

Jordmor ønskes

Alene. Kvinner blir overlatt til seg selv i barseltiden. Det kan føre til ammetrøbbel og underernærte barn. **26**

● **Hva skjer**
Simuleringstrening gir bedre team. **20**

● **Sykepleie**
Ikke rom for pårørende. **48**

● **Påfyll**
Skeptisk til alternative sykepleiere. **70**

● **Meninger**
Turbulente år over for Merete N. Morken. **86**



BOLIGLÅNSRENTE FRA 2,8 %

Som medlem av Norsk Sykepleierforbund får du både ordinært boliglån og rammelån til samme gode rente: 2,9 %. Er du under 34 år, tilbyr vi deg Boliglån Ung (BLU) til enda lavere rente; 2,8 %.

Les mer på dnb.no/nsf eller kontakt oss på **04800** – hele døgnet, alle dager.

Priseksempler: Boliglån Ung (BLU): Effektiv rente 2,89 %, Lånebeløp 2 millioner o/25 år i DNB Boligkreditt. Totalt kr 2 798 247.
Boliglån: Effektiv rente 2,99 %, Lånebeløp 2 millioner o/25 år i DNB Boligkreditt. Totalt kr 2 829 159.
Rammelån: Effektiv rente 3,01 %, Lånebeløp 2 millioner o/25 år i DNB Boligkreditt. Totalt kr 2 835 159.
Prisene er per 07.01.2015 for nye lån og kan bli endret.



Nutricia er leverandør av veldokumentert sondeernæring som gjenspeiler et sunt og naturlig kosthold



Unik mysedominant **proteinsammensetning** med dokumentert raskere ventrikkeltømming for bedre toleranse.¹⁻⁵



Multi Fibre-blandingen MF6™ er en veldokumentert og patentert blanding av løselige og uløselige fibrer som reflekterer fibersammensetningen i et sunt kosthold. Fiber er gunstig for tarmfunksjonen.⁶⁻¹¹



Inneholder en blanding av 6 **karotenoider** fra naturlige kilder. Karotenoider har en positiv effekt på immunforsvaret og er en viktig bestanddel i frukt og grønnsaker. De positive effekter av karotenoider er mye av bakgrunnen for rådet om å spise 5 frukt og grønnsaker om dagen.¹²⁻¹⁹



Inneholder **fiskeolje (DHA og EPA)** som reduserer inflammatoriske komplikasjoner.²⁰⁻²³



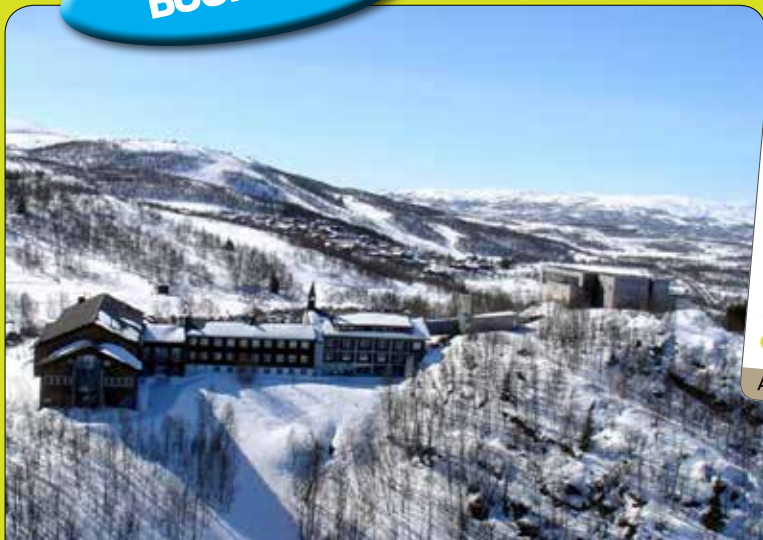
Referanser:

1. Montejo JC. Crit Care Med 1999;27:1447-53. 2. Mizock BA. Curr Gastroenterol Rep 2007;9:338-44. 3. Mentec H et al. Crit Care Med 2001;29:1955-61. 4. Boirie Y et al. Proc Natl Acad Sci USA 1997;94:14930-5. 5. Mahé S et al. Gastroenterol Clin Biol 1995;19:20-6. 6. Wierdsma NJ et al. Ned Tijdschr Dietisten 2001;56:243-7. 7. Silk DBA et al. Clin Nutr 2001;20:49-58. 8. Guimber D et al. Presented at ESPGHAN 2007. 9. Schneider SM et al. Clin Nutr 2006;25:82-90. 10. Trier, E. et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1999; 28: 595. 11. Hofman Z et al. Clin Nutr 2001; (Suppl 3): 63-64. 12. Vaisman N et al. Clin Nutr 2006;25:897-905. 13. Mayne ST et al. J Am Coll Nutr 2004;23:34-42. 14. Kritchevsky SB et al. J Nutr 1999;129:5-8. 15. De Waart FG et al. Int J Epidemiol 2001;30:136-43. 16. Greenberg ER et al. J Am Med Assoc 1996;275:699-703. 17. Henderson CT et al. J Am Coll Nutr 1992;11:309-25. 18. Berner Y et al. J Parenter Enteral Nutr 1989;13:525-28. 19. Bowen PE et al. J Parenter Enteral Nutr 1988;12:484-89. 20. Brenna JT et al. Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids 2009;80:85-91. 21. Calder PC. Braz J Med Biol Res 2003;36(4):433-446. 22. Kris-Etherton PM et al. Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids 2009;81:99-104. 23. ISSFAL (2004). Recommendations for intake of polyunsaturated fatty acids in healthy humans. Brighton, International Society for the Study of Fatty Acids and Lipids.

Risskov Bilferie nytt i Norge

Så billig, at du ikke har råd til å bli hjemme

BOOK NÅ



Vakkert høyfjellshotell som har gått i tre generasjoner over 50 år. Ved foten av Sør-Norges høyeste fjell, er Gaustablikk på 960 m.o.h.

🇳🇴 | Østlandet med Oslo

Vakre Rjukan & høyfjellsliv

Skinnarbu Høyfjellshotell ★★★

På hotellet hersker en avslappet og behagelig atmosfære og vertskapet gjør sitt ytterste for at du skal føle deg hjemme. Perfekt opphold for tur i marka & deilig fjell-liv.

- 2 x overnatt. m. frokostbuffé
- 2 x 3-retters middag
- 24t gratis kaffe
- Gratis internett
- Gratis parkering

SPAR OPP TIL 1.416,-

799,-

Ankomst: Inntil 29.05.15.



Lokalisert midt i hjertet av København finner man det moderne hotellet. Kronborg Slot ligger en kort utflukt unna, som er på UNESCO's liste over verdenskulturarv

🇩🇰 | København

Sentralt i København

Copenhagen Island ★★★★★

Opplev Copenhagen Island, en helt unik designperle beliggende i havneområdet i København. Den imponerende lyssettingen og det lekre interiøret danner noen flotte rammer rundt oppholdet.

- 2 overnatt. m. frokostbuffé
- 1 glass mousserende vin
- 1 forfriskning i baren
- 20 % rabatt på restaurant
- Gratis internett

Ankomst: Inntil 17.04.16. | Sesongtillegg fra kr. 50/døgn.



SPAR OPP TIL 833,-

999,-

Bestillingskode:
REISE



Kvitfjell Hotel har en fantastisk beliggenhet i Gudbrandsdalen med panoramautsikt over dalen og alpinbakkene i Kvitfjell. Hotellet ligger på mellomstasjonen, midt i bakken med ski-in ski-out.

🇳🇴 | Gudbrandsdalen

Herlige dager på fjellet

Kvitfjell Hotel ★★★

- 2 x overnatting
- 2 x frokostbuffé
- 1 x alkoholfri velkomstdrink
- Gratis internett
- Gratis parkering

Ankomst: Inntil 30.12.15

SPAR OPP TIL 489,-

659,-

Skiferie i Norge



Telemark strekker seg fra kyst til fjell, med store variasjoner i landskap og særpreg. Quality Straand Hotel & Resort ligger sentralt om du kommer fra Kr.sand/Stavanger/Oslo.

🇳🇴 | Østlandet med Oslo

Vakker ski-natur i Telemark

Quality Strand Hotel & Resort ★★★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 2 x 3-retters middag
- Gratis parkering
- Gratis internett

Ankomst: Inntil 17.04.15 | Sesongtillegg fra kr. 135 / døgn

SPAR OPP TIL 1.235,-

1.214,-

www.risskov.no
tlf. 32 82 90 00

- Vi finnes i Norge, Sverige, Danmark & Tyskland
- Over 700 hoteller i Europa til rabatterte priser
- Mer en 150.000 fornøyde kunder i 2014
- Personlig service fra vårt call - senter

RISSKOV
BILFERIE



FLYTIPS!
RYANAIR:
RYGGE - BERGAMO

Norges beste priser

Bestillingskode:
REISE



Opplev Italias sjarmerende & vakre omgivelser ved Gardasjøen
Hotellet har en unik takterrasse med panorama utsikt utover innsjøen.

🇮🇹 | Gardasjøen

Populære Gardasjøen

Hotel Europa ★★★★★

På Hotel Europa bor man sentralt i den hyggelige havneby Riva del Garda, som ligger i enden av den populære Gardasjøen. Her kan man nyte ferien i flotte omgivelser rett ved vannet.

- 3 x overnattinger
- 3 x frokostbuffé
- 3 x 3-retter meny inkl. salat
- 1 x velkomstdrink
- Adgang til takterrasse m.pool



KJEMPETILBUD

1.619,-

Miljøtillegg 0,8 EUR / døgn

Ankomst: 21.03.15 - 31.10.15 | Sesongtillegg fra kr. 25 / døgn

Ferieopplevelse i Europa til lavpris



Nyt en avslappende ferie i et fantastisk flott og hyggelig herskaps hus, i nydelige omgivelser. Schæffergården Hotel ligger i en pen park.

🇩🇰 | København

Nydelige Nordsjælland

Schæffergården Hotel ★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- Gratis internett
- Gratis parkering
- Beliggende i vakker park

Ankomst: Inntil 30.12.15

KJEMPETILBUD

839,-



Hotell Phønix Brønderslev ligger sentralt i Brønderslev, og herfra kommer man enkelt til mange severdigheter. Topp moderne & nylig oppusset gir deg et behagelig opphold!

🇩🇰 | Jylland | Bestill innen 30.04

25 km. fra vakre Aalborg

Phønix Hotel Brønderslev ★★★

- 3 x overnattinger
- 3 x frokostbuffé
- 3 x 3-retters meny/buffé
- 3 x før middag drinks
- Gratis parkering

Ankomst: Inntil 07.04.15 | Sesongtillegg fra kr. 27 / døgn

SPAR OPP TIL 1.218,-

669,-

Miljøtillegg 45 DKK / døgn



Hotellets personale hjelper gjerne til med råd om attraksjoner i området.
Hotellet er røykfritt, og derfor er det røykeforbud på rommene.

🇩🇰 | Jylland | Bestill innen 09.08

Ferie i Midtjylland

Hotel Medi ★★★

Midt i Jylland, med kort avstand til både Herning og Silkeborg, ligger den sjarmerende, lille byen Ikast. Herfra er det kort avstand til å oppleve det beste av Midtjylland & Legoland.

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 2 x 2-retters meny
- Fri entré til ikast vannland
- Gratis parkering

Ankomst: 01.07.15 - 03.08.15

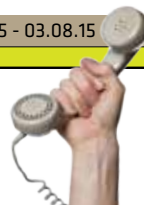
SPAR OPP TIL 1.236,-

779,-

Miljøtillegg 45 DKK / døgn



www.risskov.no
tlf. 32 82 90 00



RISSKOV
BILFERIE

Gjelder for alle Risskov Bilferies opphold: • Prisen er pr. person i dbl. vær. • Gode barnerabatter • Mulighet for flere dager • Ekspedisjonsgebyr fra kr. 59,- • Spar ift. hotellets egen pris • Forbehold om utsolgte datoer • Risskov har ikke flyavtaler & fly bestilles av hver enkelt reisende. Evt. miljøtillegg betales på hotellet • Reisearrangør: Risskov Autoferien AG • Ring & hør nærmere • Åpent hverdager 9-17.

Hva er egentlig naturlig aldring?



Aldersrelatert skrøpeligheit er et stadig vanligere begrep innen eldreomsorgen. Det kjennetegnes blant annet av tretthet, ufrivillig vekttao og lav fysisk aktivitet. Skrøpeligheit er ikke nødvendigvis bare et resultat av at man er blitt eldre. Mange av tegnene handler faktisk om underernæring. En eldre kropp har vanskeligere for å ta opp næringsstoffer og kan derfor trenge et

optimalisert næringsinntak. Nutridrink er en vitenskapelig utviklet, velsmakende næringsdrikk som inneholder alle næringsstoffer, vitaminer og mineraler kroppen trenger. Måltider supplert med Nutridrink kan bidra til å få tilbake kraften og energien hos skrøpelige eldre eller pasienter med sykdomsrelatert underernæring.

Nutridrink

Norges mest solgte næringsdrikk

Protein

Tilsvarende en porsjon kjøtt eller fisk

200 ml

18 gram protein
300 kalorier



NUTRICIA
Nutridrink
Næring til livet

Les mer om aldersrelatert skrøpeligheit på www.nutridrink.no

Nutridrink er næringsmiddel til spesielle medisinske formål. Anvendes i samråd med helsepersonell. Kjøpes på apotek eller hos bandasjist.

Nyhet!
Klinisk bevist
innovasjon

TENA U-test - for enkel påvisning av urinveisinfeksjon direkte i bleien

TENA U-test er en klinisk bevist innovasjon* som forenkler diagnostiseringsprosessen ved mistanke om urinveisinfeksjoner hos personer der det kan være vanskelig å få en ordinær urinprøve, som hos eldre, inkontinente eller barn. Plassert i ordinære bleier, kombinerer TENA U-test både innsamling av urin og analysen i ett produkt. Analysen skjer mens testen er i bleien.



Resultatet kan leses av 15 minutter etter urintømming, og er gyldig i opptil 24 timer. Fargeindikatorene viser tydelig om testen er valid, og om urinprøven er positiv eller negativ for nitritt og leukocytter.

TENA U-test fåes kjøpt på apotek og hos bandagist.

* Krähenbühl JD, Beaulieu C, Gehri M. Evaluation of a novel in-vitro diagnostic device for the detection of urinary tract infections in diaper wearing children. Swiss Med Wkly. 2012 Apr 5;142:w13560.



www.TENA.no/u-test





NOVARTIS HJERTESVIKTSAKADEMI for sykepleiere

TORSDAG 5. MARS 2015

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS, RIKSHOSPITALET, RØDT AUDITORIUM 2 (B1)

Novartis hjertesviktsakademi ønsker velkommen til kurs om behandlingsaspekter ved hjertesvikt. Kurset gir en grundig gjennomgang av legemidler og legemiddelinteraksjoner ved behandling av hjertesvikt, samt kardial resynkronisering og behandling av arytmier. Kurset passer for sykepleiere som jobber på sengepost eller poliklinikk hvor de i sitt daglige arbeid møter mange hjertesviktpasienter. **Ingen deltageravgift.**

Hjertesvikt – Behandlingsaspekter

- 09.30 Registrering
- 10.00 Velkommen v/ Solveig Frøiland, Novartis Norge AS
- 10.00 Legemidler i behandling av kronisk og akutt hjertesvikt - Virkningsmekanismer, monitorering og kliniske anbefalinger v/ Marit Aarønæs, Overlege MD PhD, Diakonhjemmet sykehus
- 12.00 Lunsj
- 13.00 Legemiddelinteraksjoner i behandling av hjertesvikt v/ Espen Molden, Forskningsleder, Diakonhjemmet sykehus og Professor (II), Farmasøytisk institutt, UiO
- 14.00 Kardial resynkroniseringsterapi ved hjertesvikt: - ICD og Resynkronisering v/ Erik Kongsgård, Seksjonsleder, Arytmienheten, Hjertemedisinsk avdeling, OUS – Rikshospitalet
- 15.00 Behandling av arytmier i forbindelse med hjertesvikt - Frekvens- eller rytme kontroll for atrieflimmerpasienten? v/ Knut Gjesdal, Professor emeritus, Hjertemedisinsk avdeling, OUS – Ullevål
- Anitkoagulasjon
v/ Thomas von Lueder, Overlege MD PhD, Hjertemedisinsk avdeling, OUS – Ullevål
- 16.00 Pizza

Ønsker du å delta, meld deg på ved å sende en e-post til solveig.froeiland@novartis.com. Svarfrist: **snarest.**

”Dette arrangementet arrangeres i samsvar med avtaler om samhandling som Legemiddelindustriforeningen har inngått med Den norske legeforening, Norges Farmaceutiske Forening, Norsk Sykepleierforbund og De regionale helseforetakene. For deg som helsepersonell medfører dette at både du og arrangøren har rettigheter og plikter som skal sikre at arrangementet er av god faglig kvalitet og at det ikke er egnet til å skape forestillinger om uheldige bindinger mellom industri og helsepersonell. For mer informasjon se www.lmi.no/standardinformasjon.”

Innhold



02 | 2015 Sykepleien

Utgivelsesdato: 12. februar

Organ for Norsk Sykepleierforbund
PB 456 Sentrum, 0104 Oslo, Tlf.: 02409
E-post: redaksjonen@sykepleien.no



Hva skjer

- 10 Aksjonisten
- 16 Kjemper for høyere stilling
- 18 I nyhetene: Gunhild Rolandsen
- 19 Blir syke av arbeidsmiljøet
- 20 Stepper opp på Stepdown
- 26 Tema: Barselomsorg
- 34 Større forventninger til kvinnelige pårørende
- 36 Krever 3-er i norsk



Hjem med baby, så forsvinner jordmor. **26**



Sykepleie

- 48 Ikke rom for pårørende
- 50 Elin-k svekker informasjonsflyt
- 54 Ber sykepleiere ta mer smerteansvar
- 56 Fagdager bedret samarbeid
- 60 Etik: Per Nortvedt
- 62 Tilbake til kjerneverdiene
- 66 Min jobb: Sissel Eikeland Husebø i Stavanger



– Vi er ikke gode nok i smertelindring. **54**



Påfyll

- 68 Smånytt fra faget
- 69 Liv laga
- 70 Forfatterintervju: Paul Joakim Sandøy
- 72 Bokanmeldelser
- 73 Hva leser du nå, Håkon Johansen?
- 74 Fakta: Hva bruker Sykepleierforbundet pengene til?
- 76 Kryssord og Quiz



Hvordan forvaltes en halv milliard? **74**



Meninger

- 78 Eli Gunhild By om eldreomsorg
- 79 Lesermeninger
- 81 Minneord
- 82 Anlovs arrest
- 83 Innspill: Karen Brasetvik om regjeringen
- 84 Kronikk: Tor Levin Hofgaard om barns psykiske helse
- 86 Tett på Merete Norheim Morken
- 91 Stillingsmarked



Gir seg etter turbulente år på OUS. **86**

Forsidefoto: Colourbox

Ansvarlig redaktør Barth Tholens tlf. 22 04 33 50 / 40 85 21 79, barth.tholens@sykepleien.no **Journalister:** Bjørn Arild Østby, Ann-Kristin Bloch Helmers, Kari Anne Dolonen, Marit Fonn, Nina Hernæs, Eivor Hofstad. **Fagartikler:** Torhild Apall Dybvik. **Sykepleien Forskning:** Marit Leergaard. **Desk:** Ellen Morland, Johan Alvik, Susanne Dietrichson, Trine-Lise Gjesdal, Ole Morten Vindorum. **Grafisk:** Hilde Rebård Evensen,

Sissel H. Vetter, Nina E. H. Hauge, Monica Hilsen. **Marked:** Ingunn Roald, markedssjef (91 60 38 12). Maud P. Kaino, Mari Lemme. **Tlf. og e-postadresser på www.sykepleien.no/kontakt.** Her finner du også Sykepleiens formålsparagraf. ISSN 0806 – 7511
Repro og trykk: Color Print A/S





Asyl. Det foregår en humanitær krise rett utenfor våre grenser.

Men vi forholder oss ikke til den så lenge den ikke banker på vår dør.

Vårt hav, vår verden, vårt ansvar



Fakta

**Barth
Tholens**

Ansvarlig redaktør
i Sykepleien

Det er nå flere dager siden det er blitt meldt *ekstrem*vær i Norge. Etter at meteorologene oppdaget dette ordet, varsles det stadig veksk om at enten Lena, Mons eller Nina ankommer norskekysten med et brak. Det blir meldt regn og skred og ras, og med litt uflaks blir veien stengt. Snart ser vi en forblåst NRK-reporter med en hårete mikrofon som forsøker å intervjuer en ordfører om hundreårsbølgen som muligens kan komme. Fra sofaen skjønner vi at tragedien er et faktum, før vi bytter til ski-VM.

INFLASJON. Hva som er ekstremt er naturligvis et spørsmål om hva vi ser etter. Tsunamien i Asia var ekstrem, og ødeleggelsene etter orkanen på Haiti var det, mens Hildes herjinger i Trøndelag i 2013 var mer diskutabile. Én ting er sikkert: Hva som er en katastrofe, er alltid lettere å vurdere i ettertid enn i samtid. I dag er vi enige om at folkemordet i Rwanda var noe som samtiden burde ha grepet inn i tidligere. Men å vurdere hva det er som skjer i dag som krever akutt handling, det er mye vanskeligere. Her gjør ikke mediene det lettere for oss. De har allerede brukt opp sitt sterkeste vokabular på Nina og Krekar og Northug. Inflasjonen i ekstrem-begrepene gjør oss blind for det som virkelig teller.

Om jeg kunne komme med et forslag på hva som burde få deg opp av sofaen, så er det situasjonen ved Europas yttergrenser. Tenk deg følgende scenario: En dag ankommer det en fiskeskøyte til Vadsø, fylt til randen av fortvilte russere. De søker asyl i Norge, fordi livet på Kolahalvøya er blitt uutholdelig. Da vil vi ta dem godt imot. Russerne vil få utdelt ulltepper og mat, de vil bli intervjuet på Dagsrevyen og bli innlosjert i den lokale sportshallen.

HUSLY. Men neste dag kommer en ny fiskeskøyte, med to ganger så mange russere. De er forkomne etter den tøffe turen fra Murmansk eller Nikkel, og vil også bli tatt godt imot. Vi vil huske hvordan russerne hjalp oss under krigen, og vi vil skaffe dem helsetjenester og husly. Men så kommer det flere og flere, på mer og mer overfylte skip. Til slutt vil Finnmarkskysten bli invadert av mennesker som har brukt sine siste slanter på en

farefull reise over Barentshavet, i håp om et bedre liv i et land som har råd til å gi dem det. Vil vi da snakke om en humanitær katastrofe? Ville vi, når gymsalene og forsvarsanlegg i Finnmark og Troms begynte å bli stappfulle, bedt andre land om hjelp?

Ja, det ville vi. Og det er nettopp det som skjer, akkurat nå. Ikke i havet vårt, riktignok, men havet rundt Europa. Som Finnmark i nord utgjør øya Sicilia Europas yttergrense i sør. I 2011 dukket de første papirløse migranter opp i sjøen der. Den første bølgen ble trolig utløst av den arabiske våren. Afrikanerne satte seg i små fartøy og tok sjansen på overfarten fra Libya. Avstanden er kortest derfra. De ble tatt godt imot av det italienske hjelpeapparatet. De aller første som asylsøkerne møtte, var sykepleiere og leger. De fikk god behandling.

DRUKNET. Men raskt kom situasjonen ut av kontroll. Mens ca. 60 000 migranter skyllet i land i 2011, økte tallet til 170 000 mennesker i 2014. Det tilsvarer hele befolkningen i Troms. Bare i julen kom flere tusen personer drivende mot den italienske kysten, mens menneskesmuglere hadde hoppet av rustholkene underveis. Flere hundre personer druknet på denne ferden i fjor, mange av dem kvinner og barn. De fløt i vannet og måtte plukkes opp av kystvakten. Italienerne viste en imponerende vilje til å ta imot alle, men som en siciliansk ordfører uttrykte det, er det en grense for alt: «Likhusedene er overfylte. Nå er det ikke plass til flere.»

Men det vil ikke bli færre. Borgerkrigen i Syria har ført til en uendelig flyktningstrøm. De fleste havner i Libanon og Jordan, men en økende andel er å finne i de håpløse farkostene som krysser Middelhavet nesten hver dag. Italia har derfor desperat bedt andre europeiske land om hjelp, men foreløpig uten resultat. Norge er blant de landene som skjuler seg bak den såkalte Dublin-konvensjonen: Har migranter kommet til Italia først, skal asylsøknaden behandles der. Ædabæda.

NI GANGER FLERE. Mens Tyskland og Sverige har tatt imot svært mange asylsøkere hvert år, er Norges asylpolitikk blitt strengere. Sverige tar imot ni ganger så mange asylsøkere som

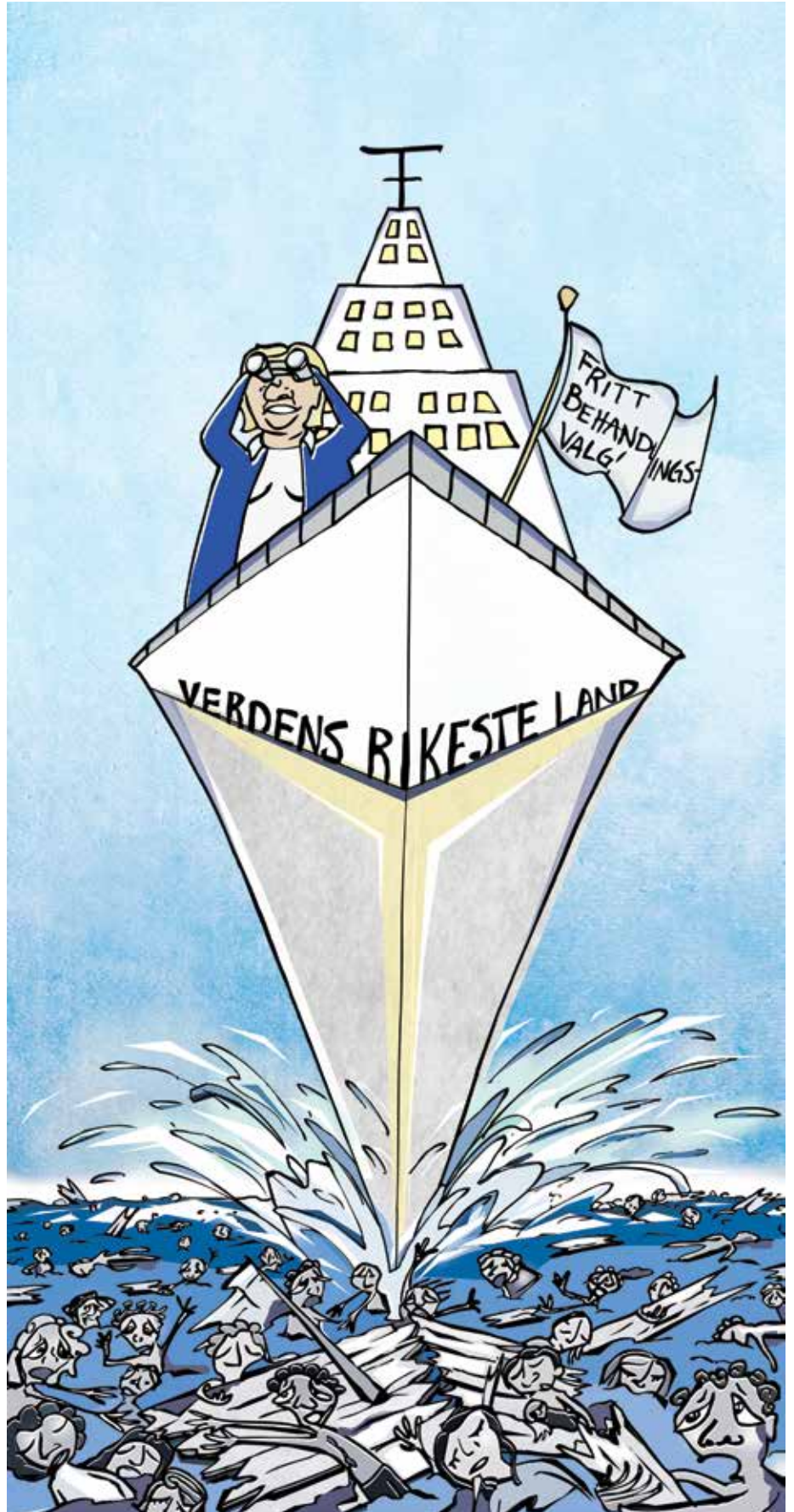
Norge, og har de siste årene særlig prioritert flyktninger fra Syria. Våre naboer i øst ga i fjor over 10 000 personer permanent oppholdstillatelse i landet. Det er dobbelt så mange som de andre nordiske land til sammen. De 10 000 har også rett til å hente familiene sine til Sverige. I Norge møtte et forslag om å øke antallet kvoteflyktninger fra Syria fra 1000 til 5000 stillhet. Regjeringen mener vi maks klarer å integrere 1000 personer årlig. Asylsøkere som ikke har utsikter til å bli fullintegrert på normert tid i det norske samfunnet, kan tydeligvis bare forbli i flyktningleirene i Midtøsten, om vi skal følge regjeringens logikk her.

«Har du ikke utsikter til å bli raskt fullintegrert, kan du bare råtne i en flyktningleir.»

Flyktningproblematikken er kompleks. Det finnes ikke lette svar. En mulig løsning ville være å åpne for at migranter skal kunne søke om asyl hos oss fra der de er. Da ville de slippe å sende sine barn og gravide kvinner på en redselsfull ferd over havet. Men dette er norske myndigheter ikke så ivrige på. De vil helst holde verdens elendighet på en armlengdes avstand.

De landene som tar imot flest asylsøkere, er gjerne også de som sliter mest med fremmedfiendtlige holdninger i egen befolkning. Det kan forlede noen til å hevde at vi bør unngå å ta imot for mange migranter fordi det vil kunne skape grobunn for rasisme. Det er en bakvendt argumentasjon. Hvis havet rundt oss er fullt av fortvilte mennesker, blir det ekstremt å late som om vi best kan hjelpe dem alle andre steder enn i Norge. ●

barth.tholens@sykepleien.no



Sykepleien.no

Hva mener du?

Si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no

Ovesterin® østriol

Noen plager i overgangs- alderen er helt unødvendige

- behandling med reseptfritt
Ovesterin® (østriol) er effektivt



Ovesterin® 0,5mg Vagitorier 15 stk Ovesterin® Vaginal Krem 01% m/applikator 15g

Ovesterin® inneholder østriol, som er et av de kvinnelige hormonene (østrogenerne) som kroppen produserer.

Til lokal behandling i skjeden av underlivsplager som skyldes mangel på østrogen i og etter overgangsalderen.

Under og etter overgangsalderen (klimakteriet) går østrogenproduksjonen ned. Kvinner kan da få plager som irritasjoner og tørrhet i skjeden, smerter under samleie, tilbakevendende urinveisinfeksjoner og urininkontinens.

Ovesterin® vagitorier og krem er hormonerstatningsbehandling som kan brukes for behandling av slike plager.

Ovesterin® Vagitorier og Vaginal Krem er reseptfrie legemidler. Les pakkingsvedlegget før bruk.

Ovesterin® vaginalkrem (østriol)



Ovesterin® vagitorier (østriol)



Navamedic ASA
E-post: info@navamedic.com
www.navamedic.com

 Navamedic





Hva skjer

Del 1 Sykepleien 02 | 2015

Nyhet – Reportasje – Tema



Øver: Prosedyrer sitter bedre, men også den viktige kommunikasjonen i teamet.

Blir flinkere

Medisinsk simulering. En treningsøkt på simuleringssenteret kan bety forskjellen på liv og død. **20**



Kamp. Å kreve retten til høyere stilling ble et slit. **16**



«Virkelighetsoppfatningen av hva som har skjedd er veldig forskjellig.»

Gunhild Rolandsen, Møre og Romsdal-leder. **18**



Tema. Jordmødre er mangelvare. **26**



Svingdør: 5 000 flere pasienter ble reinnlagt i 2014, enn i 2013.



Skriver ut pasientene for tidlig

SÅRBARE: Helsedirektør Bjørn Guldvog er bekymret for at eldre pasienter skrives ut av sykehus for tidlig. Resultatet blir at sårbare mennesker flyttes fram og tilbake mellom sykehus og hjem-kommune.

Samhandlingsreformen skulle føre til at kommunene skulle ta en større del av ansvaret for pasienter som var ferdig behandlet på syke-

hus. Men når pasienten skrives ut tidligere, øker også sjansen for at kommunene må sende vedkommende tilbake igjen. Tall fra Norsk pasientregister (NPR) viser at flere må tilbake på sykehus etter at de først ble skrevet ut. 5 000 flere pasienter ble reinnlagt i 2014, enn i 2013.

Tall fra Helsedirektoratet viser at kommunene i 2011, tok imot 10 prosent av pasientene samme dag som

de ble meldt utskrivningsklare fra sykehus. I 2014 ble hele 81 prosent tatt imot samme dag.

– Når kommunene sier at flere av pasientene bør få behandling på sykehus, samtidig som antall reinnleggelser øker, betyr det at det kommunale apparatet strekkes. Det kan bety økt risiko for svikt i pasientbehandlingen, sier helsedirektøren.

NRK

Skiftet mening om vaksine

Et meslingutbrudd i USA får vaksine-motstandere til å skifte mening. – Flere foreldre kommer til helsestasjonen for å vaksinere barn som ikke tidligere er vaksinert. Utviklingen kan skyldes oppblomstring av meslinger i USA, sier fagansvarlig ved helsestasjonen i Asker, Elisabeth Matheson.



Budstikka

Advarer mot «legeshoppere»

En rekke leger har latt seg lure til å skrive ut vanedannende legemidler via SMS. Før jul varslet Helsetilsynet apotek i Møre og Romsdal, Sogn og Fjordane og Hordaland om «legeshoppere». To personer er politianmeldt. Den ene er en mann i 30-årene, skal ha fått ut mer enn 100 resepter for Rivotril.



Dagens Medisin

Store ECT-forskjeller

I Afrika brukes elektrokonvulsiv terapi (ECT) mest på unge menn med schizofreni, og ofte uten narkose. I Europa er det eldre kvinner med depresjon som får behandlingen. Dette kommer frem i Lindy Jarosch-von Schweders ferske doktorgrad ved NTNU om bruk av ECT i psykiatrien. Dagens Medisin



Regning på 52 000 for å føde

Dobbeltmoral. At Norge bruker masse penger på å hjelpe fødende kvinner i fattige land, men krever titusener i betaling fra papirløse som føder i her, er dobbeltmoralsk, mener Redd Barna.

Aftenposten

Fakta og tall. Fødsler

59 979 barn

I 2013 ble det født 59 979 barn i Norge. Det er en liten nedgang fra 2012.

39,9 uker

Gjennomsnittlige svangerskapsvarighet, var rundt 39,9 uker i 2013.

30,4 år

Mors alder stiger og er nå på landsbasis 30,4 år.

5,8 prosent

Færre gravide røyker. I 2000 røykte 18,5 prosent av mødrene i begynnelsen av svangerskapet, mot 5,8 prosent i 2013.

Folkhelsetilstanden



Tviler: Av de 9 500 meldingene som kom inn i 2013, er ikke en eneste melding om systemsvikt videregitt til Helsetilsynet.

Rapporterer ikke systemsvikt

UKLART: En ny meldeordning fra 2011 skulle redusere uønskete sykehushendelser. Kriteriene for hva som skal rapporteres, er for uklare til å bedre pasientsikkerheten, ifølge ny rapport fra SINTEF-forskere.

Tidligere ble uønskete hendelser sendt til Statens helsetilsyn. Men fra 2011 sendes meldingene til

Kunnskapssenteret. I 2010 var det cirka 2 000 meldinger, og i 2013 økte antall meldinger til 9.500.

Da den nye meldeordningen ble satt i funksjon, var man oppmerksomme på at det kunne skje alvorlig systemsvikt. Derfor ble det lagt til en bestemmelse om at Helsetilsynet skal varsles ved mistanke om systemsvikt.

Forskernes rapport viser at av de 9 500 meldingene som kom inn det første hele driftsåret i 2013, er ikke en eneste melding om systemsvikt videregitt til Statens helsetilsyn.

– Dette stiller vi, og flere av dem vi har snakket med, oss tvilende til, sier prosjektleder ved Sintef, Jan Lippestad til Gemini.

Gemini.no

Tester ebola- vaksine i Liberia

Ebolavaksine prøves ut på 30 000 i Liberia, melder BBC. Vitenskapsfolk skal vaksinere frivillige, inkludert helsearbeidere som arbeider i førstelinjetjenesten. Utprøvingen går ut på å gi sprøyter med en liten mengde ebolavirus til frivillige for å lure kroppen deres til å produsere en immunrespons.

Men det er ennå ikke klart om dette vil gi noen god beskyttelse mot sykdommen.

BBC

Sleivdal sykehus Av Sveen og Emberland





Slitsomt. Solveig Brattgjerd hadde sagt fra at hun ønsket full stilling. Men fortrinnsretten kan være vanskelig å gjøre krav på i praksis.

Kjemper for høyere stilling

Tekst **Kristin Horn Talgø** • Foto **Erik M. Sundt**

Deltidsansatte har fortrinnsrett til nye stillinger, dersom det blir mulighet for å gå opp i stilling. Men fortrinnsretten kan være vanskelig å gjøre krav på i praksis.

– Spørsmålet er om arbeidsgiver kan velge ikke å forholde seg til et lovlig fattet vedtak og belastningen dette medfører for meg som arbeidstaker, sier Solveig Brattgjerd.

Det er snart tre år siden saken begynte. Brattgjerd var ansatt som spesialsykepleier i en 75 prosent stilling ved Sosial og Ambulant Akuttjeneste (SAA) ved Legevakten i Oslo. Hun har videreutdanning i diakoni.

På nyåret i 2012 ble det utlyst en ny ledig 75 prosent stilling ved SAA. Brattgjerd kontaktet da arbeidsgiver på e-post. Hun hadde tidligere søkt om å utvide stillingen sin, og hun skrev at hun regnet med å bli vurdert før noen andre ble ansatt i stillingen.

Brattgjerd ønsket å benytte seg av fortrinnsretten som deltidsansatte har etter arbeidsmiljøloven § 14–3.

VANSKELIG. – Jeg var hele tiden klar på at jeg ønsket 100 prosent stilling. Det har vært fokus i helse-etaten på å redusere antall ufrivillig deltidsansatte, og jeg trodde at arbeidsgiver ville vurdere

muligheten for å øke min stilling, forteller sykepleieren.

Brattgjerd var svært glad i jobben på Legevakten og ønsket å fortsette der. Hun hadde derimot ikke trodd at det skulle bli en så vanskelig prosess å få full stilling. Da stillingen ble gitt til en annen, brakte hun saken inn for Tvisteløsningsnemnda.

MANGE SAKER. Kommunen mente Brattgjerd ikke hadde fortrinnsrett fordi stillingen som ble utlyst var en 75 prosent stilling, og hun ønsket bare en brøkdel av stillingen. Kommunen mente en liten stilling med ugunstige arbeidstider

«Det var et slag da jeg skjønnte at arbeidsgiver ikke kom til å rette seg etter vedtaket.»

