere stillingsannonser. Du kan enkelt finne fag- og forskningsstoff.

Besøk dine nettsider i dag!

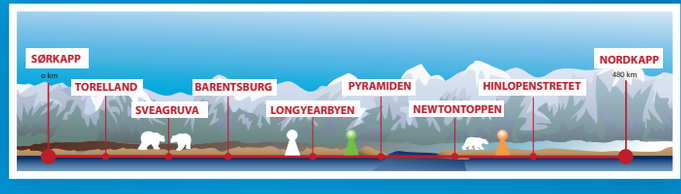
sykepleien.no

DEN STORE
NYTTÅRSMARSJEN!
13. FEBRUAR – 13. APRIL

Start det nye året med en aktivitetskonkurranse på arbeidsplassen!

Ansatte fra helsesektoren inviteres med på Den Store Nyttårsmarsjen. En engasjerende og morsom aktivitetskonkurranse. Få med deg dine medarbeidere på en frisk start på det nye året —"Kryss" Svalbard på 60 dager!

Skap aktivitet og samhold på arbeidsplassen!



Pris kun 299,- per deltaker inkl. skritteller. Prisen er oppgitt eks. mva. Meld dere på her: **www.dytt.no/nyttar**, tlf: 22 33 59 00. Scann QR-koden for mer informasjon.

dytt.no
Friskere og Gladere medarbeidere

Tar gjerne støyten

Når helseministeren er opptatt med andre saker, må Robin Kåss ta seg av landets sykehus. Han er fastlegen som ble statssekretær.

Tekst og foto **Marit Fonn**

TETT PÅ
Robin Kåss

Hvorfor: Stadig sett i helsedebatter, særlig om sykehus, som forsvarer for regjeringens politikk. Legen som er blitt helseminsterens høyre hånd.
Stilling: Statssekretær (Ap) i Helsedepartementet
Utdanning: Lege
Alder: 35 år

Det er stille. Bare en statssekretær vandrer av gårde med telefonen ved øret. Han er i lånte lokaler, noen hundre meter unna sitt bombeskadde kontor.

– Ta en kaffe imens, skal bare snakke med én, sier Robin Kåss i forbifarten.

Men han kommer fort tilbake. Stedet er et spartansk lite møterom. Etter 22. juli har Helsedirektoratet måttet åpne sine dører for sin oppdragsgiver Helsedepartementet.

Helseministeren ordner fredelig med sitt noen rom lenger borte. Kåss er god å ha, tenker hun kanskje. For når hun ikke kan – eller ikke vil – er det jo bare å be ham. Stadig dukker han opp på tv, som en soldat bevæpnet med forsvarsargumenter for den rødgrønne regjering. Kunne han tenkt seg å være i hennes sko, tro?

– Vi er så heldige å ha en meget god helseminister. Min oppgave er å jobbe for henne, slik at vi får gjennomført regjeringens politikk.

Han fortsetter uten opphold, som for å komme påstander om uro i helse-Norge i forkjøpet:

– Debatt kan være et tegn på at ting er ille. Men det er like mye et tegn på at noe skjer.

Han er nettopp fylt 35, men allerede som 18-åring ble han medlem av bystyret hjemme i Porsgrunn.

– Jeg trives som statssekretær for Anne-Grete. Jeg ble overrasket da jeg ble spurt.

Det er tre av dem i departementet med tredje størst budsjett. Statssekretærene har delt saksfeltene mellom seg. Kåss har fått sykehusene.

– Det jeg brenner mest for er å løfte fram kvaliteten, fortsetter han, og minner om at en stortingsmelding om nettopp kvalitet er på trappene.

Inntil da mener Kåss at kvalitet er noe diffust og abstrakt.

– Det diffuse taper i diskusjonen om økonomi. Kvalitet kan forklares med helt motstridende synspunkter. Du kan legge hva du vil i det.

Han fortsetter:

– Derfor holder ikke kvalitet som argument alene. Men de økonomiske rammene er der, bestemt av Stortinget.

Og fortsetter:

– Det gjelder å få mest mulig tjenester ut av rammene. Det er ikke akkurat et folkekrav at vi skal øke skattene.

– *Ikke …?*

– Hva? Nei, sier han og flytter på vannglasset foran seg, før han er i gang igjen:

– Det er en mismatch mellom det politikerne debatterer og det folk er opptatt av. Brukerne er opptatt av resultater av behandlingen, ikke hva den koster. Derfor er det viktig å fokusere på kvalitet, ikke om behandlingen skjer i det offentlige eller private, eller i den eller den bygningen.

HAN SEILTE PÅ DE SYV HAV da han bestemte seg: Han ville bli lege. Under førstegangstjenesten i Marinen hadde han fått tid til å tenke.

– *Når vet du at legen i deg gjør nytte for seg?*

– Jeg tror ikke det er en ulempe, men min rolle er politiker. Jeg representerer innbyggerne i Norge overfor helsetjenesten.

– *Men det hender vel at du tar fram harde fakta fra yrkeslivet?*

– Jeg er ekstremt bevisst på å skille mellom fag og politikk. Hvordan fagpersonell skal utføre sine oppgaver, vurderer de best selv. Sykehusledelser og direktoratet har faglig ansvar. Et eksempel er biologiske tester for livmorhalskreft. Der er det viktig å skille de ulike roller.

Debatten om disse testene har gått varmt i fagmiljøene og inkluderer beskyldninger om løgn og dobbeltroller. Sykepleien har forgjeves etterlyst politiske uttalelser fra departementet, som henviser til sitt direktorat.

– *Er det vanskelig å skille mellom legen og politikeren i deg?*

– Ikke vanskelig. Men man kan lett bli fristet til ikke å gjøre endringer, fordi de vil få følger for mange ansatte på et lokalsykehus. Tryggheten ligger i det vi har. Men vi vet jo at hvis vi ikke endrer helsevesenet, blir det ikke bedre.

– *Kunne du tenke deg å være lege på Oslo universitetssykehus i disse dager?*

Et sekunds pause.

– Det er et velrenommert sykehus. Mange er gode på forskning. Jeg hadde et lite forskningsprosjekt om lindrende behandling som student. Men så endte jeg opp som fastlege. Og det er veldig mange fordeler med å bo i Porsgrunn. Å bytte bosted sitter langt inne.

Konen, også lege, jobber på sykehuset i Skien. Kåss er ukependler.

ANSATTE PÅ OUS har ikke gått tause mens arbeidsplassen deres har blitt herjet med.

– *Hva hører du at de sier?*

– Altså, det er ikke tvil om at det er en krevende omstilling. Men hva er alternativet? Det har vært mye støy fra opposisjonen. Men det eneste den klarte å samle seg om, var en økning på 35 millioner kroner. Det var et tverrpolitisk storting som samlet seg om å få bygget Ahus. Så måtte vi få personalet over – men det skjedde ikke.

Vi har bidratt med investeringslån, men vi må forholde oss til inntektsfordelingen mellom regionene. Til syvende og siste må OUS finne ut av det selv.

Han føyer til:

– Jeg skjønner at de tar kontakt med opposisjonen for å nå fram. Men jeg tror ikke sykepleierne ønsker at deres arbeidsplass skal dikteres av departement eller storting.

– *Er det forsvarlig at kreftpasienter må vente tre måneder på røntgensvar, slik de gjør på OUS?*

– Det er absolutt ikke bra nok.

Men Kåss holder på sitt:

– Spørsmålet er hvordan sykehuset selv kan finne gode løsninger. Forresten så advarer nordiske strålevernmyndigheter mot for mye CT. Man blir aldri fornøyd med helsetjenesten, konkluderer han.

– *Men hender det at du grubler på om Oslo-løsningen var det rette?*

– Det er lett å være etterpåklok. Hvordan endte man opp på 70 ulike lokaliseringer med mange konkurrerende fagmiljøer? Man kan bruke tid til å dvele over det.

Men Kåss dveler ikke. Nytt styre er på plass. Ny direktør også. Å ta pause hjelper ingen.

– *Hva er din største bekymring?*

– Det er mye å bekymre seg over. Er vi gode nok på å ta i bruk ny behandling for eldre med kroniske sykdommer? Vi er langt unna et todelt helsevesen i Norge. Heldigvis.

«De holdt på å le seg i hjel da jeg fortalte om korridorpasienter.»

KÅSS ER FØDT I DUBLIN. Hans engelske far studerte medisin der. Familien flyttet til Norge da Robin var tre år. Da han hadde valgt å følge i fars fotspor, kunne man for første gang søke opptak i Norge om studier i utlandet. Han ville til Liverpool. Mens han studerte medisin, beundret han Tony Blair på nært hold og drev valgkamp for Labour.

– *Føler du deg engelsk?*

– Jeg er 100 prosent norsk, men er stolt av mine røtter i England. Det er også mye spennende i britisk helsevesen. De var tidlig ute med forskningsmetoder for å måle kvalitet. De har mange pasienter på hvert rom. Men de holdt på å le seg i hjel da jeg fortalte om korridorpasienter. Det hadde de aldri hørt om. Dessverre er britisk helsevesen mer todelt med egne sykehus for pasienter med forsikring.

Han lot seg inspirere av Blair.

– Han var veldig visjonær i helsevesenet. Det var et langt studium, så jeg fikk tid til å se at det nytter.

Men motstanden mot endring merket han seg allerede da.

– Ansatte vegret seg til og med for kortere arbeidstid. Det var veldig liberale regler etter Thatcher, og de mente det ville ramme pasientene hvis legene ikke jobbet lenge nok. Det er ikke grenser for hva man hevder kan ramme pasientene.

FASTLEGENE MÅ GÅ på hjemmebesøk, mener regjeringen. Og de må svare kjappere på telefon. Legene murrer.

– *Hvis du var fastlege, ville du også blitt irritert?*

– Legenes autonomi blir mindre. Innbyggerne forventer service, pasienter er stadig mer opplyste. Samtidig skal leger og sykepleiere ha autonomi. Det er en fare at man roper på politikere som skal ta grep.

