

Kjemper om tronen

Én av disse fire blir sykepleiernes nye forbundsleder.
9. november vet vi hvem.

side 20-25

KLP krever 50 000 tilbake side 10

Fagtema: Intensivsykepleie side 28

Tone Norekvåls hjertesak side 48

Færre pleieplaner med EPJ side 69



10



28



48

MabThera® gir dine pasienter større frihet!¹

Kjære venner

Nå har jeg endelig gjort det. Besøkt Eiffeltårnet, noe som alltid har vært en stor drøm. Etter at jeg begynte med nye medisiner har ting blitt mye enklere. Nå skal jeg bare inn til behandling én til to ganger i året.

Hilsen fra Paris



MabThera® gir vedvarende effekt med behandlingsintervaller på 6 – 12 mnd hos pasienter med leddgikt som ikke har hatt tilstrekkelig effekt på anti-TNF¹

MABTHERA[®]
RITUXIMAB



I NSF synes vi at alt som foregår på Landsmøtet i høyeste grad angår deg som medlem. Derfor vil vi gjerne invitere deg innenfor når Landsmøtet åpner den 6. november kl 16.00.

På www.sykepleierforbundet.no gir vi deg nå muligheten til å følge møtet gjennom unike filmklipp og løpende nyhetssaker. Det skulle da bare mangle. Det er tross alt deg de representerer der inne.



Sykepleien

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

E-post:

redaksjonen@sykepleien.no
interaktivt@sykepleien.no

Bankgiro: 1600.49.66698
Løssalg: kr 45,- pr utgave
Abonnement (ikke medl.) kr 798,- pr år

Ansvarlig redaktør

Barth Tholens
barth.tholens@sykepleien.no

Redaksjonssjef

Bjørn Arild Østby
bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

Fagredaksjonen

Nina Hernæs (leder)
nina.hernes@sykepleien.no
Torhild Apall Dybvik (fagredaktør)
torhild.apall@sykepleien.no
Susanne Dietrichson
susanne.dietrichson@sykepleien.no

Nyhetsredaksjonen

Marit Fonn (leder)
marit.fonn@sykepleien.no
Ann-Kristin Bloch Helmers
annkristin.helmers@sykepleien.no
Eivor Hofstad
eivor.hofstad@sykepleien.no
Kari Anne Dolonen
kari.anne.dolonen@sykepleien.no
Lily Kalvø (web-redaktør)
lily.kalvo@sykepleien.no

Desk og grafisk formgivning

Ellen Morland (leder)
ellen.morland@sykepleien.no
Hege Holt
hege.holt@sykepleien.no
Ingrid Lindemann
ingrid.lindemann@sykepleien.no

Markedssjef

Ingunn Roald
ingunn.roald@sykepleien.no

Markedskonsulenter

Stillingsannonser: Finn Simonsen
finn.simonsen@sykepleien.no
Produktannonser: Lise Dyrkoren
lise.dyrkoren@sykepleien.no

Repro og trykk

Stibo Graphic AS



Illustrasjon: Hege Holt

- 5 Siden sist
- 7 Helse i nyhetsbildet
- 9 **Sju raske:** Mette Mikkelsen
- 9 Datoen viktigst
- 10 KLP krever 50 000 tilbake
- 12 Sylvia tier om tiltak
- 14 Tallet er 3
- 16 Frykter ny migrasjonsbølge
 - Fattig eller rik?
- 20 Landsmøtet 2007: NSF's lederkandidater
- 26 Kandidater til styre om komité
- 28 Fagtema: Intensivsykepleie
 - Snakk med pasienten
- 34 **Dokumentar:** Han husker bare drømmene
 - 120 prosent virkelig
- 41 **Barth tholens** om pensjoner
- 43 Ny og nyttig database
- 43 Kols i røret
- 44 **Smartprisen 2007:**
 - Opplæring av hiv-pasienter
 - Lettlest om hjertesykdom
- 47 Fagnotiser
- 48 Tone Norekvåls hjertesak
- 50 **Kristin Heggen og Marit Kirkevold** om eldreomsorg
- 53 Sterk kost fra føden
- 54 Revisjon av NSF: Fylkeskontorene
 - Vil opprettholde seg selv
 - – Ønsker tettere kontakt med forbundsledelsen
 - – Viktigere enn noen gang
- 72 **Bøker:**
 - De enkle spørsmål
 - Anmeldelser
 - Månedens bok
 - Bokomtaler
- 77 9 spørsmål til Birgit Hildershavn Ellingsrud
- 78 **På veggen:** Gjensyn med Ullensvang

Neste nummer: Sykepleien 16/07**Sykepleierutdanningen**

Rammeplanen er en minimumsgaranti for kvaliteten på utdanningen.
Hvordan følges dette opp i praksis?



44



78

- 82 **Marie Aakre** om mediaeksponering
- 84 Debatt
- 88 **NSF: Bente Slaatten** om statsbudsjettet
- 89 NSF: Dette er lønnsgapet
- 90 Før
- 90 Folk

Fag i utvikling:

- 28 Snakk med pasienten
- 60 Færre senskader med NIDCAP
- 62 Utprøving av NIDCAP
- 66 Søk og lær
- 69 Mindre dokumentasjon etter innføring av EPJ og VIPS
- 91 Sykepleien JOBB – ledige stillinger
- 112 Meldinger, skoler og kurs

Dokumentar: Drømmer fra intensiv

For Jånn Stangnes er tre-fire måneder av livet borte. Men han sitter igjen med absurde erfaringer.

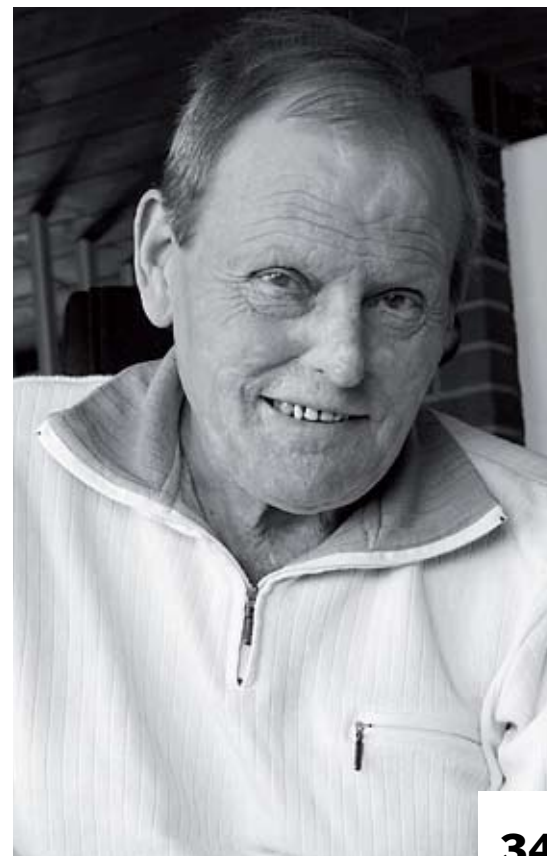


Foto: Erik M. Sundt

34

Siden sist inneholder korrigeringer og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe til? Kontakt oss på interaktivt@sykepleien.no



Feil tall

Beklageligvis snek det seg inn en trykkfeil i saken om NSF og lønn i Sykepleien 14/07. I artikkelen «Har fått lønn å leve av – men menn har fortsatt mest i pungen», side 25, blir forbundsleder Bente Slaatten spurt om hva hun er mest stolt over å ha fått til på lønnsfronten i denne landsmøteperioden. NSF-lederen trekker frem KS-oppjøret i 2006. Her oppnådde NSF å få 8,5 prosent tillegg, mens rammen var 4 prosent. De 8.5 prosentene har i vår tekst blitt til 4. Feilen er rettet opp i nettversjonen.

Red.

Feil ord

I Sykepleien 14/07, i saken «Pasienter påføres unødige skader» har det blitt en feil i billedteksten. «Leiring» har blitt til «læring», og billedteksten kan dermed bli oppfattet som kritikk av operasjonssykepleiere. Vi beklager.

Red.

Feil bilde

I vedlegget «Sykepleien Forskning» nr 03/07 til artikkelen «Familiebasert omsorg på godt og vondt – menn og kvinners beskrivelse av pleie- og omsorgssituasjonen overfor hjemmeboende personer med demens», har tidsskriftet benyttet et bilde av en eldre kvinne vi – inntil hun nylig døde – hadde svært nær tilknytning til og også et omsorgsansvar for – i den grad hun var i behov av dette. Hun var oppegående, bodde i egen leilighet, så litt dårlig, men hadde ikke snev av aldersdemens. Hun klarte seg stort sett helt på egenhånd – med unntak av et minimum av hjemmehjelpstjeneste hun selv bestilte og betalte. Siden jeg har vokst opp hos henne og fortsatt var nesten nabo, hadde både jeg og resten av vår familie nær sosial kontakt til gjensidig glede. Å definere henne inn som et eksempel på aldersdemens i en angivelig seriøs forskningsartikkel, føler vi derfor sterkt at er å krenke minnet til en meget ressurssterk og høyst oppegående og samfunnsengasjert kvinne. For øvrig mener jeg å huske at dette allerede var en del av en

reportasje i «Fagbladet», som hun stilte opp i for relativt kort tid tilbake og som hadde et helt annet fokus.