Solveig Brattgjerd

ville være vanskelig å få fylt av en person med den rette kompetansen. De mente derfor at Brattgjerd ikke hadde krav på fortrinnsrett fordi det ville medføre arbeidsgiver «vesentlige ulemper» etter § 14–3 annet ledd.

Denne paragrafen slår fast at det stilles «små krav til arbeidsgiver»

for å vise til vesentlige ulemper. Arbeidsgiver valgte å ansette en annen.

Tvisteløsningsnemnda har hatt mange saker om fortrinnsrett for deltidsansatte. Den har lang og omfattende erfaring med nettopp denne type saker, også saker som innebærer oppsplitting av stillinger.

FIKK MEDHOLD. Sykepleieren vant fram. Tvisteløsningsnemnda vedtok at hun hadde fortrinnsrett til stillingen. Brattgjerd trodde dermed at saken var avsluttet og hun ville få full stilling. Men stillingen var blitt gitt til en annen, og det gikk flere måneder uten at hun hørte noe fra arbeidsgiver.

– Det var ubehagelig. Jeg fikk ikke svar fra arbeidsgiver, og det ble ikke snakket om, forteller Brattgjerd.

Da hun endelig fikk svar fra arbeidsgiver, mente de at rettsvirkningen av vedtaket ikke ville endre hennes stillingsprosent, men at de ville ta avgjørelsen til etterretning og i framtiden foreta en enda grundigere vurdering av fortrinnsretten ved utlysninger av faste stillinger.

– Det var et slag da jeg skjønnte at arbeidsgiver ikke kom til å rette seg etter vedtaket. Slik jeg leste lovverket var tvisteløsningsnemndas avgjørelse bindende. Jeg

Fakta ●●●●

Retten til utvidet stilling

- Trådte i kraft 1.1.2014 som en endring i arbeidsmiljøloven
- Deltidsansatte har rett til å få utvidet sin faste stilling dersom de jevnlig jobber mer enn avtalt stillingsprosent.
- «Jevnlig» er et begrep som vurderes etter skjønn. Merarbeidet må være av en viss mengde og omfang, og ikke sporadisk eller i forbindelse med ferieavvikling eller sesongarbeid.
- Utvidelsen vil tilsvare stillingsstørrelsen som mengden av merarbeidet utgjør.
- Kravet kan fremmes gjennom den lokale tillitsvalgte.

trodde arbeidsgiver måtte bringe saken inn for retten dersom de ikke valgte å forholde seg til vedtaket. Da valgte jeg å gå til retten.

STOR BETYDNING. Arbeidsgiver bekreftet i retten at de visste at Solveig ønsket å utvide stillingen til 100 prosent da den nye stillingen ble utlyst. Retten vurderte at nemndas vurdering måtte ha stor betydning når det gjaldt problemer med oppdeling av en stilling. Men vedtaket var ikke rettskraftig, mente retten.

Retten kom fram til at kommunen ikke gjorde nok for å tilpasse stillingen til Brattgjerd, og at kommunen ikke har lagt fram dokumentasjon om konkrete ulemper det ville medføre. Retten la dermed stor vekt på nemndas vurdering, nemlig at fortrinnsretten var brutt.

– Det var godt å få gjennomslag for at jeg hadde fortrinnsrett. Jeg unner ingen en slik prosess, men samtidig er jeg opptatt av rettferdighet og at flere skal være klar over rettighetene sine, sier Brattgjerd.

NY RUNDE. Dommen falt 4. april i år. I dommen ble kommunen dømt til å dekke økonomisk tap, men ble frifunnet for kravet om oppreisning. Saken kommer opp på nytt i lagmannsretten i mai 2015. Helse-etaten i Oslo sier at bakgrunnen for at kommunen valgte å anke dommen, er at kommunen er uenig i rettens vurdering.

Tidligere saker vedrørende fortrinnsrett etter behandling i tvisteløsningsnemnda har ikke vært prøvd i en høyere rettsinstans enn tingretten, og kommunen sier de har behov for en avklaring av de prinsipielle sidene som fremkommer i tingrettens dom.

UAVKLARTE SPØRSMÅL. Magnus Buflod i Norsk Sykepleierforbund, Brattgjerds advokat, sier at kjernen i saken er om tvisteløsningsnemndas vedtak blir bindende for arbeidsgiver og arbeidstaker hvis saken ikke bringes inn for domstolen innen lovens frist.



Vil jobbe mer: For Solveig Brattgjerd er veien til full stilling tyngre enn ventet.

Ellers sier han at det er et spørsmål om arbeidstaker kan gjøre fortrinnsrett gjeldende til en del av den utlyste stillingen. Ingen av spørsmålene har tidligere vært behandlet av lagmannsretten, og advokaten mener saken kan bidra til å avklare deltidsansattes rettigheter.

Brattgjerd mener at dersom arbeidsgiver kan velge ikke å forholde seg til vedtaket, så faller mye av poenget med nemnda bort.

– Da må man jo i så fall gå rettens vei uansett. Det vil gjøre det veldig vanskelig for arbeidstaker. Det er ingen hyggelig prosess å gå gjennom, forteller Brattgjerd.

IKKE NOK HODER. Brattgjerd opplever det verken som gunstig eller praktisk å gå i små stillinger i lengden. Det blir få muligheter til å legge planer ellers i livet.

– Jeg ønsker at flere skal få slippe å fylle på med ubekvemme vakter for å jobbe 100 prosent.

Spesialrådgiver Odd Christian Klafstad i Helseetaten i Oslo opplyser at de jobber aktivt med å hin-

«Det er ingen hyggelig prosess å gå gjennom.»

dre uønsket deltid, men at det er vanskelig å få turnusene til å gå opp dersom de ikke benytter mindre stillingsstørrelser. Det vil ikke være nok hoder til å dekke bemanningen, spesielt i helger.

Tariffavtalen åpner for økt kompensasjon dersom en jobber mer enn hver tredje helg, men Klafstad sier at det til nå ikke har

vært mulig å få til løsninger som i enda større grad hindrer små stillingsandeler.

Han påpeker at ansatte som ønsker å øke sin stillingsandel kan benytte seg av fortrinnsretten. Etaten vil i hvert enkelt tilfelle vurdere om det er mulig. Dersom det ikke vil føre til en vesentlig ulempe for etaten, vil fortrinnsrett bli gitt.

BELASTENDE. Det var belastende som enkeltmenneske å måtte gå til det skritt å stevne sin egen arbeidsgiver, fordi de ikke velger å forholde seg til et lovlig fattet vedtak, sier Brattgjerd.

Likevel håper sykepleieren at flere vil benytte seg av Tvisteløsningsnemnda.

– Dette skal jo være en god måte å løse uenigheter på i arbeidslivet, mener hun. ●

redaksjonen@sykepleien.no



Gunhild Rolandsen

Fikk både ros og ris

Tekst **Marit Fonn** • Foto **Kristin Henriksen, Norsk Sykepleierforbund**

Fakta

Aktuell som

Fylkesleder i Norsk Sykepleierforbund, Møre og Romsdal. Hun skal ivareta sykepleierne på begge sider i sykehusstriden mellom Molde og Kristiansund.

Alder: 59 år

Bakgrunn: Kristiansund og Molde har i årevis knivet om hvor det nye sykehuset skal ligge. Spørsmålet har skapt sterke følelser, hatefulle ytringer og saftige meninger om fagmiljøer, arbeidsplasser og kjøreavstander, også blant sykepleierne. Gunhild Rolandsen, fra Søre på Sunnmøre, men bosatt i Molde, er fylkesleder for dem alle. I desember ble beslutningen tatt: Molde får sykehuset. Det skapte ingen ro. Kristiansunderne påpekte uredelige prosesser forut for vedtaket.

Du representerer sykepleiere på begge sider. Hvordan har det vært?

– Utfordrende.

Hvordan da?

– Virkelighetsoppfatningen om hva som har skjedd er veldig forskjellig.

Har dere behandlet sykehusvalget i fylkestyret?

– Vi har levert høringsvar to ganger, senest i oktober. Der la vi ikke vekt på tomteplassering, men at vi ville ha et bynært sykehus og spesialisthelsetjeneste i den byen som ikke ble valgt som lokaliseringssted. Vi la også vekt på likestilling, helse, velferd og faglig forsvarlighet.

Hva vil det si konkret?

– For eksempel at alle skal tilbys 100-prosentsstillinger, og deltid skal være frivillig og hjemles i lov. Man skal kunne jobbe full tid alle faser i livet.

Hvorfor har striden om sykehusvalg vært spesielt heftig i ditt fylke?

– Det er vanskelig å forstå. Men fogderigrensene er godt innarbeidet, og det er forskjellig folkelyne i fogderiene. Det er dessuten framsatt påstander om uredelige prosesser.

Hva er fogderier?

– En inndeling i distrikt. I vårt fylke er det tre: Sunnmøre, Romsdal og Nordmøre. I gamle dager var hvert fogderi underlagt en fogd eller fut.

Hva synes du om at Molde ble valgt?

– Jeg forholder meg til det som ble valgt. På

bakgrunn av påstandene om uredelige prosesser skal saken opp i Stortingets kontroll- og konstitusjonskomité om kort tid.

Skjønner du at noen reagerer?

– Jeg registrerer at det er en sterk reaksjon i deler av fylket. Derfor er det bra at eventuelle ureglementære tilstander kommer på bordet.

Du skrev et innlegg om språkbruk og nettmobbing bl.a. på sykepleien.no. Hvordan gikk det?

– Ikke så bra. Jeg har aldri fått så mange positive

tilbakemeldinger noen gang. Men jeg har aldri fått så mange negative heller. Det var ikke meningen å støte noen, men av noen ble innlegget tatt til inntekt for at jeg støttet uredelige prosesser.

Ble du overrasket?

– Ja, på en måte. Det er ikke så vanlig at så mange sykepleiere hiver seg rundt og tar kontakt angående et avisinnlegg.

Var det sykepleiere eller andre som ytret seg?

– Begge deler. Mest sykepleiere.

Hvordan er det å treffe medlemmer nå?

– I går var jeg på medlemsmøte i Kristiansund. Det er greit at de kommer med tilbakemeldinger. De tas på alvor.

Men rolige var de ikke?

– Ingen var ufine, møtet var helt greit.

Hva har vært vanskeligst?

– Å få alle til å føle seg sett og hørt. Det er også mange i Molde som er frustrerte etter behandlingen i foretaksstyrene. Tre av fire representanter for Sykepleierforbundet stemte mot flertallet.

Hva skjer nå?

– Nå må alle jobbe for at tjenestene på begge sykehusene fortsatt skal ha god kvalitet fram til det nye står ferdig.

Når vil roen senke seg i fylket?

– Jeg håper det vil roe seg etter behandlingen i kontroll- og konstitusjonskomiteen. ●
marit.fonn@sykepleien.no





Blir syke av arbeidsmiljøet

• Tekst **Eivor Hofstad**

PSYKOSOSIALT: – Å skyldes på kjønnsforskjellene blir for enkelt når man skal forklare det høye sykefraværet i helse- og omsorgssektoren, og det undergraver utfordringene som ligger i det høye sykefraværet, mener Cecilie Aagestad hos Statens arbeidsmiljøinstitutt.

Arbeidstakere i helse- og omsorgssektoren toppe det legemeldte sykefraværet i Norge. I 2013 var det 42 prosent høyere enn i hele yrkesbefolkningen. Det høye sykefraværet har blitt forklart med overvekten av kvinner i sektoren.

Aagestad er seniorrådgiver og doktorgradskandidat og har gjennom sine studier sett årsaker til sykefravær som ikke har noe med kjønnsforskjeller å gjøre.

– Tidligere studier har avdekket at mekaniske eller ergonomiske faktorer har betydning for muskel- og skjelettplager blant helse- og sosialarbeidere, som igjen kan føre til sykefravær. Vi ønsket å se på hvilke psykososiale og organisatoriske risikofaktorer som hadde størst betydning for det legemeldte sykefraværet. De mest studerte og kjente psykososiale faktorene har vært høye jobbkrav og lav kontroll. Men i høst viste vi i en studie at de som utsettes for vold eller trusler på jobben, har 70 prosent høyere risiko for høyt sykefravær. I en studie av hele yrkespopulasjonen fant vi at høy rollekonflikt, lite støttende lederskap og høye emosjonelle krav i jobben, har en sammenheng med økt sykefravær, sier Aagestad.

Rollekonflikt er at to roller eller forventninger som en person skal fylle i jobben, er i konflikt med hverandre, og dette gir 58 prosent økt risiko for høyt sykefravær, ifølge Aagestads resultater.

Lite støttende lederskap på jobben gir 50 prosent økt risiko for høyt sykefravær. Det handler om

manglende tilbakemelding på utført arbeid, at arbeidsresultater ikke blir verdsatt, at sjefen behandler ansatte urettferdig og partisk, manglende støtte og hjelp samt lite tillit og respekt.

Høye emosjonelle krav på jobben gir 32 prosent høyere risiko for høyt sykefravær. Arbeid som innebærer direkte kontakt med kunder, klienter og pasienter, kan være emosjonelt belastende. De som har denne type arbeid, må ofte bruke egne følelser for å skape en stemning som gir fornøyde kunder eller klienter.

«De mest kjente psykososiale faktorene har vært høye jobbkrav og lav kontroll.»

Det handler også om å måtte forholde seg til sterke følelser (her skårer sykepleiere nest høyest, etter sosionom, vernepleier og barnevernspedagog) og å skjule egne negative følelser (her skårer sykepleiere dobbelt så høyt som gjennomsnittet for alle yrkesaktive).

– Vi har altså ikke sett på de enkelte yrkesgruppens sykmeldinger på grunn av disse faktorene, men vi forventet nok i studien av helse- og sosialarbeiderne at høye emosjonelle krav ville ha betydning for sykefraværet. Det fant vi ikke. En mulig forklaring kan være at høye emosjonelle krav er så utbredt i sektoren at man ikke får nok kontrast i utvalget til å skille ut effekten denne faktoren har på sykefraværet. Det kan også tenkes at sykepleiere er gode til å legge bånd på følelsene sine uten at det går ut over helsa, sier Cecilie Aagestad. • eivor.hofstad@sykepleien.no



Håndkrem fra Yes Nurse!

Prisvinnende håndkrem laget av sykepleier for sykepleiere! Meget populær i England - nå også i Norge!

Meget effektiv for hender som vaskes ofte - trenger ikke påføres etter hver vask. Velduftende og drøy i bruk - krem på størrelse med en ert er nok. Kremen trekker inn i huden umiddelbart og gir fuktighet som varer uten at alt du tar i blir tilsmusset.

Tube på 50 ml får plass i lommen, kr. 89,-

- Dermatologisk testet, ikke testet på dyr.
- Uten farge, parabener og phtalates.
- Inneholder bl.a. vitamin A, B5 og E, og Omega 3, 5, 6 og 9.



www.sabo.no
telefon 7383 4850



Stepper opp på Stepdown

OUS, Oslo. God kommunikasjon i et sykehusteam kan være forskjellen på liv og død. I dag er det sykepleierne på avdeling Stepdown som får testet seg.

Tekst **Kristin Horn Talgø** • Foto **Erik M. Sundt**

Hei, er du med oss?
Simen Hauge Jesten sjekker pasienten. Får ingen respons. Henter oksygenmasken fra gassveggen mens han tilkaller hjelp.

– Jeg har en som er veldig dårlig respiratorisk og hypertensiv. Kan du si fra til anestesi og hjerte PO at vi gjør klar til intubering og trenger assistanse?

Viola Wiik som nettopp er kommet inn, nikker og tar tak i telefonen som henger på veggen.

– Ja, hei, dette er Viola på Stepdown, vi har en pasient her ...

Imens har Elin Jensen Kråkenes kommet inn og begynt å trekke opp medisiner. Smertelindrende, sederende, muskelavslappende, samt medisiner for å øke blodtrykket ved blodtrykksfall som følge av de andre medisinene. Det er mange sprøyter, mange merkelapper, og mange ting som skal skje fort,

trygt og til rett tid.

- Får du luft i pasienten?
- Simen rynker pannen.
- Litt usikker ...

GIBESKJED. Stepdown er en intermedierpost for hjerte- og lungepasienter etter postoperativ. Som regel ligger pasienten tre til fire dager på Stepdown før han eller hun sendes videre til sengepost. I dag er det Stepdown-avdelingen som deltar på medisinsk simulering. Denne «pasienten» har vært lungeoperert og skulle snart flyttes, men ble gradvis dårligere i pusten i løpet av natten. Når Simen kommer inn for å sjekke tilstanden, blir det straks klart at det er nødvendig med akutt intubasjon før pasienten må sendes tilbake til postoperativ.

I slike tilfeller er det viktig at de ansatte reagerer

kjapt og effektivt. De må kunne dosere rett medisin og sikre luftveiene til pasienten. Men like viktig er det å kommunisere godt med kollegaene. Klart og tydelig. Gi beskjeder, bekrefte beskjeder. Og gjenta beskjeder, dersom det trengs. «Close-loops» kaller de det. Si fra om hva du gjør, når du gjør det og når du har gjort det.

MENNESKELIG SVIKT. For å sikre en god og riktig håndtering av en akuttsituasjon og best mulig utnyttelse av teamet, kreves det dessuten en klar rollefordeling og en tydelig ledelse. Kort og godt god samhandling.

4 000 pasienter dør hvert år på grunn av feil på sykehus. 70 prosent av de tilfellene skyldes menneskelige feil. I en artikkel i Inspira, tidsskriftet for anestesio- og intensivsykepleiere, trekkes menneskelig feil



Lytter: Viola Wiik lytter på «pasienten» for å sjekke om intuberingen var vellykket.

Fakta



Medisinsk simulering ved OUS

Medisinsk simulering krever kompetente instruktører.

De åtte instruktørene som utdannet seg ved DIMS holder derfor kurs for å trene opp instruktører fra ulike avdelinger.

Enkelte avdelinger trener fast, mens andre har fagdager, for eksempel to ganger i året.

Helt fram til august 2015 er det venteliste for å få ledig plass til å øve med sin avdeling ved SimOslo.

fram som den vanligste årsaken til svikt i pasientsikkerheten. Ineffektivt samarbeid er oftest årsaken.

At Simen, Viola og Elin vet hva hver og en av dem gjør, er med andre ord livsviktig. Nettopp derfor trener de på det.

SIMOSLO. Medisinsk simulering brukes for å øke ferdighetene hos sykepleiere, spesialsykepleiere, leger og kirurger. Simuleringssenteret ved Oslo universitetssykehus (SimOslo) startet opp i 2005/2006. Senteret har vært mye i kontakt med Dansk Institut for Medicinsk Simulation (DIMS) for å lære om medisinsk simulering. Alle instruktørene ved SimOslo er utdannet ved DIMS.

Det var sykepleierne som startet simuleringssenteret ved Oslo universitetssykehus (OUS). For å kvalitetssikre det medisinske har det vært et

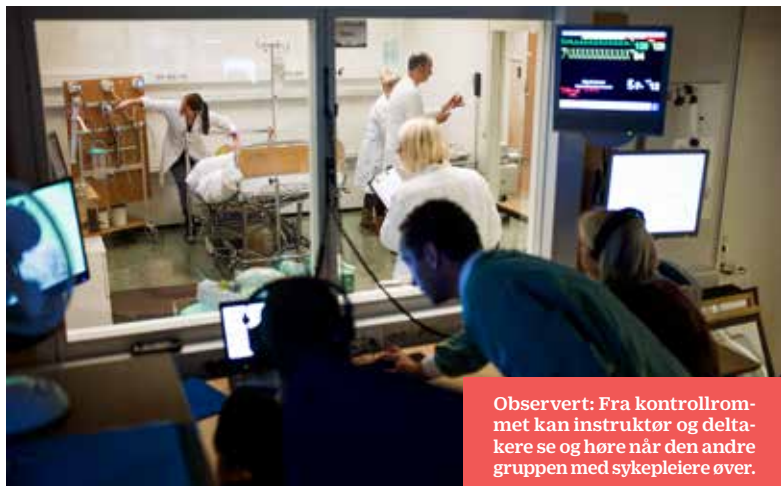
«Får du luft i pasienten?»

Elin J. Kråkenes

tett samarbeid med faglig ansvarlig lege i avdelingene hele veien. Simuleringene dekker hele fagfeltet. Det startet med utgangspunkt i akuttmedisin, men omfatter nå også psykiatri, geriatri, hjertet og lunge, intensiv, barn og anestesi. SimOslo prøver nå å utvikle et opplegg med operasjonssykepleiere.

SimOslo benytter seg av teknologisk avanserte dukker for å gi sykepleiere og leger muligheten til å trene på blant annet sjeldne tilfeller og komplikasjoner som kan oppstå på den avdelingen de jobber ved.

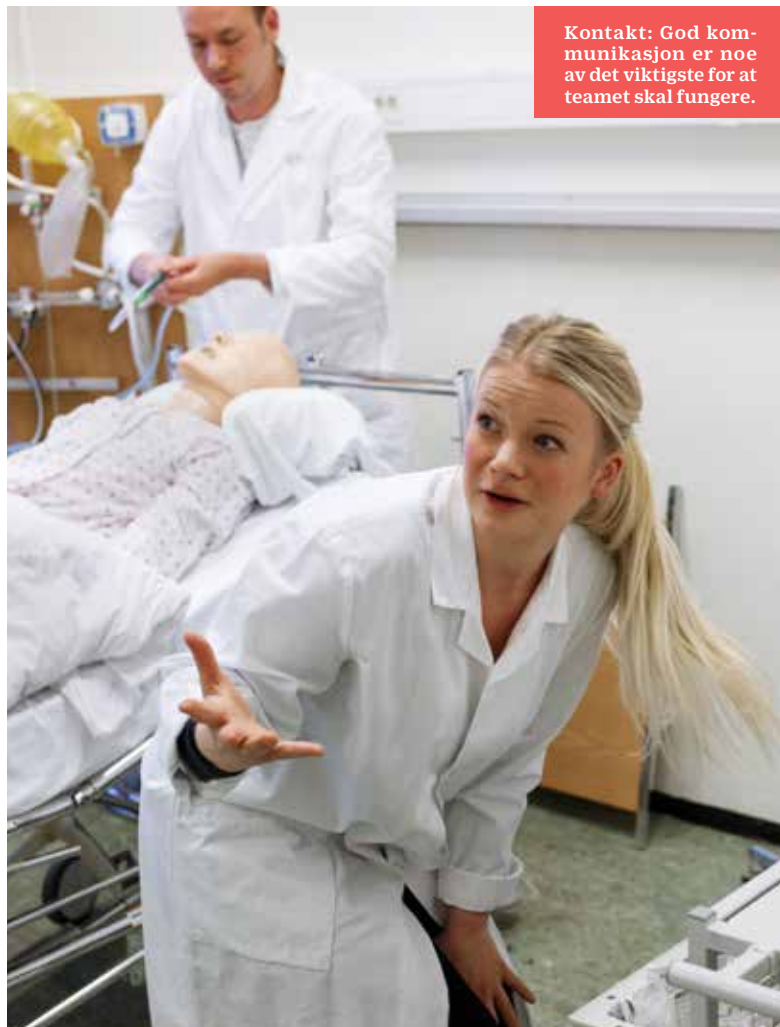




Observert: Fra kontrollrommet kan instruktør og deltakere se og høre når den andre gruppen med sykepleiere øver.



Intubering: Instruktør Eirik Bergerud hjelper til med intubering.



Kontakt: God kommunikasjon er noe av det viktigste for at teamet skal fungere.

→ – Her får de trent på akutsituasjoner i trygge omgivelser. De har muligheten til å prøve og å feile. Ofte lærer de vel så mye av det de gjør feil som det de gjør riktig, sier Eirik Bergerud, fagsykepleier og instruktør ved SimOslo, for hjerte- og lungeavdelingen ved Oslo universitetssykehus (OUS).

SEKUNDENE TELLER. – Det er litt problematisk å gi luft til pasienten her.

Simen presser rytmisk på bagen til oksygenmasken mens øynene beveger seg mellom brystkassen til pasienten og maskinen som måler blodtrykk og hjerterytme. Anestesilegen hjelper ham med å rette på grepet. Intuberingsutstyret ligger klart ved hodeenden av sengen.

– Er medisinerne trukket opp?

– Ja.

Med hurtige skritt kommer Viola bærende på en pappskål fylt av sprøyter.

– Hvor mye veier pasienten?

– 70 kilo.

– Da kan vi begynne med å gi litt fentanyl. 0,05 milligram.

– 0,05 milligram, det blir 2 milliliter, da gir jeg 2 milliliter fentanyl.

Oksygenmasken hveser i bakgrunnen.

– 2 milliliter fentanyl gitt.

En etter en blir medisinerne sprøytet inn i armen på pasienten.

– Er pasienten godt borte? Flott. Da kan du gi 5 milliliter Nimbox. Nå må vi vente i tre minutter. Holder du øye med klokka?

Sekundene begynner å gå.

TEAMARBEID. Pedagogikken bak programmet er like viktig som det tekniske. Nøkkelen til suksess med metoden er å kunne jobbe tverrfaglig og å øve på teamarbeid og kommunikasjon innad i teamet.

– Det vil kunne gi en bedre og tryggere pasientbehandling, sier Erik Fosse, leder ved Intervensjons-senteret på Ullevål.

Senteret er en forsknings- og utviklingsavdeling for bildeveiledede og høyteknologiske metoder.

Benjamin Olsen er sykepleier og har jobbet på Stepdown-avdelingen i seks år. Han har vært med på ulike opplegg på simuleringssenteret. Å involvere legene i simuleringen trekker han fram som en særlig fordel.

– Man blir kjent med dem på en annen måte, og de får trent på å gi instruksjoner. Det er veldig lærerikt og gir en trygghet i jobben.

– Legene ser poenget med disse øvelsene, og at vi har faste leger å trene med er en kjempefordel, sier instruktør Eirik Bergerud.

INTUBERING. – Hvor lang tid er det igjen?

– Ett minutt.

Minuttet begynner å gå. Medisinerne er gitt og intubasjonsutstyret er forberedt. Dersom det skulle gå veldig galt har de defibrillatoren, for å restartere hjertet.

Anestesilegen vipper forsiktig hodet til pasienten

litt bakover. For å se inngangen til luftrøret lyser han med et laryngoskop, før han fører trachealtuben, et tynt plastrør, ned i halsen.

– Lytter du?

Viola legger stetoskopet inntil brystkassen. Først på venstre side, så på høyre.

– Der er ok. Respirasjon i begge lungeflatene.

TITTET I KORTENE. Øvelsen er ikke skuespill. Teamet får vite hvor de er, til hvilken tid på døgnet, hvor mange som er til stede, og informasjon om pasienten som i en vanlig rapport.

Det er en instruktør til stede i rommet og en operatør som styrer dukken og som følger opp det teamet gjør. Teamet skal behandle dukken som en pasient og gjøre det de vanligvis ville gjort i en slik situasjon.

Eirik Bergerud forteller at mange gruer seg veldig til øvelsen fordi det oppleves mer sårbart å bli tittet i kortene på sine ferdigheter og prestasjoner som fagperson.

– Men rollespillet gjør at man kommer godt inn i øvelsen og flere sier i etterkant at de gjerne skulle hatt et slikt opplegg oftere, sier han.

FOREBYGGE FEIL. Det er en ressurskrevende treningsform. Reelle team trekkes ut av sine vanlige arbeidsoppgaver. Denne dagen skulle hjerte- og anestesilege deltatt i simuleringen, men måtte inn i drift. Instruktør Bergerud måtte i dag ta rollen som anestesilege for at teamet skulle få en realistisk øvelse. Sykepleierne ved Stepdown-avdelingen får dermed likevel trent på ferdigheter.

Ferdighetstrening innebærer å øve på de tekniske ferdighetene. Og de viktige ikke-tekniske ferdighetene: Situasjonsforståelse, evnen til å ta beslutninger, kommunisere, ta ledelse og samarbeide. I tillegg kommer faktorer som å kunne støtte hverandre, gi hverandre informasjon, samkjøre arbeidsoppgaver og løse konflikter.

Innenfor medisinsk simulering er opptreningen av disse ferdighetene sentralt, og kalles for Crew Resource Management (CRM). Uttrykket kommer fra Crisis Resource Management, som er lånt fra simuleringsmiljøet i luftfart. Poenget med CRM er å øke kompetansen til helsepersonell på disse områdene, og evnen deres til å koordinere og utnytte ressurser effektivt. På den måte styrkes pasientsikkerheten. Både ved å øke mulighetene for å forebygge feil og å minimere uheldige konsekvenser av feil som allerede er gjort.

FULL RULLE. Dersom hjerte- og anestesilege hadde deltatt i simuleringen denne dagen slik planen var, hadde det vært det som kalles «fullskala simuleringstrening». Det er trening hvor teamet uforstyrt behandler en pasient i et sammenhengende scenario. I et slikt tilfelle blir simulatordokka styrt fra et kontrollrom.

Operatøren som styrer dokka kan snakke i en mikrofon og dermed gi «pasienten» i sengen en stemme. Det er også høyttalere i kontrollrommet slik at operatøren kan få med seg alt som foregår inne på pasientrommet.

Simulatordokka er koplet til en datamaskin inne på kontrollrommet. Alt legene og sykepleierne gjør med «pasienten» får en konsekvens. Akkurat som i virkeligheten. Inne på kontrollrommet passer operatøren på at enhver handling får adekvat respons.

«Jeg er glad jeg får mindre jernteppe i virkeligheten.»

Viola Wiik

Puls, blodtrykk og pust påvirkes enten positivt eller negativt alt ettersom hva helsepersonellet foretar seg.

Hvis simuleringen skulle gå helt i stå, kan de få hjelp fra instruktør. Enten i form av assistanse på telefon eller at noen kommer inn og minner dem på ting de kanskje har glemt. Eller så kan «pasienten» gi dem tydeligere respons. Men som med all annen teknologi, hender det at det av og til oppstår tekniske problemer.

SIKRERE OG BEDRE. Mulighet for tekniske problemer eller ikke, medisinsk simulering får mange positive tilbakemeldinger. Medisinsk simulering i Norge skal hjelpe til med å sikre bedre handlings- og kunnskapskompetanse, som igjen skal øke kvaliteten på helsetjenestene, samt tilfredsheten til de ansatte i form av økt mestringsfølelse.

I en doktoravhandling referert til i Inspira kommer det fram at sykepleiere som hadde deltatt i et simuleringsopplegg opplevde det som spesielt positivt at de fikk øvd seg på teamtrening og ferdigheter uten risiko for å skade en pasient. De var blitt mer bevisste på sin egen og kollegaenes kompetanse, og blitt flinkere til å snakke om teamets håndtering av en pasientsituasjon.

LÆRINGSKURVE. – Da er dere klare til i morgen hvis pasienten blir dårlig?

Syv litt slitne, men fornøyde sykepleiere ler. Dagen ved simuleringssenteret nærmer seg slutten. De har vært delt inn i to grupper, og gått gjennom scenarioet tre ganger hver slik at de har kunnet rullere på arbeidsoppgavene. Da dagen begynte, var det noen skjelvende hender. På slutten var tempoet raske og hendene stødige.

– Dere er helt klart blitt flinkere fra første runde til siste runde. I morges var dere mer fokusert på dere selv, men nå så dere hverandre. Dere hjalp hverandre og ga gode beskjeder til anestesilegen om

hvilke medikamenter som var gitt og når, roser Eirik Bergerud.

Evaluerer etter øvelsen blir pekt på som en av de viktigste delene av simuleringsprogrammet. Deltakerne og instruktørene går gjennom hva som gikk bra, men også hva som kunne vært gjort annerledes og hva de kan lære av det.

Debrifingen er delt inn i tre faser. Hva hendte i scenarioet? Hvilken betydning kan dette ha hatt for utfallet? Hvordan kan denne innsikten og kunnskapen anvendes i en liknende situasjon en annen gang? Det beste er hvis deltakerne selv kan peke på hva som gikk galt og hvordan de kan håndtere slike utfordringer i framtiden.

Men ros skal gis når ros er fortjent. Edle Austenaa har også vært instruktør i dag. Hun nikker bekreftende.

– Dere har hatt en stigende læringskurve. Nå hadde dere god kommunikasjon, god rollefordeling, og alle beskjeder ble bekreftet.

KOMPETANSEHEVING. USA bruker ofte medisinsk simulering som en test. Men i Norge, og ellers i Europa, brukes simulering i størst grad som en øvelse. Trening på intubering av nyfødte derimot, brukes som en test i Norge. Får ikke deltakerne godkjent, må de komme tilbake en annen dag, og gjennomføre opplegget en gang til.

– Det er en kompetanse som tilføres den enkelte som er vanskelig å måle. Det kan til en viss grad måles ut fra hendelser, men det er vanskelig å tallfeste effekten av programmet, sier Helle Madsen Holm, ledende spesialsykepleier intensiv og seniorinstruktør i medisinsk simulering.

Hun mener likevel at ferdighetstrening kan føre til færre komplikasjoner og blødninger under og etter en operasjon, samt bedre restitusjon i etterkant.

– Subjektive opplevelser av kompetanseheving kan vanskelig måles, men team opplever ofte at de reagerer raskere i felten etter trening, sier Holm.

POSITIVT STRESS. – Det har vært veldig lærerikt å få kjent på litt puls, og det er god ferdighetstrening. Nå er det friskt i minne hvis jeg trenger det, sier Elin Jensen Kråkenes.

Simen Hauge Josten er enig.


– Ja, dette gikk jo veldig bra. Det var fint å få prøve ut i de ulike rollene. Få flere muligheter til å gjøre sitt beste.

Viola Wiik ler.

– Jeg er glad jeg får mindre jernteppe i virkeligheten. Under simuleringen ble jeg så stressa at jeg fikk problemer med å fokusere.

– Men dette gikk jo bra, Viola. De aller fleste kommer borti akutte situasjoner, og dette er en god øvelse i å stole på hverandre og hjelpe hverandre. Og akutte situasjoner er stressende, så at øvelsen var stressende er bare bra, sier Eirik Bergerud. ●

redaksjonen@sykepleien.no



*“Jeg er jo sykepleier,
så den renten på boliglånet skal
jeg få kuttet betraktelig.”*

KLP-medlemmer er faktisk **ikke helt på vidda** når de påstår at de har eksklusiv tilgang til markedets kanskje beste boliglån. For siden arbeidsgiveren din eier KLP, får du personalpriser på lån, forsikring, bank- og fondssparing.

Sjekk selv hvor mye du kan spare, gå inn på **klp.no**



for dagene som kommer



Nice, Monaco og Liguria

Pittoreske kystbyer, avslappet italiensk sjarme og besøk i Nice og Monaco. Inkl. halvpensjon og direktefly med Norwegian til Nice – med Albatros-reiseleder, 8 dager

Med base i den italienske strandbyen Pietra Ligure opplever vi middelhavskystens fortreffeligheter med en god blanding av tid til egne fornøyer og inkluderte utflukter som byrundtur i søfranske Nice, heldagsbesøk i glamorøse Monaco og Monte Carlo samt utflukter til vakre Genova og de liguriske byene Portofino og Santa Margherita.

Bli med til rivieraen i juni!

Avreise 7/6 2015

Kr **8498,-**

Enkeltromstillegg kr 1 148,-

**Herlige
rivieradagar!**

DAGSPROGRAM

Dag 1 Oslo–Nice, Frankrike. Byrundtur og videre til Pietra Ligure, Italia

Dag 2 Pietra Ligure. Byvandring

Dag 3 Utflukt til Portofino og Santa Margherita

Dag 4 Tid til egne eventyr

Dag 5 Utflukt til Genova med byrundtur

Dag 6 Dag på egen hånd eller mulighet for utflukt til Savona

Dag 7 Tid til egne eventyr

Dag 8 Monaco, Monte Carlo og hjemreise fra Nice

Alt dette får du: Skandinavisk reiseleder, direktefly Oslo–Nice med Norwegian, utflukter ifølge program, innkvartering i delt dobbeltrom på Hotel Minerva, Pietra Ligure, halvpensjon på hotellet (frokost og middag), skatter og avgifter.

Medl. DK RGF. Med forbehold for trykkfeil og utsolgte avganger.

Les mer på www.albatros-travel.no/SYK

info@albatros-travel.no. Vennligst opplys reisekode LR-SYK

Åpent man–fre 8:30–17:00 & lør–søn 10:00–15:00. Ring på tlf.: 800 58 106

Albatros



Hjem fra sykehuset. **28**

– Lever med avvik. **32**

– Har gitt penger. **32**

4 på gangen. **33**

Bekymret for barsel

Jordmødre advarer. Når Marte-Kari Løve har født, får hun være på barsel i 48 timer. Så skal jordmor komme hjem til henne. Men med 1,5 jordmor på 360 gravide er det ikke mulig å få til.

Tekst **Nina Hernæs** • Foto **Erik M. Sundt**





Tema.
Barsel-
omsorg

Klart: Jordmor Eva Myhre Engen kontrollerer at hodet ligger ned. Marte Kari Løve er klar for å føde.



Hjem fra sykehuset.

«Sårbarheten har de felles.»

Eva Myhre Engen

Tekst **Nina Hernæs** • Foto **Erik M. Sundt**



Hjerteslagene fyller rommet. Eva Myhre Engen fører doppler-maskinen over Marte-Kari Løves struttende mage.

– Ingen tvil om at han koser seg inni her, sier hun og smiler.

GODT KJENT. Det er tre dager til termin. I seks måneder har Marte-Kari Løve gått til kontroll her på Bjerke familiesenter på Veitvet i Oslo.

– Jeg sendte e-post og fikk til svar at jeg var hjertelig velkommen, forteller hun.

– Jeg har opplevd jordmor som svært fleksibel.

Første kontroll var hos fastlege, men siden han er på hjemstedet Larvik, var det praktisk med kontroller i Oslo.

– Venninner har vært fornøyde med å gå til jordmor, sier hun.

– Og jeg har virkelig erfart at det er en som kan hjelpe til med det jeg trenger.

FOR FÅ. På papiret har jordmødre en stor rolle i både svangerskap- og barselomsorgen. Men i praksis er de for få til å fylle den. I flere år har Jordmorforbundet og Den norske jordmorforening varslet om for knappe ressurser til kommunejordmødre. I underkant av 300 jordmødre skal ta seg av 60 000 gravide. Det gir et gjennomsnitt på 0,7 jordmor per kommune og 0,005 jordmor per gravid.

– Altfor lite, sier Hanne Charlotte

Schjelderup-Eriksen, leder for Jordmorforbundet i Norsk Sykepleierforbund.

Hun mener det må ansettes minst 1 000 jordmødre i kommunene innen 2016.

STORT TRYKK. I bydel Bjerke, hvor Marte-Kari Løve bor, er det 1,5 jordmødre. Eva Myhre Engen har hel stilling, kollega Anne Cathrine Askedal halv.

I 2014 fulgte de opp 360 nye gravide, mer enn 60 prosent av alle gravide i bydelen, med tilbud om samtale, kontroll, fødselsforberedende kurs og ammegruppe.

De opplever et trykk uten like, men har ikke fått svar på bønnene om flere ressurser.

I stedet har de fått flere oppgaver.

IKKE MULIG. Fordi liggetiden i barselavdelingene stadig blir kortere, skal kommunejordmor besøke kvinnene hjemme etter fødsel. Ifølge ny nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen skal det skje i løpet av den første eller andre dagen hjemme.