– *Men ville du blitt irritert?*

– Altså, folk liker å ordne opp selv. På sikt vil fastlegene oppleve mange av forslagene som positive. Internasjonalt skårer vi dårlig på serviceinnstilling. Det tar lang tid å få time. Jeg har …

– *Men ville du …*

– … et personlig eksempel. Min bestemor fikk innkalling til poliklinikken. Det var som å bli innkalt til et rettsmøte med et langt uforståelig brev. Det forventes å komme gjennom på telefon. Jeg hadde også for lang ventetid på mine pasienter.

– *Du svarte ikke på spørsmålet, ville du blitt irritert?*

– Jeg blir sjelden irritert. Jeg ville sett på forslaget, om det var de rette kravene som ble stilt. Jeg oppfatter ikke at legene mener at alt skal være som før.

OGSÅ KÅSS «LURTE SEG TIL en slurk av et eller annet» i tenårene. Men han satset på avholdssaken og var med på å starte Juvente, der medlemmene må avstå fra alkohol.

– *Hvorfor avhold?*

– Jeg syntes det var bra å skape godt ungdomsengasjement uten bruk av rusmidler. Nå er jeg ikke avholds lenger.

Hjemme har han tre døtre på 9, 7 og 1 år. Legekonen, som er indisk, traff han i Liverpool.

– *Blir det mange diskusjoner i heimen?*

– Ikke om enkeltsaker. Jeg tar ikke med dokumenter utenfor departementet. Og hun er også medlem i Ap.

Han ser det som en stor fordel å komme hjem hver helg til Telemark, og å reise rundt i Norge.

– Det er utrolig stor forskjell i syn på saker. Et stort eksempel er samhandling: I Oslo-gryta er skepsisen stor. Ellers er det utålmodighet med å komme fortere i gang.

– *Har du meddelt deg på Twitter i dag?*

– Nei!

Men han kikket i morges på toget på vei inn. Oftest finner han noe å twitre om.

– Jeg prøver å svare når noen spør. Hvis noe er framstilt feil eller unyansert, er det lett å si fra. Det er artig å delta i samfunnsdebatten.

Før var Kåss statssekretær i Oljedepartementet.

– *Noe du lærte i oljesektoren som kunne være bra for helsesektoren?*

– De fleste sektorer er i hvert fall preget av mindre individualisme enn helsesektoren. Hvis det kom et nytt krav til oljebransjen, ville det ikke vært opp til hver enkelt om kravet skulle gjøres operativt eller ikke.

Kåss er en av få som er medlem både av Legeforeningen og LO. Han staket kloreringsovner på magnesiumfabrikken på Herøya.

– Den ble lagt ned mens den ennå tjente penger, sier Kåss som vil snakke mer om hjertebarnet:

– For første gang skal vi systematisk måle kvalitet og pasientsikkerhet. Det er grunnleggende feil at kvalitet og økonomi er motsetninger. Dårlig kvalitet gir jo dyrere drift.

– *Et eksempel på konkret kvalitet?*

– Ordentlige overlevelsestall for behandling av hjerteinfarkt og hjerneslag. I sykehjem og psykiatrien er kvalitet mer krevende å måle. Der vil det dreie seg mer om brukernes opplevelse.

– *Hva synes du om sykepleierne?*

– For ofte undervurderer de sin kompetanse og rolle. På mange områder er de selve nøkkelen. Sykepleiere er ofte flinkere enn leger til å jobbe med systemer, for eksempel i kreftbehandling. De er nærmere pasienten og finner gode pasientvennlige løsninger.

– *Hva skjer hvis de undervurderer seg selv?*

– Vi får et mindre effektivt helsevesen. Gode løsninger sitter hos sykepleierne. I Storbritannia gjør sykepleierne ofte tradisjonelt legearbeid, som å koordinere pasientforløp.

Kåss prøver å holde seg oppdatert innen allmennmedisin. Praksisen i Skien har han solgt, men det vil ikke hindre ham i å gjenoppta yrket.

– Det er sykdom nok til alle, sier han tørt.

FINS DET ET BEDRE helsevesen enn det norske? Det pleier Kåss å spørre om på Twitter, forteller han, og ser med ett glad ut. For hvor mange svar har han fått?

– Ingen!

Noen vil si at han klamrer seg fast til de store tallene. Nå serverer han ett:

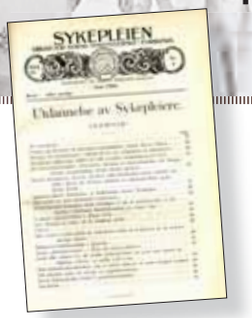
– Norske helsearbeidere leverer et fantastisk tilbud til innbyggerne hver dag. Det er 5 millioner konsultasjoner i sykehus i året. Da vil det skje feil.

– *Blir det for mye sutring?*

– Sutring vil jeg ikke kalle det. Men folk kan tenke over språkbruken sin. Ord som krise, kollaps, katastrofe …

Han lar de fæle uttrykkene synke inn.

– Nei, så lenge de ikke kan finne andre land med bedre helsevesen, bør de være varsomme med hvilke karakteristikker de kommer med.


SYKEPLEIEN

Utdannelse av Sykepleiere.

JUNI 1924 SÆRTRYKK AV «SYKEPLEIEN» lå på alle stortingsrepresentantenes bord da sykepleierutdanningen skulle opp i Stortinget første gang i 1924.

FORTSETTELSESSKOLE Andre kullet av NSFs Fortsettelsesskole fra 1926. I midten foran sitter Norsk Sykepleierskeforbunds formann Bergljot Larsson. Foto: NSF.

Tok grep om egen utdanning

Kampen om autorisasjonsloven og arbeidet for en nordisk sykepleierhøyskole stod sentralt på 1920-tallet. Profesjonalisering og profesjonskamp var tydelig til stede også i Sykepleiens spalter.

På initiativ fra Lægeforeningen ble det i 1915 nedsatt en komité som skulle utarbeide et lovforslag om offentlig godkjenningsordning for sykepleiere. Da komiteen kom sammen ble det tidlig klart at her var det profesjonskamp.

Lægeforeningen ønsket en delt utdanning: Tre år for søster ved sykehus i byene, og bare halvannet for landsens sykepleiere. «Hjertelag og haandlag er medfødte egenskaper. Finnes disse to verdifulle egenskaper har erfaring noksom vist at man kan faa særdeles dyktige pleierske til aa løse mange av sykepleiens oppgaver uten saa lang utdannelse som 3 aar», ifølge den mektige overlege Karl Wefring (Verdens Gang 20.12.1921). Legene var redd sykepleierne skulle utdanne seg bort fra rollen som fleksible og føyelige assistenter.

Men NSF stod ufravikelig på sitt: De ville ha en enhetlig 3-årig utdanning av sykepleiere i Norge. Saken ble midlertidig satt på vent.

I 1918 vedtok Lægeforeningen å sende sitt forslag om todelt utdanning som sak til Stortinget. NSF motarbeidet forslaget fra det ble fremmet. I en resolusjon vedtatt på landsmøtet i 1921 – sendt til alle sykepleierskoler og gjengitt i Sykepleien – «henstilles der indtrængende til de sykepleieskoler, som endu ikke er gaat over til tre aars utdannelse om at forlænge utdannelsen».

I Sykepleien ble det også jevnlig trykket kunngjøringer over «3-årige sykepleieskoler i Norge» som gav utdanning ut fra NSFs utdanningsprogram.

NSF var grundig forberedt da saken skulle opp til behandling i Stortinget i 1924. Et særtrykk av Sykepleien ble delt ut til alle stortingsrepresentantene. Her presenterte forbundet et detaljert alternativt forslag for en 3-årig sykepleierutdanning.

Både tilhengere og motstandere blant stortingsrepresentantene stemte for å utsette behandlingen av loven i Stortinget. Motstanderne var redde for et lovvedtak som ville låse fast prinsippet om treårig skole. Utsettelsen skulle vare i 24 år – helt til 1948.

I 1920 ble Sykepleiernes Samarbeid i Norden (SSN) stiftet. På møte i SSN i 1923 stod nordisk sykepleierhøyskole på dagsorden. Det var enighet om behovet, men ikke om det skulle være utdanning på universitetsnivå etter amerikansk modell eller en utdanning av kortere varighet. Bergljot Larsson var klar: «Hvis tiden ikke er inde til en høiskole, saa faar vi vente.»

Ideen om en nordisk sykepleiehøyskole havarerte etter få år. NSF besluttet da å sette i gang på egenhånd. Og som en fugl Fønix steg NSFs Fortsættelsesskole opp fra asken.

I 1925 ble det første fortsettelseskurset holdt. Det varte i tre måneder og la grunnlaget for NSFs Fortsættelsesskole. En skole som skulle utdanne ledere, lærere og «sosiale søstre», det vil si helsesøstre med ansvar for forebyggende arbeid i distriktet. En viktig milepæl som ble en ubetinget suksess. Et stykke på vei forløperen til dagens høyskoler.

Organisasjonen som selv etablerte et videreutdanningstilbud for sine medlemmer allerede i 1925, klarte bemerkelsesverdig å holde liv i det i 60 år. I 1985 ble skolen nedlagt i forbindelse med opprettelsen av Institutt for sykepleievitenskap ved Universitet i Oslo.

Av «Norsk Sykepleierskeforbunds Aarsoppgjør 1920» går det fram at Sykepleien fikk bevilget 3 728,06 kroner fra NSFs hovedkasse på totalt 17 179,13 kroner. Det vil si at mer enn hver femte krone gikk til å gi ut Sykepleien.

I NSFs årlige beretninger ut over på 1920-tallet, som ble trykket i Sykepleien, gjentas Sykepleiens betydning for organisasjonen. I 1923 heter det blant annet: «Sykepleien har trods de store trykningsutgifter klart at være forbindelsesleddet mellom de ordinære medlemmer i ind- og utland.»

Tekst **Bjørn Arild Østby**

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.