Petter Schou

Svar:

Redaksjonen i Sykepleien Forskning ønsket å illustrere forskningsartikkelen med et bilde som skulle gjengi et relasjonsforhold mellom en eldre hjemmeboende og en pårørende/voksen person. Det bildet vi til slutt valgte, viste seg imidlertid å ha vært tatt i en helt annen kontekst. Både fotografen og vi beklager dette sterkt. Vi har derfor stor forståelse for din reaksjon. Vår kvalitetssikring har ikke vært god nok.

Redaktør Barth Tholens

på ortografien. Hun har selv jobbet ved sykehuset som tenåring.

Hun skriver til redaksjonen:

– Det er utrolig at man kan skrive en artikkel om the Royal Infirmary of Edinburgh og skrive navnet så ukorrekt, og til og med gjenta det i artikkelen.

Troverdigheten svekkes. Også for Infirmary.

Hun legger til at Sykepleien er blitt et bra fagblad.

– Men rettskrivning er viktig.

Redaksjonen beklager at i og a (Infirmary) er blitt byttet ut med e og e (Infermery).

Red.

Sykepleien Helt Enkelt Unikt

Sykepleiens formålparagraf

Sykepleien skal utøve saklig, uavhengig og kritisk journalistikk forankret i Norsk Sykepleierforbunds formålparagraf, Redaktørplakaten og pressens Vær Varsom-plakat. Tidsskriftet har som oppgave å sette sykeplei-

ernes interesser på dagsorden. Sykepleien skal delta i samfunnsdebatten og stimulere til engasjement og meningsbrytning. Sykepleien arbeider etter Vær Varsom-plakatens regler for god presseskikk. Den som mener seg rammet av urettmessig omtale

oppfordres til å ta kontakt med redaksjonen. Brudd på pressens etiske retningslinjer, ifølge Vær Varsom-plakaten, kan klages inn for Pressens Faglige Utvalg. Sykepleien betinger seg retten til å lagre og utgi alt stoff som publiseres i elektronisk form.

Vi siterer Nina Anette Teigen

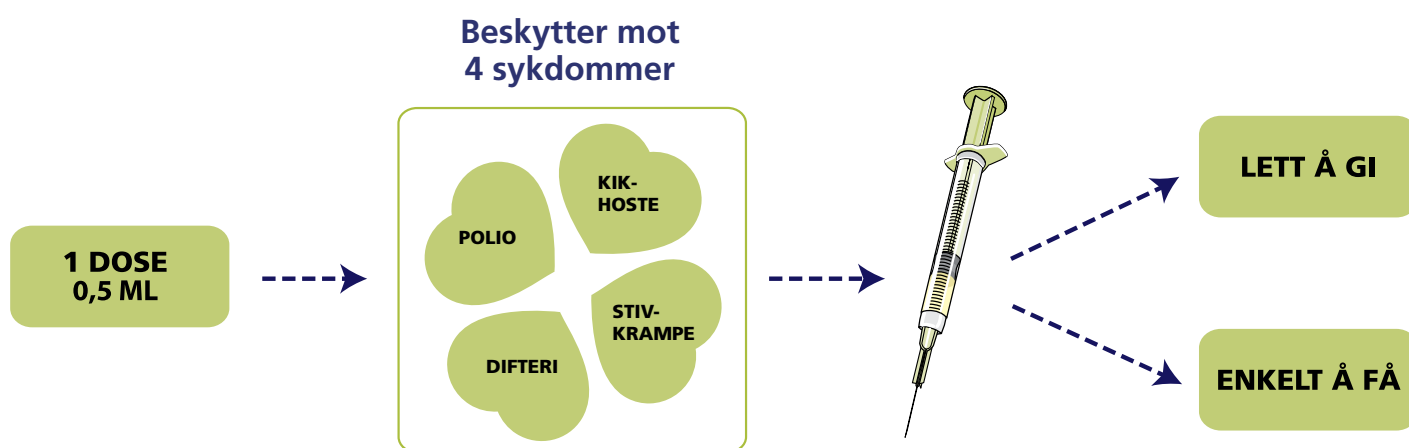
– Det har nok ikkje gått opp for meg at eg er blitt millionær.

Sykepleier Nina Anette Teigen til Sunnmørsposten etter at hun fikk beskjed om lottogevinst midt i arbeidstiden.



boostrix[®]polio

Påfyll av 4 grunnvaksiner i en sprøyte



- Immunitet opparbeidet via barnevaksiner, avtar over tid¹
- Nasjonale retningslinjer tilsier at uavhengig av reiseaktivitet bør alle **hvert 10. år** selv sørge for å få påfyll av vaksiner mot difteri, stivkrampe, kikhoste og polio¹
- Kikhoste øker i befolkningen, eneste muligheten til påfyll av kikhoste er via kombinasjonsvaksiner²



boostrix[®]polio

- også en reisevaksine

Se preparatomtale side 40

Hva skjedde siden sist? Sykepleien følger nyhetsbildet, både i bladet og på nett. Ring oss om tips, på tlf. 22 04 32 00 eller klikk deg inn på «Kontakt oss» på sykepleien.no

Nobelpris for stamceller

Nobelprisen i medisin for 2007 går til de tre stamcelleforskerne Mario R. Capecchi og Oliver Smithies fra USA og briten Martin J. Evans.

Utmattet av behandling

30 prosent av brystkreftpasienter som har gjennomgått cellegift- og strålebehandling blir rammet av et utmattelsesyndrom, såkalt «fatigue», i ettertid. Bare en av ti har fått informasjon om denne svært vanlige bivirkningen av legen sin, melder NRK.

Nesten halvparten på deltid

Mellom 30 og 50 prosent av alle ansatte i norske sykehus jobber deltid. Det viser regjeringens store deltidskartlegging. Ferske tall helse- og omsorgsdepartementet nå har fått på bordet, viser at sykehusene som sokner til Helse Øst topper deltidstatistikken, med vel halvparten av arbeidsstokken i fulle stillinger, melder sykepleien.no.

SUS blir såpeserie

Glem Chicago Hope, Grey's Anatomy og Akutten: Nå får nemlig Stavanger Universitetssykehus (SUS) sin egen TV-serie. Den nederlandske kunstneren Jeanne van Heeswijk har valgt å bruke SUS som ramme for en doku-såpeserie på seks til åtte episoder. SUS-ansatte blir brukt som skuespillere i reelle historier, skriver Rogalands Avis.

Én av 50 tar ADHD-medisin

Én av 50 barn og unge mellom ti og 19 år bruker ADHD-medisin, melder Oslo ANB.

Unge får alzheimer

Unge, helt ned i 30-årsalderen rammes av demens. I Oslo og Akershus har opptil 300 unge mennesker blitt rammet, melder NRK Østlandssendingen.

Fylkeslege rystet over Ullevål

Fylkeslege Petter Øgard er rystet over at Ullevål-legen som tidligere har fått advarsel for uansvarlig bruk av aktiv døds-hjelp, nok en gang er involvert i en slik sak, skriver Vårt Land.

Advarer mot medisin

Fire personer har dødd og 73 personer har fått alvorlige bivirkninger etter å ha brukt Brexidol. Det betennelsesdempende middelet er svært mye brukt blant idrettsutøvere, ifølge Bergens Tidende.

Ny kjønnssykdom herjer i Oslo

En ny klamydialignende kjønnssykdom herjer i Oslo-området. Tusenvis kan være smittet uten å vite det. Bakterien heter Mycoplasma genitalium, skriver NRK Østlands-sendingen.

Ulovlig gentesting av barn

Folkehelseinstituttet driver ulovlig gentesting av spedbarn, mener Bioteknologinemnda. 44.000 barn er testet til nå, rapportere NRK.

Advarer mot bergenssykehus

Legeforeningen har satt Haukeland og Haraldsplass på en obs-liste for sykehus som turnuskandidater bør styre unna. På samme listen står også flere andre store universitetssykehus, blant annet St. Olavs Hospital i

Trondheim og Universitetssykehuset i Tromsø, skriver Bergens Tidende.

Dødelig bakterie sprer seg

Den multiresistente bakterien MRSA var før et sykehusfenomen, men sprer seg nå blant befolkningen, skriver Nettavisen.

Rekordmange syke av flått

Folkehelseinstituttet har registrert mange flere tilfeller av sykdom ved flåttbitt i år enn i fjor. I alt 176 har blitt smittet av lyme borreliose i Norge i år, og blodsugeren er i ferd med å sette ny rekord. Langs kysten fra Vestfold til Vest-Agder er faren størst for å bli smittet, melder Fædrelandsvennen.