Eva Myhre Engen synes det er en strålende idé.

– Vi har bygget opp en relasjon til kvinnen gjennom svangerskapet og vil gjerne avslutte den med at babyen er kommet. Men det er ikke mulig, fordi det er så travelt.

DRAMATISK. Mellom 1998 og 2009 sank liggetiden i norske barselavdelinger fra 4,5 til 3,1 døgn.

Fakta

Jordmortilbudet i Bjerke bydel

Svangerskapskontroller (antall vurderes individuelt)
Ammegrupper
Fødselsforberedende kurs
Utvidet glukosetest til alle i uke 28
Alt er gratis
I 2014 var det 571 fødsler i bydelen. Jordmødrene fulgte opp 360 nye gravide. 1,5 jordmorstillinger.

Siden har den sunket ytterligere. I dag reiser mange hjem etter 48 timer, og flere steder utredes hjemreise etter 24 timer. Det mener Hanne Charlotte Schjelderup-Eriksen er dramatisk.

– Den korte liggetiden er ikke fulgt opp med et tilfredsstillende og trygt tilbud i kommunene, fastslår hun.

Allerede i 2010 påpekte Helsetilsynet at det er en kritisk periode fra mor og barn reiser fra sykehuset til de har fått kontakt med helsestasjonen.

– Hvis det er for lite ressurser til hjemmebesøk i kommunehelsetjenesten, kan det gå to uker hvor kvinnen blir overlatt til seg selv, sier hun.

FÆRRE AMMER. Jordmødre er særlig bekymret



Rykker ikke alt: Eva Myhre Engen og Anne Cathrine Askedal etterlyser mer ressurser til jordmortjenesten.

for hvordan det skal gå med ammingen. I Norge er det et uttalt mål at flest mulig spedbarn skal få morsmelk. Men normalt er ikke melkeproduksjonen i gang før tredje dag etter fødsel, altså lenge etter at kvinnen er hjemme fra sykehuset. Ifølge Schjelderup-Eriksen krever vellykket amming ofte tett veiledning. Spørsmålet nå er av hvem. Hun frykter resultatet vil bli mindre amming.

Nye tall fra Helsedirektoratet viser også at ammefrekvensen synker for første gang på over 40 år. Flere får morsmelkerstatning i stedet for eller i tillegg til morsmelk de aller første dagene etter fødsel.

Ifølge Helsedirektoratet er det fremdeles en høy andel som ammes, 95 prosent, men målet er å opprettholde og øke den.

«Vi er ikke bare utdannet for svangerskapsomsorg, men også barselomsorg.»

Eva Myhre Engen

SNAKKE. Med lette fingre undersøker Eva Myhre Engen magen til Marte-Kari Løve.

– Ikke noen tvil om at hodet er ned, sier hun.
– Det er godt når du sier den har festet seg skikkelig, sier Løve og reiser seg fra benken.

Svangerskapet har vært normalt og uten

komplikasjoner. Selv om hun er ressurssterk og godt forberedt, tilhører hun en gruppe jordmor Eva Myhre Engen vet har særlig behov for oppfølging de første dagene, nemlig de førstegangsfødende.

– Det ideelle er om hun sender meg e-post fra sykehuset etter fødselen, og så avtaler vi hjemmebesøk dagen etter at hun er kommet hjem, sier hun.

I tillegg til ammeveiledning, vet Engen at mange har behov for å snakke gjennom fødselen. Kanskje har de vondter som trenger å avklares og forklares, såre sting som skal kontrolleres eller såre bryster. Alt ting som jordmor er spesialutdannet til å ta seg av.

– Vi er ikke bare utdannet for svangerskapsomsorg, men også





➔ barselomsorg, minner hun om.

– Etter fødsel er kvinner sårbare, det er noe alle har felles, og det er nok lettere å snakke med en jordmor de allerede kjenner. For oss er det også lettere å avdekke problemer når vi har fulgt dem gjennom lang tid.

GULSOTT. Hanne Charlotte Schjelderup-Eriksen frykter at manglende ressurser i kommunene vil føre til at flere nyfødte må tilbake til sykehuset.

– Resultatet kan bli flere reinnleggelser på grunn av gulsott, sier hun.

Gulsott, eller hyperbilirubinemi, skyldes for mye bilirubin i blodet. Det hoper seg opp i huden og på slimhinnene og barnet blir typisk gult. Vanligvis forekommer dette 2–4 dager etter fødselen, og da er som regel mor og barn ikke lenger på sykehuset. Ifølge Schjelderup-Eriksen kan tilstanden være vanskelig å oppdage hjemme. Riktig be-

«Vi kommer til kort.»

Sonja Hessling, Sandefjord

handlet er den helt ufarlig, men ubehandlet kan den føre til skader på nervesystemet.

DEHYDRERING. Jordmødre er også bekymret for at flere barn kan bli lagt inn på sykehus på grunn av underernæring. Det var en signifikant økning i reinnleggelser på grunn av dehydrering for hvert år mellom 2002 og 2008, ifølge en studie utført ved Haukeland universitetssykehus. I samme tidsrom gikk liggetiden i barselavdelingene ned fra 3,5 til 2,7 døgn.

Eva Myhre Engen og Anne Cathrine Askedal på Bjerke familiesenter sier små grep kan forebygge dehydrering.

Askedal forteller om et barn som bare hadde gått opp 60 gram på 9 dager. Mor hadde ikke sett at vekttoppgangen var dårlig, og heller ikke sett at barnet sugde feil.

– Med ammeveiledning og korrigeret sugegrep hadde barnet gått opp masse noen dager senere, sier hun.

MORKAKE I STOFF. For de to jordmødrene handler mye av jobben om å være føre var. De har jobbet på familiesenteret i mange år og vet hva slags informasjon kvinnene trenger.

– Noen ting sier vi før de har spurt, sier Eva Myhre Engen og ler litt.

På kontoret hennes ligger en anatomisk dukke pent tullet inn i rosa. En morkake i stoff ligger på trillebordet. Og på veggen illustrerer stadig mer forpinte ansikter stadiene i en fødsel. Hun er opptatt av at kvinnene skal få mest mulig konkret informasjon. For å rekke over alt, strekker hun

dagen i begge ender. Hun har vært på hjemmebesøk til noen få. Noen av dem etter jobb.

PRIVATE TAR OVER. I Sandefjord er ikke jordmor Sonja Hessling i tvil.

– Dette går ut over sårbare grupper, sier hun.

I Sandefjord, med 45 000 innbyggere og 500 fødsler i året, er det 1,5 stillinger for kommunale jordmødre. I tillegg er det et privat jordmorsenter som mange bruker.

– De ressurssterke går dit, sier Hessling.

– Statistisk de på 31 år, med utdanning og fast jobb.

– Sånn situasjonen er, er det bra med et privat tilbud, for vi har ikke kapasitet til å ta oss av alle gravide. Men det er for dem som kan betale.

BEKYMRET. Majoriteten av hennes kvinner er minoritetsspråklige.

– Kommunikasjonen er ekstra krevende fordi mange har lavt kunnskapsnivå, mange er analfabeter og har lite kjennskap til norske systemer. For eksempel kan jeg bruke lang tid på å forklare at de ikke skal dra til legevakt når de får rier, men til fødeavdelingen. Det kan gå med tre konsultasjoner, en halv time hver gang.

Hun treffer kvinner som er unge og alene, kvinner som ikke har fast jobb eller et ordentlig hjem. Kvinner med psykososiale problemer.

– De er ekstra sårbare og trenger oppfølging etter fødselen. Men der kommer vi til kort. Vi har ikke kapasitet.

Hessling kan ikke huske sist hun var på hjemmebesøk. Men hun bekymrer seg ofte.

– I Norge er kjernefamilien sentral, det er veldig lite tradisjonell generasjonsoppfølging. Besteforeldre jobber eller bor andre steder. Jeg frykter noen blir veldig alene når de kommer hjem fra sykehuset.

Hanne Charlotte Schjelderup-Eriksen forteller at jordmødre også erfarer at mødre med vold og rusproblemer ofte vil hjem så tidlig som mulig, for å unngå å bli fanget opp.



Bekymret: Hanne Charlotte Schjelderup-Eriksen er bekymret for jordmortilbudet.

– Vi skulle gjerne sett at disse sårbare kvinnene kunne bli fanget opp så tidlig som mulig, for eksempel ved at jordmor kommer hjem, sier hun.

STORE FORSKJELLER. Det fins ingen norm for hvor mange jordmødre det skal være i forhold til gravide i kommunene. Derfor blir forskjellene store. Noen mil unna Sandefjord og deres 1,5 jordmødre, ligger Tønsberg. Med litt færre innbyggere, omtrent like mange fødsler og 2,4 jordmødre som snart blir til 3,4 når en ny utlyst stilling er besatt. Det vil si at Tønsberg har nesten 2 jordmorstillinger mer enn nabobyen. En av jordmødrene jobber spesielt med de yngste og mest sårbare gravide.

– Det er fordi vi mener jordmødre er viktige, sier Sonia Wigenstam, leder for helsestasjonstjenesten i byen.

– Kommunen vokser. 30-åringer flytter hit, og de føder barn. Da må vi sørge for at de får en trygg graviditet med veiledning om kost, alkohol og parforhold. Vi har til og med fått dokumentert at Tønsberg, som tilbyr ekstra ammekurs, har høyere ammefrekvens enn kommuner som ikke har slike kurs. Da er det ikke vanskelig for meg som leder å styrke jordmortjenesten.

LEDELSE. For det er bevilget penger til jordmortjenesten. Men de er ikke øremerket, og derfor brukes de til å dekke andre kommunale utgifter. I 2013 ble det bevilget nærmere 200 millioner kroner, som resulterte i tre nye årsverk for kommunale jordmødre.

Wigenstam roser ledelsen i sin kommune, som lar pengene komme frem dit de er ment.

– Vi er råheldige, sier hun.

Men i likhet med jordmorlederen ønsker hun seg øremerking.

– Ikke alle er like heldige som oss i Tønsberg, sier hun.

Men heller ikke her er det kapasitet til å gå på hjemmebesøk til alle barselkvinner.

– Skulle vi dra hjem til alle 500, går hele den nye stillingen med til det, sier hun.

– Jeg er usikker på om det er hensiktsmessig. I stedet vil vi prioritere dem som trenger det mest, som for eksempel førstegangsfødende.

VENTER. På Veitvet gjør Marte-Kari Løve seg klar til å gå. Hun har en timeavtale på termindato, men både hun og jordmor Eva Myhre Engen vet at hun da like godt kan være i fødsel. Neste gang hun er her kan være med baby på vei til helsesøster lenger ned i gangen.

– Håper du stikker hodet innom, sier Engen ivrig.

– Jeg vil jo gjerne se babyen. ●
nina.hernes@sykepleien.no





Venter: Marte-Kari Løve er har gått til jordmo i flere måneder.



– Lever med avvik

LITE PENGER: – Jordmortjenesten i Bjerke fikk et halvt årsverk for to år siden, sier Kari Beate Hornseth, seksjonssjef for forebyggende tjenester i bydelen.

– Da ble en halv stilling fast etter et prosjekt.

Utover det er det ikke midler til å styrke jordmortjenesten her.

– Men mener du de trenger flere ressurser?

– Alt forebyggende arbeid i en bydel som Bjerke kunne hatt bruk for mer ressurser. Vi har tilflytting, mange barnefamilier og en stor andel minoriteter, sier Hornseth.

Forebyggende tjenester omfatter helsestasjonstjenesten for barn mellom 0 og 5 år, skolehelsetjenesten, smittevern, psykolog i førstelinjetjenesten, fysioterapi og svangerskapsomsorg.

– Jordmortjenesten er del av et stort apparat. Potten er liten, så det er ikke mer til jordmortjenesten i 2015, sier Hornseth.

– Jordmødrene sier det ikke

er kapasitet til hjemmebesøk i barseltiden?

– Jeg har sagt vi ikke kan starte med hjemmebesøk. Vi prioriterer å gi svangerskapsomsorg. Skulle vi tilbudt hjemmebesøk, måtte vi redusere på aortall gravide som går til jordmor for kontroll.

– Da klarer dere ikke å følge retningslinjene?

– Nei. Vi lever med mange avvik, men det gjør man i forebyggende tjenester fordi det ikke er nok ressurser.

– Ville øremerking hjulpet?

– Ja, øremerking hadde gjort seg. Når Lisbeth Normann sier staten sender penger, kommer de ikke automatisk på mitt budsjett. Men politikerne vil ikke ha øremerking, de vil stå fritt når de bestemmer hvordan pengene skal brukes. Det er den virkeligheten vi lever i. ●

«Potten er liten.»
Kari Beate Hornseth, Bjerke bydel

– Har gitt penger

IKKE BEKYMRET: – Vi har sagt at jordmortjenesten i kommunene skal styrkes, sier Lisbeth Normann, statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet.

– Helsestasjonene og skolehelsetjenesten har allerede fått nesten en halv milliard kroner, og det er satt i gang mange forskjellige tiltak, som for eksempel ammepoliklinikker.

– Men jordmødre varsler om at de ikke er mange nok til å gjøre hjemmebesøk som anbefalt. De ønsker øremerking av midlene?

– Ulempen med øremerking er at det straffer kommunene som har fått til et bra tilbud. Det gir dem lite fleksibilitet. Jeg har stor tillit til at kommunene best kjenner sin befolknings behov.

– I Bjerke bydel er det 1,5 jordmødre og 571 fødsler. Hvordan skal de få tid til hjemmebesøk?

– Jeg kan ikke svare for bydel Bjerke. Det er helsetjenesten som skal ivareta mor og barn, og vi har sørget for ressurser.

– Men jordmødre er bekymret?

– Vi må huske på at Norge har en ekstremt god barselomsorg. Det er nesten ikke mødredødelighet, og det fødes friske barn. Men det er klart nye tiltak må følges opp. Dersom det kommer meldinger om alvorlige konsekvenser av måten tilbudet er organisert på, må vi vurdere tiltak. Vi vil følge nøye med. ●

nina.hernes@sykepleien.no

«Vi må huske på at Norge har en ekstremt god barselomsorg.»

Lisbeth Normann, statssekretær



Medikamentskap
Avtrekksløsninger
Spesialinnredninger
Brukertilpasset kunst
og utsmykning

WWW.SANA.NO

Post@sana.no

Tlf. 948 39 332

4 på
gangen

om barselomsorgen

Fakta

Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen

Nytt liv og trygg barseltid for familien omfatter både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten.

Retningslinjen består av 41 anbefalinger. 6 anses som særlig viktige, blant annet anbefalingen om hjemmebesøk.

For kvinner og nyfødte hvor det vurderes som like trygt med oppfølging i hjemmet eller lokalt som i føde- og eller barselavdeling, anbefales ett hjemmebesøk av jordmor innen første – andre døgn etter hjemreisen. For kvinner med gode erfaringer fra tidligere fødsel, amming og barseltid tilbys det ett hjemmebesøk av jordmor i løpet av de tre første døgnene etter hjemreisen.



Illustrasjonsfoto: Colourbox

Færre ammer

For første gang på over 40 år går ammefrekvensen nedover. Det viser tall fra Helsedirektoratet. Færre barn fullammes ved to ukers alder nå enn i 2006. Flere barn, 14 prosent, får morsmelkerstatning eller annen melk i tillegg til, eller som erstatning for, morsmelk, før 1 måneds alder. I 2006 var tallet 10 prosent. Totalt får 95 prosent av barna morsmelk ved to ukers alder og 84 prosent blir fullammet.

Ifølge Helsedirektoratet er dette bra, men samtidig er det et mål å opprettholde og øke andelen spedbarn som blir ammet.

Tidlig kontroll

Kvinner har rett til å velge om de vil gå til svangerskapskontroll hos lege eller jordmor. Ifølge Norsk gynekologisk veileder i fødselshjelp bør første kontroll finne sted kort tid etter at graviditet er konstatert, slik at informasjon om levevaner, alkohol, tobakk og medikamentbruk blir gitt og at nødvendige korreksjoner som seponering av skadelige medikamenter kan bli foretatt tidlig i svangerskapet.

Ifølge Jordmorforbundet har gravide i praksis ikke rett til å velge, fordi det mange steder er for få jordmødre til å ta seg av alle gravide.



1

Kristin Sofie Waldum-Grevbo

Leder, Landsgruppen av helsesøstre NSF

Jeg er helt enig med Jordmorforbundet i at jordmortjenesten må styrkes så også jordmødre kan dra på hjemmebesøk. Det er viktig at kommunene sørger for at både jordmor og helsesøster kommer hjem til mor og barn, og at den ene ikke fortrenger den andre. Jeg har jobbet på helsestasjon der jordmor og helsesøster hadde barselgruppe sammen, og vi utfylte hverandre på en veldig god måte. Man reiser fra sykehuset så tidlig at det ikke er mulig å vite hva man lurer på. Det er også litt tidlig å vite hvem som har behov for ekstra hjelp, og derfor er det viktig at hjemmebesøk blir et tilbud til alle.



2

Trude E. Hartmann Bjørndalen

Seksjonsleder, barselavdelingen, OUS, Rikshospitalet

Det er absolutt behov for å følge retningslinjene for barselomsorg med hjemmebesøk. Noen kommuner, som Asker i Akershus, har fått det til. Vi opplever at vi ikke kan sende hjem barselkvinner fordi de ikke får oppfølging. En svakhet ved kommunehelsetjenesten er at den ikke har vaktberedskap. Det er i stor grad en 8–16-tjeneste på hverdagens. Fredag ettermiddag er det ikke mulig å få gitt melding om en kvinne som skal hjem. Og da er det mange timer til mandag morgen. Det interessante er at det ikke er voldsomme ressurser som skal til, kanskje bare én stilling.



3

Hanne Rynning

Jordmor i Vefsn kommune i Nordland

I Vefsn har vi en hel jordmorstilling delt på to jordmødre. Jeg har 55 prosent i kommunen, men jobber også på fødestua. Dette gir god kontinuitet i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen og vi syns vi har bygd opp et godt tilbud til kommunens 140 gravide. Kvinnene går nesten bare til jordmor under svangerskapet, og vi koordinerer tjenesten. Kommunen har tatt bort en 15 prosent stilling til etterkontroller og ønsker at vi skal redusere svangerskapsomsorgen for å gjøre etterkontroller. Jeg synes ikke det er riktig, og har derfor bedt om et møte med kommunen.



4

Kirsten Jørgensen

leder i Den Norske Jordmorforening

Hva skal vi med flotte retningslinjer når det ikke følger penger med dem? Regjeringen har det å styrke jordmortjenesten i sin politiske plattform, men det skjer ikke noe. Jordmødre ute må jobbe hardt for å få midler, og med veldig sprikende resultater. Jevnlige får jeg meldinger fra bekymrede jordmødre. I Trondheim har de for eksempel ikke nok ressurser til svangerskapsomsorgen, og da har de i hvert fall ikke ressurser til hjemmebesøk i barseltiden. Vi mener midlene må øremerkes, sånn at de når frem til jordmortjenesten. Det er en sak vi kommer til å følge tett politisk.



Forventer mer av kvinnene

● Tekst Bjørn Arild Østby

TAR MER AV OMSORGEN: Helsepersonell forventer mer av kvinnelige enn av mannlige pårørende. Kvinnene forventer også mer av seg selv.

At kvinner har og tar en større del av omsorgsbyrdene i hjemmet, er velkjent. Resultatene fra Janne Paulsen Breimos studie «Koordinering og tilstedeværelse – om kjønne forventninger til pårørende i rehabiliteringsprosesser» viser at dette også er tilfelle når personen som trenger omsorg ikke er barn, men en partner eller forelder. Hun

har analysert doktorgradsmaterialet sitt fra 2012 på nytt. Denne gangen med et kjønnsperspektiv.

I sin egen forskning så Breimo en klar forskjell i hvordan tjenesteyterne omtalte kvinnelige og mannlige pårørende. Mannlige pårørende fikk masse skryt: «Han er jo så flink», «Han gjør så mye for kona».

TRENGER HJELP. – De virket nærmest overrasket over at mennene var så involvert i partnerens rehabilitering, sier hun til Kilden Informasjonssenter for kjønnsforskning.

Kvinner fikk ikke samme skryt for sin innsats. I omtalen av kvinnelige pårørende formulerte tjenesteyterne seg gjerne i setninger som «Hun trenger en del hjelp», eller «Hun var så sliten, så jeg gjorde den oppgaven for henne».

– Her ser tjenesteyteren altså oppgavene som noe som egentlig burde gjøres av den pårørende, påpeker Breimo.

HA DET RYDDIG. Det er ikke uvanlig at kvinner går ned i stilling eller blir sykemeldte som resultat av det

omsorgsansvaret de påtar seg. Menn er på sin side klare på at det er begrenset hva de kan gjøre – de har jo tross alt en jobb.

– Gjennom intervjuene ser jeg også at kvinner opplever bistandsapparatets stadige tilstedeværelse i hjemmet som mer belastende enn menn gjør. De føler at hjemmet skal være presentabelt hele tida, i og med at det er en fremmed innom kanskje flere ganger om dagen. Mennene følte tilsynelatende ikke det samme presset, sier Janne Paulsen Breimo. ●

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

MEDLEMSTILBUD I FORDELSBUTIKKEN!



Som medlem i NSF får du alltid gode tilbud i fordelsbutikken! Flere nye produkter ventes inn i løpet av vinteren.

Bestill på www.nsf.no i dag!

Link til fordelsbutikken finner du på www.nsf.no (i hovedmenyen, under medlemskap).



Vi har satt sammen en treningspakke som inneholder Craft treningstøy (t-shirt og tights), vannflaske, håndkle og boken om Pondus og Beate som er laget spesielt for NSF.

(Ordinær pris 756,-)

NÅ KUN KR 550,-





ALVORLIG KRONISK HÅNDEKSEM?

Toctino® (alitretinoin)

TOCTINO® alitretinoin på blå resept fra 1. januar

Behandling av alvorlig kronisk håndeksem hos voksne som ikke responderer på behandling med sterke topikale kortikosteroider



Les mer på <http://helsepersonell.gsk.no/produktoversikt/toctino.html>



GSK, Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo.
Telefon: 22 70 20 00. Telefaks: 22 70 20 04, www.gsk.no



NOR/ART/0016/14

C Toctino «Stiefel» Middel mot håndeksem.

ATC-nr.: D11A H04

T KAPSLES, myke 10 mg og 30 mg: Hver kapsel inneh.: Alitretinoin 10 mg, resp. 30 mg, soyaolje, helracemisk α -tokoferol, hjelpestoffer. Fargestoff: Jernoksid (E 172).

Indikasjoner: Alvorlig kronisk håndeksem hos voksne som ikke responderer på behandling med sterke topikale kortikosteroider. Pasienter som hovedsakelig har hyperkeratotisk eksem, vil trolig få en bedre effekt av behandlingen enn ved eksem hovedsakelig av pomfolyks karakter. **Dosering:** Skal kun forskrives av dermatolog eller lege med erfaring med bruk av systemiske retinoider og som har full forståelse for risikoene forbundet med systemisk retinoidbehandling og kravene til overvåking. **Voksne:** 10-30 mg 1 gang daglig. Anbefalt startdose er 30 mg 1 gang daglig. En dosereduksjon til 10 mg 1 gang daglig kan vurderes ved uakseptable bivirkninger ved høyere doser. Et behandlingsforløp kan vare i 12-24 uker, avhengig av respons. Opphør av behandlingen skal vurderes ved fortsatt alvorlig sykdom etter de første 12 ukene med behandling. Ved tilbakefall kan pasienten ha nytte av flere behandlinger. **Spesielle pasientgrupper:** Barn <18 år: Anbefales ikke. **Pasienter i høyrisikogrupper (diabetes, fedme, kardiovaskulære risikofaktorer eller forstyrrelse i lipidmetabolismen):** Anbefalt startdose er 10 mg 1 gang daglig og det tilføres opptil maks. dose på 30 mg om nødvendig. **Administrering:** Tas 1 gang daglig. Bør tas samtidig med mat. **Kontraindikasjoner:** Graviditet. Amming. Kvinner i fertil alder med mindre alle betingelsene i det graviditetsforebyggende programmet er oppfylt. Alvorlig lever- eller nyreinsuffisiens. Ubehandlet hyperkolesterolemi eller hypertriglyseridemi. Ubehandlet hypotyroidisme. A-hypervitaminose. Hypersensitivitet for alitretinoin, andre retinoider eller noen av hjelpestoffene. Jordnøtt (peanøtt)- eller soyaallergi. Sjelden, arvelig fruktoseintoleranse. Samtidig bruk av tetrasykliner pga. fare for økt intrakranielt trykk. **Forsiktighetsregler:** **Kvinner i fertil alder:** Alle betingelser i det graviditetsforebyggende programmet må være oppfylt. Kvinnen forstår den teratogene risikoen, går til månedlige kontroller, forstår og aksepterer behovet for effektiv prevensjon (minst 1 og helst 2 komplementære former for prevensjon, inkl. barrieremetode, bør brukes) uten avbrudd, 1 måned før behandlingen startes, under behandlingen og 1 måned etter avsluttet behandling, er informert om og forstår de potensielle konsekvensene av graviditet, forstår behovet og aksepterer å bli undersøkt for graviditet før behandling, under og 5 uker etter avsluttet behandling, og har bekreftet at hun har forstått farene og nødvendige forholdsregler forbundet med bruk av preparatet. Forskrivende lege må forsikre seg om at: Pasienten overholder betingelsene for forebygging av graviditet, har bekreftet forannevnte betingelser, har brukt/brukes prevensjonsmidler som forannevnt og at negativ graviditetstest er oppnådd før, under og 5 uker etter avsluttet behandling. Resept til kvinner i fertil alder: Begrenset til 30 dagers behandling, fortsatt behandling krever ny resept. Graviditetstesting, utstedelse av resept og utlevering samme dag skal tilstrebes. Utlevering innen maks. 7 dager etter reseptutstedelse. **Depresjon eller historikk som omfatter depresjon:** Spesiell varsomhet må utvises. Serumkolesterol, triglyserider (fastende verdier) og blodglukose bør overvåkes (ev. hyppigere kontroll hos pasienter med diabetes, fedme, kardiovaskulære risikofaktorer, forstyrrelse i lipidmetabolismen). Behandlingen bør opphøre hvis hypertriglyseridemi ikke kan kontrolleres på akseptabelt nivå eller hvis symptomer på pankreatitt oppstår. Se for øvrig SPC for ytterligere informasjon om forsiktighetsregler. **Interaksjoner:** Samtidig behandling med CYP 3A4-hemmere som ketokonazol øker plasmanivået av alitretinoin. Samtidig simvastatinbehandling reduserer plasmanivåene av simvastatin med 16%. Samtidig behandling med tetrasykliner må unngås (risiko for benign intrakraniell hypertensjon). Samtidig inntak av vitamin A bør unngås pga. risiko for A-hypervitaminose. **Graviditet, amming og fertilitet:** **Graviditet:** Graviditet er en absolutt kontraindikasjon. Hvis graviditet forekommer til tross for at det graviditetsforebyggende programmet er fulgt under behandling eller i måneden etter at behandlingen er opphørt, foreligger det høy risiko for svært alvorlig misdannelse av fosteret. Hvis graviditet forekommer, må behandling opphøre og pasienten bør henvises til lege som er spesialist eller har erfaring innen teratologi for evaluering og råd. **Amming:** Alitretinoin er svært lipofilt og det er svært sannsynlig at det utskilles i morsmelk. Kontraindisert hos kvinner som ammer pga. potensiell risiko for bivirkninger hos diende barn. **Fertilitet:** Se SPC. **Bivirkninger:** Oftest reversible og doseavhengige. **Svært vanlige ($\geq 1/10$):** Neurologiske: Hodepine. **Undersøkelser:** Hypertriglyseridemi, redusert HDL, hyperkolesterolemi. **Vanlige ($\geq 1/100$ til $<1/10$):** Blod/lymf: Anemi, økt jernbindingskapasitet, redusert antall monocytter, økt antall trombocytter. **Endokrine:** Redusert TSH, redusert fritt T4. **Hjerte/kar:** Rødming. **Hud:** Tørr hud, tørre lepper, cheilit, erytem, alopeci. **Undersøkelser:** Økt kreatininfosfokinase i blodet. **Øye:** Konjunktivitt, tørre øyne, iritasjon i øyne. **Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $<1/100$):** Hud: Pruritus, utslett, hudflassing, asteatotisk eksem. **Luftrøyr:** Epistakse. **Muskel-skjelettsystemet:** Ekstose, ankyloserende spondylitt. **Øye:** Uklart syn, katarakt. **Sjeldne ($\geq 1/10000$ til $<1/1000$):** Hjerte/kar: Vaskulitt. **Neurologiske:** Benign intrakraniell hypertensjon. **Svært sjeldne ($<1/10000$), ukjent:** Gastrointestinale: Inflammatorisk tarm sykdom. **Immunsystemet:** Anafylaktiske reaksjoner, hypersensitivitet. **Psykiske:** Depresjon, humørendringer, selvmordstanker. **Øye:** Svekket mørkesyn. **Overdosering/Forgiftning:** **Symptomer:** Ved doser >10 ganger terapeutisk dose: Sterk hodepine, diaré, ansiktsrødme, hypertriglyseridemi (i samsvar med retinoid toksisitet). Disse effektene er reversible. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Alitretinoin (et retinoid) er et derivat av vitamin A. **Virkningsmekanisme:** Den farmakologiske virkningen av retinoider kan forklares ved deres effekter på celleproliferasjon, celledifferensiering, apoptose, angiogenese, keratinisering, sebumproduksjon og immunmodulering. Alitretinoin (RAR- og RXR-agonist) har vist immunmodulerende og antiinflammatoriske effekter som er relevante for hudinflammasjon. **Absorpsjon:** Variabel og doseproporsjonal over 10-30 mg. Optimal absorpsjon oppnås ved samtidig matinntak. **Proteinbinding:** Sterkt til plasmaproteiner. **Halveringstid:** 2-10 timer. **Metabolisme:** Alitretinoin oksideres i lever (35-80%) til 4-okso-alitretinoin. Begge gjennomgår isomerisering til all-trans-retinoinsyre og 4-okso-all-trans-retinoinsyre. 4-okso-alitretinoin glukuronideres og utskilles i urin. Alitretinoin brytes ned ved sekvensiell spaltning av karbonsidekjeden. **Utskillelse:** Hovedsakelig i urin, 30% i feces. **Utlevering:** Til fertile kvinner skal det kun utleveres alitretinoin tilstrekkelig for 30 dagers behandling per resept. Resept til fertile kvinner er kun gyldig i 7 dager etter utstedelse. For andre kvinner skal lege bekrefte på resepten at kvinnen ikke omfattes av begrensningen for fertile kvinner. **Pakninger og priser:** **10 mg:** 30 stk. (blister) 4101,40. **30 mg:** 30 stk. (blister) 4101,40.

Refusjon: Refusjonsberettiget bruk: Voksne med alvorlig kronisk håndeksem som ikke responderer på behandling med sterke topikale kortikosteroider. Refusjonskoder: ICD L20-Atopisk dermatitt, L23-Allergisk kontaktdermatitt, L24-Toksisk kontaktdermatitt, L30-Annen dermatitt, ICPC S87-Atopisk dermatitt/eksem, S88-Kontaktdermatitt/allergisk dermatitt IKA. **Vilkår:** 54. Behandlingen skal være instituert av spesialist i hud og veneriske sykdommer eller sykehusavdeling med tilsvarende spesialitet.

Sist endret: 11.11.2014

Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GlaxoSmithKline på telefon: 22 70 20 00

Referanse 1. FK tekst



Norsk-krav for å studere sykepleie

• Tekst **Bjørn Arild Østby**

KVALITETSSIKRE: I en søknad til Kunnskapsdepartementet søker Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) om en forsøksordning med karakterkrav 3 i norsk for opptak til bachelorutdanningen i sykepleie.

– Vi ser dette som en gylden anledning til å se om vi kan få en enklere vei gjennom studiet for de av våre studenter som ikke har norsk som morsmål, sier instituttleder Dag Karterud ved Institutt for sykepleie til khrono.no.

SVIKT. En undersøkelse NRK offentliggjorde i januar viser at 90 prosent av sykepleierne opplever språkproblemer i helsevesenet. To av fem sykepleiere er delvis eller helt enig i påstanden «språkproblemer på min

«Vi vil forhindre at studenter ender med å slite masse for å så falle fra.»

arbeidsplass har ført til dårligere omsorg for pasienten».

– Flere av våre studenter kommer inn på studiet, men sliter med å skrive oppgaver, forstå tilbakemeldinger, bestå eksamen og bestå kliniske studier grunnet for dårlige norskkunnskaper. Hensikten med minimumskrav om 3 er å heve kravet til norskkunnskaper så vi kan forhindre at studenter, som ofte er flinke på andre fagområder, ender med å slite masse for å så falle fra. Samtidig blir det også da et ledd i å kvalitetssikre utdanningen,

sier høyskolelektor Inga-Linn N. Hansen ved Institutt for sykepleie.

FRA 2016. Instituttet fikk denne uken beskjed om at saken ikke er avklart, og at det først kan være aktuelt å innføre opptakskravet om 3 i norsk fra høsten 2016.

I søknaden skriver HiOA at høgskolen opp gjennom årene har gjennomført mange tiltak for å bedre språkprestasjonene, blant annet et forkurs for studenter som ikke har tilstrekkelige norskkunnskaper. ● bjorn.arild.ostby@sykepleien.no



Oppdatert på vaksiner?

På Folkehelseinstituttets nettsider www.fhi.no/vaksine får du oppdatert informasjon om vaksiner og vaksinasjon.



 folkehelseinstituttet

Abonner på vaksinenyheter direkte til din e-postkasse. Registrer abonnementet på www.fhi.no

Les Vaksinasjonsboka som e-veileder på fhi.no, eller bruk appen "fhi-veiledere" når du vil sjekke Vaksinasjonsboka på mobil eller nettbrett.

Spør oss
Som helsearbeider kan du be om vaksinefaglige råd via e-post: vaksine@fhi.no, eller ringe rådgivings-telefonen 21 07 70 00 man–fre kl. 13.00–14.30.



Andre gang i retten

• Tekst og foto **Marit Fonn**

UTNYTTET? Ble de filippinske sykepleierne utnyttet økonomisk? Nå har de hatt runde to i retten.

Tre av de sju sykepleierne som er involvert i rettssaken kom til Oslo universitetssykehus (OUS) i 2010. Ekteparet, som hentet dem fra Filippinene, ble tiltalt for å ha utnyttet dem økonomisk. OUS ble tiltalt for medvirkning til utnyttning.

Både ekteparet og OUS ble fri-funnet i Oslo tingrett i 2013. Dommen ble anket, og saken er blitt behandlet på nytt i sin helhet i Borgarting lagmannsrett fra 20. januar til ut i februar. Alle bevis er blitt ført på nytt.

TUNGT MED NY RUNDE. Partene har forklart seg på nytt, over et år etter den første rettsrunden.

– Det var tøft. Vi har jo prøvd å legge det vi opplevde bak oss, men nå kom de samme tankene tilbake. Vi tre har bestemt oss for ikke å ha for store forventninger til utfallet, så vi ikke blir så skuffet en gang til, sier Kelly Flores, en av OUS-sykepleierne.

Retten skal også behandle erstatningskravene fra sykepleierne. Kravet er begrunnet i at

sykepleierne har betalt for mye til det tiltalte paret for å få jobb som sykepleiere i Norge.

– De økonomiske sidene er bedre belyst denne gangen, sier Gro Wildhagen, som er bistandsadvokat for to av OUS-sykepleierne.

SKULLE LØSE KRISE. Det var til operasjonsstuen på OUS tre filippinske sykepleiere ble hentet for å bøte på den akutte mangelen på operasjonssykepleiere. En møbelrestauratør og hans filippinske

«Det var tøft å forklare seg.»
Kelly Flores

kone hjalp sykehuset med å finne dem. Til operasjonsstuen kom de aldri. Sykepleierne tok opp dyre lån for å kunne få arbeid i Norge.

På OUS begynte de å jobbe uten kontrakt. Etter hvert fortalte de sin historie til tillitsvalgte. Ikke lenge etter ble ekteparet varetektsfengslet.

De tre sykepleierne har nå fast jobb på OUS. ●
marit.fonn@sykepleien.no



Tærer: Det var tungt å rippe opp i den gamle historien for Kelly Flores (t.v.) og Wilmae Libres.

De kjente og kjære.....



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



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



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

De ukjente og fremtidens kjære.....



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



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

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

ditt naturlige valg
NATUR
import

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



Debatt. På tide med klarere grenser mellom skolemedisin og alternativ behandling, ifølge Civita-rapport. NSF-lederen er enig.

Hvor alternativ er greit?

Tekst **Eivor Hofstad** • Foto **Stig M. Weston**

I slutten av november ga den liberale tankesmien Civita ut en rapport, forfattet av just student og tidligere Unge Høyreleder Paul Joakim Sandøy. Han argumenterer for et tydeligere skille mellom evidensbasert vitenskapelig skolemedisin og mer udokumenterte alternative behandlinger, og sier i forfatterintervjuet på side 70 at man godt kan være sykepleier og healer, men ikke begge deler på en gang.

SAVNER FAGFORENINGENE. Sandøy savner fagforeningene til helsefagprofesjonene i debatten, som hittil for det meste har gått på NRKs Debatten og NRKs nettsider.

– Legeforeningen og Norsk Sykepleierforbund (NSF) har vært veldig fraværende. Samtidig har en NAFKAM-rapport vist at sykepleiere er generelt mye mer positive til alternativ behandling enn leger.

– Hva burde de gjort?

– De burde tatt stilling. Jeg vet hvordan demokratiske organisasjoner virker, med medlemmer som har mange ulike meninger og programfestede arbeidsområder som skal følges, så jeg skjønner det tar tid. Men nå er det på høy tid at de forbereder seg til debatten.

Sandøy skulle ønske at NSF-lederen kunne være konkret på hvor grensen går for hvor alternative sykepleierne kan være innenfor

helsevesenet. Går den ved akupunktur eller detox? Er den overskredet ved healing?

– Bør det være noen sanksjonsmuligheter overfor sykepleiere som blander hattene for mye?

– I ytterste konsekvens bør leger miste autorisasjonen. Det bør kanskje også gjelde for sykepleiere.

SVULST VAR KYLLINGKJØTT.

Leder av NSF, Eli Gunhild By, hilser debatten velkommen og lover at NSF blir med på den. Da synes hun det er viktig å ha et felles utgangspunkt for hva som er «alternativt», siden det også blant det alternative finnes godt dokumenterte metoder.



«Da vi analyserte svulsten, viste det seg å være kyllingkjøtt.»

Eli Gunhild By

Som sykepleier på Radiumhospitalet har hun opplevd at dødsyke kreftpasienter brukte alle sine penger og sine siste timer på å reise ut i verden for å få alternativ behandling.

– En pasient kom tilbake med svulsten som en healer hadde

fjernet. Da vi analyserte den, viste det seg å være kyllingkjøtt. Det var vondt å se på hvordan enkelte pasienter ble lurt trill rundt, og det gjorde meg veldig skeptisk til alternativ behandling, forteller By.

FAGLIG FORSVARLIG. Hun er helt enig med Sandøy i at man ikke kan være sykepleier og healer på én gang, og at sykepleierne som blander hattene for mye i ytterste konsekvens bør miste autorisasjonen.