Pensjonspoeng for ekstravakter

Mer lønn for mer kompetanse, og pensjon er temaer i spørsmålene som NSFs jurist Lars Petter Eriksen svarer på.

? Finnes det en bestemmelse i tariffavtalen om rett til forhandling om lønn ved endrede arbeidsoppgaver og krav om økt kompetanse?

Vi er flere sykepleiere som gjør spesialiserte oppgaver, som hele tiden krever økt kompetanse og kursing. I tillegg blir vi pålagt flere og flere spesialiserte tekniske oppgaver. Selv er jeg sykepleier uten videreutdanning, og får derfor vanlig grunnlønn. Men siden jeg gjør oppgaver som krever spesiell kompetanse lurte jeg på om jeg kan kreve mer lønn?

§ Det korte svaret er ja. Imidlertid er det litt forskjell mellom de ulike tariffområdene. Både i KS-området, Oslo kommune og statlig sektor (og andre) finnes det uttrykkelige bestemmelser som gjør at man kan kreve lønnsforhandling der man har fått et betydelig endret innhold i stilling. I Spekterområdet er det ikke en uttrykkelig bestemmelse om dette i overenskomsten, men det er likevel adgang til å kreve høyere lønn der stillingens innhold er endret en del. Felles for alle tariffområdene er at selv om man har rett til en forhandling, er det ikke slik at man har rett på en lønnsendring.

Det kan være grunn til å legge til at dersom arbeidsgiver til stadighet forventer at du kurses videre, så kan det være en variant at du krever økt lønn – i forkant.

? Jeg synes dette med pensjon er vanskelig å forstå. Spesielt for deltidsansatte som i tillegg tar ekstravakter. Jeg har i flere år hatt 75 prosent stilling. I tillegg har jeg tatt ekstravakter slik at jeg totalt sett har jobbet rundt 100 prosent. Spørsmålet mitt er: Vil pensjonen min regnes ut fra inntekt (75 prosent + ekstra) eller stillingsstørrelsen på 75 prosent?

§ Tar vi utgangspunkt i KLP, så skal som hovedregel pensjonen beregnes på grunnlag av stillingsprosentene man faktisk har hatt/arbeidet. Gjennomsnittlig stillingsprosent blir beregnet for hvert kvartal, og det er snittet av disse som utgjør det endelige pensjonsgrunnlaget. Ekstravakter som det ikke er betalt overtid for, skal da telle med i pensjonsgrunnlaget. Innmelding gjøres med tilbakevirkende kraft når kvartalet er slutt. Som ekstravakt eller tilkallingsvakt meldes man inn i KLP når man har jobbet i minst 168 timer i løpet av et kvartal. Timer ut over 100 prosent stilling og timer som man får overtidsbetalt for teller ikke med.

? Fra 7/1-69 til 7/2-70 gjennomgikk jeg en ettårig spesialopplæring i røntgen ved Haukeland sykehus i Bergen, med lønn. Fra 15/8-75 til 1/4-77 var jeg radiografstudent ved Radiologisk avdeling, Rikshospitalet i Oslo, også med lønn. Ved begge disse skolene fikk vi ikke lov av de respektive sykehusene til å være medlem av Pensjonskassen. Dermed har jeg 3 år som ikke er medregnet min pensjon. Da jeg i dag ikke får utbetalt full pensjon (92 prosent) er mitt spørsmål om disse årene kan utgjøre noen forskjell?

§ De årene du viser til kan være av betydning. Både år og stillingsprosent er av betydning for pensjonsberegningen. Dersom du hadde lønn tilsvarende full stilling i den aktuelle perioden, kan disse årene trekke opp gjennomsnittlig stillingsprosent. Og dersom du har mindre enn 30 års tjenestetid, kan de ha betydning for samlet tjenestetid. Imidlertid forutsetter dette at det var feil at dere ikke fikk være med i pensjonsordningen. Regelverk for pensjonsordninger har endret seg. Rådet er at du kontakter din pensjonsleverandør for om mulig å få avklart om du faktisk skulle ha vært innmeldt i pensjonsordningen i sin tid. I så fall må du også kunne fremlegge dokumentasjon på inntekt i disse årene.

Passer på paragrafene:

Harald Jesnes
Forhandlingssjef i NSF

Marit Gjerdalen
Advokat

Johs Bruvik
Spesialrådgiver

Kirsten Nesgård
Spesialrådgiver

Oskar Nilssen
Advokat

Lars Petter Eriksen
Spesialrådgiver

Anne Lise Wien
Seniorrådgiver

Anne Lystad
Seniorrådgiver

Randi Moan Riiber
Leder av NSFs Forsikringskontor

Velkommen til

Flesberg kommune

Helse- og omsorgsetaten søker

Institusjonsleder

100% fast stilling

Flesbergtunet bo- og servicesenter søker ny institusjonsleder.
Vi søker robust og dynamisk person med stor gjennomføringsevne og gode samarbeidsegenskaper.

Se full utlysningstekst på www.flesberg.kommune.no

Har du spørsmål, så ta kontakt med helse- og omsorgssjef Helen C. Cuenoud, tlf. 922 58 619.

Søkerne bes benytte vårt elektroniske søknadsskjema.
Eventuelt kan søknad sendes til postmottak@flesberg.kommune.no eller til Flesberg kommune, postmottak - kommunehuset, 3623 Lampeland.
Vi oppfordrer særlig menn til å søke!

Søknadsfrist: 17.02.2012.

NUMEDAL
MIDDELALDERDALEN

Jobbnorge.no

VALLE KOMMUNE

Gjestfri for nye tankar

Sjukepleiarar

Valle kommune har som mål å redusere bruken av deltid. Blant anna ser vi det som svært viktig at våre sjukepleiarar får faste 100 % stillingar frå start. På pleie- og omsorgsavdelinga er det ledig 2 faste 100 % stillingar som sjukepleiarar.

Valle kommune kan også tilby:

- Løn tilse 10 års ansiennitet
- Gratis barnehage
- Rimelege kommunale utleigebustader
- Bedriftsleilegheit sentralt i Kristiansand

Du finn søknadsskjema på www.valle.kommune.no
Søknad med CV sender du til Valle kommune v/Velkomstsenteret, 4747 Valle.

Søknadsfrist: 22. februar 2012

Jobbnorge.no

Smøla Kommune

SYKEPLEIER

- **100 % fast stilling**
- **100 % vikariat**

Fullstendig utlysningstekst og elektronisk søknadsskjema finnes på www.smola.kommune.no.
Søknadsfrist 26. februar

MHH 1936 Martina Hansens Hospital

Martina Hansens Hospital er et spesialsykehus i ortopedisk kirurgi og revmatologi. Hospitalet har 100 sengeplasser, 12 tekniske senger, driver omfattende poliklinisk virksomhet og har 340 ansatte. Vi har et stabilt arbeidsmiljø, det skyldes at vi, i tillegg til en spennende jobb, har mange utfordringer og har det fint sammen. Vi tror at arbeidsglede, samarbeid og effektivitet henger nøye sammen. Pasientene skal oppleve omsorg, trygghet og trivsel. Våre ansatte og pasientene trives på Martina Hansens Hospital.

AVDELINGSSYKEPLEIER TIL ORTOPEDISK SENGEPOST

Ved ortopedisk sengepost med 28 senger har vi ledig stilling for avdelingssykepleier. Posten har 30 ansatte og driver utstrakt tverrfaglig samarbeid.

- Administrativ utdanning og/eller ledererfaring
- Gode lederegenskaper
- Klinisk erfaring som sykepleier
- Resultatorientert

Vi vektlegger:
- Personlig egnethet
- Evne til å skape/ivareta et godt arbeidsmiljø
- Evne til samarbeid på tvers av profesjonsgrenser
- Evne til å ta beslutninger
- Evne til å lede personell og administrere driften av sengeposten
- Evne til å inspirere og motivere medarbeidere
- Være resultat- og løsningsorientert, ha analytiske evner og arbeide målrettet

Vi søker medarbeider med faglig engasjement, og gode samarbeidsegenskaper. For å lykkes i stillingen må du være en tydelig og målrettet person som trives i en travel og faglig utfordrende hverdag.

Vi kan tilby et hyggelig og aktivt arbeidsmiljø med mange utfordringer og utviklingsmuligheter. Hospitalet har gode velferdsordninger og er behjelpelig med bolig og barnehageplass. Stillingen lønnes i henhold til gjeldende overenskomst og pensjonsordning i KLP. Fri gruppelivs- og ulykkesforsikring.

www.mhh.no

eller kontakt sjefsykepleier/personaldirektør, tlf. 67 52 17 10.
Søknad sendes Sjefsykepleier/personaldirektør, Martina Hansens Hospital, Postboks 23, 1306 Bærum Postterminal.

Lovisenberg Diakonale Sykehus
Pionér i kompetanse og omsorg

Lovisenberg Diakonale Sykehus AS er Norges største private sykehus, med en årlig omsetning på ca. 1,3 mrd.kr. og ca. 1200 årsverk. Sykehuset eies av de diakonale stiftelsene Diakonova og Diakonissehuset Lovisenberg, har driftsavtale med Helse Sør-Øst RHF og er lokalsykehus for 152 000 innbyggere i flere sentrumsbydeler i Oslo innen indremedisin og psykiatri. Sykehuset har en omfattende planlagt kirurgi samt særskilte funksjoner som hospice og det nasjonale oralmedisinske kompetansesenteret TAKO.

Sykehuset er basert på et diakonalt verdigrunnlag med ikke-kommersielt formål. Se www.LDS.no.

Klinikk for Medisin - Hospice Lovisenberg
Senter for Lindring og Livshjelp
Lindrende Døgnenhet

Hospice Lovisenberg – Senter for Lindring og Livshjelp består av Lindrende Døgnenhet og Lovisenberg Livshjelpsenter. Vi gir lindrende behandling, pleie og omsorg til pasienter med langtkommen kreftsykdom, pasienter med annen alvorlig lidelse, og til døende. Lindrende Døgnenhet gir tilbud til 12 pasienter og deres pårørende.