Hjelper russere

Helsepersonell fra Vestfold skal være med å modernisere behandlings- og rehabiliteringstilbudet for slagpasienter i Russland, melder Tønsberg Blad.

Friskere med dyr

Ny norsk forskning viser at psykisk syke som arbeider med dyr fikk bedre selvfølelse, tro på egen mestring, og redusert angst, melder NRK Puls.



Läkartidningen dekker temaer som obstruktiv søvnapné, QT-syndrom og debatt om sykemeldte kan miste jobben.



Private sykehus gjør gull, ifølge denne forsiden i det danske **Sygeplejersken**.



The Lancet har satt medikamentsikkerhet på dagsorden.

Effektiv sårbehandling av infiserte sår.



Digital illustrasjon



Digital illustrasjon



Digital illustrasjon



- AQUACEL® Ag bandasje har i in vitro studier vist bred antimikrobiell effekt inklusivt mot MRSA og VRE.¹
- Effektiv antimikrobiell effekt mot vanlig forekommende sårpatogener i opptil 14 dager^{2*}
- I gelet tilstand former AQUACEL® Ag seg etter såroverflaten.³
- Signifikant mindre smerte (P=.009) og ubehag (P=.002) ved bandasjeskift sammenlignet med SSD krem ved behandling av pasienter med delhudsbrannskader.⁴
- Kan forfuktes med sterilt vann eller NaCl ved behandling av tørre sår.

For ytterligere informasjon se bruksanvisningen i pakningen.

* In vitro



Vi spør Mette Mikkelsen

Alder: 48 år

Aktuell som: Foretakstillitsvalgt for Norsk Sykepleierforbund i Helse Bergen

Fakta: Helse Bergen oppretter en ordning med varslingsombud, som skal starte 1.1.2008. Alle ansatte kan foreslå kandidater til ombudet, som utpekes av to representanter fra arbeidsgiver og to fra arbeidstakerne i foretakets arbeidsmiljøutvalg, deriblant Mette Mikkelsen. De fire må være helt enige om den de velger.



Hvem sin idé er dette varslingsombudet?

– En gruppe som besto av ledelse, vernetjeneste og tillitsvalgte skulle se på retningslinjer og rutiner for varsling. De foreslo ordningen.

Hva blir ombudets viktigste oppgave?

– Det er veldig viktig at ombudet opptrer helt uavhengig. Ombudet skal motta meldinger om kritikkverdige forhold fra varslere som ikke ønsker å stå fram eller har tillit nok til ledelse, tillitsvalgte eller

verneombud. Ombudet skal være bindledd mellom ledelse og varslere, og skal orientere dem varslingen gjelder.

Vil du anbefale anonym varsling?

– Jeg er ikke prinsipielt mot. Vi har jo hatt eksempler der ikke-anonym varsling har fått uheldige følger.

Har du som tillitsvalgt tro på denne ordningen?

– Ja. Fordi ombudet har en viktig rolle for anonyme varslere. Og hvis en anonym varsler velger å stå

fram, er det ombudets oppgave å passe på at vedkommende ikke utsettes for gjengjeldelse.

Mange kandidater å velge blant?

– Foreløpig vet jeg om to. Vi må ha en person som kjenner Helse Bergen godt, og som har tillit blant de ansatte.

Sandviken sykehus er stadig i mediene fordi flere varslere er blitt omplassert. Et tegn på dårlig bergensk varslerklima?

– Hvis det ansatte sier er fakta, og

arbeidsgiver ikke kan dokumentere at det ikke er fakta, så er det et symptom på dårlig kultur. Gjengjeldelse som følge av varsling er jo brudd på arbeidsmiljøloven.

Hvor stort er behovet for varslere, tror du?

– Jeg mener det er viktig at ansatte tør å gi beskjed om kritikkverdige forhold.

tekst **Marit Fonn** foto **Siri Hvidsten**

Nyhet Venteliste

tekst **Eivor Hofstad** foto **Jørn Fremstad**

Datoen viktigst

Ventelistepasienter trenger ikke haugevis med lekker og detaljert informasjon i brevet de får fra sykehuset. Mest av alt ønsker de en passende dato for når operasjonen skal utføres.

Pasienter klager sjelden på selve behandlingen. De er mer kritisk til møtet med sykehuset og informasjonen de får. Derfor bestemte Unni Jane S. Wik å undersøke hvorfor det er slik, i sin masteroppgave i folkehelse. Hun dybdeintervjuet 24 ventelistepasienter til Klinikken for ortopedi og revmatologi ved St. Olavs

Hospital, der hun selv jobber som avdelingsleder.

Hun fant ut at pasientene aller helst ønsker en dialog med sykehuset for å finne en dato som passer, innenfor tidsfristen som er lovet. Får de i tillegg litt informasjon om hva som skal skje i for- og etterkant av inngrepet og noen å ta kontakt med, er de fornøyd.

Det er ikke uvanlig at pasienter som står på venteliste melder forfall til avtalen de har fått. Da er det lett å tenke at de ikke har så vondt likevel.

– Ikke glem at pasienter har forpliktelser i sin hverdag som alle andre mennesker. Selv om de er avhengig av hjelpen vi gir, er det ikke alltid så lett å bare slippe alt



BEDRE BREV: Unni Jane S. Wik er avdelingsleder ved St. Olavs Hospital og jobber med å forbedre brevene som sendes ut til ventelistepasienter.

og komme hit, sier Wik. Nå jobbes det i kulissene med å forbedre organiseringen slik at klinikken lettere kan gi pasienten en dato, men det er ikke lett å få til. Samtidig er Wik med i et prosjekt som skal forbedre brevene. – Vi kan nok ikke gi noen dato

med det første, men brevene kommer til å bli kortere og mer målretta mot tid og sted. I tillegg vil det være mer standardisert informasjon i form av ulike vedlegg, sier hun.

Kilde: Pulsen

KLP krever 50 000 tilbake

Da Ragnhild Stock var 71 år, jobbet hun mye i den tro at pensjonen ikke ble redusert. To år etter fikk hun et krav fra KLP på 50 000 kroner.

Kravet om tilbakebetaling kom i mai i år fra Kommunal Landspensjonskasse (KLP). Før det hadde sykepleier Ragnhild Stock ikke hørt et pip fra KLP om at det fantes en grense for hvor mye hun kunne jobbe uten at det gikk ut over pensjonen etter fylte 70 år. På trygdekontoret

hadde de opplyst at hun kunne tjene ubegrenset.

– Da kravet kom, reagerte jeg først med vantrø – dette må være feil! Etter hvert gikk det opp for meg at det var den bitre sannhet, sier den 73 år gamle pensjonisten i Vadsø.

Hun hadde tjent 200 000 kro-

ner ekstra i tillegg til pensjonen i 2005. Også fram til mars i 2006 hadde hun jobbet for mye. Nå ville KLP ha igjen 49 448 kroner.

Allmenn oppfatning

Fordi Stock hadde en svangerskapsemboli da hun var

ynge, jobbet hun i halv stilling i mange år. Dermed har hun ikke kunnet tjene seg opp noen god pensjon. Et kjærkomment tilskudd har derfor vært å jobbe ekstravakter ved Vadsø helse-senter. Men hun har alltid vært påpasselig med ikke å arbeide mer enn det reglene tillater for at hun ikke skulle bli trukket i pensjonen.

– At man kan tjene ubegrenset uten at det går ut over pensjonen når man er over 70 år, har jeg hørt i alle år fra alle kanter, sier Stock.

Hun har mange bekjente på samme alder, og i sommer har hun gjort det til underholdning å spørre dem hun treffer om hva de tror om å arbeide etter fylte 70 år. Deriblant både den tidligere rektoren og den tidligere helse- og sosialsjefen i kommunen.

– Jeg har spurt over 20 stykker og har ennå til gode å få det riktige svaret. Til og med han i skranken på trygdekontoret trodde jeg kunne tjene ubegrenset, sier hun.

Stock har hatt tre virksomhetsledere i tiden hun jobbet for mye. De kjente heller ikke til reglene og var derfor flittige med å ringe henne når de trengte vikarer på helsesenteret.

ALLMENN SANNHET:

Ragnhild Stock har spurt andre eldre personer om de tror at de kan tjene fritt etter fylte 70 år. Hun har ennå til gode å få nei til svar.



– Stygg sak

– Dette er en stygg sak. KLP har ikke overholdt informasjonsplikten sin, og NAV bør også være seg sitt moralske ansvar bevisst, sier rådgiver Aud Larsen i Norsk Sykepleierforbund.

Aud Larsen har vært rådgiver hos NSF's fylkeskontor i Finnmark i fem år, og dette er første gangen hun har fått en slik sak på bordet. – Ragnhild Stock har handlet i god tro, og vi mener KLP er å belaste for mangelfull informasjon. Hun fikk bare et generelt brev da hun gikk av med avtalefestet pensjon i 1998. Siden da har informasjonen vært så godt som fraværende, sier Larsen.