– Grensen for hvor alternative sykepleierne kan være går ved faglig forsvarlighet og om det man utøver kan kalles omsorgsfull hjelp. Utdanningen vår er kunnskapsbasert. I en slik tradisjon må det som er faglig forsvarlig være basert på forskning og klinisk erfaring. Vi må dessuten ha pasientsikkerhet og de etiske retningslinjene våre øverst på agendaen for alt vi gjør, også i rollen som veiledere når pasienter spør oss om de bør oppsøke alternativ behandling, sier hun.

HVA OPPNÅR MAN. Lege og musikkterapeut Audun Myskja har skrevet en kronikk på NRKs nettsider i etterkant av Civita-rapporten og «Debatten»-programmet. På nettsiden for virksomheten sin selger han planteoljer (Bachs blomstermedisin) som i en metaanalyse av flere studier er vist å være uvirksom. Han spør hva man

Fakta ●●●●

Dette er saken:

- Paul Joakim Sandøy har skrevet rapporten «Alternativ behandling. Argumenter for en ny politikk – 10 år etter avskaffelsen av kvakksalverloven». Rapporten er skrevet for den liberale tankesmien Civita.
- Sandøy etterlyser fagforeningene i debatten om hvor alternativ en lege eller sykepleier får være. Er det ikke fare for å blande rollene?
- NSF-leder Eli Gunhild By deler langt på vei Sandøys skepsis.

oppnår med et tydeligere skille mellom skolemedisin og alternativ behandling og hvem som skal ha rett til å bedømme hvor skillelinjene skal gå.

– Problemet oppstår i det sekundet man ikke lenger vet om det er legen/sykepleieren eller den alternative behandleren som gir anbefalinger. Enkelte leger og sykepleiere fjerner seg så langt vekk fra vitenskapen at det til slutt kan gå utover pasientsikkerheten. Det er lett å forstå at Myskja er uenig i mitt standpunkt om at man ikke kan være healer og lege samtidig. Hvis forslagene mine gikk igjennom, er han antakelig blant dem som måtte velge, sier Sandøy.

FORRIGE DEBATT. Forrige gang Norge hadde politiske diskusjoner rundt temaet var i forbindelse med «NOU 1998: 21 Alternativ medisin» fra Aarbakke-utvalget, nedsatt av Jagland-regjeringen. Mange håpet da på en sammensmeltning av alternativ behandling og helsevesenet.

Kvakksalverloven ble fjernet og erstattet med en ny lov om alternativ behandling, og det ble opprettet en frivillig registerordning som Sandøy mener ikke har vært effektiv. Videre ble NAFKAM opprettet (Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin), og etter hvert Nifab (Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling). Civita-rapporten foreslår å endre eller legge ned disse to institusjonene.

– En evalueringsrapport har vist at NAFKAM ikke klarer å produsere forskning som oppfattes relevant for helsevesenet, antakelig fordi de legger «alternative» forskningskriterier til grunn. Det er også problematisk at Nifab er et statlig finansiert nettsted hvor du kan klikke på temaet «kreft» og få listet opp en rekke behandlingsformer som har det til felles at de ikke har dokumentert effekt, mener Sandøy. ●
eivor.hofstad@sykepleien.no

Se også forfatterintervjuet med Sandøy på side 70.



sorbact®
green wound healing

GRØNN SÅRTILHELING

- Binder effektivt sopp og bakterier¹
- Kan brukes på alle typer sår¹
- Sikkert og dokumentert¹
- Ingen fare for resistensutvikling¹
- Ingen miljøpåvirkning¹
- Økonomisk i bruk¹

Referanse: 1. Ljungh Å et al. Journal of Wound Care 2006; 15(4):175-180.



ABIGO Medical AS, pharma@abigo.no, www.abigo.no, www.sorbact.com

Master i avansert geriatrisk sykepleie



Styrk helsetilbudet for eldre i kommunen ved å ta en master i avansert geriatrisk sykepleie! Deltidsstudiet gir erfarne sykepleiere en klinisk spesialisering og faglig videreutvikling.

- Du kan ta studiet på deltid 3 - 4 år.
- Programmet har mer enn 400 timer med varierte og veiledede kliniske studier.
- Vi samarbeider gjerne med arbeidsgivere i utviklingen av rollen som avansert geriatrisk sykepleier, slik at den er tilpasset lokale behov.

www.uio.no/studier/program/geriatrisk-sykepleie-master/

Master i sykepleievitenskap



Vil du være med på å forme fremtidens helsetjeneste? Få kompetanse i hvordan du kan drive pasientrettet og faglig utviklingsarbeid og forskning ved å ta en master i sykepleievitenskap!

- Du kan velge å ta studiet på heltid 2 år eller deltid 3 - 4 år.
- Fordypningskurs om pasientopplæring, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, aldring og eldreomsorg. Du lærer også om innovativ praksisutvikling og teknologi.

www.uio.no/studier/program/sykepleievitenskap-master/

Søk innen 1. mars

UiO : Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet

Hva skjer. Notiser



Smarttelefon i hjemmetjenesten

• Tekst **Eivor Hofstad**

DIGITALT: Bodø kommune i Nordland er først i landet med å digitalisere hjemmetjenesten. 500 ansatte har kastet alle lister og all rapportering på papir. Smarttelefonen har overtatt styringen av arbeidsoppgavene.

– Sju virksomheter er inne i prosjektet. Resten skal med innen sommeren, sier prosjektleder Terje Jørgensen.

Da vil i alt 700 ansatte i hjemmetjenesten, miljøtjenesten og oppfølgingstjenesten for psykisk helse og rus være utstyrt med dette digitale hjelpemiddelet.

– Vi kan nå håndtere all informasjon om våre brukere uten å måtte dra tilbake på kontoret for å slå opp i journaler. Alt ligger på telefonen, sier sykepleier Mariell Borge.

Hun mener det nye prosjektet gjør at utetjenesten kan gi mye bedre service til de om lag 1600 brukerne av kommunens pleie- og omsorgstjenester.

Etter hvert skal også en bilde- og videofunksjon inn i prosjektet, sånn at om en bruker for eksempel har et sår man er bekymret over, kan pleieren ta en bilde av det og sende legen. • eivor.hofstad@sykepleien.no

Arbeidsgivers ansvar

Statens helsetilsyn har plukket opp debatten om helsepersonell som ikke har gode nok språkkunnskaper. De er klare i sitt budskap: Det er arbeidsgivers ansvar å sjekke at språkkunnskapene holder mål.

Helsetilsynet

Lovbrudd

Oslo universitetssykehus HF har brutt helseforskningsloven, men får fortsette forskningsprosjektet: forskningsprosjektet «Molekylærgenetiske mekanismer for vanntransport i hjernen ved hydrocephalus og idiopatisk intrakranial hypertensjon: Informasjon fra hjernebiopsi og prøver fra blod og cerebrospinalvæske».



06:57

På vei til jobb

Har sagt hadet til mann og barn. Sjekker mobilen en gang til. Skumleser en artikkel om resultatet etter Sykepleiens tidstyvundersøkelse. Kan si meg enig i mye.



Sykepleien



Kan forebygges. Ansattes utdanningsnivå og bruk av vikarer er det som har størst innvirkning på bruk av tvang, viser ny studie.

Vikarer gir mer tvangsbruk

• Tekst **Kristine Askvik**

En nylig publisert studie blant ansatte ved lukkede psykiatriske avdelinger i Danmark og Norge identifiserer fem ulike faktorer som kan bidra til å redusere bruk av tvang.

Studien er publisert i *Nordic Journal of Psychiatry* og er basert på spørreskjemaundersøkelser gjennomført i 2010 og 2011.

– Ingen studier har til nå undersøkt hvilke faktorer som mest effektivt forebygger bruk av tvang ved bruk av belter i Norge og Danmark, sier Jesper Bak, førsteforfatter og oversykepleier ved det psykiatriske senteret Sct. Hans i Roskilde i Danmark.

Den samme forskergruppen publiserte i 2013 en studie som viste at mekaniske tvangsmidler, altså bruk av belter, ble brukt dobbelt så ofte ved lukkede psykiatriske avdelinger i Danmark, som ved slike avdelinger i Norge. Jesper Bak og forskerkollegene har nå gått dypere inn i dette materialet og lett etter hva som kan være årsaken til denne forskjellen.

Forskerne mener følgende fem faktorer påvirker tvangsbruken:

- Personale sitt utdanningsnivå
 - Bruk av vikarer
 - Arbeidsmiljø
 - Antall ansatte per pasient
 - Identifisering av pasientens krisetrigger
- Personalets utdanningsnivå

og bruk av vikarer ser vi var de viktigste faktorene, med henholdsvis 51 og 17 prosent av effekten, sier Jesper Bak.

Han peker på at studien har tilført temaet ny kunnskap.

– Resultatene har utdypet vår kunnskap om hvordan spesifikke faktorer reduserer bruken av tvang.

SISTE UTVEI. Bruk av belter skal være en aller siste utvei når det gjelder å håndtere voldelige pasienter. Pasienten blir som regel ført



«Denne studien viser at man med enkle midler kan få ned bruken av tvang.»

Roger Almvik

inn på eget tilpasset rom for beltebruk og spent fast i armer, bein og over mage. Nasjonale retningslinjer og lover regulerer hvor lenge dette kan gjøres og hva slags tilsyn pasienten skal ha mens det skjer.

LIGNER TIDLIGERE FUNN. Jesper Bak viser til at studien har noen

svakheter og at det ikke er en randomisert klinisk studie, men at spørreskjemaet ble utviklet på en grundig måte. Resultatene likner det man har funnet i tilsvarende undersøkelser i andre land.

– Vi anbefaler at man undersøker ytterligere effekten av å implementere høyere grunnutdanningsnivå blant personalet, å bruke færre vikarer, å bedre arbeidsmiljøet, øke antall ansatte per pasient og identifisere pasientens krisetrigger, ute i de ulike avdelingene i Norge og Danmark, sier Bak.

– Det er til nå gjort veldig lite forskning på bruk av tvang i Norge. Denne studien viser at man med enkle midler kan få ned bruken av tvang, sier Roger Almvik, psykiatrisk sykepleier og forskningsleder ved Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri ved St. Olavs Hospital.

Han er delforfatter av studien.

UNNGÅ VIKARER. Almvik mener det i bunn og grunn handler om å få opp grunnbemanningen.

– Hvis man hadde hatt en høyere grunnbemanning, ville man unngått mye vikarbruk som fører til lav kontinuitet. Vi har lenge hatt en antakelse om at ansattes utdanningsnivå og vikarbruk har hatt innvirkning på bruk av tvang. Nå bekrefter studien dette, sier Almvik. •

redaksjonen@sykepleien.no

Fakta ●●●●

Tvang i psykisk helsevern

- Tvangsbruk kan deles inn i tvungen observasjon/tvungent psykisk helsevern, tvangsbehandling og tvangsmiddelbruk.
- Totalt ble 5400 personer tvangsinnlagt 7700 ganger i Norge i 2013.
- 30 prosent av oppholdsdøgnene i psykisk helsevern for voksne var basert på tvang i 2013.
- I 2009 ble det fattet 10939 vedtak om tvangsmidler og skjerming i forhold til 2432 pasienter. Mekaniske tvangsmidler var mest brukt, med 4426 vedtak.

Kilder: «Innsamling og analyse av data om bruk av tvangsmidler og vedtak om skjerming i det psykiske helsevesenet for voksne i 2009», Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri og «Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2013», Helsedirektoratet



Gode ledere kommuniserer bra

• Tekst **Trine-Lise Gjesdal**

OPPSLUTNING: Uten kommunikasjon kan ikke ledelse finne sted. Ledelse er en egen form for kommunikasjon, og den kan læres, mener Jan Ketil Arnulf ved Handelshøyskolen BI. Arnulf er ledelsesforsker, og sammen med kollega og professor Peggy Brønn har han redigert og skrevet boken «Kommunikasjon for ledere og organisasjoner». Her har forfatterne tatt utgangspunkt i at alle organisasjoner er avhengig av effektiv og reflekterende kommunikasjon for å lykkes.

– Ledelse og kommunikasjon er så tett sammenvevd at ledelse kan sies å være en egen form for kommunikasjon, hevder Arnulf i et intervju publisert i tidsskriftet Ledelse (bildet).

Begrepet ledelse handler, ifølge Arnulf, om å skape oppslutning fra folk som i prinsippet kunne ha valgt

å gjøre noe annet. Og dette skiller ledelse fra begrepene styring, makt og autoritet. Videre påpeker han at kjernen i ledelse handler om å skape oppslutning, noe som også er årsaken til at så mange ledere mislykkes. Det er på mange måter lett å sette seg mål, men det er langt vanskeligere å få folk til å ønske å nå dem. Siden mange autoritetspersoner egentlig ikke er «ledere» men «sjefer», støtter de seg gjerne til makt, styring og autoritet alene.

– En som tar mål av seg til å lede, må fullføre sin ambisjon gjennom kommunikasjon, framholder ledelsesforskeren. •



52 sykepleiere fratatt autorisasjon

Både antall alvorlige reaksjoner og antall saker øker, melder Helsetilsynet. I fjor mistet 134 personer sin autorisasjon. 52 av dem var sykepleiere. Rusmiddelmisbruk og atferd uforenlig med yrkesutøvelsen, er de hyppigste årsakene.

Helsetilsynet

Nytt håp for kreftsyke barn

Rundt 20 prosent av alle barn som får kreft i Norge i dag, dør av sykdommen. Svenske forskere mener at de har funnet en måte å skille de mest ondartede kreftsvulstene hos barn fra de mindre alvorlige. Helsevesenet kan i så fall gi barn med en særlig alvorlig kreftsykdom en bedre tilpasset behandling med cellegift.

forskning.no

30 år

MED HVERDAG...



...OG FEST!

Norges Vel bidrar til anerkjennelse av mange års innsats. Medaljen for lang og tro tjeneste tildeles verdsatte arbeidstakere med minst 30 år hos samme arbeidsgiver. Det er arbeidsgiver som søker om tildeling av Medaljen og står for overrekkelsen.

Har du en medarbeider som fortjener en slik heder?
Ta kontakt!



NORGESVEL
DET KONGELIGE SELSKAP FOR NORGES VEL

Tlf: 947 91 970 norgesvel@norgesvel.no www.medaljen.no





Storstreik: Trommejobben er gjort, nå kan trommesykepleierne lytte til musikk og appeller fra scenen foran Stortinget. 28. januar, fra klokken to til fire, forsvarte arbeidstakere over hele landet arbeidsmiljøloven.



Får hjelp av Livets tre

FLYKTNING: Mindreårige flyktninger i Kristiansand får hjelp til å fortelle sine livshistorier på kurset Livets tre. Kurset skal styrke deres identitet og gi dem håp for fremtiden, gjennom å fokusere på gode minner, ferdigheter og ressurser, ifølge Tidsskrift for helsesøstre (bildet).

På kursets første dag får ungdommene utlevert hver sin tegning av et tre. De ulike delene av treet symboliserer forskjellige områder av livet. For eksempel symboliserer bladene mennesker. Greinene står for håp og

drømmer. Ungdommene fargelegger og noterer på tegningen, og bruker den når de forteller om seg selv i gruppen. Når ungdommen har fortalt om seg selv, får han tilbakemelding fra de andre i gruppen. Dette skjer ved at de andre skriver noe fint på det som kalles «positiv-lapper». De fleste opplever tilbakemeldingene som oppløftende. Den andre kursdagen forteller ungdommene om utfordringene de har opplevd i livet og om hvordan de har det nå. Formidlingen av egen historie kan skape gjenkjennelse i gruppen og styrke identitet, skape sam-

menheng, mening og håp for fremtiden.

Kurset «Livets Tre» har blitt tilbudt alle enslige mindreårige flyktninger bosatt i Kristiansand siden årsskiftet 2008/2009. Metoden er utviklet i Sør-Afrika. Initiativtakere for å starte kurset i Norge var familiezerapeut Gunnar Eide og psykolog Ina Søviknes. •



Svensk stressundersøkelse

Langtidsstress gir muskelplager, hodpine og mage-tarm-problemer, men ikke for tidlig død.

HTAi 2015:
14.-17. juni

Kunnskapssenteret arrangerer internasjonal konferanse om helsekunnskap i det 21. århundre.

dips.no/panorama



JENSEN, Per Olav

12.03.1943 - 71 år - Mann

25.08.14 kl. 10:46:

Morfin 10mg/ml i.v., **1,0 ml**



Rikis Spør 06112

Oversikt, kvalitet og trygghet.

I den kliniske tidslinjen i DIPS vises all klinisk informasjon i ett bilde. Ledende leverandør av e-helse til norske sykehus siden 1987.



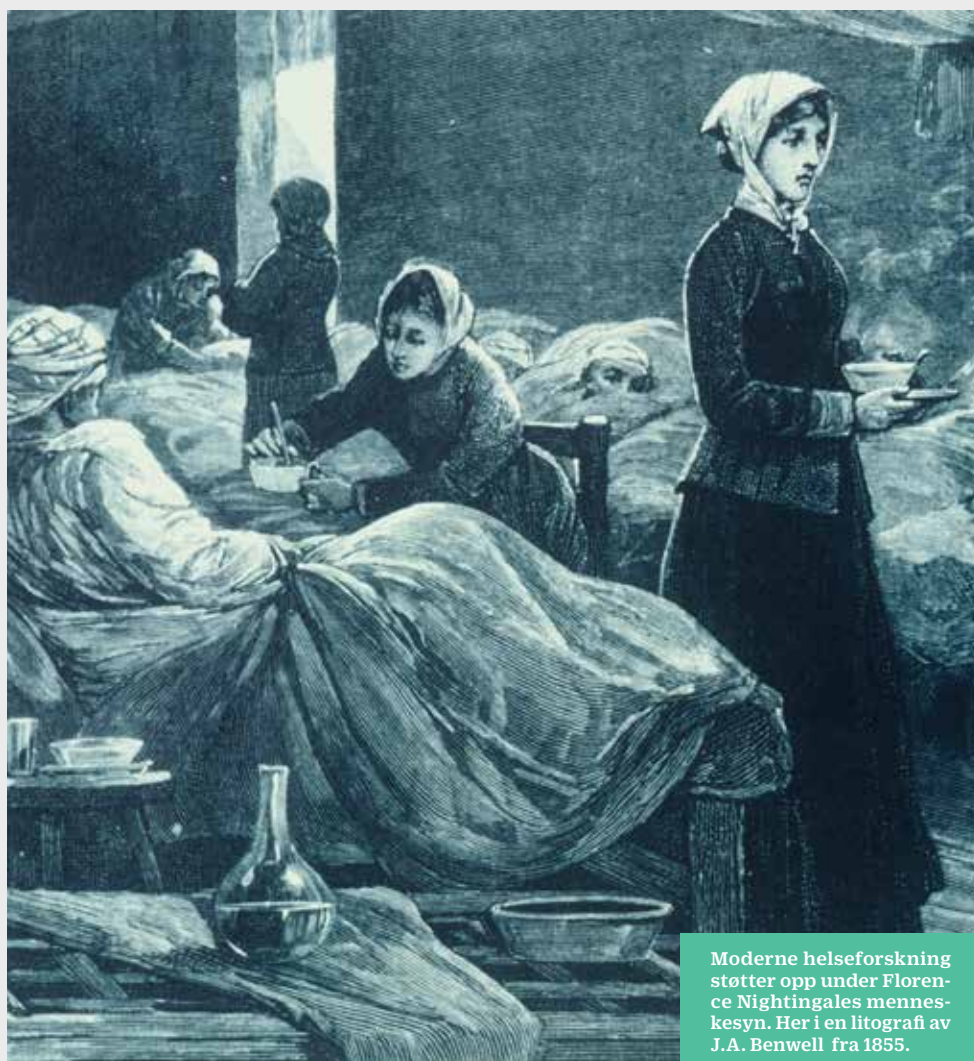
ENABLING EFFICIENT HEALTHCARE



Sykepleie

Del 2 Sykepleien 02 | 2015

Fagartikler – Etikk – Intervju



Moderne helseforskning støtter opp under Florence Nightingales menneskesyn. Her i en litografi av J.A. Benwell fra 1855.

Ny gammel viten

Klassiker. Nightingales sykepleie var basert på et helhetlig menneskesyn, det må gjeninnføres. **54**



Samarbeid.

Pårørende på sykehjem ønsker samarbeid. **38**



«Sykepleiere må ta et mye større ansvar for å hjelpe pasienter med smerter.»

Tone Rustøen. **46**



Svekker. Innleggelsesrapport vanskeligjør informasjon. **42**



IKKE ROM FOR PÅRØRENDE

DOI NUMMER:

10.4220/sykepleiens.2015.0006

Kan bidra. Et tettere samarbeid mellom pårørende til pasienter og ansatte kan gjøre sykehjem til et bedre tilbud.



Trude Brita Nergård, pårørende og forsker ved NOVA/HIOA

Samarbeidet mellom det offentlige og familien er en gjenganger i debatten om framtidens eldreomsorg. «Velferdssystemet kan ikke bare erstatte familien, slik det har vært fram til nå, man må samarbeide om omsorgstjenestene», hevder lederen for utredningen «Innovasjon i omsorg» (HIOMAG, nr. 1, 2014, s. 12).

BAKGRUNN. Denne kronikken handler om samarbeidet i institusjonsomsorgen, nærmere bestemt mellom pårørende og personalet på sykehjem. Godt samarbeid mellom de to aktørene sparer ikke nødvendigvis det offentlige for veldig mange utgifter, men utgjør et stort potensial for å øke kvaliteten på tjenestene. Utgangspunktet mitt er dels erfaringene mine som pårørende, dels kunnskap jeg har tilegnet meg som forsker. I 2013 gjennomførte jeg en kvalitativ intervjustudie. 32 personer mellom 40 og 50 år, like mange menn som kvinner, ble spurt om kontakt og eventuell hjelp som de yter til mor og far. Tre hadde foreldre på sykehjem.

Voksne barns omsorgsrolle for foreldrene forandrer seg ofte betydelig når mor eller far flytter på institusjon. Mange fortsetter likevel å ha omfattende kontakt

og nære følelsesmessige relasjoner til den gamle. Noen holder også fram med å ta del i omsorgen for foreldrene, inkludert utføre oppgaver for ham eller henne. Andre trekker seg tilbake og overlater tilnærmet alt ansvar til de ansatte. Bør sykehjemmet gjøre mer for å legge forholdene til rette for et nærmere samarbeid med de pårørende? Hva kan i så fall institusjonen og de ansatte gjøre? Det er disse spørsmålene jeg drøfter nedenfor.

OMSORG. Alle skal sikres mulighet for å leve et mest mulig meningsfylt og selvstendig liv, tross sykdom og funksjonstap, går det fram av stortingsmeldingen «Morgendagens omsorg» (nr. 29, 2011-2012). Omsorg er mer enn pleie, og myndighetene erkjenner at det er særlig på det sosiale og kulturelle området at dagens offentlige tjenester kommer til kort. Slik jeg ser det, er det trolig også på dette området at muligheten for et fruktbart samarbeid mellom de pårørende og det offentlige er størst.

«Hvem mener du har ansvaret for å bidra med hjelp når foreldrene dine eventuelt blir så gamle og skrøpelige at de trenger assistanse til daglige gjøremål og stell?», spurte jeg deltakerne i studien. Resultatene viser at

intervjupersonene tillegger det offentlige en hovedrolle når det gjelder å ivareta oppgaver som har med pleie å gjøre. Det betyr likevel ikke at de avskriver familiens ansvar. Ingen av dem jeg snakket med gjør det.

«Vi bidrar med det som det offentlige ikke kan gjøre, vi krydrer tilværelsen hennes. Vi representerer 'skuffer' av hendelser og erfaringer fra fortiden som hun kan dra ut, og som minner henne om hvem hun er», sier Jørgen om seg selv og søsteren. Moren hans kom på sykehjem allerede i syttiårsalderen på grunn av en ryggoperasjon som gikk galt.

FORANDRING. Å flytte fra eget hjem til institusjon utgjør en stor forandring i livet både for den gamle selv og for ham eller hennes relasjon til familie og til venner. Mange pårørende trenger hjelp til å finne seg til rette og håndtere de nye rammene som det å ha foreldre på institusjon representerer. Noen kan trolig også ha bruk for ideer og gode råd til måter å gjennomføre samværet på. Kristian (45) stikker innom sykehjemmet til sin demente far en til to ganger i uka. Det oppleves tidvis tungt, for de slipper fort opp for samtaleemner. Kristian setter umåtelig pris på ansatte som er på fornavn med

«Å være besøkende i et sterilt og upersonlig rom, gir en lite god ramme for samværet.»

ham, og som tilbyr servering og slår av en prat med ham og faren. Når det skjer, blir besøket på sykehjemmet til gode hyggestunder som Kristian savner hvis han ikke rekker oppom en uke. Kristian forteller at han så langt aldri har tatt med faren utenfor huset, men tror egentlig det kunne vært koselig for dem begge. Likevel føler han seg rådvill med hensyn til hvordan han kan gjennomføre det og hva faren tåler og har glede av.

OMGIVELSER. Hvordan pårørende og andre besøkende opplever visitten hos en person som bor på sykehjem, har mye med de fysiske omgivelsene å gjøre. Er rommet koselig, påvirker det lysten til å være der. Det gjelder fellesrom så vel som beboerens rom. Mange sykehjem tillater bare i beskjedne grad å henge opp bilder på veggene, selv om det enkelt kunne ordnes på måter som ikke behøver å ødelegge bygningsmassen. Å være besøkende i et sterilt og upersonlig rom, gir en lite god ramme for samværet.

Ida (53) er hos sin mor stort sett hver uke. I hovedsak er hun fornøyd med sykehjemmet hvor moren bor, men ergrer seg over småting som lett kunne utbedres. Blomstene som moren har fått og som pynter opp rommet og gir det liv, har en lei tendens til å forfalle mellom hver gang Ida er der. Det er nokså tilfeldig om de ansatte vaner dem eller ikke. Lampen hun har installert for å dempe dominansen av det grelle lyset fra taklampen og skape et litt koseligere inntrykk, står ubrukt fordi ingen av personalet tenker på å slå den på. Uten den lille hjelpen fra de ansatte som de to oppgavene krever, er det vanskelig for Ida å etablere den hjemlige atmosfæren for moren som hun ønsker og som hun vet at moren verdsetter. Selv har Ida en times reisevei.

INNTAKSSAMTALE. Å skape et meningsfylt og selvstendig liv for beboere på sykehjem forutsetter et tett samarbeid med familien til

dem det gjelder. Hvordan kan man oppnå dette målet dersom de ansatte ikke har kjennskap til brukernes vaner og tidligere preferanser? Da min mor kom på sykehjem for vel to år siden – et på mange måter utmerket sted i Vestfold – etterspurte jeg tre ganger en «inntakssamtale». Jeg argumenterte med at institusjonen sikkert var interessert å bli kjent med min mors interesser og vaner, og med oss pårørende. Men det var de ikke. Etter at hun hadde vært der i sju måneder fikk jeg endelig en avtale med avdelingslederen, som presiserte at dette ikke var en «inntakssamtale», og heller ikke tilbød en slik samtale på et senere tidspunkt.

Jeg etterspurte også hennes «primærpleier». Ordningen praktiseres på mange sykehus hvor pasientene oppholder seg i kort tid. Jeg antok derfor at den fantes på en institusjon hvor samarbeidet med de pårørende presump tivt varer i lang tid. Jeg trodde at det å ha en kontaktperson blant de ansatte ville være en praktisk måte for sykehjemmet å ivareta kommunikasjonen mellom institusjonen og familien, selv om det naturligvis kan tenkes andre måter å ivareta dette anliggende på. En slik ordning fantes imidlertid ikke.

SAMARBEID. Brukermedvirkning er og har lenge vært et mantra i norsk helse- og omsorgspolitik. Det er velkjent at flertallet av beboerne på dagens norske sykehjem lider av kognitiv svikt. Familien må derfor ofte trå til i deres sted. Etter min mening bør det være et krav til ethvert sykehjem at man legger til rett og institusjonaliserer et nært samarbeid med familien. Ikke alle pårørende er interessert i det, men mange er det. Uansett er det ikke noe argument mot å legge til rette og tilby familien en mulighet for et slikt samarbeid.

I skolen plikter læreren å innkalle foreldrene til samtaler omkring elevens faglige framgang og utvikling. Hvorfor er det ikke et

krav til sykehjemmet å tilby pårørende en jevnlig samtale om beboerens ve og vel? Kanskje er brukerens helsetilstand forandret seg, eller andre endringer har inntrådt. Hvordan kan teamarbeidet mellom familien og personalet bidra til å opprettholde en mest mulig innholdsfylt og rik tilværelse under de nye omstendighetene?

STRUKTUR. Det skal ikke så mye til for å glede min mor. Det tror jeg gjelder de fleste av dem som lever sitt liv på sykehjem. Å få sitte i godstolen hun har med seg hjemmefra en gang imellom, å få

«Bør sykehjemmet gjøre mer for å legge forholdene til rette for et nærmere samarbeid med de pårørende?»

hjelp til eller kanskje til og med bli oppmuntret til å bla i en bok hun gjerne vil lese, eller å høre gudstjenesten på søndag formiddag, er med på å opprettholde det kjente og vante i tilværelsen og til å skape struktur og innhold i dagene. Jeg har spurt om dette, men fikk aldri noen tilbakemelding og vet derfor lite om hva forespørslene har ført til i praksis. Av frykt for å virke masete og krevende, synes jeg ikke jeg kan spørre igjen.

KONTAKTPERSON. Hadde det eksistert en ordning med et jevnlig møteforum hver tredje, fjerde eller sjette måned, hvor jeg som pårørende fikk snakke med en eller to av de ansatte en halvtime eller en knapp time, ville det være enklere å formidle det jeg nå går og tenker på. Eller hvis jeg hadde en fast kontaktperson å henvende meg til. Slike ordninger kunne trolig også gjort det lettere for Ida å la falle et ord om blomster som trenger en vannskvett og en lampe som bare ved en liten

dytt på på-av-knappen ville skape et mer hjemlig preg på morens rom. Idas strategi er å holde tett om sine ergrelser, fordi hun frykter at kritikk kan gå utover de ansattes relasjon og behandling av moren. Også Kristian ville kanskje kunne dratt nytte av å diskutere og få råd fra personalet om hvordan han kan bidra til å gjøre tilværelsen for faren mer variert og rikere.

I grunnskolen pålegges lærerne et stort ansvar for foreldresamarbeidet, både for det direkte samarbeidet med den enkelte mor og far og for kontakten foreldrene imellom. Er det noen grunn til

at ikke sykehjem tillegges tilsvarende ansvar og oppgaver?

BEDRE TILBUD. Obligatoriske tilbud om inntakssamtale med beboer og pårørende, jevnlig oppfølgingsmøter og plikt til å nedsette pårørendeutvalg, er neppe kostnadsfritt, men det er også et spørsmål om organisering og ledelse. Jeg tror det å institusjonalisere et tettere samarbeid mellom brukeren eller de pårørede og personalet på sykehjemmet, representerer en mulighet for å kunne gi beboerne et bedre tilbud enn de har i dag for en relativt billig penge. Det er etter min mening en lur måte å forvalte stadig knappere ressurser innen eldreomsorgen på. ●

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no



ELIN-K SVEKKER INFORMASJONSFLYT

Hindring. Sykepleiere får ikke lagt inn viktig informasjon i den elektroniske innleggingsrapporten.

AVSLUTTENDE OPPGAVE:

Artikkelen bygger på

100 % teori



DOI NUMMER:

10.4220/sykepleiens.2015.0003



Marion Nordberg, Spesialsykepleier i geriatri, Avdeling for geriatri, St. Olavs Hospital.

Samhandlingsverktøyet Elin-k (Elektronisk informasjonsutveksling i pleie- og omsorgstjenesten kommune) gir muligheter for mer effektiv og sikker formidling av informasjon mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, og er i så måte et framskritt med tanke på administrativ kontinuitet. Måten innleggingsrapporten er utformet på, med standardisert administrativ terminologi, kodet informasjon og manglende sykepleieinformasjon, gjør derimot at den informative kontinuiteten ivaretas i mindre grad. Når dette medfører at sykepleierne må innhente nødvendig informasjon om pasientene via omveier, kan det få konsekvenser for den relasjonelle kontinuiteten. Elektronisk innleggingsrapport fører med dette ikke automatisk til gevinster i form av kvalitetssikring av informasjonsutvekslingen, effektivitet og frigjøring av mer tid til pasientene.

INNLEGGELSESRAPPORT. Prosjektet Elin-k ble initiert av Norsk Sykepleierforbund (NSF) i samarbeid med Helsedirektoratet og Kommunenes Sentralforbund (KS). Sentralt i prosjektet har vært utvikling av elektroniske, standardiserte løsninger for informasjonsutvekslingen, og kommunikasjon mellom helsepersonell per telefon eller

papir er erstattet med elektronisk dialog gjennom såkalte pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger) (1).

Innleggingsrapporten er en av flere PLO-meldinger, og denne skal oversendes spesialisthelsetjenesten når pasienter som mottar kommunale tjenester har behov for øyeblikkelig hjelp i sykehus. Som sykepleier ved geriatrisk avdeling, St. Olavs Hospital, har jeg observert at den standardiserte elektroniske innleggingsrapporten fra kommunehelsetjenesten er preget av administrativ terminologi for pleie- og omsorgstjenesten. I tillegg består opplysningene av kodet informasjon i form av funksjonsvariable og antall timer per uke i eksisterende tjenester. Sykepleiefaglig samhandlingsinformasjon formidles ikke, verken i standardisert form eller fritekst, når pasienter med til dels omfattende pleie- og omsorgsbehov legges inn i sykehus.

FRAGMENTERING. Geriatriske pasienter har ofte komplekse utfordringer (2) og er spesielt utsatt for fragmentering av omsorgen ved overføring mellom tjenestenivåer (3). Det er derfor vesentlig at eksisterende pleie og omsorg i kommunehelsetjenesten formidles ved innleggelse i sykehus. Dette vil være i samsvar med helsevesenets overordnede mål om å sørge for kontinuitet i omsorg og behandling av

pasientene på alle nivåer av helse-tjenesten (4,5).

Innleggingsrapportens innhold i form av administrativ terminologi og kodet informasjon, gjør at sykepleierne ved geriatrisk avdeling må skaffe til veie sykepleiefaglig informasjon om pasientene via omveier, noe som kan påvirke sykepleiernes tidsressurs (6). Dette er forhold som kan få følger for sykepleiekontinuiteten, og er ikke i samsvar med målet for elektronisk samhandling via Elin-k, som er å skape bedre samhandling, effektivisere og kvalitetssikre informasjonsutvekslingen, for på den måten å frigi mer tid til direkte arbeid med pasientene (1,7). Med dette som utgangspunkt vil jeg drøfte følgende problemstilling:

På hvilken måte kan innholdet i elektronisk innleggingsrapport utfordre sykepleiekontinuiteten ved innleggelse av pasienter med geriatriske problemstillinger i spesialisthelsetjenesten?

KONTINUITET. I kommunehelsetjenesten finnes det flere pasienter med geriatriske problemstillinger (8), det vil si pasienter med utfordringer på områdene kognisjon, ustabilitet, forflytningsproblemer, fall, ernæring og inkontinens (2). Disse pasientene legges inn i sykehuset fra kommunen ved akutt sykdom. Mange har et stort behov for

Fakta ●●●

Hovedbudskap

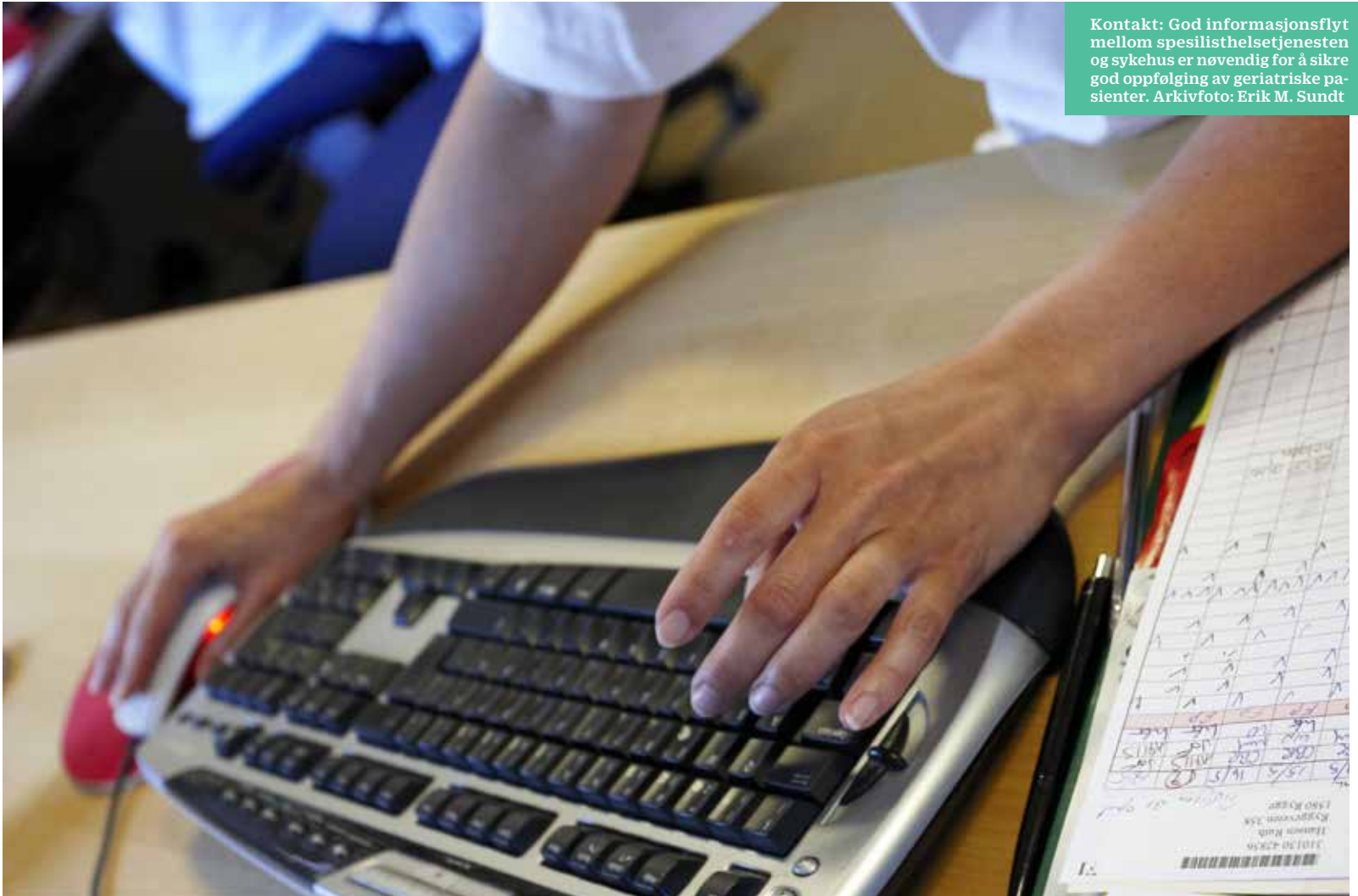
Elektronisk innleggingsrapport inneholder ikke relevant sykepleiefaglig informasjon ved innleggelse av geriatriske pasienter i sykehus. Det er behov for en forbedring av innholdet, slik at innleggingsrapporten får en nytteverdi for sykepleiere i direkte pasientarbeid.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisning på våre nettsider.