Spesialsykepleier/Sykepleier

14,1 % fast helgestilling fra 01.02.2012. **Ref.nr. 2012-009.**

14,1% fast helgestilling fra 01.03.2012. **Ref.nr. 2012-010.**

Sommerferievikarer f.o.m. 18.06.2012 tom 12.08.2012. **Ref.nr. 2012-011.**

Kvalifikasjoner:
Vi søker spesialsykepleiere (onkologi, psykiatri) og/eller sykepleiere med en relevant videreutdanning (palliasjon diakoni, familieterapi), god faglig forankring og erfaring fra arbeid med alvorlig syke. Personlig egnethet vil bli vektlagt.

Vi kan tilby:
Vi tilbyr opplæringsprogram og et godt faglig og sosialt miljø. Velkommen til å søke jobb i et spennende fagfelt!

Ønsker du flere opplysninger om stillingene ta kontakt med avdelingssykepleier Sigrun Myhre, tlf 23 22 51 50.

Søknadsfrist: 29.01.2012 for ref.nr. 2012-009,010 og 29.02.2012 for 2012-011.

Det forventes at alle ansatte bidrar til at vi lever opp til våre kjerneverdier kvalitet og nestekjærlighet. Sykehuset har sosiale ordninger tilsvarende statlige helseforetak. Sykehuset foretrekker elektronisk søknad, men den kan eventuelt sendes pr. post til Lovisenberg Diakonale Sykehus, personalavdelingen, 0440 Oslo. Innsendte papirer og attester returneres ikke.

Lillehammer kommune

Oslo universitetssykehus

Sykepleiefaglig rådgiver og Sykepleier

SMK SEKSJON FOR BEHANDLINGSREISER

Sykepleiefaglig rådgiver, fast stilling

Seksjon for Behandlingsreiser har som oppgave å organisere og kvalitetssikre behandlingstilbud til personer med definerte kroniske sykdommer i et varmt og solrikt klima. Tilbudet om behandlingsreiser gjelder for følgende diagnoser: Revmatiske inflammatoriske leddsykdommer hos barn, ungdom og voksne, psoriasis hos barn, ungdom og voksne, postpoliosyndrom og kroniske lungesykdommer og/eller atopisk eksem hos barn og ungdom.

Ved seksjon for Behandlingsreiser har vi ledig 100 % stilling som sykepleiefaglig rådgiver med hovedansvar for barne - og ungdomsprogrammene.

Kontaktinfo:
Kari Berg, sykepleiefaglig rådgiver, tlf 22067856 / 971 53 397
Åse Lindrupsen, seksjonsleder, tlf 22 06 78 51 / 909 12 977
Referansenr: 1295865097 **Søknadsfrist: 26.02.2012**

Er du sykepleier og har lyst til å jobbe i utlandet en periode?

Fra september 2012 har vi ledig engasjementsstilling som sykepleier ved Valle Marina helsesenter på Gran Canaria. Valle Marina er behandlingssted for skandinaviske brukere med psoriasis som er på 3 ukers klimabehandling. Det arrangeres en barne- og en ungdomsgruppe per år, ellers er brukerne i alderen 19 - ca 75 år. Behandlingsreisers team består av hudlege, avdelingssykepleier, 3 sykepleiere og idrettspedagog.

Engasjementet er todelt; første periode fra 05.09 til og med 07.12 og andre periode fra 05.01 til og med 05.06 2013.
Sykepleier er medansvarlig for forberedelse og mottak av brukergrupper, samt oppfølging av rutiner og prosedyrer.

Kontaktinfo:
Åse Lindrupsen, seksjonsleder, tlf. 22 06 78 51 / 909 12 977
Marie Hamilton Larsen, sykepleiefaglig rådgiver, tlf. 913 21 527
Referansenr: 1295886740 **Søknadsfrist: 26.02.2012**

Jobbnorge.no

For fullstendig annonse og elektronisk søknadsskjema se: www.oslo-universitetssykehus.no

Oslo universitetssykehus eies av Helse Sør-Øst og består av blant annet Aker sykehus, Ullevål sykehus, Rikshospitalet og Radiumhospitalet. Oslo universitetssykehus leverer spesialisthelsetjenester og ivaretar både lands-, regions- og lokalfunksjoner. Sykehuset er landets største med over 20 000 ansatte og har et budsjett på 17 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for en betydelig andel av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.

Akershus universitetssykehus

UNIVERSITETET I OSLO

Akershus universitetssykehus HF (Ahus) er lokal- og områdesykehus for 460 000 innbyggere fordelt på Romerike, Follo, tre bydeler i Oslo og Rømskog. Om lag 8 000 medarbeidere leverer spesialisthelsetjenester innen somatiske helsetjenester, psykisk helsevern og rus. "Menneskelig nær - faglig sterk" er vårt verdigrunnlag og ledestjerne.

Medisinsk divisjon, Hjerteovervåkningen

Intensivsykepleiere/ spesialsykepleiere

Kirurgisk divisjon, Sentraloperasjon

Seksjonssykepleier

Opr.sykepleier m/drifts- og koordineringsansvar

Operasjonssykepleier

Les mer om stillingene på www.ahus.no

www.ahus.no

HELSE SØR-ØST

FORNEBUKLINIKKEN
Senter for Kosmetisk Kirurgi

Oslo universitetssykehus

Har du lyst til å jobbe på en av landets mest spennende intensivavdelinger? Barneintensiv, Rikshospitalet, øker i aktivitet og trenger derfor flere medarbeidere.

Spesialsykepleiere

Barneintensiv yter høyspesialisert intensivmedisin til barn fra 0-16 år. Seksjonen ivaretar akutt- og kritisk syke pasienter med diagnoser som f. eks, respirasjonssvikt, sirkulasjonssvikt, leversvikt, sepsis, cerebrale blødninger, hjertestans og nær-drukninger. Barneintensiv ivaretar pasienter fra eget sykehus, men mottar også en stor andel pasienter fra andre sykehus. Vi har landsfunksjon for bl,annet levertransplantasjoner, leverdialyse og ECMO. Barneintensiv mottar også noen post -operative pasienter etter langvarig spesialisert kirurgi. Seksjonen har 9 senger og hadde 1100 respiratordøgn i 2011.

Barneintenisvseksjonen er organisert i akuttklinikken i OUS. Intensivavdelingene i OUS samarbeider tett.

Barneintensiv er en oversiktelig seksjon med svært godt arbeidsmiljø og meget kompetente medarbeidere som alle har spesialutdanning. Seksjonen har stor bredde, og svært spennende pasientkategorier. Vi fokuserer på kvalitet og prioriterer fagutvikling. Her vil du få mulighet til å utvikle deg som spesialsykepleier. Ikke nødvendig med barne-erfaring. Vi har eget nyansattprogram med tilpassede kurs. Individuelt tilpasset opplæring med kontaktsykepleier og fagutviklingssykepleier. Vi praktiserer defusing og gjennomfører jevnlig debrifing. Seksjonen samarbeider tett med faste barneanestesileger. Vi har et godt tverrfaglig samarbeid med BUP, fysioterapitjenesten og prestetjenesten.

Spesialsykepleieren er ansvarlig for å ivareta seksjonens intensiv-pasienter og håndtering av medisinsktekninsk utstyr knyttet til intensivbehandlingen. Spesialsykepleierne i seksjonen samarbeider tett og har en viktig koordineringsfunksjon i forhold til forskjellige spesialister og annet samarbeidende personell. En viktig, og spennende, del av jobben er å ivareta pårørende.

Lurer du på om dette er noe for deg så er du velkommen til en samtale, omvisning eller hospitering.

Kontaktinfo:
- Seksjonsleder Heidi Ugreninov, tlf. 23 07 28 43, hugrenin@ous-hf.no

Kvalifikasjoner
- Sykepleier med spesialutdanning.
- Erfaring fra intensivavdeling og respiratorkompetanse er nødvendig.
- Barneerfaring er ikke nødvendig.

Utdanningsretning
- Utdanningstittel: Spesialsykepleier

Vi tilbyr
- Faglig utfordrende og spennende jobb i et hektisk intensivmiljø
- Meget dyktige medarbeidere som alle er spesialsykepleiere og en stor andel er også kliniske spesialister
- Kontaktsykepleier så lenge du trenger det!
- Arbeidstid 35,5timer i uka, med arbeid hver tredje helg
- Flexiturnus
- For tiden lav nattevaktbelastning
- Seksjonen har innført power nap på nattevakter
- Prioriterer fagutvikling. Kan tilby deltagelse i klinisk stige
- Meget godt arbeidsmiljø preget av åpenhet, samarbeid og samhold
- Seksjonen har innført fast defusing og tilbyr regelmessig debrifing
- Lønn etter avtale

Personlige egenskaper
- Strukturert
- Selvstendig
- Gode samarbeidsevner
- Fleksibel
- Personlig integritet og egnethet
- Faglig dyktig og inneha evne til å yte profesjonell intensivsykepleie
- Engasjement for faget

Andre opplysninger
- Stillingsbrøk: 100% fast og vikariater
- Antall stillinger: 7
- Startdato for ansettelse/vikariat/engasjement: DD

Jobbnorge.no

www.oslo-universitetssykehus.no

Oslo universitetssykehus eies av Helse Sør-Øst og består av blant annet Aker sykehus, Ullevål sykehus, Rikshospitalet og Radiumhospitalet. Oslo universitetssykehus leverer spesialisthelsetjenester og ivaretar både lands-, regions- og lokalfunksjoner. Sykehuset er landets største med over 20 000 ansatte og har et budsjett på 17 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for en betydelig andel av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.

Helse Førde HF yter spesialisthelsetenester til dei 107 500 innbyggjarane i Sogn og Fjordane. Føretaket er i stadig utvikling for å gjere tilbodet best mogeleg innanfor dei rammene styresmaktene set og brukarane forventar. Helse Førde har sjukehus og psykiatrisk institusjonar i seks kommunar og ansvar for ambulansetenesta. Talet på tilsette er om lag 2300, og budsjettet er på to milliardar kroner. Føretaket er organisert i 4 klinikkar. Det er det statlege Helse Vest RHF som eig Helse Førde.