KLP sendte et informasjonsbrev til Stock i januar i år, men da var det jo to år for seint. Dessuten sier brevet ingenting om at reglene hos KLP avviker fra

folketrygdreglene om arbeid etter fylte 70 år.

– Saksbehandlingstiden har vært uforholdsmessig lang hos KLP. Varsel om trekk i pensjonen burde ha kommet etter skatteoppgjøret i 2006, sier Larsen.

Hun påpeker at da Stock gikk av med pensjon i 1998 eksisterte det en overgangsordning der man ikke fikk avkortning i pensjonen. Dette gjaldt til 1. januar 1999, og bør derfor også kunne gjelde for Stock.

Larsen synes i tillegg at NAV har et moralsk ansvar for å informere om begrensningene i reglene til KLP og SPK når de samtidig informerer om folketrygden.

– Det er bare en setning som skal til, minner hun om.

– *Synes du NSF bør informere sine medlemmer på nettsidene om pensjon?*

– Ja, helt klart, men NSF sitter ikke med informasjonsansvaret her, det er det KLP som gjør.

KLP med ny brevrutine

KLP kjenner til svært få saker der pensjonister har jobbet for mye etter fylte 70 år.

– Hvor mange tilbakebetalingskrav generelt vi sender ut hvert år, kan jeg ikke si, sier Anne Käte Grøholt, direktør i pensjonsservice hos KLP.

– Slike saker er uansett kjedelige for oss og for dem det gjelder, derfor jobber vi mye med å informere om regelverket i våre brosjyrer og brev til alle våre pensjonister.

Selskapet har fra i år begynt å sende ut et årlig informasjonsbrev sammen med lønns- og trekkoppgaven til alle sine medlemmer. Der står det at inntekten

ved siden av pensjonen i mange tilfeller vil kunne medføre reduksjon i pensjonen. Men brevet sier ingenting om at KLPs regler er annerledes enn folketrygdens for dem over 70.

– Vi kommer til å se nærmere på ordlyden i brevet. Men dette er ikke det eneste punktet som skiller KLP fra folketrygden. Vi mener det er u hensiktsmessig å informere om alt til hver enkelt pensjonist, men skriver i våre brev til dem at de må ta kontakt med KLP om det skjer endringer i deres inntektsforhold. Alle får tilsendt brosjyrer med mer detaljer.

Reglene

De fleste NSF-medlemmer er medlemmer av KLP i tillegg til folketrygden.

Noen er med i SPK eller andre ordninger. Så mye kan de jobbe uten å få avkortning i alderspensjonen, helt til autorisasjonen utløper ved 75 år:

Folketrygden: Kan jobbe inntil to ganger folketrygdens grunnbeløp (G) mellom 67 og 70 år. Etter 70 år kan de jobbe så mye de vil.

KLP: Kan jobbe inntil 168 timer i kvartalet (gjennomsnittlig inntil 14 timer i uken) fra 67 år og oppover. Jobber sykepleieren privat et sted som ikke omfattes av helsepersonelloven, kan vedkommende jobbe ubegrenset.

SPK: Pensjonen reduseres i forhold til inntekten, uavhengig av alder, men det lønner seg å jobbe. Arbeider medlemmene i privat sektor (utenfor SPK-ordningen og overføringsavtalen) kan de jobbe ubegrenset. I offentlig stilling kan de også det, dersom de blir ansatt med pensjonistlønn, 130 kroner per time.

Grunnen til denne misoppfatningen er sannsynligvis at folketrygden har disse reglene og er flinke til å informere om det. Men verken NAV, KLP eller Statens pensjonskasse (SPK) er like flinke til å fortelle at KLP og SPK ikke har samme ordning for de over 70.

NSF har klaget

I februar 2006 gikk Ragnhild Stock til lege og fikk påvist altfor lav blodprosent. Det viste seg at det var tykktarmskreft. Den 15. mars hadde hun sin siste vakt på helsesenteret. Kreften er alvorlig – den har spredt seg til leveren og hun har vært gjennom flere kurer med cellegift, operasjon og radiobølgeablasjon. Brevet fra KLP i mai kom derfor på toppen av tunge utfordringer.

– Jeg forsøkte å ringe KLP og «rykket stadig frem i køen», men det tok for mye tid og krefter. Så tenkte jeg at denne saken får NSF ta seg av, jeg har nok med å slåss mot kreftsykdommen.

Som sagt, så gjort. NSF i Finnmark har klaget saken og fått til svar at den er anket til trygderetten. Dermed er det bare å vente på utfallet. Om ikke hun får hele beløpet godkjent, håper hun i det minste på delt ansvar, slik at hun bare må betale halvparten.

I mellomtiden har KLP begynt å trekke Stock 2 411 hver måned. Av en pensjon på rundt 13 000 merkes det godt.

– Det svir. Jeg kommer ikke til å rekke å betale tilbake. De får ta av dødsboet mitt.

Sylvia tier om tiltak

Sylvia Brustad har mye pent å si om likelønn, likestilling av skift/turnus og flere heltidsstillinger i helsesektoren. Men hun kan ikke si et ord om hvordan det skal oppnås. Ennå.

Sykepleien snakket med helse- og omsorgsministeren Sylvia Brustad på selveste statsbudsjettdagen. Men det er lite konkrete meldinger å få. I dette

statsbudsjettet glimrer sykepleiernes kampsaker totalt med sitt fravær, selv om én av dem, likestilling av skift og turnus, sågar var en lovnad fra Soria Moria.



SEINERE: Helseminister Sylvia Brustad vegrer seg for å servere konkrete løsninger i intervjuet med Sykepleien.

Heltidsutsatt

Bare timer før vi møter Brustad har hun fått oversikten hun selv har bedt om fra helseforetakene som viser at mellom 36 og 46 prosent jobber deltid i landets helseforetak. Det er et høyt tall. Hvordan vil hun angripe det?

Vi får vite at hun som kvinnesaks kvinne ønsker at flere skal bli tilbudt heltidsstillinger både fordi kvinner skal ha en lønn å leve av, fordi helsesektoren trenger masse kompetente folk også i framtida, og fordi folk ikke tar lange utdanninger for å bli tilbudt små stil-

ge år og er ikke lett å løse. Vi er ikke ferdige med diskusjonene, og det er arbeids- og inkluderingsministeren som har ansvaret for den. Jeg kan ikke si noe om hvordan vi vil løse det.

– *Da blir det neste års budsjett som blir siste sjanse til å vise at dere mener det dere lovte?*

– Jeg hører du sier det ...

Samme dagen som statsbudsjettet legges fram er statsministeren på riksavisenes førstesider og slår fast (etter prinsesse Märtha Louises munnuhell i Aftenbladet) at vi ikke har likelønn i Norge. Tallene er

Bedre rammer til sykehusene og kommunene bør sette dem i stand til å gi bedre likelønn.

lingsbrøker. Dessuten klager en del brukere over å måtte forholde seg til for mange folk.

– *Men hvordan? Vil dere bruke pisk eller gulrot – lovregulering eller belønning?*

– Det er det for tidlig å si noe om. Denne oversikten er punkt én. Så vil vi ha en ny runde i januar når vi har foretaksmøter.

Likestilling på vent

Vi hopper til en annen kampsak: Likestilling av skift og turnus. Kvinner i turnus må jobbe to uker lenger årlig enn menn i skiftordninger.

– *Hvorfor er det ikke et ord i budsjettet om dette når dere lovet det i Soria Moria-erklæringen?*

– Det er en sak vi jobber veldig aktivt med. Den har versert i man-

klare: For dem med inntil fire års høyere utdanning (som sykepleiere og ingeniører for eksempel), tjener kvinnene bare 80 prosent av det mennene gjør.

– *Hva i statsbudsjettet kan bedre på det?*

– Bedre rammer til sykehusene og kommunene bør sette dem i stand til å gi bedre likelønn. Men jeg vil ikke uttale meg om lønnsforhandlinger bortsett fra at jeg deler statsministerens syn på at vi ikke har likelønn.

– *Hva vil dere gjøre med det, da?*

– Nei, det vil jeg ikke mene noe om. Jeg vil avvente hva likelønnskommissjonen kommer fram til.

Fortsatt omstilling

Noen av de få lyspunktene for sykepleierne i årets statsbudsjett er

på overordnet sykehusøkonomi-nivå. Dette er det første statsbudsjettet siden vi fikk statlige sykehus i 2002, som opererer med en vekst i pasientbehandlingen. Den er satt til 1,5 prosent. En økning på 1,79 milliarder skal dekke opp denne økte pasientbehandlingen.