- Informasjon
- Informasjonsteknologi
- Sykepleie

Kontakt: God informasjonsflyt mellom spesialisthelsetjenesten og sykehus er nødvendig for å sikre god oppfølging av geriatriske pasienter. Arkivfoto: Erik M. Sundt



individuell tilrettelagt sykepleie før innleggelsen, og dette behovet er fortsatt til stede idet pasientene ankommer sykehuset.

Begrepet kontinuitet brukes ofte i helsepolitisk retorikk som en forutsetning for kvalitet i helsetjenesten (9), og betydningen av kontinuitet for eldre pasienter har vært framhevet (10). Kontinuitet innen sykepleie handler om overføring av informasjon mellom sykepleiere, slik at man kan opprettholde en konsistent pleie- og omsorg. Denne skal være individuelt tilpasset pasienten når han eller hun opplever helsesvikt

og sykdom. Haggerty m.fl. identifiserer tre typer kontinuitet; administrativ (management), informativ (informational) og relasjonell (relational) (11). Administrativ kontinuitet innebærer formidling av informasjon på tvers av for eksempel institusjonelle grenser. Informativ kontinuitet handler om å ha relevant informasjon tilgjengelig til enhver tid slik at man kan ivareta omsorg og behandling for den enkelte pasient. Relasjonell kontinuitet handler om det terapeutiske forholdet mellom pasienten og en eller flere helsepersonell (10,11).

«Kommune og helseforetak er gjensidig forpliktet til å sikre gode pasientforløp.»

METODE. Studien er basert på systematiske søk etter litteratur fra år 2000 til år 2014 i PubMed. Søk på begrepene «continuity» AND «care» ga 236 treff. Jeg inkluderte

artikkelen «Continuity of care: a multidisciplinary review», skrevet av Haggerty et.al (11), som løfter fram sentrale momenter vedrørende begrepet kontinuitet. Dette er en oversiktsartikkel som anses både pålitelig og relevant for min problemstilling. I tillegg har jeg funnet bakgrunns litteratur gjennom systematiske søk i databasen Medline, og det ble også funnet generell litteratur gjennom usystematiske- og manuelle søk.

Jeg ønsker å drøfte Haggertys begrep om henholdsvis administrativ,





informativ og relasjonell kontinuitet opp mot de utfordringene jeg har observert i forbindelse med elektronisk innleggingsrapport. Dersom Haggertys definisjon av kontinuitet ses i konteksten informasjonsutveksling via elektronisk innleggingsrapport fra kommunehelsetjenesten til geriatrisk avdeling, kan en se for seg følgende: Elin-k-systemet som *formidler* informasjon på tvers av tjenestenivå kan representere administrativ kontinuitet. *Innholdet* i innleggingsrapporten kan representere informativ kontinuitet, og sykepleierens *tid til direkte pasientarbeid* kan representere relasjonell kontinuitet. Haggertys rammeverk for kontinuitet utfyller hverandre, og mangler på et område vil kunne påvirke andre områder. Sykepleierne disponerer en tidsressurs (6) som de ivaretar fordelt mellom disse tre typene kontinuitet.

SAMHANDLING. Kommune og helseforetak er gjensidig forpliktet til å sikre gode pasientforløp (12). Samhandlingen mellom nivåene i helse-tjenesten har i lengre tid bydd på utfordringer, og både ved innleggelse i og utskrivelse fra sykehus er det rapportert om mangler og uklarheter i den sykepleiefaglige informasjonsutvekslingen (10).

Disse samhandlingsproblemerne er derfor løftet opp som et satsingsområde (13), noe som har ført til utvikling av ny informasjonsteknologi (14) i form av samhandlingsverktøyet Elin-k. Elin-k som verktøy for formidling av relevant og korrekt pasientinformasjon mellom helsepersonell er et viktig virkemiddel for å nå målet om kontinuitet i helsetjenestene (1,9).

Kommune- og spesialisthelsetjenesten har to ulike inkompatible systemer for elektronisk pasientjournal (EPJ), og Elin-k muliggjør kommunikasjon mellom disse systemene. Dette kan bidra til å bedre kontinuiteten i informasjonsutvekslingen (15). Å kommunisere gjennom én kanal kan sikre at sykepleieinformasjon mottas, lagres og behandles på en trygg måte. Dette reduserer risikoen for motstridende og tvetydige data, noe som kan få negative følger

for pasientomsorgen (16).

ELIN-K. Kompetansesenteret for informasjonsteknologi i helse- og sosialsektoren (KITH) har laget en retningslinje for obligatorisk innhold i innleggingsrapporten. Det obligatoriske innholdet omfatter diagnoser, medikamenter, kommunale tjenester, IPLOS-kartlegging, kritisk informasjon, reserverasjoner, pårørende, helsekontakt og sykepleieopplysninger (1).

Gjennom Elin-k er det dermed lagt til rette for at informasjon relatert til sykepleie skal formidles, men i feltet «Sykepleieopplysninger» står følgende standardisert informasjon oppført i samhandlingen med for eksempel Trondheim kommune: «Er bandasjemateriell og engangsutstyr sendt med pasienten? Ja/Nei», «Trenger hjelp til legemiddeladministrering: Ja/Nei» og «Endring i funksjonsnivå? Ja/Nei». Sistnevnte besvares ikke, til tross for at dette har høy grad av relevans for geriatrisk behandling (2).

Det er mulig for kommunehelsetjenesten å sette inn informasjon relatert til sykepleie i fritekst. Min erfaring er at informasjon om pasientens eksisterende pleie- og omsorgsbehov ikke formidles ved innleggelse i geriatrisk avdeling. Dette kan få følger for den informative kontinuiteten.

IPLOS. I innleggingsrapporten er pasientens eksisterende tjenester beskrevet med administrativ terminologi for pleie- og omsorgstjenesten, og omfanget av tjenestene er kodet i form av timer per uke. Eksempelvis kan det være «Praktisk bistand person: 16,83 timer/uke» og «Hjemmesykepleie: 0,42 timer/uke».

Pasientenes funksjonsnivå kommuniseres gjennom individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS). Sentrale myndigheter har pålagt kommunene å benytte IPLOS for å beskrive pasientens ressurser og bistandsbehov, og hver bistandsvariabel graderes fra 1–5. Tallet 1 står for «utgjør ingen problem», mens tallet 5 betyr «fullt bistandsbehov» (17). I kommunehelsetjenesten kan det se ut som om en del sykepleiere har

vanskelig for å se nytten av IPLOS i sitt arbeid (18). Dermed er det grunn til å stille spørsmål ved om sykepleierne i spesialisthelsetjenesten kan omsette disse tallene slik at de får en praktisk nytteverdi. IPLOS kan oppfattes som et lite hensiktsmessig verktøy i forhold til direkte arbeid med pasienter

(18), fordi tallene ikke sier noe om hvilke problemstillinger sykepleiere hjelper pasienten med, hva de utfører av oppgaver og hvilke resultater sykepleierne oppnår i kommunehelsetjenesten (19).

AKUTT SYKDOM.

Når eldre med mange kroniske sykdommer blir akutt syke, skjer det ofte et fall i funksjon, og pasienten får en nedsatt evne til å greie seg selv i daglige aktiviteter (ADL). Derfor er god dokumentasjon av fysisk og mental funksjon hos eldre ved overføring til sykehus viktig, da endring i funksjon kan være tegn på akutt sykdom (2,10).

I en tid med vekt på helsefremming (5), formidles ingen av pasientens ressurser i innleggingsrapporten. Sykepleieren skal, i tillegg til å ivareta pasientens grunnleggende behov ved helsesvikt og sykdom, også fremme helse og gjenvinne selvstendighet (20). Derfor bør innleggingsrapporten ha fokus på gjenværende ressurser slik at disse kan styrkes allerede fra dag én ved innleggelse i sykehus (21). Målet er at pasienten skal tilbake til det samme funksjonsnivå som før den akutte sykdommen, og det forutsetter et godt bilde på tidligere funksjon. Denne informasjonen kan man vanskelig få kun gjennom IPLOS-tall.

HULL. Manglende overføring av relevant sykepleiefaglig informasjon fra kommunehelsetjenesten kan gi «huller» eller såkalte «gaps» i utøvelsen av sykepleie til geriatriske pasienter. Dette kan i verste fall føre til mangelfull pleie og omsorg. Slike «gaps» er utilsiktede og kan ofte forekomme ved forandring, som ved

«Et standardisert system er velegnet for formidling av enkelte typer informasjon.»

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

innføring av ny teknologi (22). Sykepleierne tetter «informasjonshullet» for å unngå uheldige konsekvenser for pasientene, og går omveier for å skaffe adekvat informasjon (23).

Når sykepleiefaglig samhandlingsinformasjon mangler, kan det være vanskelig å se at elektronisk innleggelsesrapport tilfredsstiller kravene om å bli et redskap for bedre sykepleiefaglig pasientomsorg ved geriatrisk avdeling (14). For når innleggelsesrapporten ikke inneholder relevant informasjon relatert til sykepleie, må sykepleierne etterspørre informasjon fra kommunehelsetjenesten, enten via elektronisk forespørselsmelding eller per telefon. Dette kan få konsekvenser for tidsressursen sykepleierne forvalter (6), og kan føre til mindre tid til å ivareta relasjonell kontinuitet gjennom pasientnært arbeid.

PASIENTOMSORG. Kjennskap til pasienten og tilstrekkelig tid henger sammen når det gjelder å sikre relasjonell kontinuitet. Kjernen i pasientomsorgen er handlinger som skjer direkte mellom pasient og helsepersonell, og pasienttid handler om å ha nok tid i hjelperelasjoner. Fra et sykepleieperspektiv er tid en betingelse for å ivareta faglig ansvar, og verdien av tid kommer tydelig til uttrykk i pasientrelasjoner, hvor individuelle fysiske og psykologiske forhold hos pasientene ivaretas av sykepleierne gjennom hele døgnet (6).

Standardisering av innleggelsesrapporten handler om å sikre at innholdet holder et høyt kvalitetsnivå, og ideen er at informasjonsutvekslingen skal forløpe så effektivt som mulig. Å standardisere relevant informasjon og sende det elektronisk i innleggelsesrapporten, vil gi en raskere tilgang på informasjon (16). Dette er hensiktsmessig. Et standardisert system er velegnet for formidling av enkelte typer informasjon, som medikamenter og kritisk informasjon (24). Dette formidles også i innleggelsesrapporten via Elin-k (1). Men det kan framstå som utfordrende når komplekse omsorgsbehov hos pasienter med geriatriske problemstillinger blir redusert til målbare størrelser som lar seg standardisere og tallfestes i den elektroniske innleggelsesrapporten. Denne informasjonen er trolig først og fremst nyttig for kommunal forvaltning, og ikke for helsepersonell som jobber nær pasientene.

KOMMUNIKASJON. Pasienter har en lovfestet rett til kontinuitet i helsehjelpen, noe som betyr at helsepersonell må kommunisere på et språk som sikrer felles forståelse (25). Administrativ terminologi og kodet informasjon kan vanskelig sikre denne forståelsen, og det ivaretar ikke pasientens rett til kontinuitet av sykepleie. Winthereik og Vikkelsø hevder at en stor grad av standardisering i meldinger vil kunne føre til at

dokumenter blir mer et organisatorisk verktøy framfor et klinisk verktøy med nytteverdi for utøverne. De ser viktigheten av at dokumenter, som for eksempel innleggelsesrapporter, også innehar fritekst slik at informasjonen har klinisk nytte for brukerne. For stor grad av standardisering, administrativ terminologi og kodet informasjon kan undergrave kontinuiteten av sykepleiefaglig informasjon på tvers av nivåer. Dette vil videre undergrave kvaliteten på omsorg og behandling til pasientene (23), fordi omsorgsarbeid ikke alltid så lett lar seg standardisere (6). ●

REFERANSER:

- Skarsgaard S, Lyngstad M. ELIN-k-prosjektet. Utvikling av helsefaglig innholdsstandard og struktur for elektronisk informasjonsutveksling i pleie- og omsorgstjenesten. Oslo: Sluttrapport Versjon 1.0; 2011
- Wyller TB. Geriatri – en medisinsk lærebok. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2011.
- Coleman EA, Boulc C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *Journal of the American Geriatrics Society* 2003; 51:556–557.
- Helse og omsorgsdepartementet. Samspill 2.0 Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008–2013. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet
- Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. St.meld. nr. 47 (2008–2009) Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet; 2009.
- Orvik A. Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag, 2004.
- Paulsen B, Grimsmo A. God vilje – dårlig verktøy. Om samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivninger av omsorgstrenge eldre. Sintef RAPPORT; 2008. Tilgjengelig fra: <http://www.sintef.no/uploadpages/35279/Rapport%20A7877%20God%20vilje%20-%20d%20C3%A5rtig%20verkt%C3%B8y%20om%20samhandling%20mellom%20sykehus%20og%20kommunale%20omsorgstjenester.pdf>
- Næss G, Helbostad JL. Geriatrisk vurdering og behandling – tverrfaglig samarbeid. I: Bondevik M, Nygaard HA, (red). *Tverrfaglig Geriatri. En innføring*. Bergen: Fagbokforlaget, 2012, s. 63–77

- Sosial- og Helsedirektoratet. Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2005. Veileder IS-1162
- Olsen RM. Informasjonsutveksling mellom sykepleiere i hjemmesykepleie og sykehus ved overføring av eldre pasienter. Doktoravhandling, Sundsvall, Sverige: Institutionen for Hälsovetenskap, Mittuniversitetet; 2013.
- Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal* 2003; 327:1219–21.
- Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen – lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak. Nasjonal veileder. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20SAM/Nasjonal-Veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>
- NOU 2005:3. Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsejeneste. Helse- og omsorgsdepartementet; 2005
- Ruland C. Helse- og sykepleieinformatikk: hvordan IKT kan bidra til utvikling av en bedre helsejeneste. Oslo: Gyldendal akademisk, 2000.
- Coleman E. Falling through the cracks: Challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. *Journal of the American Geriatrics Society* 2003; 51(4): 549–555.
- Melby L, Hellesø R. Electronic exchange of discharge summaries between hospital and municipal care from health personnel's perspectives. *International Journal of Integrated Care* 2010; Apr-Jun; 10: e039.
- Helsedirektoratet, 2011. IPOS-registret. Tilgjengelig fra <http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/ipos-registret/Sider/default.aspx>
- Tøndel G. Å telle assistansebehov – en kvalitativ studie av individbasert pleie- og omsorgstatistikk i praksis. *Geriatrisk Sykepleie* 2011; 3(1): 4–8.
- NSFID. Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal. En veileder fra Norsk Sykepleierforbunds forum for IKT og Dokumentasjon. 3. utgave; 2007 <https://www.nsf.no/.../Veileder%20Sykepleiedokumentasjon.pdf>
- Norsk Sykepleierforbund. Sykepleie – et selvstendig og allsidig fag. Oslo: 2008.
- Gammersvik Å, Larsen T, (red). Helsefremmende sykepleie – teori og praksis. Bergen: Fagbokforlaget, 2012.
- Cook R, Render M, Woods D. Gaps in the continuity of care and progress on patient safety. (Education and Debate) *British Medical Journal* 2000; 320(7237): 791–794.
- Winthereik B, Vikkelsø S. ICT and Integrated Care: Some Dilemmas of Standardising Inter-Organisational Communication. *Computer Supported Cooperative Work (CSCW)* 2005; 14(1): 43–67.
- LaMantia MA, Scheunemann LP, Viera AJ, Busby-Whitehead J, Hanson LC. Interventions to improve transitional care between nursing homes and hospitals: a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society* 2010; Apr; 58(4): 777–82.
- Lovdata. Lov om helsepersonell. LOV-1999-07-02-64. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2000.

xwear.no

Benytt sjansen - få 20% rabatt!

Hos Xwear.no får du som helsearbeider 20% på ordinærpriser ved å skrive helse i rabattfeltet.



Rabattkode:
helse



Tone Rustøen

Ber sykepleiere ta mer smerteansvar

● Tekst og foto **Eivor Hofstad**

Selvstendighet. – Sykepleiere må ta et mye større ansvar innen smertelindring. Det fortjener pasientene, mener smerteekspert.

Hvis du har en pasient som ligger veldig rolig eller urolig, eller som er veldig redd eller sint, må du tenke «smerte» og starte kartlegging, sier Tone Rustøen.

– Er det vondt, må du lindre. Det er ikke alle som klarer å sette ord på smerten sin. Det gjelder særlig barn, intensivpasienter og pasienter med demens.

Rustøen er professor II i sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo og seniorforsker ved akuttklinikken ved Oslo universitetssykehus. Hun underviser sykepleierstudenter og veileder master- og doktorgradsstudenter innen ulike temaer knyttet til smerte. I tillegg har hun skrevet tre lærebøker og haugevis med vitenskapelige publikasjoner, siden hun ble utdannet sykepleier i 1980, til sammen 249 arbeider.

MER UNDERVISNING. Nå brenner hun for at sykepleiere må oppdage sitt selvstendige ansvar for å gi pasientene god smertelindring. Da må det mer undervisning til, gjerne videreutdanning i smerte, mener hun.

– Hva er sykepleierne flinkest til innen smerteområdet?

– De har det fortrinnet at de er nærmest pasienten. Flere begynner å bli flinkere til å kartlegge nå, men de er dårligere til å følge opp. Det finnes

så mye kunnskap om smerte der ute som helsearbeiderne må få.

– Får de ikke det?

– Vi er ikke gode nok i smertelindring, men vi er på vei. Nå starter det flere videreutdanninger innen smerte. Håpet mitt er at mange sykepleiere tar master i smerte og går tilbake til klinisk arbeid etterpå.

HJERTE- OG KOLSPASIENTER. Rustøen har vært med å vise at 85 prosent av hjertesviktpasientene og 61 prosent av kolspasientene sliter med smerter.

– Vi hadde ikke forventet at det var så mye. Det bør få betydning for oppfølgingen av disse pasien-

«Kreft- og kanskje hjertesvikt- og kolspasienter, bør også smertekartlegges.»

tene. Jeg synes at visse pasientgrupper, blant annet kreft- og kanskje hjertesvikt- og kolspasienter, også bør smertekartlegges. Smerten påvirker livet negativt, og andre symptomer kan forsterke smertene, sier hun.

– Hvilke da?

– Hvis man lever med ubehandlede smerter, vil det påvirke blant annet søvnen negativt. Mange blir trøtte og lider av fatigue. En del blir deprimerede.

Tone Rustøen har forsket mye på hva disse symptomene gjør med den som har smerter. De viser seg å forsterke hverandre.

– Smerte oppleves verre hvis du har noen av disse symptomene. Det kan være både biologiske og

psykologiske årsaker til det. Jeg tror begge deler spiller inn, sier hun og legger til at faktorer som alder, kjønn, sykdom, utdanningsnivå og sosiale relasjoner også har noe å si for hvordan man opplever smerte.

FIKK MINNEFONDPRIS. I januar ble Rustøen hedret med Kari Widerøes minnefondpris for sin innsats innen smerteforskning og -formidling. Hun rakk akkurat å motta den før hun dro tilbake til University of California i San Francisco, hvor hun siden 2001 har vært tilknyttet en tverrfaglig forskergruppe innen smertebehandling. Hun var der i hele høst og skal være der i fire uker igjen på nyåret.

– Vi tar blodprøver for å se etter genetiske variasjoner. Kanskje henger genetikken sammen med symptombelastningene.

Hvis den gjør det, kan man lettere forutse hvem som er disponert for symptombelastning og bidra til en mer tilpasset behandling og også til å forebygge smertene.

AMERIKANSK NESTOR. I den amerikanske forskergruppen jobber Rustøen sammen med sykepleierforskeren som fikk henne til å velge å jobbe med smerte i sin tid: Christine Miaskowski. Rustøen hørte henne første gang på en konferanse for kreftsykepleiere i San Antonio i Texas, mens hun selv arbeidet på Høgskolen i Oslo.

– Chris holdt et fantastisk foredrag hvor hun nevnte faren sin som eksempel på en som hadde store smerter og ikke fikk god hjelp. Hun kombinerte sine solide kunnskaper om smerte og smertebehandling og omsorgsdelen på en flott måte. Når jeg hadde hørt henne, tenkte jeg at dette er et veldig viktig område vi må lære sykepleiere opp i.

Som tenkt, så gjort. Etter 2000 har Rustøen undervist mange sykepleierstudenter i



Smerteforebygging: Tone Rustøen minner om at smertestillende kan gis forebyggende. Man trenger ikke vente til pasienten har vondt.

smertekartlegging og -behandling, og veiledet mange stipendiater, blant annet innen demens og smerte, og kjønnsforskjeller innen smerte. Selv har Rustøen jobbet mye med intensiv-, kols- og kreftpasienters smerte.

– Kreftpasienter har både bakgrunns-smerter og gjennombrudds-smerter som kommer gjennom aktivitet som for eksempel hosting. Da blir det utfordrende å behandle, fordi man ikke bør gi så store grunndoser.

MYTER. Gjennom årene har Rustøen sett mange seiglivet myter rundt medikamentell smertebehandling.

– Mange tror man skal vente med å gi smertestillende til pasienten har vondt. Men det går fint å gi det forebyggende. Mange sykepleiere er også altfor redde for avhengighet eller overdosering.

Rustøen forteller om studenter i praksis på kirurgisk avdeling som møtte en pasient som hadde gjennomgått et stort kirurgisk inngrep. Pasienten

«Vi er ikke gode nok i smertelindring, men vi er på vei.»

hadde vondt og ringte på sykepleieren. Hun kom og sa at han hadde akkurat fått smertestillende og måtte vente i tre timer til før han fikk mer.

– Studentene så hvor galt dette var, og de lærte at dersom sykepleierne ikke tar pasientens smerte på alvor eller fanger opp smerten, får mange pasienter ikke den hjelpen de trenger.

– Men sykepleieren fulgte vel bare retningslinjene om at det må gå en viss tid mellom pillene?

– Vi anbefaler å gi smertestillende til faste tider, men de må få en individuelt tilpasset dose. For postoperative pasienter er det viktig å gi individualisert smertebehandling så smertene reduseres så mye som mulig etter operasjonen. Det kommer oppdaterte retningslinjer flere steder nå.

FÅ RETNINGSLINJER. Rustøen savner for øvrig at Norge har fler retningslinjer på smertebehandling, både nasjonale og lokale på institusjonsnivå.

– Både Sverige og England har flere retningslinjer enn oss.

– Hva har vært din viktigste studie?

– Den fra 2004/2005 der hjemmesykepleiere dro hjem til pasientene og underviste. Man så at kunnskapen om smertebehandling økte både hos pasientene og deres pårørende etter undervisning.

– Og hva er du mest stolt av?

– At jeg jobber i et klinisk miljø med sykepleiere som er opptatte av smertelindring.

– Hva vil du bruke prispengene til, som du ble hedret med?

– Videre forskning. Det er fremdeles mye vi ikke vet på feltet. For eksempel hvilke tiltak som har mest effekt når vi skal hjelpe pasientene. ●
eiwor.hofstad@sykepleien.no



FAGDAGER BEDRET SAMARBEID

Samhandling. Felles fag- og prosedyredager har styrket samarbeidet mellom sykehus og kommuner i Agder.

SAMARBEIDSPROSJEKT:

Artikkelen bygger på
60 % praksis
40 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/sykepleiens.2015.0005



Inger Johanne Bolstad, Utviklingssenteret i Grimstad kommune



Agno Lisbeth Vabo Ødegaard, enhetsleder nevrologisk avdeling Sørlandet sykehus Kristiansand.

Samhandlingsreform, venstreforskyvning, kunnskapsbasert praksis og behandlingsforløp er begreper som medfører endring i praksis både for sykepleiere og studenter. Endringen har ført til at Sørlandet sykehus og kommunene i Agder har styrket sitt samarbeid. I dette samarbeidet er det blant annet gjennomført felles fag- og prosedyredager hvor målet har vært å samkjøre utførelsen av prosedyrer og bidra til lik praksis i sykehus og kommunehelsetjeneste. Helhetlige behandlingsforløp har også vært vektlagt.

NYE MODELLER. På bakgrunn av samhandlingsreformen har man også latt seg inspirere til å prøve ut nye modeller for praksisgjennomføring for sykepleierstudenter. Utgangspunktet var spørsmålet om hvilke konsekvenser samhandlingsreformen ville få for studentløpene i klinisk praksis.

Samarbeidsorganet for SSHF, Universitetet i Agder og kommunene i Agder, representert ved Utviklingssentrene i Aust- og Vest-Agder, utformet flere prosjekter med utprøving av nye modeller for praksisgjennomføring. Samarbeidsorganet disponerer praksisprosjektmidler, og disse ble øremerket i 2012–2013 for å gjennomføre prosjektene. I 2012 og 2013 har vi

jobbet med disse tre prosjektene:

- Punktpraksis i Kristiansand og Grimstad kommune der studentene i løpet av en ni ukers praksisperiode i sykehjem har fått fem dager der de har vært på andre kommunale tilbud for eksempel rusomsorg, psykiatri, hjemmesykepleie og korttidsavdeling
- Følge KOLS/lungepasienter og lindrende pasienter mellom spesialisthelsetjeneste og kommunalt tilbud
- Fag- og prosedyredager i Grimstad, Kristiansand og Flekkefjord

FAG- OG PROSEDYREDAGER. Siden 2008 har Sørlandet sykehus Arendal og kommunene i Aust-Agder hatt fag- og prosedyredager der målet har vært å heve teoretisk og praktisk kompetanse hos sykepleiere i sykehus og kommune. Her har vi hatt meget gode erfaringer og ønsket derfor å bruke denne modellen for utveksling av kompetanse også i dette prosjektet. Målet med fag- og prosedyredagene var tredelt:

- Økt pasientsikkerhet
- Bedre kvalitet med kunnskapsbasert praksis
- Bedre samarbeid på tvers av nivåene

Hovedmålet med felles fag- og prosedyredager er først og fremst å øke pasientsikkerheten. Pasientene skal oppleve lik praksis i sykehus og i kommunehelsetjeneste. De

skal oppleve at praksisen er kunnskapsbasert og at prosedyrer blir utført på samme måte. Vi tror dette vil være med på å trygge pasienten og styrke opplevelsen av helhetlige tjenester. En annen målsetting har vært å etablere en møteplass for sykepleiere fra sykehus og kommunehelsetjeneste. Det å møtes, å kjenne et ansikt bak stemmen i telefonen tror vi bedrer samarbeidet rundt pasienten.

Da det ble enighet om å bruke praksisprosjektmidler til samhandling og kompetanseheving på tvers av kommune, utdanningsinstitusjon og sykehus i regionen, var en av de første tankene å arrangere kurs for sykepleiere og studenter for å skape rom for utveksling av kompetanse.

PÅGANG. Etter innføringen av samhandlingsreformen er behovet for kompetanse blitt mer synlig. Vi har opplevd stor pågang og etterspørsel etter fag- og prosedyredager. I årene 2010–2013 har 1112 personer fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten deltatt på kompetanse- og prosedyredager arrangert av Sørlandet sykehus, kommunene i Agder og Universitetet i Agder.

Fag- og prosedyredagene har vært arrangert på tre forskjellige steder i Agder; Grimstad, Kristiansand og Flekkefjord. Dette fordi samarbeidet har vært knyttet opp til de tre sykehusene i Agder og for

Fakta ●●●

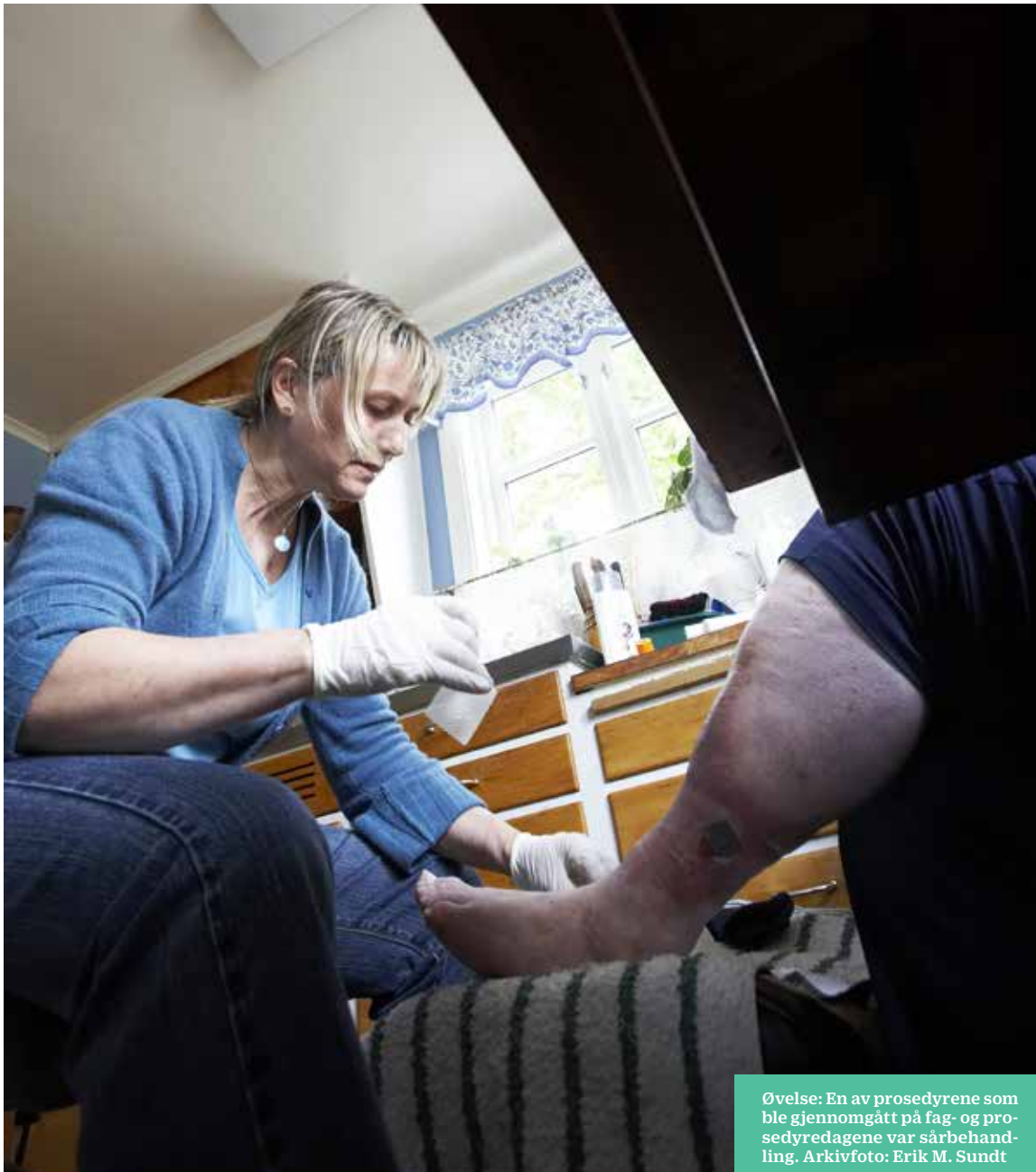
Hovedbudskap

Samhandling på tvers av helseforetak, kommuner og universitet for å heve kompetansen hos kontaktsykepleiere som veileder studenter i praksis.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider

- Samhandling
- Praksisstudie
- Prosedyre
- Sykepleierstudenter



Øvelse: En av prosedyrene som ble gjennomgått på fag- og prosedyredagene var sårbehandling. Arkivfoto: Erik M. Sundt

at personell fra alle kommunene skulle ha større mulighet for å delta. Dagene har hatt en teoridel og en del med praktiske øvelser. Dette har vært litt ulikt organisert på de forskjellige stedene.

INNHold. Aust-Agder og sykehuset i Arendal har siden 2008 arrangert fag- og prosedyredager over tre dager: en hel dag med teoretiske emner og to like dager med

«Pasientene skal oppleve lik praksis i sykehus og i kommunehelsetjeneste.»

praktiske prosedyrer. Det har vært nødvendig å ha trening i praktiske

prosedyrer over to dager på grunn av stor deltakelse og for at deltakerne skulle få en god gjennomføring. Temaer tidligere år har blant annet vært hjertesykdom, lindrende omsorg, forebygging og rehabilitering. I Vest-Agder har fag- og prosedyredagene vært gjennomført med en halv dag med teori og en halv dag med praktiske øvelser. Det har vært arrangert to dager både i Kristiansand og i Flekkefjord. Deltakerne

har kunnet velge en av dagene.

Kurset har gått over to dager hvor første del av dagen var teori og andre del har vært trening på praktiske prosedyrer. Prosedyrene deltakerne kunne øve på var: CVK-stell, PVK og administrering av iv. væske, smertebehandling, nedlegging av sonde, administrering av sondemat og utregning av ernæringsbehov. I Grimstad var også stell av trakeostomi og fjerning av slim en av øvelsene.

ULIKE TEMAER. I 2013 var de teoretiske temaene litt ulike på de tre lokalisasjonene:

Grimstad:

- Bo godt og trygt hjemme
- Hjem 2015
- Medikamenter til eldre
- Vold mot eldre
- «Lyst på livet»

Kristiansand:

- Moderne slagbehandling
- Behandling av sår

Flekkefjord:

- Delir
- Hva er pickline?
- Moderne slagbehandling
- Kateter og UVI

EVALUERING. Evalueringene fra dagene var gjennomgående gode på alle tre lokalisasjoner.

Evaluering fra dagene i Kristiansand i mai 2013 (82 deltakere, 63 svarte på evalueringen) presenteres under:

Evalueringene fra deltakerne var veldig positive på alle de tre stedene. Ord som lærerikt, spennende og nyttig gikk igjen. Dette gjaldt både den teoretiske og praktiske delen. Vi erfarte at det var viktig å la deltakerne få velge mellom to vanskelighetsgrader – nybegynner og erfaren – på trening i praktiske prosedyrer. Dette fordi vi inviterte sykepleiere fra både sykehus og kommunehelsetjeneste og behovet var ulikt. I den forbindelse ser vi også behovet for at praksisfeltet har tilgjengelig øvingsutstyr. I Arendal og Grimstad, som har lengst erfaring med å arrangere fag- og prosedyredager, har man erfart at læringsutbyttet





er størst når deltakerne forbereder seg på forhånd. I 2013 ble det sendt ut et kompendium som det var krav om å lese gjennom før kurset.

I Aust-Agder har det vært en hel dag med teori og en hel dag til praktiske ferdighetsøvelser. I Vest-Agder har alt vært samlet på en dag. Det har kommet mange positive tilbakemeldinger på at det blir bedre tid til øvelser når man har en hel dag, og det har vært positivt med

en hel teoridag. Men det har vært lettere for enhetene og avdelingene å la personalet få fri en dag til kurs og da få med seg både teori og praksis. Det vil derfor videre bli satt på å ha både teori og praksis på en og samme dag.

DISKUSJON. Det har vært positive tilbakemeldinger på gjennomføring av kursdagene fra deltakerne, men vi ser også at det oppstår noen

spørsmål knyttet til denne typen opplæring: Hvordan kommer kunnskapen til nytte? Er pasientsikkerheten bedre? Bør sykehuset kunne forventes at personell fra kommunen kan prosedyrer når pasienter utskrives?

Det er ingen tvil om at denne typen opplæring må være ønsket av lederne og at lederne har stor betydning for hva man oppnår. Lederne må etterspørre kompetansen og sørge for å bruke den i avdelingen. Dette er en type kompetanse som er ferskvare og som må vedlikeholdes.

VIDEREFØRING. Det er allerede og vil i nærmeste år bli kjøpt inn mer øvingsutstyr for praksisprosjektmidler. Hensikten er at praksisfeltet skal ha tilgjengelig utstyr å øve på også etter at disse dagene er over. Det er kjøpt inn ernæringsdukke, picc-line torso og puter til å stikke veneflon i. Allerede innkjøpt utstyr oppbevares nå på Universitetet i Kristiansand. Man har tenkt at fremtidige innkjøp skal oppbevares på sykehusene og i utviklingssentrene i fylkene og lånes ut til personell i kommunehelsetjenesten og på sykehuset. Dette gir økt mulighet for å øve og trene i avdelingene.

Universitet, sykehus og kommune vil videreføre samarbeidet. Det er bestemt at fag- og prosedyredagene blir videreført de neste to årene på tre steder i fylkene. Erfaringen med kursdager på tre forskjellige steder i Agder har vært veldig positive og vil etter all sannsynlighet også bli det i fortsettelsen.

Bli-kjent-faktoren på tvers av forvaltningsnivåene og nærheten til det lokale sykehus er en suksessfaktor. Lange avstander bidrar også til at det er mer hensiktsmessig å arrangere kursene på tre forskjellige steder. ●

Tabell 1: Deltakelse: Det er 30 kommuner i Agderfylkene, 15 kommuner i Aust Agder og 15 i Vest Agder.

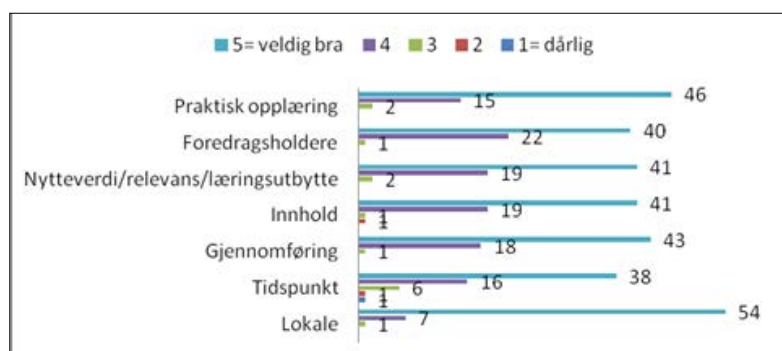
Årstall	Sted	Antall deltaker	Antall kommuner
2010	SSA*+Kommuner i Aust- Agder	282	8
2011	SSA+Kommuner i Aust- Agder	249	10
2012	SSA+Kommuner i Aust- Agder	162	10
2012	SSK** + kommuner i Vest- Agder og Aust- Agder	159	17
2013	SSA+Kommuner i Aust- Agder	110	12
2013	SSK + kommuner i Vest- Agder	82	8
2013	SSF***+ kommuner i Lister regionen	68	6
Totalt	Vest- og Aust- Agder	1112	

*Sørlandets Sykehus Kristiansand

**Sørlandets Sykehus Arendal

***Sørlandets Sykehus Flekkefjord

Tabell 2. Evaluering: Kompetansedager 22. og 23. mai 2013



FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til

torhild.apall@sykepleien.no

11:02

Pause fra arbeidet

Maten smaker. Rester fra gårsdagens middag og et eple. Diskuterer Sykepleiens tidstyvundersøkelse og snakker om hva vi skal gjøre i helgen. Kanskje litt frisk luft og et toalettbesøk før arbeidet kaller.



Sykepleien



Eldre. Menneskerettigheter krenkes daglig i omsorgen for de eldre i våre sykehjem.