Helse Førde skal så langt som råd avspegle mangfaldet i befolkninga. Det er difor eit personalpolitisk mål å oppnå ein balansert alders- og kjønnssamansetnad, og å rekruttere kvalifiserte personar med innvandrarbakgrunn.

KIRURGISK KLINIKK, AVDELING FOR AKUTTMEDISIN, AAM FSS INTENSIV søkjer:

Intensivsjukepleiar

Vi har ledig følgjande stillingar:
Sommarvikariat for kortare og lengre periodar. ref nr 1311911991
Søknadsfrist: 16.03.2012

1 vikariat i tida snarast - 31.08.2012. ref nr 1240314383
1 vikariat i tida 05.03.2012 - 12.07.2013. ref nr 1240314383
Søknadsfrist: 23.02.2012

Arbeidsstad Førde Sentralsjukehus.
For stillingane krevst det dokumentert autorisasjon
Søkarar utanfor Skandinavia må dokumentere kunnskap i norsk skriftleg og munnleg

Kvalifikasjoner
- Spesialutdanning i intensivsjukepleie, alternativt anestesi.
- Off godkjend sjukepleiar med erfaring frå intensiv avd kan også søkje.
- Må beherske norsk skriftleg og munnleg

Kontaktperson: oversjukepleiar Gry Aase Alnes, tlf. +47 57839080
For å lese meir og for å søke på stillingane: www.helse-forde.no

Helse Førde

Helse Førde HF yter spesialisthelsetenester til dei 107 500 innbyggjarane i Sogn og Fjordane. Føretaket er i stadig utvikling for å gjere tilbodet best mogeleg innanfor dei rammene styresmaktene set og brukarane forventar. Helse Førde har sjukehus og psykiatrisk institusjonar i seks kommunar og ansvar for ambulansetenesta. Talet på tilsette er om lag 2300, og budsjettet er på to milliardar kroner. Føretaket er organisert i 4 klinikkar. Det er det statlege Helse Vest RHF som eig Helse Førde.

Helse Førde skal så langt som råd avspegle mangfaldet i befolkninga. Det er difor eit personalpolitisk mål å oppnå ein balansert alders- og kjønnssamansetnad, og å rekruttere kvalifiserte personar med innvandrarbakgrunn.

PSYKISK HELSEVERN / PSYKIATRISK KLINIKK søkjer:

Spesialkonsulent rus

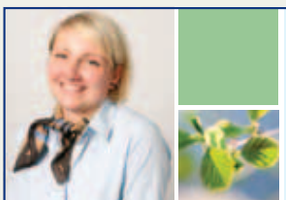
Psykiatrisk poliklinikk, Førde har ledig 100% fast nyoppretta stilling som spesialkonsulent rus frå snarast.
Referansenummer: 1291503914

Kontaktperson: Koordinator Harald Munkvold, 57839470. Direktør Ole Christian Reusch, (+47) 57839457. seksjonsleiar Lillian Sætre, 57839175.

Søknadsfrist: 05.03.2012

For å lese meir og å søkje på stillinga: www.helse-forde.no

Helse Førde



Apotek1 er Norges største apotekkjede med 264 apotek og nærmere 3000 dyktige medarbeidere. Apotek1 er Norges sterkeste apotekmerkevare. Selskapet distribuerer og selger alle typer reseptbelagte og reseptfrie legemidler, samt et bredt utvalg av kvalitetssikrede helse- og velværeprodukter. Apokjeden AS har de seneste årene hatt en svært god utvikling og vekst, og omsetter for 6,5 mrd. kr. På kjedekontoret i Lørenskog holder vi til i nyoppussede moderne lokaler, 15 minutter med bil fra Oslo sentrum. Apotek1 eies av Apokjeden AS, som også eier legemiddelgrossisten Apokjeden Distribusjon. Apokjeden AS eies av Tamro , som inngår i Phoenix-konsernet og er Europas ledende legemiddelgrossist.

KATEGORISJEF MEDISINSK FORBRUKSMATERIELL

Medisinsk forbruksmateriell er en stor og viktig kategori som inkluderer alt av medisinsk utstyr.

Kategorisjef får budsjett- og resultatansvar for egne varekategorier innenfor dette området, dvs. ca. 30 leverandører og et høyt antall produkter. Du får ansvaret for drift og utvikling av kategoriene, leverandørkontakt og leverandørutvikling, herunder forhandling av leverandøravtaler . For øvrig jobber du tett med flere interne avdelinger i organisasjonen, for å bidra til at Apotek 1 skal være kundens førstevalg ved kjøp av denne type produkter. Du vil være en ressursperson for apotek med din kompetanse.

Vi søker deg som er resultatorientert, løsningsorientert og kreativ. Du må like å jobbe i høyt tempo, ha stor beslutnings- og gjennomføringsevne , øye for detaljer og samtidig ha evne til å se helheten. Videre må du ha gode samarbeidsevner og fokus på kommunikasjon. Du vil jobbe i team som rapporterer til innkjøpssjef for OTC/Handelsvarer.

Søkere fra bransjen som har erfaring med produktene, eller søkere som har jobbet i helsevesenet, fortrinnsvis autorisert sykepleier, vil bli foretrukket. Videre er det ønskelig at du har bakgrunn fra kategoriarbeid eller salg.

Vi tilbyr deg å jobbe for en kunnskapsbedrift med høy kompetanse. Vi har et trivelig miljø og setter kunden i fokus.

Søknadsfrist: 12. februar 2012

TALENT GALLERY

Vil du vite mer om stillingen, kontakt Partner Eirik Skaftnes på tlf 91 32 41 72 i Scandinavian Search Group.
Søknad og CV m/bilde sendes innen 12.02.2012 til es@ssg-nordic.com. Søknader behandles konfidensielt og fortløpende.

APOTEK 1
Vår kunnskap - din trygghet

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

Universitetssykehuset har ledig følgende stillinger:

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er et universitetssykehus som tilbyr befolkningen i den nordligste landsdel medisinsk spisskompetanse av høy kvalitet. Samtidig er UNN lokalsykehus for Troms og deler av Nordland. Foretaket har 5800 ansatte. Virksomheten skal bygge på kvalitet, trygghet, respekt og omsorg.

- **OPERASJONSSYKEPLEIERE, Operasjons- og intensivklinikken.** Faste stillinger og vikariater ved K3K-seksjonen og nevro/orto-seksjonen. **Kontakt:** K3K–seksjonen: Ingvild Sørbø Kleppa, tlf. 77 62 79 10 eller Eli Wang, tlf. 77 66 98 94. Nevro/ortoseksjonen: Edel Straumsgård, tlf. 77 66 94 32 eller linda Solbakken, tlf. 77 62 77 85.
- **SYKEPLEIERE, Hjerte- og lungeklinikken.** Vikariater ved Hjertemedisinsk sengepost/utredning. **Kontakt:** Unni Lorentzen, tlf. 77 62 68 81 eller Ann Jorunn Johansen, tlf. 77 62 80 71.
- **SYKEPLEIERE OG SPESIALSYKEPLEIERE, Hjerte- og lungeklinikken.** Faste stillinger og vikariater for sykepleiere med minimum 2 års erfaring og spesialsykepleiere i intensiv- og anestesisykepleie. **Kontakt:** Joakim Sjøbeck, tlf. 77 66 92 90 eller Ann Jorunn Johansen, tlf. 77 62 80 71.
- **SYKEPLEIERE, Medisinsk klinikk.** Ferievikariater ved Gastro/nyre/geriatrisk, Infeksjonsmedisin, Hematologisk/endokrinologisk og Hemodialyse. **Kontakt:** Siri Pedersen (geriatri), tlf. 77 62 68 82, Marit Lorentzen (gastro/nyre), tlf. 77 62 69 04, Hege Benonisen/Tone Cecilie Jensen (infeksjon), tlf. 77 62 68 79, Marit Bergh (hematologi/endokrinologi, tlf. 77 62 69 01 eller Rita I. Johansen, tlf. 77 62 68 57.
- **SEKSJONSSYKEPLEIER, Medisinsk klinikk.** Svangerskapsvikariat ved Geriatrisk seksjon, Sykepleiavdelingen. **Kontakt:** Anne-Grethe Johnsen, tlf. 77 66 93 74.
- **SYKEPLEIERE, Rehabiliteringsklinikken.** Ferievikariater uke 25 - 34 ved Rehabiliteringsmedisinsk døgnenhet, Tromsø. **Kontakt:** Arne Wilhelmsen, tlf. 77 62 80 43/948 78 185 eller Birgit Henriksen, tlf. 77 66 97 29/941 49 080.

Fullstendig annonsetekst, e-postadresser og søknadsfrister m.m. finnes på www.unn.no/jobbsok – Se også www.jobbnorge.no. Søknad sendes elektronisk via en av disse sidene.
Har du problemer med å sende elektronisk søknad, kontakt Jobbnorges kundeservice, tlf. 75 54 22 29.
Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!

Jobbnorge.no

Er du god å snakke med?

Lyst til å være noe for andre og utvikle deg selv på noe som du allerede er god på?

Vil du bli frivillig medarbeidere hos oss?
Inntakskurs starter 6. mars 2012. Sjekk www.kirkens-sos.no/oslo eller ring oss på 22 57 89 00, eller kontakt oss på epost: kirkenssos.oslo@bymisjon.no for mer info og søknadsskjema for opptak som frivillig. **Vi trenger deg!**

KIRKENS BYMISJON

Kirkens SOS i Oslo

Sykehuset Telemark

Sykepleiere og sykepleierstudenter

Kirurgisk og medisinsk sengeenhet Notodden

- 75 % fast stilling x 3
- 75 % vikariat x 3, 1 års varighet
- 50 % vikariat med mulighet til å øke til 75 %, 1 års varighet

I tillegg til sykepleiere, har vi også behov for sykepleierstudenter som kan jobbe helger og ferier.