I tillegg har det kommet et etterlenget nytt finansieringsregime for investeringer og nybygg for sykehusene. Hittil har helseforetakene måttet låne alt når de skulle bygge nytt, slik at mange av pengene måtte gå til å betale renter og avdrag i stedet for til pasientbehandling. Nå vil sykehusene få mer direkte over statsbudsjettet, så de slipper å låne så mye. For neste år er basisbevilgningen 5,3 milliarder, noe som er en økning på 1,67 milliarder fra i fjor.

Men Bente Slaatten, leder i Norsk Sykepleierforbund, er ikke fornøyd:

– Bevilgningene henger ikke sammen med ambisjonene. Det er allerede gitt en tilleggsbevilgning på 700 millioner og 190 millioner til høyere aktivitet i 2007. Dermed får sykehusene i realiteten bare 900 millioner i friske midler, og det skal både dekke underskuddet på 1 milliard og gi økt aktivitet. Det sier seg selv at dette ikke går.

Brustad hevder på sin side at det er feil å trekke ifra slik Slaatten gjør og at økningen til drift er på 1,79 milliarder fordi det ikke er noen automatikk i at tilleggsbevilgningene fra 2007 overføres til 2008.

– *Hvordan skal summen dekke både 1 milliard i underskudd og økt pasientbehandling?*

– Det mener jeg er fullt mulig. Målet med dette budsjettet er å gå i balanse til neste år. Nå har vi et historisk høyt budsjett med en økning på 3,9 milliarder kroner til pasientbehandling og styrket sykehusøkonomi. Det vil blant annet bety at 18 000 flere pasienter vil få behandling.

Allikevel minner Brustad om at sykehusene fortsatt vil være i omstilling også i 2008.

Flere omsorgsplasser og ansatte

I budsjettet er det lagt opp til 1000 nye omsorgsplasser i kommunene i 2008. Det har vist seg at kommunene gjerne bygger omsorgsboliger fordi det er billigere enn sykehjemsplasser.

– *Er det noen føringer for hva de nye plassene bør være?*

– Nei. Men tilskuddet til sykehjemsplasser ligger høyere enn til omsorgsboliger, henholdsvis på 600 000 og 400 000 kroner. Vi trenger begge deler.

Kommuneøkonomien gir rom for 2000 nye årsverk innen omsorgssektoren til neste år. Hittil har det kommet 7000. Dermed mener Brustad at målet om 10 000 nye årsverk kan nås i 2009 og at det skal komme ytterligere 12 000 innen 2015.

– *Hvilke yrkesgrupper blir de 2000 nye til neste år?*

– Det er det vanskelig å si noe om nå.

Her er de viktigste helsepostene

Regjeringen har bevilget 1. 790 millioner kroner for å styrke sykehusenes økonomi. Fornyelse av sykehusbygg og utstyr er en annen stor post.

Regjeringens viktigste satsinger på Helse- og omsorgsdepartementets område sammenliknet med saldert budsjett 2007:

- Styrket sykehusøkonomi: 1 790 millioner kroner
- Fornyelse av sykehusbygg og -utstyr: 1 670 millioner kroner
- Opptrappingsplanen for psykisk helse: 940 millioner kroner
- Omsorgsplan 2015: 136 millioner kroner
- Opptrappingsplan for rusfeltet: 100 millioner kroner
- Forskning: 16 millioner kroner
- Legemiddelinformasjon: 10 millioner kroner
- Kompetanse i tannhelsetjenesten: 6 millioner kroner

tekst **Kari Anne Dolonen**

HPV-nøling

Både Folkehelse og Kreftforeningen har anbefalt at HPV-vaksinen som kan hindre utvikling av livmorhalskreft bør inn i vaksinasjonsprogrammet. Sylvia Brustad vil ikke ta en bestemmelse om det ennå.

– Saken diskuteres i mange land og vi vil avvente den diskusjonen, derfor foreslår vi å ikke innføre den i år, sier hun.

– *Men vaksinen er på blå resept i Sverige, mens flere andre europeiske land har tatt den inn i vaksinasjonsprogrammet sitt?*

– Vi registrerer den diskusjonen som er i fagmiljøet blant annet her og i England, men det at vi ikke har tatt den inn i årets budsjett betyr ikke at vi har satt foten endelig ned.

tekst **Eivor Hofstad**

– Trenger 750 sykepleiere

Kommunene må fylle på med 750 nye sykepleiere neste år.

Erik Orskaug, sjeføkonom i Unio, mener regjeringen er i rute for å nå totalmålet om 10 000 hender innen 2009.

I statsbudsjettet legges det til rette for 2000 nye årsverk i omsorgstjenesten.

– Regjeringen sier 2000 nye årsverk i 2008, da er de i rute. Av disse skal det være 750 sykepleiere, sier Orskaug.

Soria Moria-erklæringen har lovet 10 000 nye årsverk i helse- og omsorgssektoren innen 2009. En utregning Unio har gjort, viser at det gjenstår 4000 årsverk for å innfri målene i kommunene.

Av de 10 000 skal en tredel være sykepleiere, en tredel skal være andre med høgskoleutdanning, og en tredel skal være på videregående nivå.

tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers**

Tallet er 3

I Helse Bergen fester leger og sykepleiere buttons til brystet. På dem står tallet 3. Hvorfor? Det handler om smerte.

Da Smerteklinikken sammen med Ortopedisk avdeling startet prosjektet «Mindre vondt, kjapt på beina» ble en smerteintensitet på 3 eller mindre satt som mål for smertebehandlingen. Spørsmålet var hvordan det skulle formidles.

– Hva er dette?

Anestesilege Guttorm Brattebø og sykepleier Marte Skagseth fikk en idé. De hadde undervist om smerte og delt ut verktøy for å måle smerte. Ingenting skjedde. Hvorfor ikke? «Kanskje er vi ikke tydelige nok på målet»,

undret de. En annen tilnærming var påkrevd. De ville ikke bare gå rundt og mase. De visste hvor de ville, og hadde tallet 3 i hodet hele tiden. Så hvorfor ikke ha det på brystet? Ergo: De trykket opp buttons. Når de gikk rundt på sykehuset, når de underviste, når de besøkte andre sykehus, undret folk seg. Både helsepersonell og ikke minst pasientene. De spurte hva dette var for noe. På den måten ble det mye lettere å informere, fordi det allerede var skapt en interesse. Marte Skagseth er veldig fornøyd med idéen, og gir den gjerne videre.

Kan fungere

Nå er smerteintensitet på 3 eller mindre mål for all akutt og postoperativ smertebehandling i Helse Bergen og buttonene er stadig i bruk.

– Hvorfor 3?

– Ved å sammenligne beskrivende og numeriske skalaer, ligger skillet mellom mild og moderat smerte rundt 3, forklarer Marte Skagseth.

– 3 eller mindre er et globalt mål for akutt og postoperativ smertebehandling.

– Hvorfor ikke 0?

– 0 er kanskje mulig for mange, men bivirkningene av medikamentene kan bli for store. Med smerteintensitet på 3 postoperativt skal pasienten kunne puste



HVER DAG: På ortopedisk avdeling treffer vi Lena Andersen. – Jeg bruker buttonen hver dag, sier hun.

godt og dypt, hoste opp slim, sove godt når han er trett og drive gjenopptrening foreskrevet av lege eller fysioterapeut. Rett og slett fungere i størst mulig grad.

Trenger ikke lide

Helse Bergen har valgt å bruke VAS-skala, som beskriver smerte fra ingen til verst tenkelige, sammen med numerisk skala, som beskriver smerte fra 0 til 10. Dette er i tråd med anbefalingene fra Norsk smerteforening.

Skagseth poengterer at hun er opptatt av at helsepersonell skal bruke disse verktøyene og være bevisste på valg av verktøy. I praksis prøver hun å få sykepleierne til å bruke mer numerisk skala.

– Ved å rangere smerte fra 0 til 10, trenger man strengt tatt heller ikke linjal, man kan bare spørre. Og da finnes det i realiteten ingen argumenter mot ikke å gjøre en smertevurdering, mener Skagseth.

– Noen, særlig eldre, synes det er lettere å sette en markør på en linje, sier anestesilege Tone Høivik.

– Så det er greit å ha en VAS-linjal i lommen.

Erfaringen er at et mål på 3 eller mindre legitimerer for pasienter at de ikke trenger å vente på sterke smerter før de ber om smertestillende.

– Det er vanlig å si til pasienten: «Bare ring på hvis du har vondt». Mange synes det er ganske vanskelig å vite når det er vondt «nok» til å si fra.



POPULÆRE BUTTONS: Nå har Smerteklinikken bestilt 1000 nye.

Mer objektivt

Å tallfeste smerteopplevelsen gjør det også lettere å dokumentere effekt av smertelindring.

– I journalen kan det stå: «Pasienten har det tilsynelatende bra». Hva betyr det, spør Tone Høivik.

– Jeg vil ha et tall.

– Når vi bruker mål på smerte og stiller konkrete spørsmål, blir dialogen med pasienten annerledes, opplever Skagseth.