De tause nedprioriteringene



Fakta

Per Nortvedt

Professor ved seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo

Da Norge nylig fikk sin tredje utredning om prioriteringer i helsetjenesten, Norheimutvalget, NOU 2014:12, var støyen til tider overveldende, og det har ikke lagt seg ennå. Noen kritiserer det faktum at utvalget i det hele tatt sier at man må prioritere, i verdens rikeste land. En slik kritikk er etter mitt syn både umoralsk og meningsløs. Skal det å være borgere av en rik nasjon gi oss en blankofullmakt til å skrive ut sjekker til oss selv i øst og vest? Det at man har funnet forekomster av olje og gass på norsk kontinentalsokkel og forhandlet til seg rettigheter til disse ressursene, gjør en da ikke fortjent til å bruke denne lottogevinsten grenseløst og uten tanke på andre utenfor vår lille andedam? I skrivende stund dør nye barnekull i et av verdens fattigste land (Sierra Leone) i et nytt utbrudd av Ebolaepidemien. Tapre sjeler fra helsetjenesten i Norge og andre land drar ut for å hjelpe.

Støyen rundt Norheimutvalget er også høy fordi man har våget å mene noe som også begge Lønningutvalgene påpekte; at pasientens alder, livskvalitet og individuell helsegevinst er noe man må vurdere når man prioriterer. Særlig kriteriet om å vektlegge

«Man må kunne stille spørsmål om hvorfor sykepleietjenesten har sviktet og synes å svikte på et så viktig område.»

helsetap har blitt mye kritisert fordi man mener at det vil diskriminere pasienter på grunn av alder, fordi en yngre pasient ofte vil ha større helsetap i forbindelse med sykdom enn en som er eldre.

ENIG. Norsk Sykepleierforbund (NSF) støtter moderat aldersdiskriminering. Forbundet har under prosessen med utredningsarbeidet kommet med flere innspill til utvalgets arbeid som har fått mye positiv omtale, også av utvalgslederen selv. NFSs uttalelse bygger på innspill fra landsgruppene og faglig ledelse i forbundet og omfatter omtrent alle områder av sykepleietjenesten, fra de kommunale pleie og omsorgstjenestene til forebygging, barn, ungdomspsykiatri og rus.

Norsk Sykepleierforbund uttrykker også støtte til en tanke om moderat aldersdiskriminering (f.eks. mellom en 30-åring og en 80-åring) hvis de ellers stiller likt «knyttet til vektning av kriteriene i prioriteringsforskriften som det heter» (NSFs innspill til prioriteringsutvalget).

KRENKES. Menneskerettigheter krenkes for de eldre i våre sykehjem. Men det er verdt å merke seg at omtrent samtidig med Norheimutvalgets innstilling, kommer Norsk senter for menneskerettigheter med en rapport om tilstanden i norsk eldreomsorg (Norsk senter for menneskerettigheter og nasjonal institusjon for menneskerettigheter, Det juridiske fakultet, UiO). Her slås det fast at menneskerettigheter daglig krenkes i omsorgen for de eldre i våre sykehjem. Det gjelder alt fra urettmessig bruk av tvang og integritetskrenkelser i forbindelse med tvangsbruk, til daglig eller ukentlig forsømmelser når det gjelder grunnleggende sykepleie.

Svikt i tann- og munnhyggiene, manglende sårstell, mangelfull ernæring og ingen tilretteleggelse for fysisk aktivitet er noe av det som påpekes i rapporten. Det pekes på mangelfull kompetanse og for lav bemanning av kvalifisert personell som en hovedårsak til menneskerettighetsbrudd. Dette er noe som har vært erkjent i flere tiår og som i tillegg er innrømmet av helsemyndighetene. Det pekes også på at beboere selv og pårørende i langt større grad enn i dag bør være primærkilder i forskning om prioriteringer og kvalitet på pleien i omsorgen for de eldre. Det pekes interessant på at det er utarbeidet egne konvensjoner for urfolks, barns, unges og kvinners rettigheter, men ikke for de eldre. Det jobbes med å utarbeide en egen menneskerettighetskonvensjon for eldre i FN.

GAMMELT NYTT. Det er flott at svikt i grunnleggende sykepleie til eldre og pleietrengende blir satt på dagsorden som menneskerettighetsbrudd. Men vi har visst om dette i flere tiår og det er blitt påpekt gang på gang av fagpersonell og dokumentert i forskning. Det er blitt gjort til et viktig verdispørsmål i eldreomsorg og behandling, det er blitt vist til forsvarlighetsparagrafen i Helsepersonelloven § 4, som i tillegg setter krav om at helsehjelpen skal være omsorgsfull. Like fullt er forbedringspotensialet stort.

Man må kunne stille spørsmål om hvorfor sykepleietjenesten har sviktet og synes å svikte på et så viktig område. Man må også kunne spørre om Norsk Sykepleierforbund har gjort nok for å sette søkelys på svikten i omsorgen for våre eldre.

Vi har nå gjennom 25 år hatt tre prioriteringsutredninger, der alle har sagt at man må ta prioriteringsutfordringene i pleie og omsorg og kommunehelsetjenesten alvorlig. Men ingen av disse utredningene har sett på prioriteringer i kommunehelsetjenesten som en del av sitt mandat.

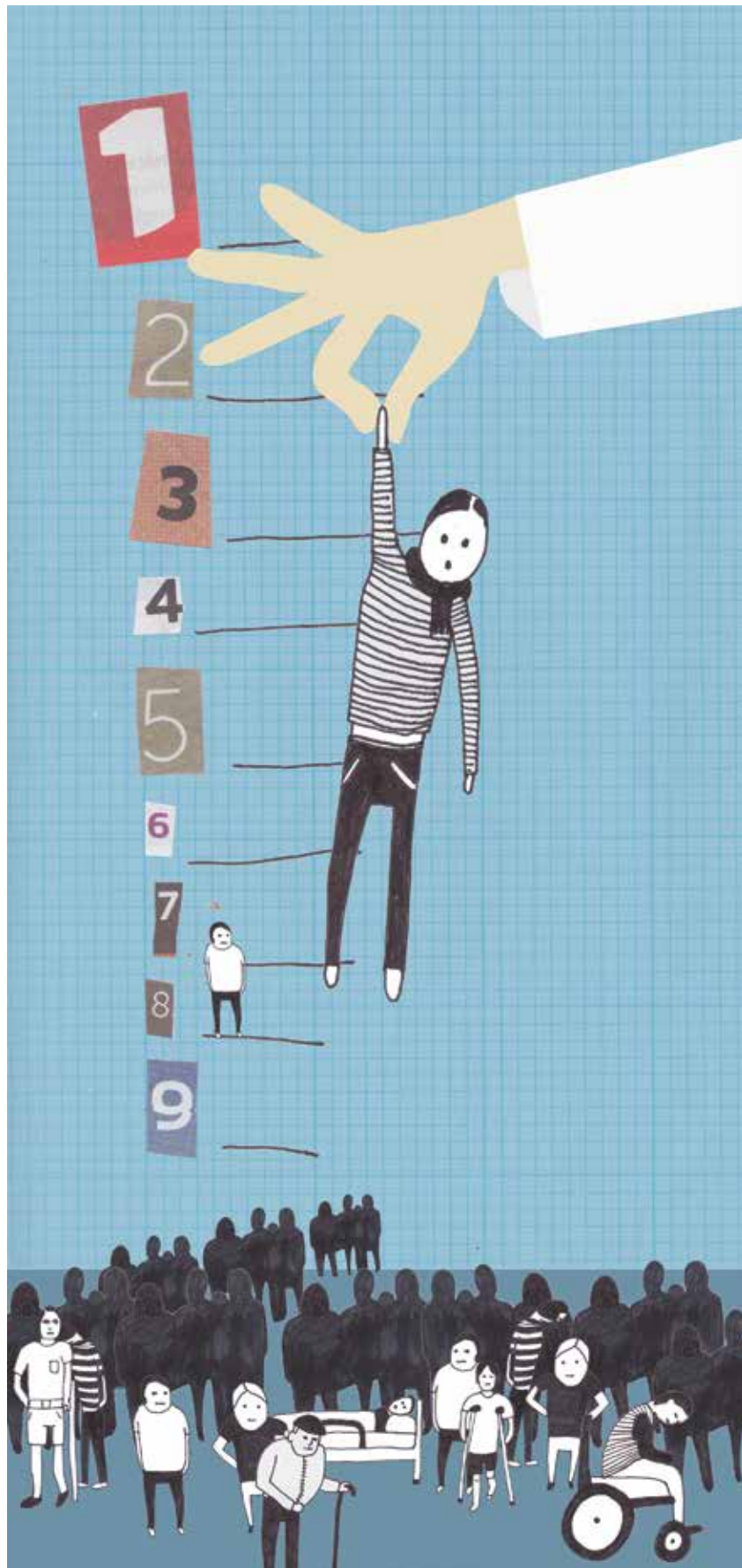
Prioriteringer omhandler i hovedsak behovet for medisinsk behandling. Grunnleggende pleie og omsorg tas for gitt, men all dokumentasjon viser at det ikke kan tas for gitt. Vi trenger en egen prioriteringsutredning for kommunehelsetjenestene og for pleie- og omsorgssektoren!

Norsk Sykepleierforbund og de relevante faggruppene, Legeforeningen og Fagforbundet i LO må alle kjenne sin besøksstid. Norheimutvalget sier på s. 12: «Prioriteringskriteriene kan gi veiledning til prioritering av omsorgstjenester også, men bør da antakelig konkretiseres på andre måter enn det som er drøftet i denne utredningen. Utvalget har lagt til grunn at disse spørsmål ligger utenfor mandatet, men ønsker samtidig å peke på at prioritering i omsorgssektoren bør være tema for framtidig utredning» (NOU 2014: 12).

HVORFOR. Tiden er overmoden for et slikt arbeid. Likevel er det ikke sikkert at det er nok. Kan hende at hele denne mangel på oppmerksomhet overfor omsorgsverdiene i helsetjenesten er et symbol på noe mer grunnleggende, der det mest fundamentale i menneskelivet, den relasjonelle ivaretagelsen av våre mest sårbare individer og deres grunnleggende behov, ikke blir gitt nødvendig oppmerksomhet. Hvorfor er det slik at noe av det som er mest bærende og verdifullt i våre liv, ikke gis status, ikke tas alvorlig? Det er et spørsmål vi må diskutere mye mer inngående. ●

REFERANSER:

1. NOU 2014: 12, Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten, Oslo dep
2. Menneskerettigheter i norske sykehjem- Temarapport 2014, Norsk senter for menneskerettigheter UIO



Illustrasjon: Kathrine Kristiansen



TILBAKE TIL KJERNEVERDIENE

DOI NUMMER:

10.4220/sykepleiens.2015.0001

Endring. Det kliniske blikket og håndverket til dagens sykepleiere, ser ut til å ha mangler.



Mette Karoliussen, førstelektor og lærebokforfatter

Som aktiv pensjonist og fagperson har jeg også hatt rollen som pårørende på flere sykehus. I den anledning har jeg lyttet til utallige historier fra andre, både pasienter og pårørende. Disse har beskrevet sykepleierne som snille, vennlige og hyggelige, men fortellingene vitner også om store faglige mangler. Ofte handler det om at sykepleierne har liten tid. «Stakkars, de har det så travelt», så travelt at pasientene vegrer seg for «å bry dem». Men det kan medføre at pasienten ikke får den sykepleien han eller hun trenger. I min pårørendepraksis har jeg blitt både overrasket, frustrert og fortvilet. Og jeg har reflektert over disse erfaringer. Her kommer tre selvopplevde eksempler:

EKSEMPEL 1. En 88 årig kvinne, operert for stor cancer tumor i abdomen, sitter tredje dag etter operasjon i en stol. Hun har et dren og et kateter som begge ligger på gulvet, det står et glass vann på nattbordet som er drukket av, men som hun ikke rekker. Hun har enorme ødemer i underekstremitetene og har et par strikkesøfler på føttene. Puten bak ryggen og hodet gjør at nakken blir foroverbøyd og skuldrene står høyt. Hun puster overflatisk. Hun har ikke spist fordi hun var kvalm ved frokosttid.

På min forespørsel om ernærings-situasjonen sier en sykepleier at hun godt kan få ernæringsdrikk hvis hun vil det. Ved påpeking av det som ligger på gulvet sier sykepleieren at de dessverre ikke har noen oppheng for dren og kateter. Når jeg foreslår sikkerhetsnåler og snor til stolen, er svaret «Å ja, det var en god idé!» Søtt og hyggelig blir så dette gjort. Ved avdekking av føttene viste det seg smertefulle sår mellom tærne. Pasienten kunne opplyse om at ingen hadde sett på føttene i løpet av de ni dagene på sykehuset. På spørsmål om hva som måtte observeres hos denne pasienten svarte sykepleieren «smertepumpen», for det var ikke bra for en gammel dame å ha unødige smerter. For ordens skyld skal jeg opplyse at det var fire forskjellige sykepleiere der som jeg kontaktet.

EKSEMPEL 2. En 40 årig mann, innlagt for akutt encefalitt, ligger kl. 11 om morgenen på andre dag i sengen, gjennomvåt av svette. Både pute, skjorte og laken er vått. Pasienten har 40 i feber, og på nattbordet står et vaskevannsfat med lunkent vann, tørr klut og håndkleet ligger på sengen. Pasienten sover når jeg kommer inn. På forespørsel om han er blitt stelt svarer pasienten at han ikke vet. På vaktrommet, svarer den

sykepleieren jeg spør først at hun ikke hadde rommet. Når ansvarlig sykepleier blir mulig å snakke med blir svaret: «Legen har sagt at pasienten skal stelle seg selv». Når jeg sier at pasienten er noe uklar, har høy feber og ikke klarer å gjøre noe selv, svarer sykepleieren at de forholder seg til legens ordre.

EKSEMPEL 3. En middelaldrende kvinne ble matforgiftet på ferie i Syden og blir innlagt for væskebehandling. Pasienten har ikke spist på nesten en uke. I tre dager får pasienten kun saltvann, ingen registrerer inntak/uttak av væske. På forespørsel om hun ikke burde ha glukose, svarer sykepleier at det vurderer legen. Tredje dag i sykehus har fremdeles ingen registrert væskeuttak.

Pasienten klager over dobbeltsyn. Ingen reaksjon fra sykepleierne. På min forespørsel til pasienten om hun får latt vannet sier hun at det går litt tregt. Ved perkusjon av blæra viser det seg at den står svært høyt. På forespørsel på vaktrommet om de har en blæreskanner, blir det bekreftet. Jeg ber om en øyeblikkelig måling og får som svar at de har flere pasienter. Når skanningen ble gjort viser den over 900 ml i blæra. Ved

«Hun har et dren og et kateter som begge ligger på gulvet.»



På moten: For første gang har den «gammeldagse» sykepleien støtte i ny vitenskap om mennesker og helse. Illustrasjonsfoto: Colourbox

kateterisering ble vel 1 liter tatt ut. Pasienten blir vesentlig dårligere med svimmelhet og oppkast, uten at dette heller forårsaker behandlingsreaksjoner. Pasienten blir til slutt, etter påtrykk fra oss pårørende, overflyttet til Universitetssykehuset i Oslo. Her ble det konstatert encefalitiske forandringer på CT.

FEIL. I ukebladene hender det at to nesten like bilder har overskriften: Finn fem feil. Når vi ser på de tre eksemplene over er jeg redd fem feil ikke er nok. Eksemplene er hentet fra ulike sykehus og forskjellige avdelinger. Det betyr at mange sykepleiere har vært innom disse pasientene, og sykepleierne kommer fra forskjellige skoler. Det får meg til å tenke at vi står overfor en systemisk svikt, og mitt spørsmål er: Hvor svikter det? Som sykepleier identifiserer jeg meg med min gruppe, men forstår at noe er galt. Det er ikke interessant å finne syndebukker eller å fordele skyld. Saken er viktigere enn det. Men store endringer har skjedd på et par tiår. Og disse endringene påvirker pasientomsorgen.

MÅLFORSKYVNING. De vesentligste forandringene er i strukturen av offentlig sektor. For praksisfeltet har forandringene endret forholdene for sykepleiere vesentlig ved å ta bort linjeledelsen og i stor grad fjerne begrepet «sykepleier» i alle ledende posisjoner. Det første gjør at faget ikke nødvendigvis ledes av en fagperson, det andre er at sykepleieridentiteten svekkes i lederskapet. Vi vet at språk er makt og at «enhetsleder» ikke leder sykepleien, men enheten. Enheten er styrt av økonomiske vurderinger, mens sykepleien er styrt av faglige og etiske verdier. Denne vektleggingen forskyver sykepleiens målsetting.

Målforskyvningen viser seg på mange måter, for eksempel ved at mattralla blir viktigere enn pasientens ernæringsssituasjon, at rapporter blir viktigere enn observasjoner, at flere oppgaver legges til arbeidsområdet, og så videre. Mange





→ sykepleiere forteller at de lever under et formidabelt press, de kan gå hjem med dårlig samvittighet eller ligge våkne på grunn av bekymring for en pasient. De får lite oppmuntring når de utfører godt stell og terapeutisk kommunikasjon, mens høyt tempo og synlige prosedyrer gir tilbakemelding på at de er «dyktige».

KJERNEKOMPETANSE. Kravene til å utføre sykepleiens kjernekompetanse er lite synlige, mens kravene til drift og «effektivitet» er tydelige. Sykepleierne har over tid hatt en økende arbeidsbelastning både når det gjelder antall pasienter per sykepleier og et økt tempo i arbeidet. Kompleksiteten i sykepleien som burde være tilgjengelig for pasientene er redusert, noen ganger til det kritisk minimale. Dyktige sykepleiere i praksis i dag sier at de har nok med å sette seg inn i forandringene og følge med i den medisinske utviklingen for den pasientgruppen de tar vare på. Noen sykepleiere tror at dette er deres fagutvikling.

UTDANNINGEN. Høyskolene står i en liknende situasjon. Kravene til høyskolens ansatte om å øke sin akademiske kompetanse, har tatt både tid og oppmerksomhet fra å sikre sykepleiekompetansen hos studentene som uteksamineres. Høyskolene får stykkpris for studentene, og antall studenter per kull har økt betraktelig. Økonomismens målforskyvning viser seg her ved at lærerne pålegges stadig flere oppgaver som kontorarbeid, drift, krav om fornyete prøver og dokumentasjon. Så vidt jeg vet er det ikke gjort inngående konsekvensanalyser om hva som blir resultatet av disse forandringene, eller hva det har gjort med studentenes læring. Masterprogrammene har også hatt mindre tid til fagdidaktikk, altså hvordan man best kan undervise i faget sykepleie for at studentene skal lære det som er nødvendig for å utøve et så komplekst og vanskelig fag. Dette har til sammen endret

norsk sykepleierutdanning vesentlig.

Sykepleierutdanningen har gjennomgått flere store endringer. Fra å ha et klart religiøst fundament, gjennom en lang periode med medisinsk fokus til dagens mer filosofisk-teoretiske ramme-forståelse. Noe av det jeg har sett er at pasientens diagnose observeres medisinsk, mens sykepleien er blitt et slags psykososialt tillegg. Men sykepleie er mer enn medisinsk assistentfunksjon med psykososial glasur.

KJERNEN I FAGET. For å gjenfinne sykepleiens kjerne er det hensiktsmessig å gå tilbake til Florence Nightingale. Hun er utvetydig på hva sykepleie er og hva det ikke er: «Sykepleie er å sette pasienten i den best mulige tilstand, slik at Naturen kan virke på ham». « ... ikke i sykdommen primært, men i

«Sykepleie krever læring av både sanser, hender og hodet.»

den syke selv og den sykes opplevelse av sykdommen, ligger sykepleiens kjerne». «Sykepleien bør understøtte den gjenoppbyggende prosessen ...» (Nightingale, Florence, 1859/1992: Notes on Nursing: What it is, and What it is Not. s. 6, 32, 75).

Nightingale går så langt at hun sier; hvis pasienten ikke settes i den best mulige tilstand slik at Naturen kan virke på ham, da er det ikke sykepleie. Ifølge Nightingale, har ikke mine tre kasuistikk-pasienter opplevd sykepleie.

LÆRING I PRAKSIS. Sykepleie krever læring av både sanser, hender og hodet. Kjernekompetansen i sykepleiefaget betinger håndverksmessig kompetanse i tillegg til teori, sanseskarphet, observasjon og refleksjon. Det nødvendig-gjør integrering av basisfagene i

handlingskompetansen. Teorien kan studeres, men læringen må foregå i praksis. Like lite som man kan lære å sykle ved å studere, kan sykepleiefaget læres ved studering alene.

En god læring i praksis betinger at sykepleiefaget utøves i denne praksisen. Forholdene kunne ligget bedre til rette for sykepleiefagets læring og praksis. Tidligere var basisutdanningen i grunnleggende sykepleieferdigheter nitidig og nøye, og videreutviklet i arbeidssituasjonen. Over tid utviklet sykepleieren en solid kompetanse. Dette er vanskeligere i dag.

Min erfaring er at de unge sykepleierne i dag er både søte, snille og omsorgsfulle! Men de mangler sykepleiefaglig forståelse og innsikt. Og nå mener jeg ikke teori. Mange av de nye sykepleierne jeg har møtt i min pårørende-periode kan sitere både Martinsens omsorgsteori, Orem og Benner, men de har ikke en total sykepleiefaglig kompetanse. Både det kliniske blikket og håndverket ser ut til å ha mangler.

FORSKNING. Aldri før har vitenskapelig kunnskap i samme grad understøttet sykepleierens fagkunnskap og handlinger, og vist hvor utrolig viktig sykepleie er for pasienters fysiologiske tilstand og derved hvordan sykdom og helse påvirkes. Tre forskningsfelt er vel tilrettelagt for sykepleien. Forskningen på humanøkologi er opptatt av hvordan det fysiske og psykososiale miljøet påvirker og påvirkes av personen og viser sykepleierens verdi som miljøfaktor. Forskning på psykoneuroimmunologi undersøker forbindelsen mellom hjernen, atferdsmønstre og immunsystemet, og er opptatt av hvordan tanker og følelser påvirker kroppens cellebiokjemi. Forskningen på kommunikologi viser ikke bare hvor viktig det er å forstå personens kommunikasjon til seg selv og omverden, men er også opptatt av å gi nøkler og strategier for terapeutisk kommunikasjon. Disse forskningsområdene gir kunnskap og forståelse til hvordan

mennesket påvirkes og opptrer, og tar bort skillet mellom psyke og soma. Det er helheten som er viktig.

DYBDEKUNNSKAP. Vi står i et paradigmeskifte, og for første gang har den «gammeldagse» sykepleien støtte i den nyeste basisvitenskapen om mennesker og helse. Denne forskningen er helt i tråd med Nightingales forståelse av sykepleie. Nightingale kjente ikke denne forskningen, men levde i en tradisjon basert på et helhetlig menneskesyn. Etter hvert har sykepleierne i stor grad blitt fratatt og glemt verdien av vårt eget fagområde. Vårt mandat er å sette pasienten i den best mulige tilstand hvor naturen, altså personens egne helbredende krefter, kan virke på ham. Det er ikke et lett oppdrag, men svært viktig og spennende. Denne dybdekunnskapen er livsviktig for pasienten, og den øker sykepleiens legitimitet i samfunnet.

Dybdekunnskapen står i fare når de nye sykepleierne heller ikke oppnår gleden ved å mestre sin jobb på et nivå som gir inngående forståelse for eget fag, og derved selvspekt. Denne gleden er som «manna for sjelen», den gjør at sykepleieren blir mer kreativ, tåler mer belastning og blir bedre i stand til å gå inn i fagdebatter med andre yrkesgrupper med sin sykepleiefaglige tyngde. Dette unner jeg både sykepleiere og pasienter. ●

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

LANDSMØTET

2015

Norsk Sykepleierforbunds landsmøte 2015



Landsmøtet avvikles på Thon Hotell Oslo airport, Gardermoen i dagene 9. - 13. november 2015. **Landsmøteåpningen** er 9. november kl. 17.00. **Forhandlingene** starter 10. november kl. 13.30.

AV NSFS VEDTEKTER § 8 D FREMGÅR BL.A. FØLGENDE:

«Prinsipielle saker som vedrører organisasjonens funksjon, arbeidsform og struktur skal behandles på landsmøtet. Medlemmer som ønsker å fremme saker til landsmøtet, skal fremsende disse gjennom sitt fylkeskontor. Sakene må være forbundsstyret i hende minst 6 måneder før landsmøtet holdes. Sakene skal være begrunnet/utredet.»

Medlemmer som ønsker å fremsende saker til landsmøtet må oversende disse til sitt fylkeskontor med nødvendig begrunnelse/utredning og forslag til vedtak innen 30. april 2015 for at fylkeskontoret skal kunne overholde frist for videresending.

Fylkeskontorene sender sakene videre til NSF's hovedkontor. **Sakene skal være forbundsstyret i hende senest 10. mai 2015.**

Fylkeskontoret sender sakene via e-post til flg. e-post-adresse: **lm2015@arbeidsrom.sykepleierforbundet.no**

LANDSMØTET 2015 SKAL FORETA FØLGENDE VALG:

- > forbundsleder
- > nestleder
- > 2. nestleder
- > 6 forbundsstyremedlemmer
- > 6 varamedlemmer til forbundsstyret
- > leder av kontrollutvalget
- > 3 medlemmer til kontrollutvalget
- > 4 varamedlemmer til kontrollutvalget
- > leder av rådet for sykepleieetikk
- > 8 medlemmer til rådet for sykepleieetikk
- > leder av nominasjonskomiteen
- > 6 medlemmer til nominasjonskomiteen
- > 6 varamedlemmer til nominasjonskomiteen

AV NSFS VEDTEKTER § 12 C FREMGÅR BL.A. FØLGENDE:

«Forslag til kandidater sendes nominasjonskomiteen fra fylkesstyrene, faggruppene, rådet for sykepleieetikk og kontrollutvalget senest to måneder før landsmøtet holdes. Medlemmer sender innen samme frist forslag via sitt fylkeskontor. Forslagene skal være begrunnet. Kandidatene som foreslås skal ha undertegnet villighetserklæring før kandidaturet kan godkjennes.»

Valgkandidatene presenteres fortløpende i «Sykepleien».

Dette innebærer at skriftlige forslag på kandidater, vedlagt kandidatens villighetserklæring, må være nominasjonskomiteen i hende **innen 9. september 2015**. En elektronisk løsning for å fremme forslag på valgkandidater samt villighetserklæring vil være tilgjengelig via eget nettsted for landsmøtet på vår hjemmeside **nsf.no/lm2015**.

Alle forslag må sendes via den elektroniske løsningen.

Enkeltmedlemmer skal sende forslag via NSF's fylkeskontor i eget fylke. Dette skjer automatisk når den elektroniske løsningen benyttes.

Annen informasjon i forbindelse med landsmøtet vil fortløpende bli lagt på **nsf.no/lm2015**

Olaug Flø Brekke
generalsekretær



Sissel Eikeland Husebø

Mellom forskning og avdeling

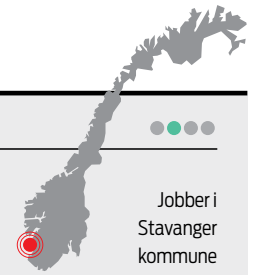
Fortalt til **Susanne Dietrichson** • Foto **Asbjørn Jensen/UiS**

Fakta

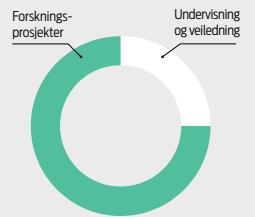
Nyutdannet sykepleier i 1979

CV

1983: Videreutd. i intensivsykepleie
1983–99: Jobbet på medisinsk og kirurgisk intensiv, SUS og Høgskolen i Stavanger
1999: Hovedfag ved ISV, UiO
2012: Doktorgrad ved UiS
2013–: Postdoktor, UiS



Når jeg jobber driver jeg med ...



Det å bidra til å utvikle ny kunnskap innenfor sykepleie- og helsefag er det som driver meg i jobben. Jeg har selv en pasientskade som har gitt meg varige mén. Jeg hadde en liten infeksjon i en stortå som utviklet seg til osteomyelitt og sykehusinnleggelse, på tross av mange legebesøk. Dette har gitt meg en personlig motivasjon til å bidra til kunnskap som kan forebygge pasientskader.

Min primære oppgave er å initiere og gjennomføre forskningsprosjekter, fortrinnsvis innen sykepleie og helsefag. Jeg er prosjektleder og har ansvaret for forskningsprosjektene i samarbeid med forskningsgruppen. I tillegg underviser og veileder jeg studenter på både bachelor, master og doktorgradsnivå. Jeg jobber også 20 prosent på kirurgisk divisjon ved Stavanger universitetssjuehus (SUS), med både fagutviklingsprosjekter og forskning.

Det største prosjektet jeg jobber med nå er et kurs vi har utviklet og initiert på akuttmottaket ved SUS; «Klinisk ledelse i team». Både kurset og forskningsprotokoll er utviklet i samarbeid med ledelse og ansatte ved akuttmottaket og SAFER, simuleringssenteret. Prosjektet har resultert i to mastergradsprosjekter, og jeg håper det vil bli flere. Et slikt samarbeid mellom universitetet og sykehuset er svært viktig for å bygge bro mellom forskning og praksis.

Den ene dagen er sjelden lik den andre. En vanlig arbeidsdag begynner kanskje med skriving eller revidering av artikler eller bokkapitler. Deretter er det ofte undervisning, for eksempel av bachelorstudenter i sykepleie om sykepleierens pedagogiske funksjon, og veiledning knyttet til simulering i kliniske studier. Deretter kan det være møter, blant annet i en forskergruppe jeg er med i ved UiS, som forsker på sikkerhet og kvalitet i helse-systemer. Innimellom har jeg avtaler med sykepleiere på sykehuset i forbindelse med prosjekter der.

Jeg jobber i spenningsfeltet mellom forskning og praksis. Det å ha en fot i begge leire byr på mange vinn-vinn-situasjoner. Jeg er opptatt av at sykepleiere skal drive med både kvalitetsutviklingsprosjekter og forskning og bidrar blant annet til å søke om midler. Jeg mener slike prosjekter bidrar til å utvikle sykepleiefaget og kommer pasientene til gode. ●

susanne.dietrichson@sykepleien.no



Forsker: Sissel Eikeland Husebø jobber i spenningsfeltet mellom teori og praksis.



Påfyll

Del 3 Sykepleien 02 | 2015

Bøker – Kultur – Fakta



Skeptisk: Paul Joakim Sandøy mener sykepleiere bør lese rapporten hans.

Vil ha rene linjer

Roller. Paul Joakim Sandøy ber alternative sykepleierne om å holde styr på rollene. **70**



«Etter tre måneder på sykepleien var jeg blitt en etterspurt helseguru. En autoritet!»

Liv Bjørnhaug Johansen i spalten
Liv laga. **69**



Fakta. Hva skal NSF bruke penger på? **74**



Bokinspirert. Vurderer mindfulness i geriatrien. **73**



Ny master i jordmorfag

I januar startet det første kullet masterstudenter i jordmorfag på Høgskolen i Oslo og Akershus. HIOA har med det opprettet landets første jordmorprofessorat. HIOA

Søvnløse fikk høyere blodtrykk

Personer som har problemer med å sovne, har økt risiko for høyt blodtrykk, viser en kinesisk studie der en gruppe med kronisk søvnløse personer ble sammenliknet med personer uten søvnproblemer. forskning.no

Tuberkulose spredte seg fra Kina

Et internasjonalt forskningsprosjekt har ved hjelp av genetiske analyser avslørt hvordan tuberkulosebakterien har spredt seg gjennom historien. Den vanligste varianten stammer fra Sentral-Kina og er 6600 år gammel. videnskab.dk

Ny versjon av lærebok

LÆREBØKER: «Det friske og Det syke mennesket» har kommet i ny utgave.

Verket var pedagogisk nyskapende ved at de seks bindene hadde parallelle deler for det syke og det friske mennesket. En side med presentasjon, for eksempel av et friske hjerte, vil lett finnes igjen i delen om det syke, med bilde av hvordan et sykt hjerte ser ut.

Videreføringen av verket er delt opp i bøkene «Frisk» og «Syk» 1 og 2 og har mer tradisjonelle kapitler. «Frisk» omhandler basalfagene og det friske, de to andre sykdomslæren og sykdommene. Det følger med nettversjoner til bøkene, med oppgaver, filmer og annet ekstrasemestermateriale.

De tre bindene dekker pensum på sykepleierutdanningen i de naturvitenskapelige og medisinske fagområdene.

– Verket gir et imponerende visuelt inntrykk, er forseggjort og bruker avanserte grafiske virkemidler i form av farger, rammer, tegninger og tabeller, skriver anmelder Steinar Hunskaar om barnelege og professor Vegard Bruun Wyllers bøker, i Tidsskrift for Den norske Legeforening.

Hunskaar er også svært imponert over omfanget og presentasjonen av nettresearchene.



Tilfredshet varierer

Personer med lav utdanning er mest misfornøyde etter møte med fastleger og sykehus, viser en ny undersøkelse. Dette tilsvarer den gruppen som også har mest helseproblemer. Tilfredsheten med helsetjenesten varierer etter hva slags helseplager folk har. De med psykiske plager eller muskel- og skjelettplager er minst fornøyd. Personer som har eller har hatt kreft, hjerte- og karsykdom, slag eller hjerneblødning er mer fornøyd med helsetjenesten enn resten av befolkningen. Gemini

Bøker. 3 om kommunikasjon

Metodisk kommunikasjon

TERAPEUTISK: Psykolog Lisbeth Holter Brudal har i ti år praktisert og undervist i et firetrinns dialogverktøy basert på kunnskap om menneskets medfødte evne til å gjenkjenne andre menneskers følelser og intensjoner; empati. I boka *Empatisk kommunikasjon. Et verktøy for menneskemøter* presenterer hun teoriene bak, deler erfaringer og eksempler og presenterer praktisk bruk av metoden.



For mye kommunikasjon?

SOSIALE MEDIER: Da 10-åringen scoret sitt første fotballmål satt Thomas Moen og surfet på smartphonen sin. I juli 2013 slo han av telefonen sin i 16 dager. Det var starten på *Logg av*, som han har skrevet sammen med Lars Bratsberg. De to deler kunnskap og erfaringer om hva som skjer med oss og vårt forhold til omgivelsene når vi bare kommuniserer digitalt, og hva vi kan gjøre for å finne balanse i vår digitale hverdag.



Tenk fort og si det rette!

PREHOSPITALT: Tiden er knapp, informasjonen livsnødvendig, situasjonene ofte dramatiske og pasientene skal ivaretas både medisinsk og emosjonelt. Halvor Nordby er filosof og har fulgt ambulansetjenesten tett og skrevet boka *Samhandling i prehospitalt arbeid*, der han drøfter og veileder i etiske og kommunikative utfordringer i ambulansetjenesten og AMK.



Påfyll. Petit



Liv laga



Liv Bjørnhaug Johansen

Sykepleier ved nevrologisk sengepost ved Drammen sykehus og bokansvarlig i Sykepleien.

Søsterordenen

Før jeg ble sykepleier var jeg kulturhistoriker. Innvandring, kulturmøter og særlig islam var mitt felt. Dette var på 2000-tallet da 11/9 var ferskt, og diskusjoner om islam, ekstremisme, hijaber og tvangsekteskap herjet kaffeselskapene over det ganske land.

Du vil kanskje tenke at min ekspertise gjorde meg til en attraktiv samtalepartner og at min kompetanse ble etterspurt i disse diskusjonene. Vel, la meg røpe med det samme; det var ikke tilfelle. Mine analytiske perspektiver, kvalitative innsikter og kvantitative data var sjokkerende lite ettertraktet og vakte faktisk mindre interesse enn tilfeldige observasjoner over hagegjerder, VG-overskrifter og ukvalifisert synsing. Jeg lærte meg raskt at min kunnskap først og fremst hadde interesse innenfor universitetets brolagte grunn. Utenfor dette var det best å forsøke å skifte samtaleemne eller puste med magen og tenke på noe annet.

Stor var da min overraskelse da jeg begynte på sykepleien. Innen jeg hadde lært å skifte senger, begynte folk å komme til meg med små og flau, eller store og alvorlige spørsmål om sin egen og sine nærmestes helse. Og jeg, rørt over den plutselige tilliten jeg ble skjenket, leste meg opp om hemoroider, stråleskader, vaksiner og bruddheling. Alt jeg lærte på skolen fikk jeg straks omsetning for. Burde X prøveseponere lamictalen nå som hun følte seg bra? Kunne Y slutte med simvastatin nå som hun trenet og spiste sunnere? Skulle Z velge

kirurgi eller stråling? Jeg bladde opp i felleskatalogen, leste og googlet. Og mine studier ga frukter; kakao mot forstoppelse leste jeg hos Florence Nightingale, og den stakkars fireåringen fikk endelig ut en kanonkule av en bæsj. Svo-gerens ribbeinsbrudd helte på få uker etter at jeg ba ham spise mer proteiner. Etter tre måneder på sykepleien var jeg blitt en etterspurt helseguru. En autoritet!

Hva er det så med sykepleien som gjør at man bare ved å ha meldt seg opp til studiet og kjøpt bøkene straks har oppnådd en status som kunnskapsautoritet som jeg bare kunne drømme om som kulturhistoriker? Mine uendelige kunnskaper kan det ikke ha vært, for hvem som helst kunne googlet seg fram til de svarene jeg hostet opp som førsteårsstudent. Det er noe annet det bunner i. Noe opphøyet. Og noen ganger, når pasienter påkaller meg ved å kalle meg «søster», fornemmer jeg hva det handler om. Å være en «søster» er noe mer enn å ha en bachelor, det er å være opptatt i en orden, en sikkert 1000 år gammel orden av kunnskapsrike, empatiske og sterke kvinner.

Nå som det har sunket inn hvilken tillit disse hvite klærne bringer med seg, har jeg blitt mer ydmyk. Jeg svarer ikke så skråsikkert lenger. Nå hender det jeg sier: «Dette vet jeg ikke nok om til at jeg tør å svare». Men da forter jeg meg å legge til: «Men det gjør sikkert ikke fastlegen din heller, så sørg for at han gir deg henvisning til en spesialist.» Jeg er tross alt sykepleier ... ●



Paul Joakim Sandøy

– Sykepleier og healer går ikke ihop

Tekst **Eivor Hofstad** • Foto **Stig M Weston**

Opprydning. Han har foreslått å klargjøre skillet mellom alternativ behandling og skolemedisinen. Nå vil han ha politisk debatt.

I slutten av november ga den liberale tankesmi- en Civita ut en rapport, forfattet av jusstudent og tidligere Unge Høyre-leder Paul Joakim Sandøy. Han argumenterer for et tydeligere skille mellom evidensbasert vitenskapelig skolemedisin og mer udokumenterte alternative behandlinger.

– Du kan gjerne være sykepleier, og gjerne healer, men ikke begge deler samtidig, hevder han og fortsetter:

– Alle må få tro på det de vil. Men staten skal ikke ha noen religion. Valget om å benytte seg av alternativ behandling skal være fritt, men det faller utenfor helsevesenets ansvarsområde.

– *Hvorfor skrev du rapporten?*

– Alternativ behandling engasjerer folk, blant annet i blogger på nettet og programmer på tv. Men jeg har savnet den politiske debatten. Denne rapporten er ment som et slags bakgrunnsnotat for det.

Alternativ behandling har ulike definisjoner. Civita-rapporten bruker «behandling uten plausibel forklaringsmodell og/eller dokumentert effekt, med formål å helbrede eller lindre sykdom og lidelser». De vanligste er kiropraktikk, akupunktur, soneterapi, osteopati, naprapati, healing og homøopati.