Felles kirurgisk og medisinsk sengeenhet med 38 senger er en spennende avdeling med fokus på tverrfaglig behandling.

Kontakt enhetsleder Jorunn Selsvik eller hennes stedfortreder Silje Gjuv, begge på tlf. 35 02 13 26 eller seksjonsleder Anne Olaug Aase, tlf. 35 02 11 66.

Vi ber om at du benytter vårt elektroniske søknadssystem - se fullstendig utlysningstekst på www.sthf.no.

Søknadsfrist: 19.02.12.

ST – en del av foretaksgruppen HELSE SØR-ØST

Jobbnorge.no

UTLYSNING AV MIDLER TIL
KREFTKOORDINATOR-STILLINGER

Kreftforeningen vil bidra til å styrke koordinering av kreftomsorgen i kommunene, og utlyser midler til kreftkoordinatorstillinger. Rammen for utlysningen er på 30 millioner kroner.

Søknadsfrist 12. mars 2012.

Se utlysningstekst og søknadsinformasjon på **www.kreftforeningen.no.**

Kreft foreningen

Moskenes kommune

LOFOTEN - *Et hav av muligheter*

Tusenvis av øyer, steile fjell, levende fiskevær, rorbuer og lofotfiske venter på deg!

Moskenes sykehjem og rehabiliteringssenter har 22 institusjonsplasser og er samlokalisert med hjemmebaserte tjenester. 8 ukers turnus med helgarbeid. Følgende stillinger er ledige:

SYKEPLEIERE, stillingskode 7174:

- 2 x 100 % fast stilling

Stillingenes arbeidsområde vil omfatte sykehjemmet og hjemmetjenesten. Søkeren må ha førerkort klasse B.

Fullstendig utlysing med kontaktpersoner samt elektronisk søknadsskjema finner du på www.jobbnorge.no - Søknadsfrist: 01.03.2012

Jobbnorge.no

NSF LSL NSFs LANDSGRUPPE AV SYKEPLEIELEDERE

Ønsker å invitere sykepleieledere og andre som interesserer seg for ledelse innen helsesektoren til Stavanger 3.–4. MAI 2012.

Tema for konferansen vil være

«Ledere i Norden – hvordan er vi?»

Foreleserne har tema som spenner fra filosofi, økonomi, organisering, motivering med mer – der alle har hovedtema som bakgrunnsteppe. Dette gir en spennende sammensetning av forelesningstemaer som vi tror nordiske ledere vil oppleve som spennende og inspirerende.

LINN's formål er å dele kunnskap, kompetanse og erfaring innen ledelse og organisering på tvers av de nordiske landene.

Konferansen avholdes annethvert år i hvert medlemsland, i år er det i Stavanger.

For programinfo/poster og påmelding: www.sykepleieledere.com

unicare omsorg

Sykepleien øker!

Treff 202 000 lesere som i snitt bruker 58 minutter på bladet!

Sykepleien

Invester i deg Selv dette året!

Bli med på en reise for kropp, sjel og ånd i et gammelt kloster i Trevi – Italia.

Mindfulness – Medisinsk Qigong – Akupunktur – Meditasjon
Fordypning og virksomt energiarbeid

For mer info:
kariboe@bbnett.no, 41 04 59 65
jette@sentrum-fysioterapi.no, 97 67 25 91

Jobbnorge.no

UNIVERSITETET I TROMSØ UiT

Nasjonal konferanse
Harstad/Bjarkøy 14.-15. juni 2012

LEGEVAKT, AKUTTMEDISIN OG SAMHANDLING I DISTRIKTENE

Arrangør:
Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) ved Universitetet i Tromsø, akuttmedisinsk klinikk ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) og Akutteamet i Bjarkøy kommune.

Tid: Torsdag 14. - fredag 15. juni 2012
Sted: Grand Nordic Hotell Harstad

Program:
Konferansen vil presentere og drøfte framtidige modeller for organisering av legevakt og akuttmedisinsk samhandling og teamtrening. Man vil ha særlig fokus på utfordringene i distriktskommuner og grisgrendte strøk. Det vil bli mange korte presentasjoner, rikelig tid til diskusjon og to paneldebatter der nøkkelpersoner fra statlige helsemyndigheter, Kommunenes sentralforbund, Legeforeningen og Sykepleierforbundet vil delta. Nærmere opplysninger, detaljert program og link til elektronisk påmelding finnes her: www.nsdm.no.

Målgruppe:
Leger, sykepleiere, ambulansefagarbeidere og andre personellgrupper som er involvert i organisering og kvalitetssikring av legevakt og akuttmedisinsk arbeid.

Sosialt program/utflukter:
Det vil bli eventyrlige utflukter til Bjarkøy og øyriket omkring med innlagte måltider og rikelig mulighet for uformelle faglige diskusjoner.

Konferanseavgift:
Påmelding før 28. mars kr 2.900, etter 28. mars kr 3.500.

Beløpet inkluderer lunsj, kaffe, te og frukt over to møtedager samt festmiddag og transport tur/retur, Røkenes gård. Konferanseavgiften og egenandel ved utflukter er subsidiert av NSDM og Akutteamet i Bjarkøy.

uit.no/tavla

jobbnorge.no

Master i klinisk sykepleie

Høgskolen i Bergen tilbyr del 1 av master i klinisk sykepleie:

Videreutdanning i diabetessykepleie 60 stp

Del 1 av master i klinisk sykepleie er et deltidsstudium over 3 semestre.

Fullført del 1 av diabetessykepleie kvalifiserer for videre studier i Del 2 av klinisk master (totalt 120 stp).

Søknadsfristen er 1. mars 2012

Mer informasjon på www.hib.no/studier

Kontaktperson: miv@hib

OPPTAKSKONTORET:
Telefon 55 58 75 04
opptak@hib.no

HØGSKOLEN I BERGEN

Den nasjonale nettverkskonferansen i kunnskapsbasert praksis

– Implementering og brukermedvirkning

Bergen 23.-24. april 2012

Konferansen
- fokuserer på kunnskapsoverføring i praksis
- fokuserer på brukermedvirkning
- forsterker det nasjonale nettverket innen kunnskapsbasert praksis

Vil du bidra med ditt prosjekt? Send inn abstrakt innen 20. februar til **kunnskapsbasert@hib.no**

Påmelding innen 1. mars
Mer informasjon på nettsidene **www.hib.no/senter/kunnskapsbasert**
www.facebook.com/kunnskapsbasert

UNIVERSITETET I TROMSØ UiT

MASTER I HELSEFAG

120 studiepoeng

Universitetet i Tromsø tilbyr mastergradsstudium i helsefag for for ergoterapeuter, fysioterapeuter, radiografer, sykepleiere, vernepleiere og pedagoger. Følgende studieretninger tar opp studenter i 2012:

- **Flerfaglig studieretning**
- **Studieretning i helsesøsterfag**
- **Studieretning klinisk nevrologisk fysioterapi – fordypning barn og voksen**
- **Studieretning i psykisk helse – fordypning i psykisk helsearbeid og i relasjons- og nettverksarbeid**
- **Studieretning i helse- og omsorgstjenester til eldre**

De første 80 studiepoeng av studieretningene helsesøsterfag, psykisk helse og helse- og omsorgstjenester til eldre gir kompetanse i henhold til rammeplan for de aktuelle videreutdanningene.

Studieretning psykiatrisk og psykosomatisk har neste oppstart høsten 2013.

Søknadsfrist: 15. april 2012
Oppstart august 2012

Nærmere opplysninger om opptakskrav, oppbygging og innhold finnes på http://www2.uit.no/ikbViewer/page/studiesokere eller ved henvendelse til Institutt for helse- og omsorgsfag, tlf. 77 64 48 62 eller tlf. 77 64 52 66.

Din søknad registrerer du her: http://uit.no/sokweb.

uit.no/tavla

jobbnorge.no

Vi søker sykepleiere og Jordmødre.... til Mellomøsten og Australia

Har du lyst til å reise ut i verden med ditt fag-område, få internasjonal erfaring og spennende opplevelser? Vi kan tilby deg utstasjonering i et år om gangen. Vi matcher deg med den rette arbeidsgiver, sikrer deg gode arbeidsvilkår og hjelper med praktiske forberedelser.

Du passer inn i vårt team...
hvis du har høy faglig kompetanse, faglig stolthet, høyt arbeidstempo, presisjon i arbeidet, og har en dynamisk, energisk og omsorgsfull personlighet.

Er du interessert?
Kontakt oss på tlf 0045 45 540 540
eller send e-mail til info@powercare.dk

POWERCARE A/S
Sønderhøj 16, 1.
DK-8260 Viby
Tlf. (+45) 45 540 540
info@powercare.dk
www.powercare.dk

MEDIC STAFF BY POWERCARE

DRØMMER DU OM Å BLI HUDPLEIER?

Vi tilbyr egen hudpleieutdanning for sykepleiere på høgskolenivå. Studiestart 26.03.12 – 15 studiepoeng.

Les mer på www.senzie.no

senzie akademiet

MEDIYOGA
- medisinsk yoga

Utdannelse for helsepersonell.
OSLO - TRONDHEIM - STAVANGER

mediyoga.com **+46 85 40 882 80**

NORSK SYKEPLEIERFORBUND

INNOVASJON – TRUSSEL ELLER MULIGHET?

Vær med å forme morgendagens helsetjeneste

27. mars arrangerer Norsk Sykepleierforbunds fylkeskontor i Oslo og Akershus gratis fagseminar for sine medlemmer i Oslo kongressenter, Folkets Hus. Velkommen til et inspirerende fagseminar med gode foredrag og interessante forelesere!

Meld deg på innen 9. mars
For mer informasjon og påmelding, se vår hjemmeside www.sykepleierforbundet.no, under kurs og konferanser. Du vil få en bekreftelse på mail som kan brukes som vedlegg til søknad om permisjon.

HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Trenger du mer kunnskap?