– Det blir lettere å nyansere og iverksette individuelle tiltak, og det gjenspeiles i dokumentasjonen. Som for eksempel «pasienten hadde en smerteintensitet på 7, etter morfin 5 mg sc, så angav pasienten smerte lik 2.» Helsepersonell

opplever også tilfredshet når de kan lindre smerte og hjelpe pasienten.

Også barn?

Smerteintensitet under 3 er også et mål for barna i Helse Bergen, men i forhold til rutiner og bruk av verktøy er det ikke kommet like langt.

– Mange tror det er vanskelig å bruke vurderingsverktøy på barn, men det er ikke riktig, sier Tone Høivik.

– Her finnes andre skalaer, som ansiktsskalaer og fargepyramide, som mange barn synes det er lett å bruke. Men det er som med alle ting: Man må øve.

– *Planer for smertearbeidet videre?*

– Masse. Det vi aldri blir ferdige med er å få helsepersonell til å bruke verktøy. En annen plan er å sørge for at alle kan administrere opioider på en god og sikker måte, slik at pasientene får individuelt tilpasset smertebehandling. Å gjøre en grundig smertevurdering og evaluere effekt av tiltak ligger til grunn for all god smertebehandling, sier Marte Skagseth.



Smerteverktøy

● VAS (visuell analog skala) er ett verktøy for å angi pasientens subjektive opplevelse av smerte. På en 10 cm linje markerer pasienten sin smerteopplevelse fra ingen smerte til verst tenkelige smerte.

● Numerisk Skala (NRS) et annet. Da angis smerte på en skala fra 1-10.

SOKKER som **IKKE** strammer

•toppkvalitet til lavpris
•svært slitesterk
•kan vaskes på 60°C

ametrine
Postboks 333 - 7301 ORKANGER
Organisasjonsnr. 878684702

Trygg, norsk nettbutikk:
www.ametrine.no

Du mottar sokkene innen 3-4 dager
Ikke oppkrav, regning ligger i pakken



ametrine
Postboks 333 - 7301 ORKANGER
Organisasjonsnr. 878684702

Trygg, norsk nettbutikk:
www.ametrine.no

Ordretelefon 72 48 16 67 – Ordrefax 72 48 19 45

Fyll inn din bestilling og navn/adresse. Klipp ut og postlegg, svarportoen er allerede betalt.

..... << Klipp ut >>

LEVERES I PAKKER MED 5 PAR AV SAMME STØRRELSE OG FARGE

Pris for én pakke a 5 par:

145,-

tillsvarende kun **29,- pr par**

Tynn og elastisk bomullsokk
80% bomull, 15% polyamid, 5% Lycra®

Bomullsokk

Farge	Hvit	Natur	Blå	Grå	Sort
Størrelse					
33-35	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk
36-39	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk
40-44	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk
45-48	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk

Pris for én pakke a 5 par:

195,-

tillsvarende kun **39,- pr par**

Kløfri merinoull - svært slitesterk
60% merinoull, 35% polyamid, 5% Lycra®

Tynn ullsokk

Farge	Hvit	Natur	Blå	Grå	Sort
Størrelse					
33-35	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk
36-39	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk
40-44	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk
45-48	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk

Alle prisene er med mva. inkludert

Vent litt, jeg vil gjerne ha en prøvesokk før jeg bestiller, send prøve på Bomullsokk Tynn ullsokk

GRATIS levering i Norge ved bestilling av 5 pakker sokker (å 5 par) eller flere. Ved mindre bestillinger: 46,- i frakt. **20 dagers full returrett.**

VARENE SKAL SENDES TIL:

Navn:

Adresse:

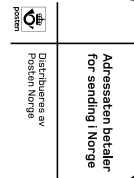
Postnr/sted:

Telefonnr:

e-post:

AMETRINE AS
Svaresending 9086
0098 Oslo

Sjkepleien okt-07



Klipp ut >

Frykter ny migrasjonsbølge

Allerede i 2004 innførte Skottland en kodeks mot systematisk import av helsepersonell fra U-land. Norge er i ferd med å gjøre det samme. Nå advarer en ekspert at rekrutteringsbehovet i framtiden igjen kan øke appetitten på afrikanske sykepleiere.

I 2002 nådde Storbritannia toppen av import av sykepleiere.

– Nesten halvparten av alle sykepleiere som fikk sin godkjenning dette året var utenlandske. Vi fikk spesielt mange sykepleiere fra India, forteller professor James Buchan (bildet) når han tar imot Sykepleien på Queen Margareth



University i Edinburgh. Buchan har forsket på helsevesen i over 20 år med spesielt blikk på migrasjon.

Å flytte på seg

I kjølvannet av at sykepleiere fra U-land reiste til rikere land for å arbeide, begynte enkelte miljøer å tenke på de etiske konsekvensene. Er det riktig at rike land tapper fattige land for viktig arbeidskraft?

– En viss arbeidsforflytning vil det alltid være. Men det er forskjell på naturlig flyt av arbeidskraft og regelrett tapping av ressurser, mener Buchan.

Storbritannia vedtok derfor i 2004 å innføre ett etisk kodeverk som skulle ansvarliggjøre arbeidsgivere og hindre aktiv rekruttering fra enkelte land. I dag er det mellom 130 og 140 land på listen over land det ikke skal rekrutteres fra.

Kodeksen, eller retningslinjene er ikke ulikt forslaget Arbeids- og inkluderingsminister, Bjarne Håkon Hansen nettopp har lansert (les mer på www.sykepleien.no).

Byråsykepleieren

De skotske retningslinjene gjelder også for vikarbyråer. Det vil si: Byråene må forholde seg til retningslinjene dersom de vil ha oppdrag fra det offentlige helsevesenet.

– Regelverket hindrer imidlertid ikke at enkeltpersoner fra landene som står på listen kan søke om godkjenning og arbeidstillatelse for å få jobb i Skottland, sier han.

Gresset er ikke alltid grønnere ...

I Irland og England har det vært flere eksempler i media på utenlandske sykepleiere som har kommet for å jobbe, og møtt en annen virkelighet enn hva de ble lovet.

– Enkelte har problemer med å finne et sted å bo, lønna har vært lavere enn lovet, og de har hatt problemer med å finne seg til rette i lokalsamfunnet de skal jobbe i, sier Buchan.

Finansielle kutt i helsevesenet og økning av kullene på sykepleierutdanningene, har gjort at det i 2006 for første gang på ti år, var vanskelig for nyutdannede sykepleiere å få jobb.

– Det har også ført til at det er vanskeligere for utenlandske sykepleiere å få arbeidstillatelse. For å forhindre sosial dumping har myndighetene bestemt at det ikke er lov å importere arbeidskraft fra andre land dersom det er nok tilgjengelige og kvalifiserte fagfolk i landet allerede, sier han.

Sykepleierne ble i fjor fjernet fra den nasjonale listen over yrkesgrupper det er lov å aktivt importere.

Vil øke

Buchan tror sykepleiemangelen igjen vil øke. Først og fremst på grunn av økningen i antallet eldre i årene som kommer.

– «Boomen» blir kanskje ikke

like høy som i 2002, men jeg tror kurven vil øke igjen om fem til ti år, sier han.

– Har regjeringen noen plan for hvordan de skal møte eldrebølgen?

– Regjeringen er pragmatisk. De tenker ikke ti år frem i tid. Når det ikke er sykepleiermangel i dag, tenker de ikke på det før vi igjen får mangel. Nå er det effektivisering som står høyest på dagsorden, sier han.

Overvåking

Buchan mener et regelverk alene ikke vil endre noe når det gjelder import av arbeidskraft.

Enkelte U-land ser på eksport av arbeidskraft som en handelsvare de jobber bevisst med å utvikle.

– Fillipinene er ett eksempel. De har lang tradisjon for å lære opp sykepleiere til det amerikanske helsemarkedet. India har begynt med det samme. Storbritannia har et bistandsprosjekt i Malawi som skal bedre levevilkårene for sykepleierne samtidig som man importerer arbeidskraft derfra. Det er enda for tidlig å si noe om effekten av dette prosjektet, sier han.

Forsiktig

Norges forslag om å starte bistandsprosjekter som utdanner sykepleiere, og dermed rettferdige-



Etisk kode

Kodeksen for import av helsepersonell skal å veilede skotsk helsevesen og vikarbyråer i etisk rekrutteringspraksis. Retningslinjene inneholder prinsipper og standarder som alle helseorganisasjoner må følge ved å sikre at aktiv rekruttering ikke gjøres i U-land.



USA PÅ TOPP: Mange sykepleiere fra fattige land ønsker seg jobb i USA.

Arkivfoto fra Zambia: Barth Tholens

gjøre import fra samme land, lokker frem et forsiktig smil hos Buchan.

– Jeg kan ikke gi råd til andre, men jeg kan si at man bør være forsiktig med de signalene man sender ved å sette i gang slike prosjekter, sier han.