Sandøy er klar over at mye av behandlingen innenfor helsevesenet også mangler dokumentasjon, samtidig som enkelte alternative behandlinger har en viss dokumentert effekt. Men mener løsningen ikke er å blande inn flere behandlingsmetoder uten dokumentert effekt i helsevesenet ved å åpne opp for alternativ behandling.

ÅTTE FORSLAG. Rapporten lister opp konkrete forslag som kan tydeliggjøre skillet og gi et sterkere forbrukervern. Sandøy understreker at den ikke er et innspill i debatten om hva som virker og ikke virker, men legger forskningskonsensus til grunn.

– Jeg er verken lege, forsker eller alternativ behandler. Jeg har min bakgrunn fra juss og politikk, og det er dette jeg først og fremst skriver om.

Kortversjonen av forslagene er:

- Still krav om vitenskapelig tilnærming for leger, slik de har det i Sverige. Dette bør gi føringer for legelisensen.
- Fjern moms fritaket for alternative behandlere. Det bør være et grunnleggende prinsipp at staten ikke finansierer alternativ behandling.
- Fjern homøopatiske remedier fra apotekene. Apoteksalg kan gi inntrykk av at midlene har effekt i medisinsk forstand.
- Endre refusjonsordningen for kiropraktorer, slik at denne bare gjelder for ryggplager.
- Endre eller legge ned NAFKAM/Nifab (Nasjonalt forskningscenter innen komplementær og alternativ medisin og Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling).

«Dersom sykepleiere ber en kreftpasient prøve homøopati, er det grunnleggende ugreit.»

nalt forskningscenter innen komplementær og alternativ medisin og Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling).

- Lovfest ansvarsbetingende norm for alternative behandlere.
- Strengere krav til frivillig registerordning slik at man får sterke utøverorganisasjoner.
- Endre ordlyden i alternativ behandlingsloven. I dag kan man få unntak fra å behandle alvorlig syke og allment smittefarlige sykdommer dersom målet er «å styrke kroppens immunforsvar eller evne til selvhelbredelse». Sandøy foreslår å stryke dette vilkåret.

STILLE FRA NSF. Rapporten utløste blant annet en «Debatten»-sending på NRK 27. november. Men alt «pepperet» som Sandøy hadde fått advarsler om, uteble. Og den store politiske debatten om alternativ behandling som var målet med rapporten, har også latt vente på seg.

– *Dine konkrete forslag bør jo være en gullpakke for politikerne?*

– Jeg har jo vært politiker selv og vet at de ikke leser hele rapporter, derfor har jeg listet opp de åtte forslagene i sammendraget.

– *Hva sier helseminister Bent Høie?*

– Jeg har ikke snakket med ham, men han har fått rapporten og jeg tror det kommer en politisk diskusjon rundt dette snart. Høie har jo omtalt sin tidligere åpenhet for alternativ behandling i forbindelse med den trafikkskadde søsteren som hans «ungdomssynd».

– *Og hva sier helseprofesjonenes fagorganisasjoner?*

– De har vært totalt fraværende, med unntak for kiropraktorene. Det er synd, for jeg tenker at fagorganisasjonene må på banen for at det skal bli en politisk behandling av dette.



Fakta

Paul Joakim Sandøy

Aktuell med: Civita-rapporten
«Alternativ behandling, argumenter
for en ny politikk – 10 år etter
avskaffelsen av kvakksalverloven».

PASIENTNÆR. – Bør sykepleiere lese rapporten?

– Ja! Sykepleierne står nærmest pasientene når de er i en sårbar posisjon. Vi vet at rundt 18 prosent av oss benytter seg årlig av alternativ behandling. Da må sykepleierne vite hva det dreier seg om, og de må kunne rådgi uten å latterliggjøre pasienten, hvis de selv er skeptiske.

– Men flere sykepleiere enn leger er positive til det alternative. Noen gir også slik behandling eller anbefaler det til sine pasienter. Hvorfor foreslår du ikke samme krav til vitenskapelig tilnærming for sykepleierne som for legene?

– Sykepleiere har et større omsorgsansvar enn legene, og i det perspektivet synes jeg de har et større spillerom. Men jeg mener også sykepleiere bør utvise varsomhet med ikke-evidensbasert behandling. Og de må ha oversikt over hva som har og ikke har dokumentert effekt.

Sandøy peker på at det kommer også an på hvor langt fra vitenskapelig evidens det alternative er.

– Akupunktur mot smerter, kvalme og klimakterieplager er vist å ha en effekt, men ikke mye mer enn ved juksenåler. Det vil si at man ikke kan forklare effekten, selv om det er kraftig placebo. Hvis sykepleierne og jordmødrene informerer om dette, er det greit. Men dersom de ber en kreftpasient prøve homøopati, er det grunnleggende ugreit.

IKKE FORBUD. Sandøy understreker at han har blitt mer positiv overfor alternativ behandling i arbeidet med rapporten, og at han ikke vil forby det.

– Vi er ikke et land fullt av kvakksalvere, og jeg vil ikke gjeninnføre kvakksalverloven, forsikrer han. ●

eiwor.hofstad@sykepleien.no



Fakta

Spredning

Av Nils-Øivind Haagenen
226 sider
Forlaget Oktober, 2014
ISBN 9788249514229

Anmelder: Elisabeth Heggernes, litteraturviter og intensivsykepleier

Fortellende lyrikk om sorg

ANMELDELSE: Nils-Øivind Haagenens nye diktsamling handler om kreft, om sorg og om livet med en syk og etter hvert døende mor. Det lyriske jeget skildrer tett og personlig hvordan møtet med alvorlig sykdom og død vekker angst og dype eksistensielle refleksjoner.

Haagenen har fra før gitt ut åtte diktsamlinger og to romaner, og har særlig fått ros for sitt rike språklige register. Han fikk Sult-prisen i 2004, og ble nominert til Nordisk råds litteraturpris for diktsamlingen *God morgen og god natt* i 2013. Diktene hans tøyer grensene for hva som regnes som lyrikk, med et muntlig og fortellende språk.

Spredning har mye selvbiografisk ved seg. Forfatterens mor ble diagnostisert med kreft i 2011 og døde i 2013. Fra det første diktet, som åpner med «(en tirsdag i mars, 2011) / mamma har fått kreft/men ingen får panikk/det er operativt», følger vi det lyriske jeget gjennom det første sjokket, tanker om døden som skal komme, sykdommen, døden og tiden etterpå. Diktene er tett på det hverdagslige, og viser frem opplevelsen av det absurde i at verden rundt fortsetter uanfektet som før. Gjennom raskt skiftende bilder kommer både sammenhengen vi står i gjennom foreldrene våre, og angsten det vekker når vi er i ferd med å miste

dem, tydelig frem.

Boken er på sitt beste i beskrivelsen av selve dødsfallet og tiden etterpå. Språket endrer seg og blir mer kaotisk. Det er som om språket ikke strekker til i møtet med døden; ordene forkortes og blir mer og mer uforståelige, til de er redusert til kun enkeltbokstaver.

På en fin måte skildrer Haagenen hvordan sorg kan arte seg, og hvilken stor eksistensiell krise det er å miste en av foreldrene sine. *Spredning* er en diktsamling som kan vekke mye gjenkjennelse og innsikt, både for de som selv er syke eller pårørende, og for dem som står rundt og ønsker å hjelpe. ●



Fakta

Konflikt og konfliktforståelse

Av Tor-Johan Ekeland
223 s., Gyldendal Ak.
2014
ISBN 978-82-05-471986

Anmelder: Håkon Johansen

Nyansert om konflikter på jobben

ANMELDELSE: I helse- og sosialsektoren er endringstakten høy, innflytelse er fordelt på mange personer og engasjement for egen sak og eget fag er ofte stort. Det gir et høyt konfliktpotensiale, og høyskoleutdanningene har krav til kunnskap om konflikter i sine rammeplaner. *Konflikt og konfliktforståelse – for helse og sosialarbeidere møter dette kravet, og et komplisert fagfelt blir gjort tilgjengelig for lesere uten spesielle forkunnskaper.*

Tor-Johan Ekeland, professor i sosialpsykologi, gir en grundig og grunnleggende innføring i konflikt som fenomen og hvordan konflikter arter seg på

arenaer hvor helse- og sosialarbeidere er aktører. Forfatteren går i dybden, men dekker samtidig bredden som er nødvendig for å oppnå helhetsforståelse. Framstillingen er nyansert og rik på eksempler og situasjoner fra praksis. Nyutgaven har samme struktur og i store trekk samme innhold som førsteutgaven, men er videreutviklet, og den har tatt opp i seg problemstillinger knyttet til nye styringsmåter i velferdsstaten. Boka tar for seg arenaene hvor konflikter utspiller seg, og peker på systembetingelsene som aktørene er underlagt. Den viser både det som er felles for konflikter og hvordan ulike konflikter arter seg. Den fokuserer

på samhandling mellom personer og vektlegger betydningen av rolle som innfallsvinkel til forståelse og håndtering av konflikt. Boka gir innsikt i psykologiske mekanismer som trer i kraft når det oppstår spenning og interessemotsetninger.

Konfliktåndtering og meklung blir behandlet i egne kapitler. Jeg mener læreboka først og fremst gir forståelse av fenomenet konflikt som grunnlag for videre lesning og tilegnelse av ferdigheter i konfliktåndtering og meklung. Og den bærer i seg et håp med troen på at konflikt kan være kilde til fornyelse og vekst når den blir håndtert fornuftig. ●

Hva
leser du
nå?

Håkon Johansen Vurderer mindfulness i geriatrien

LITTERATUR: Poesi, romaner og fagbøker gir meg stadig inspirasjon i arbeidet med gamle. *Trollsang* av Odd Børretzen viser på en glimrende måte hvordan det kan oppleves å bli gammel og føle seg utenfor. Romanen *Pilatus* av Magda Szabó handler om velmenende hjelp fra en datter til en mor i sorg, men uten å spørre hva mor ønsker blir utfallet tragisk.

Nå leser jeg *Teaching Mindfulness. A Practical Guide for Clinicians and Educators* av Donald Mc Cown m fl. Ofte har jeg tenkt på mindfulness som stressmestring og egenutvikling, men er tilnærmingen nyttig i sykepleie til eldre? Boka gir overbevisende svar om at mindfulness kan gi hjelp til å mestre vanskelige livssituasjoner og vonde følelser som ensomhet, tap av mening og sorg. Forfatterne går også i dybden på utøveren som medmenneske i samhandling med de som trenger hjelp, og den er konkret med forslag til praktisk utøvelse.

LivBjornhaug.Johansen@sykepleien.no



Alder: 51

Yrke: Geriatrisk sykepleier og bokanmelder i Sykepleien

Aldring i endring

ANMELDELSE: Denne boken handler om å eldes og leve som gammel. Forfatteren har både en historisk og en filosofisk innfallsvinkel til de eldres situasjon. Runar Bakken er dosent på Høgskolen i Telemark og har lang erfaring innen den kommunale eldreomsorg. Han har skrevet flere debattbøker og er opptatt av helsepolitikk.

Han er inspirert av Simone de Beauvoir som har beskrevet menneskets frykt for alderdommen. Fra gammelt av har alderdommen blitt sett på som den andre barndom. Fra å være en naturlig utvikling av livsløpet har alderdommen blitt en medisinsk spesialitet. Fokuset har blitt fysiologi og anatomi. På 1980-tallet forsøkte en å vektlegge at alderdommen skulle preges av positivitet, integrering og sunnhet. Bakken beskriver at rehabilitering er viktig for dem som kan bli bedre, men påtvunget aktivitet kan være et overgrep for de skrøpeligste. Forfatteren setter dette på spissen. All statistikk viser at vi stadig blir eldre og mer velfungerende.

Det sentrale budskapet i boka blir hvordan samfunnet kan ivareta de eldres hjelpebehov på en verdig måte. Bakken er opptatt av kvinnes omsorgsansvar. Forfatteren påpeker at de verdiane som kjennetegnet de første sykepleiernes omsorgskall hadde en religiøs forankring. I dag starter de unge på en

sykepleierutdanning fordi de har lyst. En personlig preferanse som kanskje ikke alltid er like utholdende, og en prøver seg på andre arenaer. Her beskriver Bakken en viktig utfordring som er felles for de fleste vesteuropeiske land.

Bakken vektlegger at likhetstanken som kjennetegnet den kristne omsorgsdeologi har preget vår nordiske velferdsmodell. En modell som gjorde familiens innsats mindre viktig. Frykten for alderdommen er reell med en markedsmodell styrt av profitt. I dag vil eldre uten støtte fra familien bli taperne. Forfatteren er opptatt av politikernes fagre løfter. Verdighetsgarantien krever grunnleggende endringer som høyere lønn, full og fast stilling som norm, høyere grunnbemannning og økt kompetanse på alle nivåer.

Forfatteren er opptatt av hvordan myter og metaforer om alderdommen preger vårt samfunn. Ved å godta aldringsprosessen uten skamfølelse frigjøres livskraftene. Bakken dokumenterer sine betraktninger med faglitteratur, offentlige dokumenter og egne erfaringer. Nyere forskning blir i liten grad benyttet, forskning som gir et mer nyansert bilde av alderdommen. Boken utfordrer spesielt sykepleiere i møte med eldre. God nettverksbygging kan gjøre Bakkens verste scenarier til skamme. Boken engasjerer! Den gir rom for refleksjon og debatt. ●



Fakta

Frykten for alder- dommen

Av Runar Bakken
219 sider

Res Publica, 2014

ISBN/

EAN:9788282260534

Anmelder: Liv Wergeland
Sørbye

«... vår frykt for alderdommen [...] har over tid bidratt til at gamle og skrøpelige lever i en parallell virkelighet uten forbindelser til vår virkelighet.»

Runar Bakken, *Frykten for alderdommen*



Budsjett. NSF's budsjett for 2015 er på størrelse med en middels stor norsk bedrift.

Slik fordeles en halv milliard

• Tekst **Bjørn Arild Østby**

Rett før jul behandlet Norsk Sykepleierforbunds (NSF) forbundsstyre den kanskje viktigste saken i fjor: Budsjett for 2015.

Budsjettet er i år på over en halv milliard kroner. Den aller største delen av denne summen blir finansiert av kontingenten du betaler for å være medlem i NSF.

MEDLEMSTALLET ØKER. – Visjonen til NSF er å være det naturlige valget for sykepleiere, sykepleierstudenter og jordmødre, sier NSF's administrasjonssjef Pål Kristen Rønnevik.

I 2014 økte Sykepleierforbundet medlemsmassen med over 2 400 medlemmer og endte på totalt 103 445 medlemmer ved utgangen av året. Det er det høyeste medlemstallet i Sykepleierforbundets historie.

– Med en organisasjonsdekning på rundt 75 prosent blant alle yrkesaktive sykepleiere har forbundet langt på vei lyktes. Flere medlemmer gir Sykepleierforbundet en god mulighet til å jobbe mer med sykepleiernes kompetanse og særegne funksjon i helsetjenesten, til det beste for pasientene, sier Rønnevik.

INNSATSOMRÅDER. For det kommende budsjettåret vil NSF følge opp vedtatte innsatsområder for perioden 2013–2016:

- en helsetjeneste preget av kvalitet og pasientsikkerhet, og bemannet, organisert og finansiert ut fra pasientenes behov.
- utdanning, fagutvikling og forskning som skal gi sykepleiere økt kunnskap og kompetanse for god pasientbehandling.
- Sykepleiernes lønns- og arbeidsvilkår, hvor forbundet vil arbeide for økt verdsetting av sykepleiernes kompetanse, utdanning og ansvar.

- Likelønn for den enkelte og for yrkesgruppen vil være et prioritert område.

For å oppfylle dette har forbundsstyret for 2015 vedtatt en total kostnadsramme på rundt 495 millioner kroner. Det er budsjettet med et overskudd på 8,2 millioner. NSF har vedtaksfestet at minimum 2 prosent av kontingentinntektene skal inngå som avsetning til konfliktfondet.

INNTEKTER. Medlemskontingent til forbundet utgjør over 80 prosent av de totale inntektene. Det er i budsjettet lagt til grunn 103 500 medlemmer i 2015.

I tillegg forventer forbundsstyret rundt 42 millioner kroner i inntekter som følge av provisjonsinntekter på forsikring. Det er også lagt inn 39 millioner kroner i budsjettet i tilskudd til tillitsvalgtopplæring.

Annonseinntektene anslås til å bli rundt 13 millioner kroner. Dette er annonseinntekter knyttet til tidsskriftet Sykepleiens papir- og nettutgave. Øvrige inntekter relaterer seg til fordelsbutikk og framleie av lokaler.

UTGIFTER. De samlede kostnadene på rundt 495 millioner kroner er fordelt på de to postene lønn og drift.

«Visjonen til NSF er å være det naturlige valg for sykepleiere, sykepleierstudenter og jordmødre.»

Pål Kristen Rønnevik

Inntekter totalt 503 millioner kroner.

Inntektsposter over 10 millioner kroner:

Medlemskontingent	405,5 millioner
Provisjonsinntekter	42 millioner
Tilskudd/tillitsvalgtopplæring	39,1 millioner
Annonseinntekter	12,7 millioner

Utgifter totalt 503 millioner kroner.

Utgiftsposter over 10 millioner kroner:

Lønn	141,3 millioner
Reise og opphold	61,1 millioner
Innberetningspliktige pensjonskostnader	36,3 millioner
Kontingenter og tilskudd	22,5 millioner
Avskrivninger	29,1 millioner
Forbundsstyrets disposisjon	13,9 millioner
Arbeidsgiveravgift	23,1 millioner
Honorarer	22,8 millioner
Stipend	13,7 millioner
Telekommunikasjon og post	12,7 millioner
Øvrige driftskostnader	11,5 millioner

Lønnskostnader utgjør rett i overkant av 40 prosent av totale budsjetterte kostnader.

– Dette er ikke uvanlig for en kunnskapsbedrift. I tillegg til ordinær lønn dekker denne posten utgifter knyttet til arbeidsgiveravgift og pensjon, sier Pål Kristen Rønnevik.

Driftskostnader er alle kostnader relatert til drift, vedlikehold og utvikling av NSF.

Landsmøte: Landsmøte arrangeres hvert fjerde år og er forbundets høyeste organ. Her fra landsmøtet i 2011. Foto: Marit Fonn



Emblem: NSF's emblem var fra starten et tegn på at man var blant de utvalgte, men også et symbol på et sykepleierske-ideal.

Stifteren: Bergljot Larsson (t.v.) i samtale med svenske Gerda Höjer under møtet i ICN i London, 1937. Foto: NSF's arkiv

– I tillegg til vedlikehold av bygninger, husleie og avskrivninger, ligger også kostnader i forbindelse med utvikling, markedsarbeid og medlemsrettete tiltak som ikke kan relatere seg til direkte personalrelaterte utgifter. Eksempler på dette er honorarer knyttet til fagkurs og stipender til PhD og masterutdanning. Andre store

kostnadsposter er materiell til medlemmer, samt kostnader i forbindelse med møter og representasjon for tillitsvalgte, og kostnader i forbindelser med reise og opphold. I 2015 gjennomføres det også et landsmøte som medfører høyere kostnader enn et «normalår», ifølge administrasjonssjefen. ●

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

Fakta. NSF

102 ÅR: Norsk Sykepleierforbund (NSF) ble stiftet 24. september 1912. Forbundet er i dag Norges fjerde største arbeidstakerorganisasjon regnet i antall medlemmer.

MEDLEMMER: Siden 1912, da 44 sykepleiere under ledelse av Bergljot Larsson stiftet forbundet, har medlemstilveksten vært jevnt stigende fram til 1960-årene, da forbundet hadde om lag 6 000 medlemmer. Etter den tid har det vært en enorm vekst i medlemstallet, til 103 445 i dag.

NSF STUDENT organiserer 11 724 sykepleierstudenter, som utgjør en organisasjonsprosent blant studentene på rundt 90 prosent.

TILLITSVALGTE: NSF har 3 311 tillitsvalgte. Plasstillsvalgte representerer medlemmene og NSF på sin arbeidsplass og er kontaktperson overfor nærmeste leder. Hovedtillitsvalgte representerer medlemmene og NSF overfor arbeidsgiver, og gir råd og støtte til sine plasstillsvalgte.

FAGGRUPPER: NSF har 34 faggrupper med til sammen 22 638 medlemmer. Gruppene er møteplass for fag- og kunnskapsutvikling, og skal blant annet bidra til utvikling av faglig identitet og tilhørighet. Landsgruppen for helsesøstre er den eldste og største med over 3 200 medlemmer.

ANSATTE: Hovedkontoret i «Sykepleiernes Hus» i Oslo har seks avdelinger med til sammen 125 ansatte. I tillegg finnes 19 fylkeskontorer med totalt 53 ansatte.

FORBUNDSSTYRET: Velges av landsmøtet hvert fjerde år og møtes en gang i måneden. Det har 9 medlemmer, 3 av dem er heltidsansatte (leder, nestleder og 2. nestleder). Også leder av NSF Student deltar med stemmerett. Oppgaven er blant annet å bestemme hvordan organisasjonens inntekter skal brukes i tråd med landsmøtets vedtak.



Quiz

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

1 Hvor stor andel av urinveisinfeksjonene på sykehus skyldes kateter?

- A 10%
- B 40%
- C 80%

2 Hvor stor andel av sykehusinfeksjoner utgjør urinveisinfeksjoner?

- A 10%
- B 30%
- C 70%

3 Hvordan er innholdet av det rusgivende stoffet THC i cannabis i dag kontra tidligere?

- A Høyere
- B Lavere
- C Det er forsvunnet

4 Og det psykose- og angst-dempende stoffet CBD i dagens cannabis kontra tidligere?

- A Høyere
- B Lavere
- C Det er forsvunnet

5 Hva er definisjonen på polyfarmasi ifølge Helsebiblioteket og Norsk medisinsk ordbok?

- A Bruk av fem eller flere legemidler samtidig
- B For mange legemidler i for høye doser
- C Bruk av mange legemidler samtidig

6 Når er det lurt å ta kalktabletter hvis man har dårlig

matlyst?

- A Om morgenen når man har rukket å bli sulten om natten
- B Om kvelden, fordi kalktabletter kan mette så matlysten blir mindre
- C Midt på dagen fordi metabolismen fungerer best da

7 Hva brukes uterinballongterapi mot?

- A Store menstruasjonsblødninger
- B Inkontinens
- C For liten livmor

8 Hvor mange norske høgschooler tilbyr master i jordmorutdanning?

- A Ingen
- B 1
- C 2

9 Hva betyr egentlig hiv?

- A Humant immunsviktvirus
- B Hepatitt-inspirert virus
- C Hemoragisk-ischemisk virusinfeksjon

10 Hva betyr patogenese?

- A Danning og utvikling av sykdom
- B Pasientens formkurve
- C Sykdomsforekomst i ulike land



Forandret rusmiddel: Hva sier Statens institutt for rusmiddel-forskning er forskjellen på dagens cannabis mot tidligere?

- ☺ 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: 1C, 2B, 3A, 4B, 5C, 6B, 7A, 8C, 9A, 10A

Randis hypokonderkryssord

☺	GLOSE ORG.	▼	PINE DYR	▼	ADV.	GRIPE	BYGE	VE	HEME- ORIDE	PLASS (FORK.)	DØR- VAKT- EN LIKE	▼	SYMP- TOM	VEDRØR- ENDE SYKD.	▼	NED- BØR OA.	▼	BY	MER- KET VOK.ER	▼	
GATTE- FOSSE	▶		▶		▶		▶		▶		▶		▶		▶		▶		▶		▶
RED- SEL	▶																				
ORG.	PLAS- SER	SYKD. SKJEBNE SVAN- GER	▶		URO	KLED- DE	PÅ FLY	BORT			GUD	▶				LØSE	VEKST				
▶	▶	▶	EVIG VEN	▶						DENG- ER	MØTES	▶			SPOR- TS- UTST.		OPP- BEV- STED				
NUL- LET	▶							RUSSE- NAV- SVAL	▶					SKLI	▶						
SPISE	▶			VOMI- TERE	GUD		FUL	▶			ORG. LEVER	▶		ATLAS ÅRE	▶					SLAG	URO
BUK- KING	▶																		EROB- RE PLASS.	▶	▶
BYGE RØYS	▶		FORF.	▶			TE	▶							VIRKE- STOFF	▶					
▶		PULS- SLAG	▶								NEVRO- TIKER	▶									

Se løsning på kryssord side 79.



Meninger

Del 4 Sykepleien 02 | 2015

Kronikk – Leserinnlegg – Portrett



Til gyn: Merete Norheim Morken går kanskje tilbake til sin gamle stilling. Foto: Marit Fonn

Trapper ned

5 år. Merete Norheim Morken gir seg som foretakstillsvalgt ved OUS etter fem turbulente år. **86**



Oversett. Det er mange eldre med depresjoner. **82**



«En sunn barnebefolkning er som penger på bok – et helt lite oljefond i seg selv.» Tor Levin Hofgaard. **84**



Kollisjon. Ber regjeringen om å rette opp kursen. **83**



Uverdige. Menneskerettigheter må gå foran økonomi hvis vi skal lykkes med helse- og omsorgstjenestene til eldre.

Morgendagens eldreomsorg



Fakta

Eli Gunhild By

Forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund

Norske kommuner forbeholder sine institusjonsplasser til de aller sykeste og mest sårbare. Det burde være en selvfølge at de som skal jobbe med å ta seg av disse pasientene har den nødvendige kompetansen til nettopp det. Dette er mennesker som burde bli ivaretatt av personell, som allerede i sin grunnutdanning har lært om grunnleggende etiske prinsipper og menneskeverd. Men slik er det ikke nødvendigvis. Daglig forekommer det omfattende brudd på gjeldende lovverk og menneskerettigheter i omsorgen til eldre.

Mange av de uverdige situasjoner og hendelser som rammer sårbare eldre både i sykehjem og i hjemmetjenestene, slik som omsorgssvikt eller nedverdiggende behandling, kan trolig unngås gjennom økt kompetanse og fokus på kvalitet.

VIKTIG. Faglige hensyn kommer på femteplass når det gjelder hva ledere vurderer som viktig når de skal erstatte ledige vakter i en turnus. Det viser en undersøkelse gjennomført av NOVA i 2014.

Andre hensyn, som økonomi og tilgjengelig helsepersonell, viser seg å være viktigere. Vi kan ikke fortsette i denne retningen. Fokuset må endres til å handle om menneskerettigheter – ikke primært økonomi. Vi kan ikke og skal ikke gi annenrangs tjenester, fordi vi mener vi ikke har råd til mer.

Tjenestene skal være forsvarlige og omsorgsfulle, og de skal alltid ta utgangspunkt i hva som er viktig for den enkelte. For

NOK FOLK. I tillegg må det være tilstrekkelig antall ansatte, og de må være faglærte. Hedmarksprosjektet er et godt eksempel på hvordan flere faglærte kan rekrutteres til helse- og omsorgstjenestene. I dette voksenopplæringsprosjektet – fra ufaglært til helsefagarbeider, fikk 76 kandidater opplæring av om lag 55 praksisveiledere. Gjennomstrømningen var på over 90 prosent, og alle som tok fagprøven høsten 2014 bestod. Ifølge fagprøvenemnda var kvaliteten på opplæringen god, og kandidatene viste helhetlig kompetanse ved fagprøven.

Det må også satses på bedre kvalitetssikring av eldreomsorgen. Det betyr bedre gjennomsnittsstandard på tjenestene. Da først får vi et bedre vern mot at enkeltpersoner utsettes for urett og feil.

NYTT HEFTE. Norsk Sykepleierforbund er en aktiv pådriver for å sikre gode helse- og omsorgstjenester for eldre. Vi lanserer derfor i disse dager heftet «Selvstendighet, verdighet og trygghet – en helsepolitikk for morgendagens eldre». Her beskrives de utfordringene vi står overfor i tiden som kommer og hvordan vi skal møte disse.

Vårt mål er at alle eldre som har helsesvikt og behov for helsehjelp, skal få nødvendig støtte i sykdom og alderdom til å opprettholde sine funksjoner lengst mulig.

Vi må alltid ta utgangspunkt i den enkelte eldre sine behov og bygge tjenester der målene om en tilgjengelig, brukerstyrt, kunnskapsbasert og sikker helse- og omsorgstjeneste for eldre og deres pårørende kan nås. Hvordan sykepleiekompetanse må tas i bruk for å gi pasienten de tjenestene de har behov for, beskrives i heftet. Ble du nysgjerrig, finner du heftet på nsf.no. ●

«Vi kan ikke fortsette i denne retningen.»

å få til dette må tjenestene organiseres slik at sykepleieledere har rammebetingelser som gjør det mulig å utøve fag og ledelse i tråd med helsepolitiske mål, lover og forskrifter og profesjonsetiske retningslinjer. Både kommuner og sykehus må organisere virksomheten med tilstrekkelig antall ledere slik at personalansvaret kan ivaretas.



Fakta

Fast skribent

Eli Gunhild By skriver hver måned om politiske temaer i Sykepleien.



Bølge etter bølge

DE ELDTRE: Eldrebølgen har vi hørt om lenge, og ordet får folk flest til å tenke på eldreomsorgen, på mange eldre med mange sykdommer og plager. Gamle mennesker som trenger hjelp.

Men eldrebølgen og de nye pensjonsreglene betyr også eldre arbeidstakere, ikke bare eldre og flere pensjonister. Det er arbeidstakere med ryggproblemer, redusert syn, redusert hørsel, diabetes eller mye annet. Folk som ikke kan slutte i jobben eller gå ned i stillingsprosent fordi de ikke har nok pensjonspoeng. Dette gjelder også mange i helsesektoren, der man ofte har hardt fysisk arbeid og en lang tradisjon med deltidsstillinger. Mange i helsesektoren jobber i kommunen og en IA-bedrift. IA står for «inkluderende arbeidsliv» og betyr visst at man tilpasser arbeidsoppgavene slik at folk klarer å bli i jobben lenger, og helst til pensjonsalder. Er arbeidsgiverne forberedt på dette? Jeg er redd de litt for fort begynner å prate om uføretrygd når en ansatt får problemer med å klare jobben. Og det skal også bli vanskeligere å få uføretrygd. Mye tyder på at folk skal jobbe til de stuper.

Det blir en underklasse blant pensjonister, bestående av folk som har jobbet mye deltid (frivillig eller ikke) og av innvandrere. Innvandrere som kommer til Norge i voksen alder har store vansker med

å få nok opptjeningsår og dermed pensjonspoeng. De har vanskeligere for å få jobb enn innfødte nordmenn og må ofte bruke noen år på å lære språk og kultur, og å ta utdanning for eksempel i et eller annet helsefag. Å ta utdanning og videreutdanning eter av mulige opptjeningsår da man ikke får pensjonspoeng for å ta utdanning – trass i politikernes fine festtaler om kunnskapssamfunnet og at vi skal leve av folks kunnskap etter oljealderen. I Sverige får man pensjonspoeng for fulltidsutdanning. Dersom norske politikere mener det de sier om kunnskapssamfunnet, må de endre disse tingene.

Er samfunnet på min side? Er staten til for folket eller er folket til for staten? Staten burde være til for folket, og da må lover og regler utformes slik at folk flest har et rimelig bra liv både på og etter jobben. Dessverre ser en del lover og regler ut som om folket er til for staten og skal tynes for mest mulig arbeid og penger.

Er det virkelig slik vi vil ha det? Jeg tror ikke det. Og jeg er sikker på at tingene ikke forandrer seg av seg selv. Det må engasjement og fagpolitisk arbeid til. Om ingen protesterer går tingene bare utfor bakke.

Medsøstre og brødre, engasjer dere!

Medlem nr. 632887

Første møte med hjemme-sykepleien

SKUFFET: Jeg ble ferdig utdannet sykepleier i 2007. Jeg har jobbet på både sykehjem og sykehus i Oslo.

Jeg har tatt en master i helsetjenester til eldre da jeg er opptatt av kvalitet i pleien til eldre, og mener denne gruppen har et spennende og komplekst sykdomsbildet med mange utfordringer. For en måned siden søkte jeg jobb som ekstravakt i hjemmesykepleien i en av bydelene i Oslo. Jobbintervjuet varte i 10 minutter. Jeg leverte attester og autorisasjon. Etter noen dager ble jeg oppringt hvor jeg fikk beskjed om at jeg fikk jobben. Avdelingsleder på arbeidsplassen kunne ikke svare på spørsmål om lønn. Jeg ble henvist til Oslo kommune som svarte tvært nei da jeg spurte om videreutdanning hadde noe å si på lønn. Etter få dager fikk jeg ansvarstelefonen i hånden og beskjed om at det var sykdom – et ansvar jeg ikke visste hva innebar og som jeg ikke hadde fått opplæring i.

Hilsen anonym

(Redaksjonen har navn på innsender)



Løsning på kryssord i nr. 2/2015 (se side 76)

	GLOSE ORG	Ø	PINE DYR	S	ADV.	GRIBE	BYGE	VE	HEME- ORIDE	PLASS (FORK.)	SER- VAKT- BY- LØSE	U	SYM- TOM	VEDE- SKE SYKE	T	NED- BØR- OA	S	BY	MER- KET- VOKER	A
GATTE- FOSSE	A	R	O	M	A	T	E	R	A	P	I	T	I	L	H	E	N	G	E	R
RED- SEL	A	D	R	E	N	A	L	I	N	K	I	K	K	U	T	L	Ø	S	E	R
ORG.	PLAS- SER	SPRIG SOMME SER	M	R	URO	KLED- DE	PA FLY	BORT	U	T	GUD	A	T	E	LØSE	VEKST	T	R	E	
N	S	F	E	VIG VEN	T	I	D	L	Ø	S	DENG- ER	MØTES	S	E	S	SPOR- TS- UTST	S	OPP- BEV- STED	A	T
NUL- LET	T	A	P	E	R	E	N	P	J	O	T	R	SKU	S	L	Å	D	D	E	
SPISE	E	T	E	VOMI- TERE	GUD	K	FUL	S	L	U	ORG. LEVER	E	U	ATLAS ARE	K	A	R	T	SLAG	URO
BUK- KING	D	A	N	S	E	K	A	V	A	L	E	R	S	K	I	K	K	ERØB- RE PLASS	T	Å
BYGE RØYS	E	L	FORF.	P	O	E	T	A	G	E	R	E	A	VIRKE- STOFF	K	I	N	I	N	
U	R	PULS- SLAG	S	Y	S	T	O	L	E	R	NEURO- TIKER	N	E	R	V	E	V	R	A	K



Sykepleien.no

Hva mener du?

Si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no



«En endring til det bedre» – for hvem?

ARBEIDSMILJØLOVEN: Da har endelig FrP sluppet hele katten ut av sekken, eller «åpnet den siste luken», som arbeidsministeren sier. De ønsker at vanlige arbeidsfolk skal tilbake til perioden der man sto med lua i hånda og duknakket måtte gjøre alt hva en sjef påa dem. Også i arbeidslivspolitikken vil de gå baklengs inn i framtida. Retorikeren Eriksson mener dette er «justeringer», «modernisering» og «forbedring».

Arbidsministeren har sågar kastet fram flere eksempler på hvordan noen arbeidsplasser har fått til turnusordninger med lange vakter, og til alt overmål er alle fornøyde. Det han ikke legger vekt på er at alle disse avtalene er forhandlet fram og godkjent med dagens fleksible og tilpassete lov- og avtaleverk. Regjeringen har i løpet av sitt drøye første år fått god trening i å lete med lys og lykte etter eksempler som passer inn i sin ideologi og politikk. Felles for de aller fleste av disse gode «eksemplene» er at de i ettertid står frem

og nekter å tas til inntekt for regjeringens forslag.

I Erikssons tilfelle har kampen for å rive verne-skoene av ansatte i helsevesenet fått flere skudd for baugen. De organiserte arbeidstakerne her i landet har, gjennom sine organisasjoner, tydelig varslet om at dette er en rasering av et lovverk de ikke ønsker. Eriksson har allikevel sendt forslagene ut på høring, en prosess han like gjerne kunne ha spart seg. Den var jo allikevel bare et spill for galleriet. Forslagene er marginalt justert, men hovedinnholdet er nøyaktig like ille for arbeidstakerne nå som før «høringen» startet... Allerede i høringsnotatet er regjeringen selv skeptisk til forslagene de fremmer. Tilsynene innenfor arbeid og helse er også sterkt kritiske i sine høringssvar, men det hjelper ikke. Lovverket skal demonteres! De eneste som gnir seg i hendene, jubler og roper «mer» er politikerne på ytterste høyre fløy og arbeidsgiverne som nå vet at de får mer makt på bekostning av arbeidstakerne sine.

At alternative turnusordninger må godkjennes sentralt er en sikring for ansatte rundt om i landet. En sikring både mot utilbørlig press fra arbeidsgivere og med tanke på at sentralt i organisasjonene har vi ansatte som til enhver tid er oppdatert på forskning og mulige risikoer med slike turnusordninger. Det er også svært lite omtalt at de store organisasjonene i all hovedsak allerede er fleksible og godkjenner de ordningene det søkes om.

Vi vet det er krefter i regjeringspartner Høyre som mener disse forslagene er langt utover rimelighetens grenser. Vi vet de mener Eriksson kjører en altfor knallhard linje i disse sakene og kan nå bare håpe at de ser verdien av det organiserte arbeidslivet og samarbeidet de skryter godt av i festtalene sine. Vi ber dere nå hjelpe oss og beskytte oss mot Erikssons rasering.

Kenneth Sandmo Grip, hovedtillitsvalgt NSF, St. Olavs Hospital

Siden
sist

Siden sist inneholder korrigererte og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe? Kontakt oss på interaktiv@sykepleien.no



Nr. 1 | 2015 «Briller på operasjonsstuen»

LITE KRITISK: Vedrørende fagartikkel «Briller på operasjonsstuen» i Sykepleien nr. 14/2014, så har jeg noen kommentarer/spørsmål:

i artikkelen omtaler man «Forskrift om smittevern i helsetjenesten» som faktisk heter «Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten».

Man viser også til utarbeidete retningslinjer for bruk av arbeidstøy i referanse nr. 5. Referanse nr. 5 står ikke under referanser, og jeg lurer veldig på hvilken retningslinje dette er?

Stusser veldig på sammenlikningen vernebriller versus egne briller, da vernebriller enten er engangs eller desinfiseres etter hver bruk. De skal være

rene når de benyttes.

Det står at forskningen viser at «25 prosent av infeksjonene er forårsaket ...» og viser til referanse nr. 1 – fagbok av Bjørg Marit Andersen er vel ikke helt korrekt referanse til hva forskning viser?

Ellers flott at slikt arbeid blir publisert, men vi bør være litt kritiske.

Anita Wang Børseth, regional smittevernrådsgiver, Regionalt kompetansesenter for smittevern i Helse Midt-Norge

Feil om papirløse migranter

RETTELSE: I artikkelen «– Sykepleiere må tenke selv» om papirløse migranter i utgaven nr. 1/2015 har Sykepleien dessverre sluppet inn noen feil.

I ingressen heter det at «Helsepersonell opplever at forskriften om helsehjelp til asylsøkere strider mot egen yrkesetikk.» Det riktige skal være at det er forskriften om helsehjelp til personer uten lovlig opphold som helsepersonell reagerer på.

I artikkelen heter det også at «personer uten lovlig opphold i Norge blir ofte omtalt som papirløse flyktninger».