Ta en videreutdanning ved Fakultet for helsefag

- Anestesisykepleie
- Barnesykepleie
- Epilepsi og rehabilitering
- Faglig ledelse for sykepleiere
- Intensivsykepleie
- Kunnskapsbasert praksis i helsetjenesten
- Operasjonssykepleie
- Personalledelse for helse- og sosialsektoren
- Kardiologisk sykepleie
- Kreftsykepleie
- Psykisk helsearbeid
- Psykisk lidelse og utviklingshemming
- Sexologi og funksjonshemming

Søknadsfrist: se hioa.no/studier

Nærmere yrket du vil ha.

Sykepleiere - helsepersonell

Ressurssenteret Villa Sana

Forebygging av utbrenthet

- **Tredagerskurs**
  - Nullstille for å omstille
  Kursuker: 10, 16 og 37
  (onsdag til fredag)
- **Individuell rådgivning**
  - stress og slitenhet
  En dag fra 9.30 - 15.00

Kursledere:
SIGRID HOLM LARSEN, *kl.spes. i psykiatrisk sykepleie.*
RANDI-ANN RAKE HOFFART, *kl.spes. i psykiatrisk sykepleie.*

For mer info og påmelding
på www.modum-bad.no eller 32 74 98 89

MODUMBAD

UiO : Universitetet i Oslo

Studentopptak høst 2012

Master i helsefagvitenskap

Kunnskapsdepartementets utdanningskvalitetspris 2011

Avdeling for helsefag tilbyr Master i helsefagvitenskap (120 sp). Studiet er særlig velegnet for studenter med interesse for forskning og fagutvikling innenfor et bredt spekter av temaområder knyttet til klinisk virksomhet og teoriutvikling for helsefagene. Studiet gir en grundig innføring i helsefagenes teorigrunnlag og forskningsmetoder.

Målgruppe: Sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, vernepleiere og andre med helse- og samfunnsfaglig bakgrunn.

Opptakskrav: Bachelorgrad, cand.mag.-grad eller tilsvarende utdanning av minimum180 sp. Utdanningen skal ha følgende sammensetning: - Treårig grunnutdanning på høgskole innenfor fysioterapi, ergoterapi, sykepleie, vernepleie *eller* - til sammen 180 sp innen helse- og samfunnsfag. Utdanningen må totalt inneholde minimum 30 sp i naturvitenskapelige og minimum 30 sp i samfunnsvitenskapelige emner *eller* - andre dokumenterte kvalifikasjoner som kan godkjennes som likeverdig med utdanning nevnt ovenfor.

Organisering: Heltid 2 år/deltid 3 år. Studiestart august 2012.

Søknadsfrist: 1. mars 2012

Studieplan, søknadsskjema og mer informasjon:
www.uio.no/studier/program/helsevit-master/

Lyst på faglig påfyll?

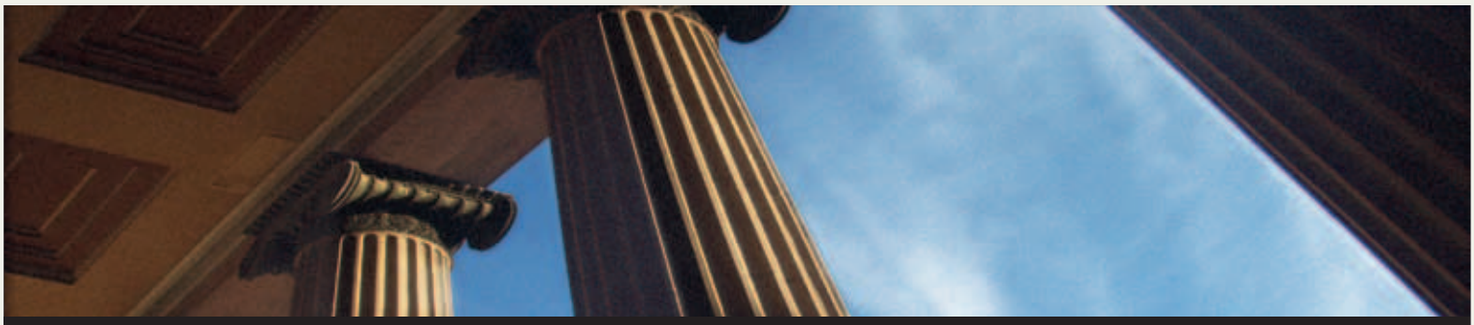
Ta videreutdanning!

Høgskolen i Hedmark, avdeling for folkehelsefag har følgende videreutdanningstilbud med oppstart høst 2012:

- Videreutdanning i kreftsykepleie
- Videreutdanning i rus, avhengighet og psykiske lidelser
- Videreutdanning i eldreomsorg
- Videreutdanning i psykisk helsearbeid heltid/deltid
- Master i psykisk helsearbeid
- Master i folkehelsevitenskap

Søknadsfrist 1.mars 2012. Les mer på www.hihm.no

Høgskolen i **Hedmark**



UiO er Norges største kunnskapsinstitusjon med 7.094 ansatte og 27.600 studenter.
UiO er Norges fremste allmennvitenskapelige universitet, med nasjonalt ledende og internasjonalt vel anerkjente fagmiljøer – og en viktig samfunnsaktør.

UiO : Universitetet i Oslo

Universitetet i Oslo
Det medisinske fakultet
Institutt for helse og samfunn
Avdeling for sykepleievitenskap

Studentopptak høst 2012
Master i sykepleievitenskap

Masterstudiet i sykepleievitenskap sikter på å kvalifisere utdannede sykepleiere til å ta ansvar for endring i praksis og utdanning gjennom fagutvikling og deltakelse i forskning. Studiet kvalifiserer til opptak på ph.d. studier og det legges vekt på å utvikle og støtte egnede kandidater til å gå videre med doktorgradsstudier.

Studiet foregår ved Avdeling for sykepleievitenskap (ASV) som er en av seks avdelinger på Institutt for Helse og Samfunn ved Det medisinske fakultet. ASV har tilbudt høyere utdanning i sykepleie siden 1985. Avdelingen har god internasjonal vurdering og driver med forskning, publisering og formidling på et høyt nivå. Forskningen ved avdelingen er organisert i grupper og spenner over problemstillinger i både spesialist- og kommunehelsetjenesten, og i utdanningsfeltet. Vi legger stor vekt på å trekke våre studenter med inn i pågående prosjekter.

Se linken: www.med.uio.no/helsam/om/organisasjon/avdelinger/sykvit .

Studiested i nærheten av Oslo universitetssykehus, Ullevål.

Grunnlag for opptak til mastergraden er oppnådd bachelorgrad i sykepleie/ cand.mag. grad med sykepleie grunnutdanning, eller tilsvarende. Veiet gjennomsnitt av karakterene fra grunnutdanningen må være C eller bedre.

Det kreves generell studiekompetanse, god språkmestring og offentlig godkjenning som sykepleier i Norge. Normert studietid er 2 år på full tid. Studiet kan gjennomføres som deltidsstudium på inntil 4 år.

Søknadsfrist 1. mars 2012

For søknadsskjema og ytterligere informasjon om studieprogrammet, se: www.uio.no/studier/program/sykepleievit-master

Her kan søknadsskjema fylles ut elektronisk eller lastes ned.
Ved elektronisk søknad må vedlegg ettersendes innen 1. mars 2012.

Søknader og vedlegg sendes til:

Institutt for helse og samfunn
Avdeling for sykepleievitenskap
Postboks 1130 Blindern
0318 Oslo
Merk konvolutten Opptak sykepleievitenskap

Besøksadresse:
Nedre Ullevål 9, (Stjerneblokka)
0850 Oslo

Telefon: +47 22 85 05 50
Telefaks: +47 22 85 05 90
e-post: sykvit-studieinfo@helsam.uio.no
Nettadresse: www.med.uio.no/helsam/om/organisasjon/avdelinger/sykvit

Universitetet i Oslo
Det medisinske fakultet
Institutt for helse og samfunn
Avdeling for sykepleievitenskap

Studentopptak høst 2012
Master i avansert geriatrisk sykepleie

Studieprogrammet gir erfarne sykepleiere klinisk spesialisering og faglig videreutvikling innenfor geriatri. Dette fagområde blir stadig viktigere i det norske samfunnet, siden antall eldre over 80 år fortsetter å øke. Studiet er deltid, slik at det er mulig å kombinere med jobb.

Hensikten med studiet er å utdanne avanserte kliniske sykepleiere til arbeid med eldres helse- og sykdomsutfordringer, med primært fokus på de kommunale helsetjenestene.Studiet kvalifiserer til opptak på ph.d. studier.

Studiet foregår ved Avdeling for sykepleievitenskap (ASV) som er en av seks avdelinger på Institutt for Helse og Samfunn ved det Medisinske fakultet. ASV har tilbudt høyere utdanning i sykepleie siden 1985. Avdelingen har god internasjonal vurdering og driver med forskning, publisering og formidling på et høyt nivå. Forskningen ved avdelingen er organisert i grupper og spenner over problemstillinger i både spesialist- og kommeunehelsetjenesten, og i utdanningsfeltet. Vi legger stor vekt på å trekke våre studenter med inn i pågående prosjekter.

Studiested i nærheten av Oslo universitetssykehus, Ullevål.

Grunnlag for opptak til mastergraden er oppnådd bachelorgrad i sykepleie/ cand.mag. grad med sykepleie grunnutdanning, eller tilsvarende. Veiet gjennomsnitt av karakterene fra grunnutdanningen må være C eller bedre.

Det kreves generell studiekompetanse, god språkmestring, offentlig godkjenning som sykepleier i Norge og minimum tre års klinisk praksis i 100 % stilling eller tilsvarende. Studiet er organisert som et deltids-studium som kan gjennomføres på tre år. Man må regne med å studere på heltid i det første semesteret

Søknadsfrist 1. mars 2012

For søknadsskjema og ytterligere informasjon om studieprogrammet, se: www.uio.no/studier/program/geriatrisk-sykepleie-master

Her kan søknadsskjema fylles ut elektronisk eller lastes ned.
Ved elektronisk søknad må vedlegg ettersendes innen 1. mars 2012.