Kvalitet

Også i Skottland snakker man om kvalitetssikring av sykepleiere og godkjenningssystemet er nokså likt det vi har her hjemme.

– Sykepleiere som får sin godkjenning skal ha et minimum av krav. Men det er kulturelle og språklige forskjeller som gjør at kommunikasjonen av og til blir vanskelig. Da kan kvaliteten blir truet, sier han.

Språkproblemer

Selv om engelsk er et verdensspråk, opplever også skottene språkproblemer med utenlandske sykepleiere.

Buchan forteller følgende his-

torie fra en BBC dokumentar:

– Storbritannia importerte en del spanske sykepleiere, som holdt faglig mål. De bestod også de nødvendige språktestene. Likevel er det forskjell på å forstå engelsk skriftlig og forstå muntlig engelsk med slang-uttrykk og ulike dialekter. De spanske sykepleierne jobbet i hjemmetjenesten i et område hvor slang-uttrykkene er mange. En spansk sykepleier ble forvirret da en pasient sa: «I'd like to spend a penny».

– Direkte oversatt betyr det at pasienten har lyst til å bruke en penny, men som slang betyr det at pasienten vil på toalettet. Det er selvfølgelig umulig å vite om man ikke kjenner uttrykket.

Ett annet eksempel er sykepleieren som snakker med pasienten under stellet, hvor pasienten sier: «Don't pull my leg» (ikke dra meg i foten), noe sykepleieren bestyrtet benektet at hun gjorde. Hadde hun kjent uttrykket ville hun forstått at pasienten egentlig sier «at nå tuller du med meg».

RCN og EU

Royal Collage of Nursing (RCN) er Storbritannias Sykepleierforbund.

– Hvordan har de stilt seg i diskusjonen om import av sykepleiere?

– De anerkjenner individets frihet til å flytte på seg for å jobbe, men har også anerkjent kodeverket fra 2004 mot aktiv rekruttering, sier Buchan.

EU har ikke vært på banen i det hele tatt.

– De er mer opptatt av å hindre sosial dumping etter det siste opp-taket av nye EU-medlemsland fra Øst-Europa. De nye landene har gjort at det nå er store økonomiske forskjeller innen for medlemslandene. Det gjør at enkelte land

med høye lønninger er bekymret for hvilke konsekvenser fri flyt av arbeidskraft kan få for deres egen arbeidsstyrke, sier han.

Lovforbud

NSF har vært litt mer frempå enn sin søsterorganisasjon i London.

– Vi har jobbet aktivt for å få et lovforbud mot import av sykepleiere fra fattige land. Sykepleiemangel er globalt problem. NSF ønsker å sikre at eventuell import av sykepleiere skjer på en etisk forsvarlig måte, sier 2. nestleder i NSF, Unni Hembre.

Fremtiden

Skottland begynte i år å overvåke arbeidsstyrken sin, men resten av Storbritannia har ikke gjort noe tilsvarende ennå.

Buchan tror at det vil bli vanskelig for mange av sykepleierne som akkurat er kommet til Storbritannia.

– Mange er på to års arbeidstil-latelseskontrakter. Når kontrakten går ut må den fornyes. Dersom det ikke er mangel på sykepleiere, blir den ikke fornyet og de må reise ut igjen, sier han.

Sykepleiere som har jobbet i Storbritannia i fem år kan søke om permanent oppholds- og arbeidstillatelse.

USA mest attraktivt

For mange sykepleiere fra fattige land, er det USA som står først på ønskelisten over land de vil jobbe i.

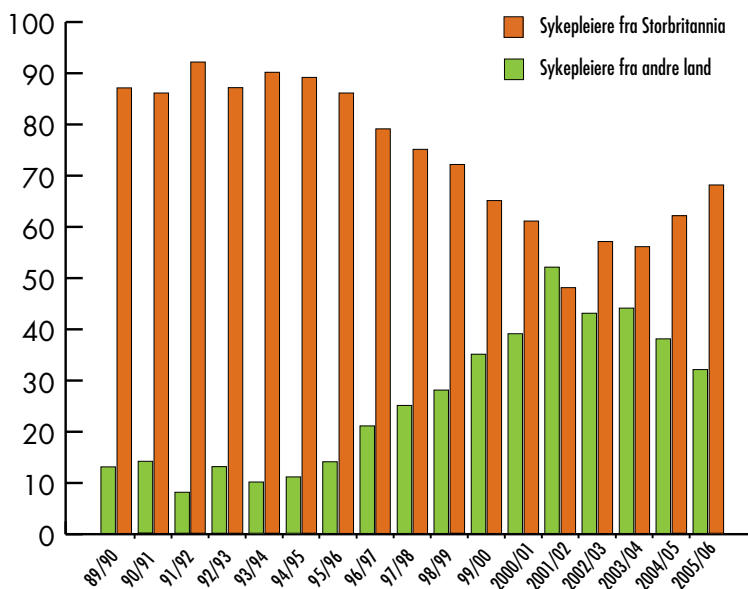
– En årsak er lønnen. USA betaler godt. Storbritannia ligger også blant de topp fem når det gjelder lønn, sier han.

Etter 11. september 2001 er det imidlertid blitt vanskeligere å få arbeids- og oppholdstillatelse i USA.

Buchan sier at det er ikke bare lønn som gjør at sykepleiere flytter på seg.

– I en undersøkelse kom det frem at mange kom hit for å ta videreutdanning eller for å sjekke andre karrieremuligheter.

Rekruttering av sykepleiere til sykehus i Storbritannia – i prosent



Fattig eller rik?

USA og Storbritannia har frem til nå importert en stor del av sitt helsepersonell fra fattige land. Norge og Australia har mer import fra økonomisk likestilte land.

I likhet med Norge har behovet for sykepleiere i Skottland vært stort i store deler av 90-tallet og frem til nå. Professor James Buchan ved Queen Margareth University i Edinburgh har lenge forsket på immigrasjon av sykepleiere. Han har skrevet flere forskningsartikler om emnet.

En av artiklene tar for seg fem lands import av sykepleiere og fra hvilke land de importerer fra. Hensikten har vært å finne ut om rike land importerer arbeidskraft de har bruk for fra fattige land, eller om de importerer fra land som er likestilt økonomisk

En av fem fra U-land

Storbritannia, Norge, Irland, Australia og USA er landene han har sett på. Tallene er fra 2002. Buchan fant at av alle sykepleiere Storbritannia importerte, kom nesten 20 prosent fra lavinntektsland, om lag 55 prosent fra lavere middelklasseinntektsland og litt over 20 prosent fra middelklassen eller høyinntektsland.

For Norge er tallet på import av sykepleiere fra de fattigste landene en til to prosent, vi importerte opp mot fem prosent fra lavere inntektsland og resten fra land som er samelignbare med vårt eget inntektsnivå.

– Det kan muligens forklares

med at Storbritannia importerer fra sine gamle kolonier. De fleste snakker engelsk. Norge har ikke samme «fortrinn». Det er vanskeligere for sykepleiere fra land i Afrika å få godkjenning i Norge. Dessuten er det sannsynligvis mer attraktivt å jobbe i et land hvor man kan språket, sier han.



Skotsk helsevesen:

80 prosent av sykepleierne i Skottland jobber i offentlig helsevesen. 20 prosent jobber i det private, hovedsakelig i kommunehelsetjenesten. Lønnsmessig er det ingen store lønnsforskjeller mellom private tjenester og offentlige tjenester.

Tallene for Australia ligner mest på Norges importtall, men de importerer litt mer (omlag 15 prosent) fra lavinntektsland og lavere middelklasse land.