Det er riktig at media omtaler disse personene slik, men «flyktning» er et spesifikt juridisk begrep som ikke kan brukes i denne sammenheng. Juridisk er det riktig å omtale disse personene som «papirløse migranter».

Videre heter det at «Alle voksne asylsøkere uten lovlig opphold skal kunne forlate landet i løpet av to til tre uker.» Det korrekte er at dette gjelder asylsøkere med endelig avslag på asylsøknaden.

Sykepleien beklager.

Minneord Torill Tysse Sælen



1954–2014: For oss i kreftavdelinga ved Helse Førde som har følgt Torill gjennom sjukdomsforløpet, kom det ikkje som noko overraskning at ho til slutt måtte gje tapt for kreften. Men det er frykteleg vondt og trist å ha mista Torill, ein nær kollega og ven.

Fredag 21. november tok ei fullsett Førde kyrkje eit verdig farvel med Torill på ein strålande vakker dag – sola skein fra skyfri himmel, den første snøen låg lett på dei høgste toppane.

Torill starta sin yrkeskarriere som sjukepleiar ved Haukeland sjukehus. Etter to år i Bergen kom ho til det heilt nye Sentralsjukehuset i Sogn og Fjordane i august 1979, i dag Førde sentralsjukehus. Ho arbeidde ved akuttmottak og intensiv, og utdanna seg i denne perioden også til anestesisjukepleiar.

Deretter åtte år i Førde kommune, i ulike leiarstillingar, før ho kom tilbake til sjukehuset og kreftavdelinga i 1998, der ho var tilsatt heile resten av sin yrkeskarriere. Ho rakk også eit år på vidareutdanning i Bergen, og tok 1999–2000 utdanning som kreftsjukepleiar ved Betanien Sykepleierhøgskule.

Ho var tilsatt ved kreftavdelinga gjennom 16 år, frå avdelinga sin spede start og fram til det avdelinga er i dag.

Ho har vore ein markant fagperson frå første dag. Ein kvar kan oppleve å vere litt av og på i ulike samanhengar – når Torill var på jobb var ho alltid på.

Ho sette store krav til seg sjølv, men hadde også høge forventningar og krav til sine kollegaer. Ho var ein tydeleg og synleg fagperson. Alltid uredd. Ho våga stille dei ubehagelege spørsmåla. Med det kunne ho utfordre kollegaer, både legar og sjukepleiarar, av og til i overkant av kva dei var komfartable med. Men for dei som vart godt kjende

med Torill, vart dette viktige faglege innspel, for eit best mogeleg tilbod til pasientane.

Frå 2006 var ho tilsett i det palliative teamet i Helse Førde. Der var ho ei drivande kraft, med sine klare påminningar om kvalitet i alt som vart gjort. Hennar brennande hjarte for palliasjon såg vi ikkje minst våren 2014, då ho innimellom strålebehandling og cellegiftkurar, sjølv i palliativ fase, var ei stund tilbake i arbeid.

I tillegg til jobben ved kreftavdelinga hadde ho i ei årrekke driftsansvar for Nettverk av ressursjukepleiarar i kreftomsorg og lindrande behandling i Sogn og Fjordane, og har æra for å ha bygd dette opp til å vere mellom dei beste i landet. Ho var også leiar for Norsk Sjukepleiarforbund sitt lokallag for sjukepleiarar i kreftomsorg.

Innsatsen og kompetansen hennar har blitt lagt merke til på regionalt og nasjonalt nivå, m.a. gjennom mange år som medarbeidar i Regionalt Kompetansesenter i lindrande behandling, Helseregion Vest.

Vi var alle stolte då Torill velfortent fekk den nasjonale heidersprisen «Årets sjukepleiar i kreftomsorga 2013», på Landskonferansen i Tromsø.

Med ein så omfattande arbeidsinnsats måtte mykje fritid nyttast. Torill gav ofte uttrykk for kor viktig støtten frå ektefellen Hans Jørgen var.

Torill var eit friluftsmenneske, og ein meir lettbeint og kondisjonssterk fjellvandrar skulle du leite lenge etter. På hytta i Valdres, på barndomens Tysse, til fots og på ski, alltid saman med Hans Jørgen.

Samveret med Torill vart aldri kjedeleg. Ho hadde ei veldig evne til å syne glede. Ingen kunne vere så begeistra som ho, i møte med vener, på konsertar eller på turar.

Torill vert først og fremst hugsa som ein god og viktig kollega. Ein inspirator og ei kunnskapskjelde, ei drivkraft for palliasjon og nettverket i Sogn og Fjordane. Torill tok plass – ikkje for eigen del – men for faget.

Denne plassen står no tom.

Våre tankar går til Hans Jørgen og den næraste familien. Vi saknar Torill og lysar fred over hennar minne.

Vener og kollegaer i kreftavdelinga Helse Førde

Minneord Astrid Svalastog



1953–2015: I begynnelsen av januar fikk vi den tunge beskjeden om at journalist Astrid Svalastog i Sykepleien har gått bort. Hun hadde hatt kreft i lengre tid, men var likevel på jobb helt til like før jul. I romjulen forverret hennes situasjon seg. Hun døde på Hospice Lovisenberg 16. januar.

Astrid var et varmt og fint menneske og en dyktig journalist. Hun var opprinnelig fra Vinje i Telemark og gikk på gymnas i Skien. Etter å ha tatt mellomfag i kristendom og nordisk mellomfag ved Universitetet i Oslo, fullførte hun journalistutdanningen i Oslo i 1981. Hun startet da en karriere som journalist og redigerer i Norsk Telegrambyrå. Hun portretterte en rekke kjente personer innen norsk kultur- og næringsliv, og hadde i 14 av disse årene ansvar for NTB's helse- og sosialstoff.

Etter 20 år i NTB fikk hun i 2001 jobben som informasjonsdirektør og informasjonssjef i legemiddelfirmaet GlaxoSmithKline.

I 2011 begynte hun i Norsk Sykepleierforbund, som presserådgiver i kommunikasjonsavdelingen. Det var imidlertid klart at journalistikken lå Astrids hjerte nærmest. Hun åndet for faget, hun elsket å skrive. Da Sykepleien høsten 2013 trengte en vikar som journalist, var hun derfor ikke vondt å be.

Sykepleien har fått dra stor nytte av hennes journalistiske er-

farings og innsikt. Og av hennes ukuelige pågangsmot. Hun gikk løs på både store og små saker med en iver som varmet. «Den saken tar jeg», sa hun gjerne på redaksjonsmøter når andre ikke var raske nok. Ingen sak var for liten og ingen sak var for stor for henne.

Da vikariatet opphørte, var Astrid igjen inntatt av NSF's kommunikasjonsavdeling, men våren 2014 tok hun fatt på jobben som deskjournalist i Sykepleien. Her skulle hun redigere en rekke spesialtidsskrifter som Sykepleien utgir i samarbeid med faggruppene for helsesøstre, geriatriske sykepleiere, jordmødre, psykiatriske sykepleiere, sykepleieledere og kreftsjukepleiere. Hun samarbeidde med fagredaktørene for disse publikasjonene og sørget for at bladene hadde tilstrekkelig kvalitet.

Astrid var allerede kreftsyk da hun begynte i Sykepleien. Men hun nektet å være hjemme, alene med sykdommen, og ville heller være sammen med oss for å utvikle vår journalistikk. I redaksjonen opptrådte hun med en autoritet som kledde hennes lange erfaring, men i sin tilnærming til stoffet var hun frisk og pågående. Hun var rutiner, men ble aldri blasert. Hun var pålitelig, men aldri kjedelig.

Astrid nektet å være syk. Det fikk oss til å tro at slutten ville være langt fram i tiden. Derfor kjentes det som et stort slag da vi rett over jul forsto at det tæret på hennes krefter. Å få budskapet om at hun var død, ble tungt for oss alle.

Hun vil bli dypt savnet. Hun elsket å være hos oss, og vi elsket å ha henne her. Nå er hun borte, men vi vil ikke glemme henne.

Barth Tholens, ansvarlig redaktør i Sykepleien



Glemt. Det er få ting som forener oss mere enn barn.
Men i den motsatte enden av livet sitter en oversett gruppe.

Eldrepsykologi



Fakta

Anlov P. Mathiesen

Stilling: Politisk rådgiver i Mental Helse og tidligere redaktør av gatemagasinet =Oslo.

Psykiske utfordringer kan ha mange årsaker, og de færreste går gjennom et helt liv uten i det minste å kjenne på hva det vil si å miste det mentale fotfestet. Kilder til problemer kan være eksterne like mye som interne; foreldre opplever problemer på grunn av ting som inntreffer med deres barn, eller partnere kan få det gjennom sine samboere eller ektefeller.

UNGE OG GAMLE. Livsfaser er også en kilde til utfordringer. Tenåringer opplever ofte et press som bringer dem inn i store psykiske vansker. Midtlivskrise representerer også en slik utfordring.

Men om det finnes en livsfase vi bør tale mere om, så er det alderdommen. Ikke fordi den er viktigere enn andre, men fordi den fortsatt er litt uhørt. Fordi eldre ikke bare stues bort rent fysisk, men også psykisk. Hva de gamle sliter med gidder vi ikke bruke tiden på.

ELDRE DEPRIMERE. Depresjoner er svært utbredt hos eldre. 100 000 eldre lider av depresjon. Sammenliknet med den øvrige befolkningen, er andelen personer med alvorlig

menneskerettighetsperspektiv. Vi behøver et stort løft for Eldres psykiske helse.

IMPONERTE. Da jeg intervjuet helseminister Bent Høie i fjor høst, var det særlig én ting som imponerte meg, og det var hans fokus nettopp dette, på eldre og psykiske lidelser. Et underkommunisert – ja rent ut fortiert – tema, som like fullt berører svært, svært mange. Helseministeren var veldig tydelig på at Eldres psykiske helse er noe vi må ha fokus på. At vi ikke må tillate oss en inaktiv alderdom avsondret fra gjøremål og deltakelse.

OG HAN HAR HELT RETT. Inaktivitet skaper psykiske problemer. Også for eldre. Eller kanskje særlig for disse, da man ofte gjennom et langt liv har vennet seg til daglige rutiner og arbeidsoppgaver knyttet til ambisjoner og målsettinger. Fravær av mål kan lett skape fravær av mening.

På den ene siden er det viktig å stimulere til at eldre har noe å gjøre, og på den annen side er det like viktig å sørge for adekvat terapi når det trengs. Og behovet for aldersterapi er antakelig stort allerede i dag. Helseministerens eldre-alibi Astrid Nøklebye Heiberg er forhåpentligvis tett på saken, så gjenstår det å se om 2015 blir et vendepunkt i arbeidet med å modernisere eldrepleien. ●

«Det er ikke en overdrivelse å si at vi her svikter fundamentalt.»

depresjon det dobbelte blant mennesker i alderen 70–85. Det er mye.

Det kan være forskjellige årsaker til dette, og det er heller ikke helt unaturlig at alderdommen krever noe ekstra av oss, også mentalt. Men når det en gang er slik, så må vi som samfunn også legge til rette for det. Hvilket vi ikke gjør i dag. Vi har tilstrekkelig oversikt, både gjennom tallmateriale, pasienttilgang og passende behandling. Men vi står fortsatt og ser på at eldre lider, ofte i ensomhet. Det er ikke en overdrivelse å si at vi her svikter fundamentalt, både med tanke på enkel medmenneskelighet og sett ut ifra et



Fakta

Fast skribent

Anlov P. Mathiesen
er fast skribent i Sykepleien.



Utakt. Regjeringen flagger pasientsikkerhet, men vil innføre arbeidstidsordninger som kan medføre økt risiko for feil.

Regjering på kollisjonskurs

Helseminister Bent Høie er opptatt av å profilere pasientens helsetjeneste. I sin sykehustale i januar understreket statsråden at han er opptatt av kvalitet og pasientsikkerhet. Regjeringen vil etablere en sikkerhetsfokusert og lærende kultur i hele helsetjenesten. Her er helseministeren og Norsk Sykepleierforbund helt enige. Men hvordan kan regjeringen ha dette fokuset i helsetjenesten og se helt bort fra sikkerhetsperspektivet i arbeidsmiljøspørsmål?

HENGER IKKE SAMMEN. Mens helseministeren flagger pasientsikkerhet, vil hans kollega arbeidsminister Robert Eriksson endre vernebestemmelsene i arbeidsmiljøloven. Økt bruk av langvakter, mer søndagsarbeid og mindre samarbeid med tillitsvalgte er hans forslag. Det truer pasientsikkerheten.

Arbeidsministeren vil øke bruken av langvakter på 13 timer eller mer. I Arbeidstilsynets høringsvar viser tilsynet til at risikoen for feilhandlinger øker med 50 prosent ved ti timers skift sammenliknet med åtte timer. Ved 12 timers skift øker den med 100 prosent sammenliknet med åtte timer. Erfarne sykepleiere som har prøvd så lange vakter, melder om at det blir for tøft på arbeidsintensive arbeidsplasser.

Arbeidstilsynet viser også til at

«økt risiko for feilhandlinger vil være mest problematisk i risikoutsatte yrker. En av fire i Norge har en arbeidssituasjon der de mesteparten av tiden kan sette eget eller andres liv i fare ved feilhandlinger. For noen yrker, som sykepleiere, operatører og sjåførere, gjelder dette mer enn halvparten av arbeidstakerne.»

I tillegg viser tilsynet til at «Redsel for å gjøre feil er en velkjent kilde for stress i helsesektoren. Stresspåkjenningen øker hvis man har arbeidstidsordninger som man selv merker går utover årvåkenhet og prestasjonsevne.»

Helseministeren som er opptatt av pasientsikkerhet, er på kollisjonskurs med arbeidsministeren, som legger opp til arbeidstidsordninger som kan medføre risiko for feil.

FORSLAG UTEN STØTTE. Tillit og samarbeid har preget norsk arbeidsliv siden 60-tallet. Det er et viktig suksesskriterium for høy yrkesdeltakelse og effektivitet i arbeidslivet. Når regjeringen vil gi

» **«Tillit og samarbeid er et viktig suksesskriterium for høy yrkesdeltakelse og effektivitet i arbeidslivet.»**

arbeidsgiver mer styringsrett og de ansattes organisasjoner mindre innflytelse, vil premissene for godt samarbeid svekkes.

Arbeidsministeren viser ofte til eksempler på arbeidstidsordninger med langvakter som er vellykket. Det han glemmer å si noe om, er at disse er inngått med dagens arbeidsmiljølov. Den er fleksibel nok. Og fagforeningene er rausere med å gi dispensasjoner. Det viser FAFOs rapport på oppdrag fra Arbeidsdepartementet.

Sykepleiere og andre turnusarbeidere jobber etter unntaksbestemmelsene i arbeidsmiljøloven. La det fortsatt være unntak – ikke gjør det til en regel for alle. Mens befolkningen vil holde hviledagen hellig, vil regjeringa ha søndagsåpne butikker. I dag kan vi handle melk og brød til kl. 23 på lørdagskvelden. Det holder!

I tillegg til at statsrådene Høie og Eriksson er på kollisjonskurs, er regjeringen på kollisjonskurs med arbeidstilsynet, fagforeninger, pasientorganisasjoner og store deler av befolkningen. 8 av 10 toppledere mener at dagens arbeidsmiljølov er fleksibel nok. Og arbeidsgiverorganisasjonen Virke sier nei takk til søndagsåpne butikker.

En stødig sjåfør som skjønner at han er på kollisjonskurs, retter opp kursen. Vår oppfordring til regjeringen er å rette opp kursen og beholde dagens arbeidsmiljølov. ●



Fakta

Karen Brasetvik

Leder for NSF i Østfold



Folkehelsepolitikk. En sunn barnebefolkning er som penger på bok – et helt lite oljefond i seg selv.

Prioriter barna



Fakta

Tor Levin Hofgaard

President i Norsk Psykologforening

Allerede nå i januar skal finansministeren starte jobben med statsbudsjettet for 2016. Da er det verdt å minne henne om at mer enn 150 000 barn og unge har ned-satt funksjonsevne på grunn av psykiske vansker i Norge. Det er rundt 20 prosent av alle barn mellom tre og 18 år. Nesten halvparten – tilsvarende innbyggerantallet i Kristiansand – har en diagnose og trenger behandling. Skal noe prioriteres i budsjettet i 2016, må det være barn og unge. Det er en bedre investering enn i bank og børser.

Betydningen av god psykisk helse er åpenbar: Fravær av god psykisk helse betyr for det enkelte barn på kort sikt både lærevansker, sosial isolasjon, mistroivsel og funksjonsproblemer. På lang sikt betyr det ofte frafall i skolen, dårlige utsikter på arbeidsmarkedet og stor risiko for uførhet og arbeidsløshet, vansker med nære relasjoner i voksenlivet, økonomiske vansker, rusmisbruk og faktisk også tidlig død. Dette er med andre ord et dystert panorama – men fagfolk er enige: Det er absolutt mulig å oppdage risikoutsatte barn. Det krever vilje til å satse, og det vi trenger er djerne politikere som tør å tenke lenger enn til neste valgkamp.

BARNEBEFOLKNING. Det er mulig å forhindre farlig skjevutvikling hos barn. Det er blant det smarteste alle samfunn kan gjøre. Investering i små barn slår børsinvesteringer – og en sunn barnebefolkning er som penger på bok – et helt lite oljefond i seg selv. Den amerikanske økonomen og nobelprisvinneren James Heckman har påvist dette: Setter vi innsats inn tid-

«Det er absolutt mulig å oppdage risikoutsatte barn.»

lig, får den flere år på seg på å virke. Virkningen forrenter seg i den forstand at mer kunnskap stimulerer lysten til å lære enda mer. Heckmann kaller fenomenet «The dynamics of skill formation»; en snøball som ruller. Å satse tidlig på barn virker sosialt utjevne og bidrar til at ulikhet i mindre grad går i arv.

Det er god folkehelsepolitikk.

Forskning viser det, og vi forstår det intuitivt: Jo flere som fullfører videregående, jo flere får jobb, høyere inntekt, bedre boforhold og holdes unna kriminalitet. Reduserer vi antall elever som dropper ut av videregående skole med en tredjedel, kan samfunnet spare fem milliarder kroner i året. Barna må fanges opp der de oppholder seg til daglig; i barnehage og på skole. Alle voksne som har med barn å gjøre, må kunne gjenkjenne et barn som sliter. Til det kreves kunnskap og felles innsats fra flere yrkesgrupper. I dag faller altfor mange barn mellom stolene i tjenesteapparatet.

Hva gjør vi så? Som ledd i arbeidet for å redusere andelen barn og unge med psykiske helseproblemer har Psykologforeningen foreslått fire konkrete tiltak.

NASJONALE TILTAK. Vi må få på plass nasjonale forebyggende tiltak rettet mot psykisk helse. Innen somatikken har det ikke manglet på store nasjonale tiltak for å oppnå folkehelseresultater. Forbud mot tobakksreklame og synlige tobakksprodukter, vinmonopol, forbud mot alkoholreklame og samarbeid med matvarekjedene om reduksjon av salt i all ferdigmat er eksempler på slike tiltak.

Innen psykisk helse er det imidlertid vanskelig å peke ut tilsvarende eksempler på at myndighetene eller politikerne har tatt samme faste nasjonale grep. Dette til tross for at det finnes gode og høyst aktuelle evidensbaserte tiltak:

- opplæring av foreldre og skoleprogrammer for å kunne håndtere barn og unge med atferdsforstyrrelser
- nasjonale programmer for å forebygge mobbing
- forebygging av alkoholskader ved at helsepersonell gjør det til standardprosedyre å spørre pasienter om alkoholforbruk
- selvmordsforebyggende programmer rettet mot befolkningen

Som oftest blir det pekt på såkalt «lokalt folkehelsearbeid» når prioriteringsdiskusjonen handler om psykisk helse. Og det vil uten tvil være bra for mange at for eksempel mobbeprogrammer igangsettes på en og annen skole. Men dersom målet er å redusere mobbing og de negative effektene av dette på

befolkningsnivå, må det igangsettes i store populasjoner. Mener vi alvor med å redusere mobbing, kan det ikke være opp til hver enkelt kommune eller skole å velge om de vil gjennomføre evidensbaserte mobbeprogrammer. Like lite som det er opp til hver enkelt kommune om de vil redusere alkoholkonsumet ved å selge alkohol i butikk eller på vinmonopol.

SATS PÅ KOMPETANSE. I altfor mange barnehager og skoler finner vi ufaglærte ansatte. Psykologforeningen mener det er uansvarlig å ikke stille kompetansekrav til dem som omgås barn til daglig. Myndighetene bør derfor innføre kompetansekrav for ansatte i barnehager og skoler. Minimumskravet bør være at utdanningene skal sørge for kunnskap om barns utvikling, om tjenestetilbudet i kommunen og om samarbeidsmetodikk for barn i risikosonen.

SKOLEHELSETJENESTE. Rust opp skolehelsetjenesten og gjør den tverrfaglig! Lærere flest gjør en god jobb med elevene, men det finnes sterke indikasjoner på at lærerne selv savner kontakt med fagfolk innen psykisk helse. Senest våren 2014 publiserte Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU) rapporten «Psykisk helse i skolen». Rapporten viste at nesten åtte av ti lærere i løpet av de siste tre årene har hatt elever med psykiske vansker, elever som de mente trengte hjelp.

«En av to lærere synes ikke at de vet nok om hva man skal gjøre for å hjelpe ungene.»

Men en av to lærere synes ikke at de vet nok om hva man skal gjøre for å hjelpe ungene, eller hvor man henter bistand. Rundt én av tre opplever at de mangler tid og ressurser.

Skolehelsetjenesten er en av de viktigste forebyggende tiltakene vi har. Imidlertid oppleves den i dag som for dårlig utbygget. Barn og unge etterlyser ifølge barneombudets rapport «Helse på barns premisser» at den skal være tverrfaglig, med blant annet psykolog.

Det er ikke slik at alle barn trenger psykologisk behandling. Og psykologers kanskje viktigste bidrag til skolehelsetjenesten ville være å bidra til normalisering av barn og unges opplevelser og atferd. Psykologers viktigste kompetanse er tross alt om hva som er vanlig, og også om når vanlige reaksjoner blir trøblete i livet.

Vel så viktig som psykologer i en god tverrfaglig skolehelsetjeneste, vil det derfor være at lærere, barnehagepersonell og andre som møter barn i alle kommunens tilbud, har lett tilgjengelig psykologisk rådgivings-, veilednings- og utredningskompetanse.

TEMA I SKOLEN. Et viktig tiltak er også å gjøre psykisk helse til tema i skolen og psykologi til et eget «fag». Helse handler ikke bare om grønnsaker og gym. Minst like sentralt er hvordan vi har det i hodet, hjertet og magen. Hva med en «gymtime for tanker og følelser»?

Utdanning er billetten til et velfungerende liv. Jo dårligere fysisk og psykisk helse, jo større sannsynlighet er det for å falle fra i videregående. ●



Treff jobbsøkere i **SYKEPLEIEN!**

I Sykepleien treffer du de passive jobbsøkerne. De som ikke visste at de ville skifte jobb før de så din annonse. Vi tilbyr blad og nett til en pris, eller kun nett.

Kontakt oss på
tlf 97 74 21 20 eller e-post
maud.kaino@sykepleien.no



Sykepleien



Merete Norheim Morken

Hvorfor: Fordi hun går av etter å ha vært den første foretakstillitvalgte for Norsk Sykepleierforbund på Oslo universitets-sykehus i fem år.

Stilling: Permisjon fra stilling som sykepleier på gynekologisk postoperativ på Ullevål sykehus.

Utdanning: Sykepleier. Holder på med master i erfaringsbasert helseadministrasjon.

Alder: 45 år

Slutter. Merete Norheim Morken har jobbet for å smelte sammen tre sykehuskulturer. Men mener fortsatt at Oslo-sykehusene aldri skulle vært slått sammen. Etter fem år som foretakstillitsvalgt gir hun seg.

● Tekst og foto **Marit Fonn**





– OUS
er for
stort

Gir seg: Etter sju år som topptillitsvalgt, venter jobben på gyn postop på henne. Eller noe annet spennende.



Et perifert bygg på Ullevål sykehus yrer det av tillitsvalgte sykepleiere. Innerst i et av rommene venter Merete Norheim Morken, avtroppende toppstillingsvalgt på Oslo universitetssykehus (OUS). Hun leter etter en rolig krok, passende for et intervju. Hun velger kjøkkenet.

Der kommer tillitsvalgt Knut.

– Vi er innkalt til drøftingsmøte. Under streiken, opplyser han.
– Under streiken? Det går ikkje, sier Morken på avsløpent stavangersk.

Det er en uke til de skal forsvare arbeidsmiljøloven foran Stortinget. Nå har altså sykehusledelsen innkalt de streikende akkurat på det tidspunktet. Kan det være tilfeldig?

– Vi snakkes etterpå, sier hun til Knut.

Hun danderer yndlingsduppeditten foran seg, i Paden som Norsk Sykepleierforbund (NSF) har spandert på henne. 1. mars må hun levere den tilbake. Da overtar Svein Erik Urstrømmen vervet etter henne.

– Hva driver du med nå?

– Viderefører oppgaver. Jeg sitter jo med en del info i eget hode. Trapper ned.

ER IKKE MASTERSYK. Nedtrapping innebærer at hun er kommet i gang med masteroppgaven sin. Høsten 2013 hadde hun fri med lønn da masterstudiet startet.

«Det kunne vært morsomt, men å forske er ikke målet.»

– Å skrive oppgave lar seg ikke kombinere med å være tillitsvalgt. Vervet er en heldøgnjobb.

– Hva skal du skrive om?

– Betydningen av kontrollspenn.

– Ja vel??

– Lederspen. Altså antall ansatte per førstelinjeleder. Jeg ser på hvordan det påvirker arbeidsmiljøet til de ansatte.

– Ikke ledernes?

– Nei, kun for de ansatte. Jeg har tilgang til deres arbeidsmiljøundersøkelse.

En krevende statistisk analyse venter henne. Det er snakk om 550 enheter.

– Er det forske du vil?

– Det kunne vært morsomt, men det er ikke målet. Det er å lære.

– Du har hørt om mastersyken?

– Er ikke redd for den. Hahaha.

Latterhikstene akselererer og avslutter brått.

– Flere sykepleiere kunne forsket. Mer forskning er et mål på sykehuset, selv om det ikke virker sånn i alle klinikker. Under halvparten av våre prosedyrer er kunnskapsbaserte. Vi har ikke kommet lenger.

– Du trapper ned, det skjer kanskje ikke så mye for tiden?

– Jo! Det er noe jeg ønsker å avslutte.

Det har seg sånn: For et par år siden ble det oppdaget at sykepleierne blir trukket for ubekvemstillegg når de bytter vakt. I september, etter å ha vurdert lenge, var arbeidsgiver enig: Rundt 20 millioner skulle tilbakebetales til sykepleierne.

– Fryktelig mye, og kan hende er det enda mer, det kan gjelde hele landet. Nå virker det som om det har stoppet opp. Jeg skulle gjerne blitt ferdig, vi har brukt mye tid på denne saken.

– Kunne vært fint å sole seg i glansen?

– Morsomt det og. Men det er lokale tillitsvalgte som har fått dette fram.

Det står ikke på saker. En annen er felles journalsystem. Etter år med skandaløse tilstander ble det innført sist høst. Navnet er Dips.

– Endelig. Selv om det er litt gammeldags.

Nye problemer dukket opp: Ikke alle vikarene kan bruke systemet. På OUS, som storforbruker vikarer.

– Mange får ikke nødvendig opplæring og dermed tilgang. De ansatte føler seg presset til å dele sin brukeridentitet eller å skrive for vikarene, og det har de ikke lov til. Men vikarene har plikt til å dokumentere, så feil blir det uansett.

Å lære opp alle vikarene som er innom kan bli en uoverkommelig oppgave. I Morkens hode må løsningen være: Kutt i vikarbruken.

DEN FØRSTE PÅ OUS. Morken har vært fulltids tillitsvalgt siden 2007, først på Ullevål sykehus. I 2009 ble Ullevål, Aker og Riksen til OUS. Morken ble valgt som gigantsykehusets første foretakstillingsvalgte.

NSF har over 200 tillitsvalgte på OUS, 13 på full tid. Da OUS ble ett, skulle tre ulike kulturer smeltes sammen.

– Særlig opplevde jeg forskjeller på Riksen og Ullevål i hvordan de samarbeidet med ledelsen. Tove Strand, som var direktør på Ullevål, ville treffes ved kaffemaskinen. På Riksen var det mer formelt. Vi på Ullevål strevde med helgearbeid og overtid, vi var jo et akutt sykehus. De andre hadde sitt.

Nå gjaldt det å tenke felles:

– Jeg prøvde å passe på at alle skulle bli sett. Og det var viktig at vi fikk kontorene samlet.

– Langt fra direktørens bygg, der dere var før?

– Det likte vi ikke. Det var Siri Hatlen (tidligere direktør, red. anm.) som sendte de tillitsvalgte på dør. Altfor langt, men vi fikk sitte sammen. Det er viktig å være på ett sted.

– Men du er mye på farten?

– Ja, jeg er for lite her.

Til transport mellom øktene bruker hun gjerne NSF-syklene.

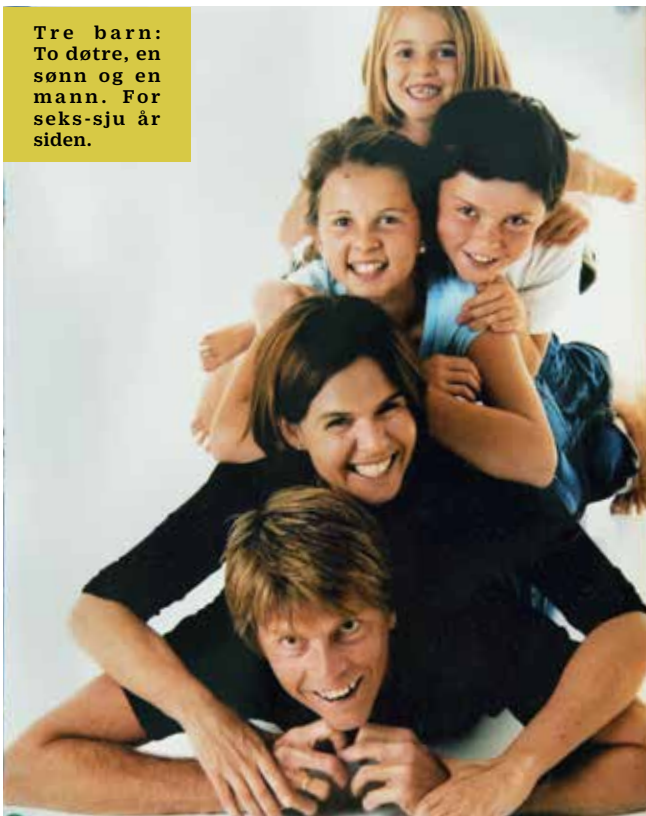
– De er kjempefine og turkise.

– Med gode låser?

– Ikke gode nok. Vi hadde tre sykler. Nå er det én igjen.

DIREKTØRENE GIKK. Søndag 5. juni 2011 er Morken på en cruisebåt med familien på vei til Tyskland. Da får hun en sms. Hun

Tre barn:
To døtre, en
sønn og en
mann. For
seks-sju år
siden.



Trenglad: Hun
liker å trene
og reise og har
tre barn, sier
en kollega om
Morken.



blir innkalt til telefonmøte samme kveld. Hun vet straks hva det gjelder: Siri Hatlen, sykehusdirektøren, kommer til å gå av.

– Det var veldig spesielt.

Av alt Morken har gjort i disse fem årene, har hun valgt to saker som har skilt seg ut. Dette er den ene.

Hun oppsummerer: Fagmiljøene hadde lenge sett at forventningene om store innsparinger da OUS ble til, var urealistiske. Etter hvert forsto også direktør Siri Hatlen det. Hun sa det trengtes 17 milliarder kroner for å samle gigantsykehuset.

– Men styret stilte seg ikke bak henne. Vi ansatte støtta, men de andre gjorde helomvending. Etter påtrykk fra Helse Sør-Øst, tipper jeg. Vi forsto at vi ikke ville få så mye.

Mistilliten var et faktum.

– Det var frustrerende. Organisasjonen falt sammen. Mange som først var skeptisk til sammenslåing, hadde begynt å få troen. Nå mistet de motivasjonen. Det føltes veldig umulig.

Utgiftene vil bli mye større enn 17 milliarder.

– Et mislykket ikt-prosjekt har kostet, blant annet?

– Det og, og mye annet som er nødvendig for å drive forsvarlig. Blant annet oppussing. Altså mer enn dobbelt så mye som Hatlen estimerte – som hun måtte gå på.

Direktøren i Helse Sør-Øst, Bente Mikkelsen, gikk et drøyt år senere.

– Hvor personavhengig har dette vært?

– God kjemi er i hvert fall viktig. Vi må ha god dialog med Helse Sør-Øst så vi ikke opplever tilsvarende igjen.

Morken mener fortsatt at sammenslåingen ikke burde skjedd.

«Noen føler seg som arbeidsmaur, uten påvirkning.»

– Man kunne sett på forskning: Når sykehusene har mer enn 3–400 senger, blir stordriftsfordelene borte. Forventningene var for høye. Det har kosta for mye.

Et argument for å slå sammen Oslo-sykehusene var at det ville dempe konkurransen mellom fagmiljøene.

– Men konkurranse er faktisk sunt. Et poeng var å ha store nok fagmiljøer, men mange miljøer var store nok. Nå opplever jeg at andre sykehus har utviklet seg mer enn oss, mens vi har jobbet med omstilling.



Pasientsikkerhetsprogrammet er ett eksempel, mener hun.

- Det er egentlig ille, vi som skulle vært et foregangssykehus. Det har forsinket oss.
- *Og nå er det for sent å dele opp igjen?*
- Jeg mener man må vurdere en oppdeling. Det blir for stort. Og for mange nivåer. Seks nivåer – informasjonen kommer ikke ut. De som har ansvaret for pasientene, føler seg langt fra ledelsen. Men noen fordeler er det: Intensivavdelingene samarbeider bedre. Men det burde de klare også uten fusjon.

Mye rabalder har hun ikke laget. Det gjelder å være konstruktiv.

- Når noe er bestemt, kan man ikke bruke mye tid på frustrasjon.

EN TRIST HISTORIE. Saken som har gjort aller størst inntrykk handler om tre filippinske sykepleiere. I 2010 ble de hentet til OUS da det var krise på operasjonsstuen. Sykepleierne betalte en møbelhandler for å få seg jobb i Norge og tok opp lån med høy rente.

- De lokale tillitsvalgte gjorde en fantastisk jobb med å få kontakt med sykepleierne. De hadde jo vært så redde for å si noe. Det var overraskende og fryktelig leit at vi som sykehus hadde vært med på å ansette dem uten å spørre hvordan de kom hit og hvordan de levde. De gikk som løsarbeidere og bodde under spesielle

«Vi har et legestyrt sykehus.»

forhold i møbelhandlerens hus. Jeg hadde aldri trodd at vi hadde et så dårlig system rundt ansettelse.

Sykepleierne saksøkte møbelhandleren, hans filippinske kone og OUS for å ha blitt utnyttet, men tapte i tingretten. De anket, og nå pågår saken i lagmannsretten. Morken skal vitne igjen.

Hun er glad for at alle tre har fått fast jobb, og for at OUS har ryddet opp i sine rekrutteringsrutiner.

- Men jeg undret meg over frifinnelsen.

Morken ville bli eiendomsmekler. Men så møtte hun en kynisk bransje. Tanten, som var sykepleier, hadde skaffet niesen jobb på sykehjem som pleiemedhjelper da hun gikk på BI i Oslo. Den likte hun godt. Hun fikk lyst til å bli lege, som faren.

Hun begynte å ta opp igjen fag. Men så ble hun gravid og fikk en datter, som nå er 20 år. «Orker jeg», tenkte hun, «hvor mange fag skal jeg ta?»

Datteren var 4 måneder da Morken begynte på sykepleierskolen. Hun var 30 da hun var ferdig sykepleier. Hun angrer ikke. Hun har fortsatt permisjon fra gyn postop på Ullevål. Planen er å gå tilbake der.

- Jeg gjør gjerne det. Hvis ikke noe annet spennende dukker opp. Jeg trenger i så fall opplæring etter sju år ute.

At hun valgte tillitsvalgtkarrieren er hun fornøyd med. Men en ting angrer hun på: Hun skulle først ha tatt intensivutdanningen.

Eldste datter har begynt på befalsskolen. Mor liker det

utradisjonelle valget. En datter og en sønn er fortsatt hjemme.

- De har hatt en veldig tilstedeværende far. Full likestilling i heimen.

Hun ler på sitt karakteristiske vis.

- Jeg kan ikke sy. Han sydde gardinene til hytta. Men jeg hadde ideen.

Mannen hennes, som jobber i Norges Bank, aner nå uråd: *Må familien atter leve med oppdelt jul og sommerferie? Ofre helgene? Og de som er så glad i å reise.*

- Luksusen som tillitsvalgt er at du styrer dagen, selv om du er tilgjengelig hele døgnet. Du kan ta med telefon og nettbrett. For en sykepleier på sengepost er det omvendt: Halv åtte, da skal nattevakten hjem.

SEIEREN. I 2013 opplevde hun sin største seier. Da ble det opprettet 100 utdanningsstillinger.

- Vi så lenge at vi kom til å få stor mangel på spesialsykepleiere.

Fra dag én i vervet jobbet hun for full lønn til sykepleierne under videreutdanning.

- Jeg tror aldri vi har jobbet så systematisk på alle nivåer i tillitsvalgtapparatet, og jeg har aldri drevet så mye lobbyvirksomhet noen gang. Det kjennes fantastisk å få gjennomslag i viktige saker.

Mens spesialsykepleierne har begynt å føle seg mer verdt, er det motsatt for mange sykepleiere ute i avdelingene.

- Det er stor turnover. Noen sier de føler seg som arbeidsmaur, uten påvirkning, de skal bare gjøre jobben og kan lett skiftes ut.

Nettopp derfor er det fint med forskning, synes hun. Som for eksempel viser at god sykepleie gir mindre komplikasjoner og dødelighet.

- Det slår meg hvor lav gjennomsnittsalderen er ute på sengepostene. Hvor er de erfarne som har passert 40? Vi har mange flinke sykepleieledere, men de blir færre jo lenger du kommer opp i systemet. Vi har et legestyrt sykehus. At det ikke er flere sykepleiere i den øverste ledelsen, undrer meg. Det er synd for helheten.

- *En jobb du kunne tenke deg?*

- Ikke akkurat nå. Men man skal aldri si aldri.

Hun etterlyser mer engasjerte sykepleierne.

- Både når det gjelder arbeidsforhold og pasienter. Det er få på medlemsmøter, og for lite innspill. Jeg savner stemmene deres i den offentlige debatten.

- *Hvorfor er de ikke der?*

- Jeg aner ikke, men det handler nok mye om kultur.

Vi forlater kjøkkenet, og de tillitsvalgte sykepleierne er fortsatt der.

- Har du sett det? spør en og griper fatt i Morken:

- Tidspunktet på drøftingsmøtet?

Hun ser megetsigende på Morken.

Tilfeldig eller ikke: Den 28. januar skal det streikes, ikke drøftes. ●

marit.fonn@sykepleien.no