Søknader og vedlegg sendes til:

Institutt for helse og samfunn
Avdeling for sykepleievitenskap
Postboks 1130 Blindern
0318 Oslo
Merk konvolutten Opptak A.G.S.

Besøksadresse:
Nedre Ullevål 9, (Stjerneblokka)
0850 Oslo

Telefon: +47 22 85 05 50
Telefaks: +47 22 85 05 90
e-post: gersyk-studieinfo@helsam.uio.no
Nettadresse: www.med.uio.no/helsam/om/organisasjon/avdelinger/sykvit

Velkommen som søker!
For mer informasjon om å studere ved Universitetet i Oslo, se www.uio.no/studier/ og www.uio.no/livet-rundt-studiene/

ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

NSF FGD Landskonferanse 2012

GERIATRISK KOMPETANSE FOR FREMTIDENS ELDREOMSORG

15.-16. mars 2012
Radisson Blu Royal Garden, Trondheim

www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/geriatri-og-demens

Vi ønsker deg hjertelig velkommen til den første nasjonale konferanse om hjertet og hjernen

Konferansen vil dekke de viktigste temaer innen:

- Atrieflimmer
- Koronarsykdom hos TIA/hjerneslag-pasienter
- Ultralyd av cerebrale kar og hjerte
- Iskemisk hjertesykdom som årsak til cerebrale embolier
- Kryptogene hjerneinfarkter og hjertet
- Hjertepasienter og risikoen for hjerneslag
- Aterosklerose i proksimale cerebrale kar
- PFO og behandling
- Invasive kardiovaskulære undersøkelse og hjertekirurgi
- Oppdatering av hjerneslagbehandling

Konferansen er åpen for leger og sykepleiere
og vil finne sted på
Oslo Kongressenter 27. april 2012

FOR FULLT PROGRAM OG PÅMELDING:
www.hjertetoghjernen.no

AMBIO Helse AS støtter opp under kompetansehevingen i det norske helsevesenet gjennom fagutvikling, rekruttering og vikarformidling. AMBIO Helse AS er en del av AMBIO Gruppen som består av AMBIO Miljørådgivning, AMBIO Ingeniørtjenester, AMBIO Rekruttering og AMBIO Helse.

AMBIO HELSE
VI BRYR OSS

Introduksjonskurs for ufaglærte

Det går mot lysere tider – og i løpet av våren og sommeren vil mange ufaglærte få sin første jobb i primærhelsetjenesten. For å gi dem en så god start som mulig har vi utviklet et nettbasert introduksjonskurs.

Trygge medarbeidere gir økt tilfredshet både blant pasienter og kolleger, og hvem vet – kanskje frister jobben til utdanning? Kurset inneholder temaer som:

- Etikk
- Ernæring
- Hygiene
- Sykdomslære
- Lover og regler
- Organisering av arbeidsdagen
- Møtet med pasienten
- Observasjon og dokumentasjon
- Omsorg ved livets slutt

Se **www.helsekursportalen.no** for mer informasjon, eller kontakt kursansvarlig Johan på jct@ambio.no / 22 41 17 02

Sommervikarer

Vi i AMBIO Helse er i full gang med sommerplanleggingen – og mange av dere har allerede reservert sommervikarer hos oss.

Som alltid anbefaler vi å reservere vikarer så tidlig som mulig og heller avbestille hvis behovet viser seg å bli mindre enn fryktet eller egen rekruttering går bedre enn forventet.Hos oss kan du kostnadsfritt avbestille sommervikarer frem til og med 1. juni. Husk å ta høyde for sykefravær i løpet av sommeren så unngår vi unødvendig overtidsbelastning.

Besøk **www.ambio.no** for mer informasjon, eller kontakt oss på helse@ambio.no / 22 41 17 02

Sommer i Himalaya med Sykepleien

Munkeklostre, tibetansk kultur og majestetiske fjell i Nord-India. inkl. storbyopphold i Delhi! - med svensk eller norsk reiseleder, 10 dager

Bli med til "Lille Tibet" i Himalaya. Her ser du yakoksene fremdeles pløye jordene i de grønne dalene. Her snurrer buddhist-munkene fremdeles på sine bønnehjul slik de har gjort gjennom hundrevis av år. Her lever buddhismen og den tibetanske kulturen fremdeles i beste velgående.

Du seiler på elvene Indus og Zanskar og opplever de eldste, mest spennende og avsidesliggende klostre og små pittoreske landsbyer, for ikke å snakke om Himalayas blendende vakre landskap!

Senere fortsetter du til den sydende millionbyen Delhi, der eldgammel kultur blandes med britisk kolonikultur, og til Agra, der du kan besøke Agra Fort og det berømte kjærlighetsmonumentet Taj Mahal.

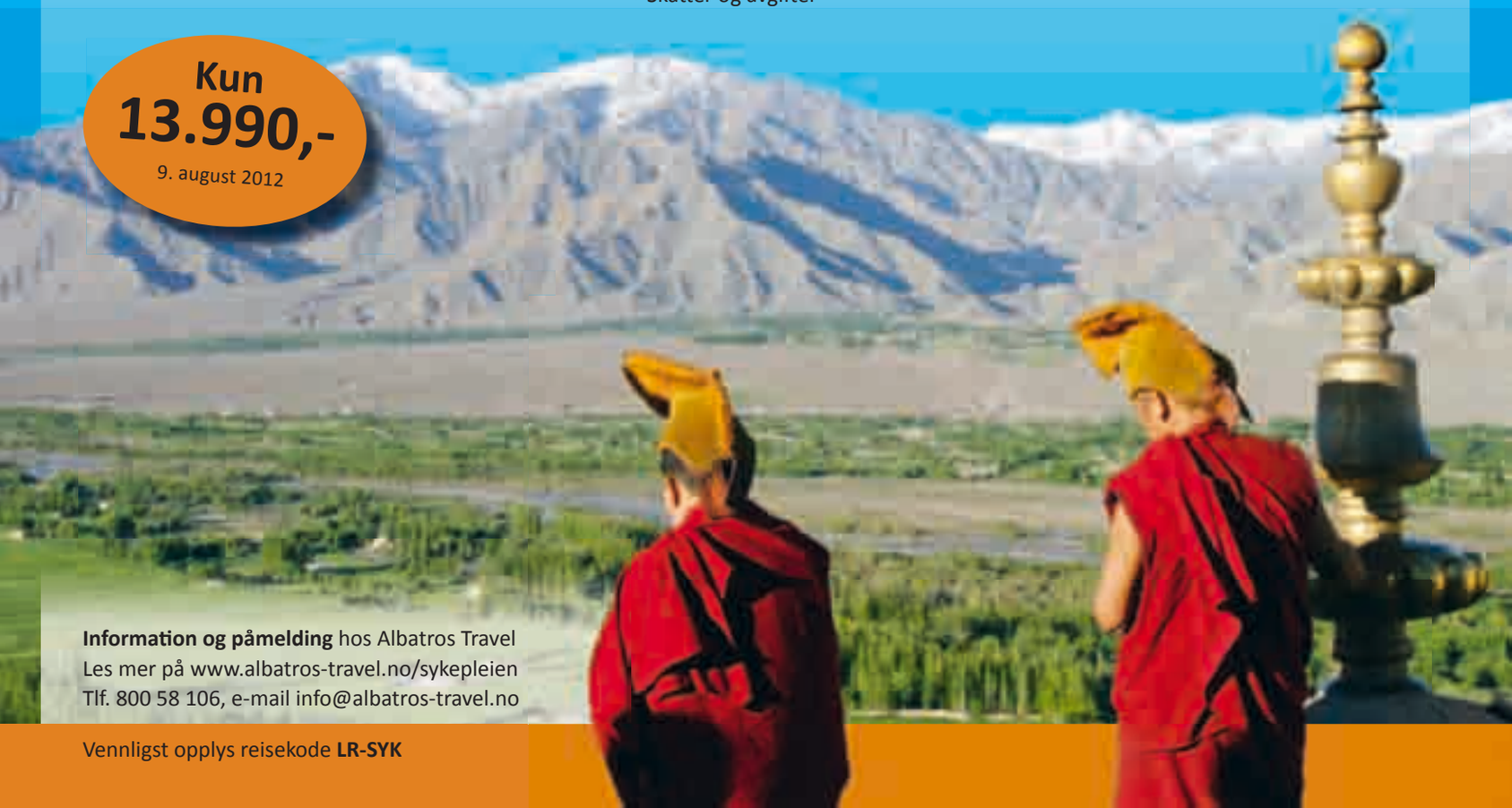
DAGSPROGRAM

Dag 1 Avreise til Delhi
Dag 2 Ankomst og rundtur i Delhi
Dag 3 Med fly til Lille Tibet
Dag 4 Sankar klostre og familiebesøk
Dag 5 Kloster-opplevelser i Tikse og Hemis
Dag 6 Båttur på Indus-elven og besøk i Alchi. Sykehusbesøk
Dag 7 Dagen til egne aktiviteter
Dag 8 Fly til Delhi. Sykehusbesøk
Dag 9 Utflukt til Taj Mahal
Dag 10 Hjemreise

Prisen inkluderer:
- Svensk eller norsk reiseleder
- Flyreise Oslo – New Delhi t/r
- Helpensjon på hele reisen
- 5 netters innkvartering på i delt dobbeltrom (Tillegg for enkeltrom, kr. 1.890,-)
- Utflukter og entreer ifølge program
- Skatter og avgifter

Albatros travel
Medl. DK RGF

Kun 13.990,-
9. august 2012



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**

Avsender
Sykepleien
Postboks 456 Sentrum
NO-0104 Oslo

B
NORGE P.P. PORTO BETALT
DISTRIBUERT AV POSTEN NORGE
posten

SABO
- når du vil merkes!

Hva skulle vi gjort uten tiden?

SABO - det miljøvennlige alternativet!

Miljøfyrtårn®

FLERE PRODUKTER OG BESTILLING PÅ WWW.SABO.NO