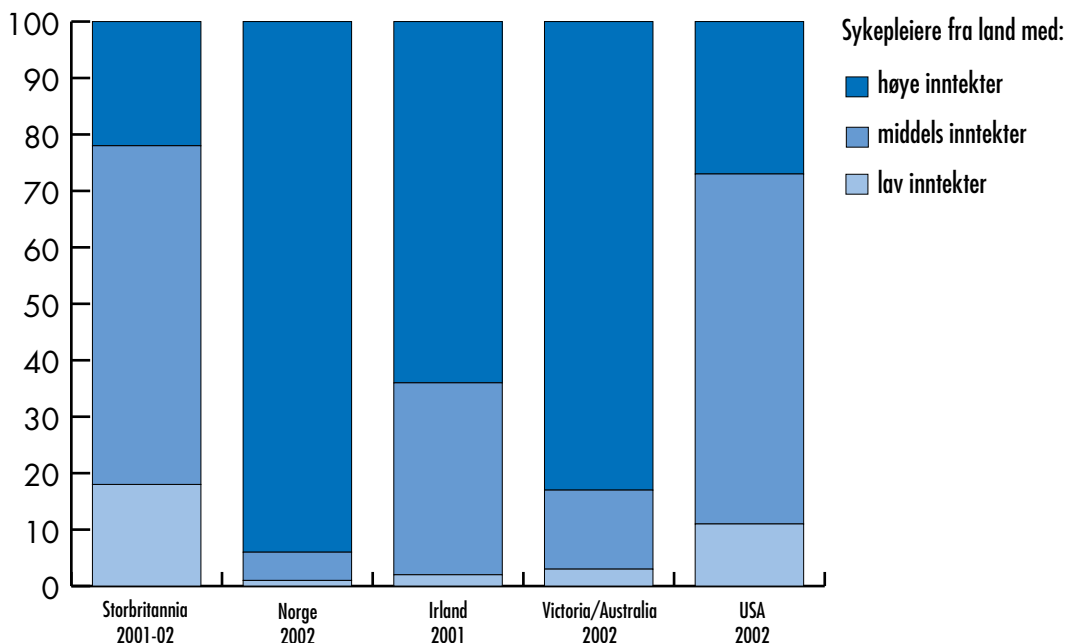
USA og Irland

Også Irland importerte kun ett par prosent fra de fattigste landene, men over 30 prosent av

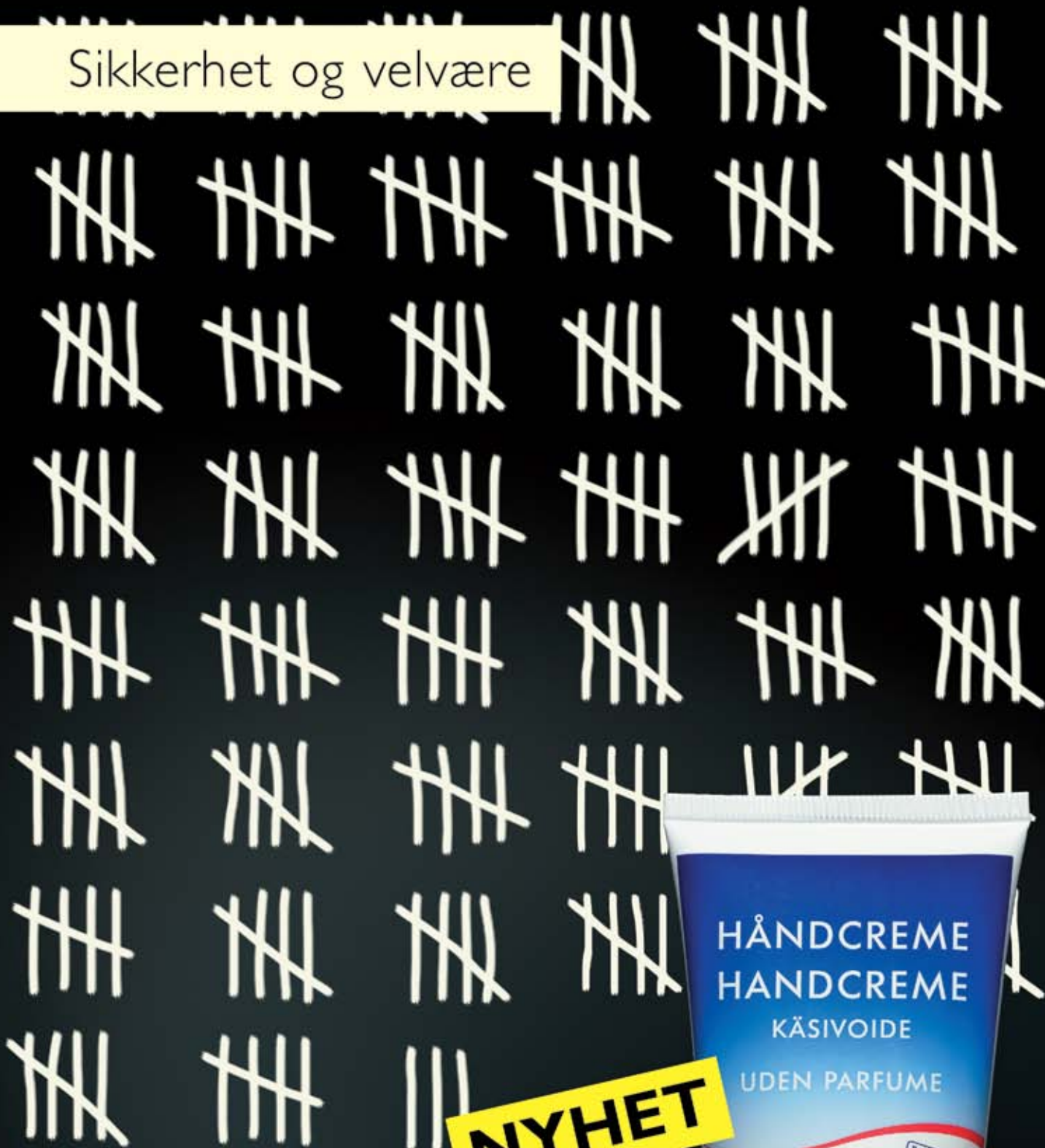
sykepleierimporten kommer fra lavere inntektsland.

USAs statistikk ligner Storbritannias. Over 10 prosent kommer fra lavinntektsland, mens om lag 60 prosent fra lavere middelklasseinntektsland.

Hvor henter man utenlandske sykepleiere fra? (I prosent)



Sikkerhet og velvære



NYHET

Innholdet i tuben holder til mer enn 200 ganger.

Prøv en annerledes effektiv håndkrem. Uten parfyme.





Én av disse fire blir sykepleiernes nye forbundsleder.
9. november vet vi hvem.

Toppvervet i Norsk Sykepleierforbund er snart ledig, og fire kandidater er klare til å ta over. Den nye lederen blir valgt på landsmøtet som åpner 6. november.

Sykepleien har stilt fem like spørsmål til de fire kandidatene. Hvor forskjellige er de egentlig?

Hva skiller dem mest? Er det personligheten? Bakgrunnen? Eller deres sykepleiepolitiske syn.

En av kandidatene, Lisbeth Normann, stiller bare til valg for toppledervervet. De tre andre – Tone Elin Mekki, Anne Marie Gran Brun og Unni Hembre – er

dessuten kandidater til vervet som nestleder. Det er også Jan Erik Nilsen, som i tillegg er eneste kandidat til vervet som 2. nestleder.

Det er de 181 delegatene på landsmøtet som bestemmer hvem som skal styre NSF-skuten den neste perioden.

På www.sykepleierforbundet.no kan du lese kandidatenes cv-er, hva forslagsstillerne sier om dem og deres egne begrunnelser for å stille til valg.

Navn: Anne Marie Gran Bruun

Alder: 52 år

Bor: Tønsberg

Stilling: Leder for videreutdanningen i anestesisykepleie på Høgskolen i Vestfold

Sykepleier siden: 1978

Vi-tenkeren

Anne Marie Gran Bruun er leder i faggruppen for anestesisykepleiere. Det har hun vært siden 1998. Mye krefter har gått med til å jobbe for en ordning med spesialistgodkjenning for faggruppen hennes. Hun er også leder for videreutdanningen i anestesisykepleie på Høgskolen i Vestfold. Bruun bor på Aker gård i Tønsberg. Mannen driver gården og de har tre sønner på 28, 24 og 17 år.

Bruun påpeker at ikke alt dreier seg om anestesisykepleie for henne. Hun har hatt flere sentrale oppgaver i NSF.

– Nå er jeg med i pilotprosjektet om samhandling med kommersielle aktører. Jeg har også deltatt i gruppen som har sett på lokalsykehus og akuttfunksjoner, forteller hun.

– Som medlem av sentralt fagforum møter jeg alle utfordringene i helsetjenesten. I tillegg har jeg arbeidet mye med generelle utdanningspolitiske spørsmål sammen med fagpolitisk avdeling.

Bruun har nettopp avsluttet sin master i folkehelsevitenskap.

– Hvordan vil du sørge for mer lønn til sykepleierne?

– Ved å bruke tre argumenter: 1. Lik lønn for likt arbeid.

2. Lønn skal ha sammenheng med ansvar og kompetanse.

3. Lønnen må være attraktiv hvis helsevesenet skal rekruttere oss.

Bruun vil vise konsekvensene av ikke å rekruttere.

– Én følge er økt bruk av vikarbyrå. En annen er import av arbeidskraft. Begge deler er kostbart. En enda mer betenkelig side av import er at det er usolidarisk å tappe andre land for arbeidskraft som landene trenger selv.

– Hvordan vil du styrke sykepleierne som fagpersoner?

– Jeg vil gjøre noe med identiteten og yrkesstoltheten. Sykepleierne må ha muligheten til å utføre jobben faglig forsvarlig. Vi må få ressurser til å vedlikeholde kompetansen. Det trengs praktiske programmer til dette.

Bruun vil skape en vi-kultur.

– Vi må støtte hverandre slik at folk ser at jobben vi gjør har stor verdi.

– Hvordan gjøre NSF mer synlig i helsepolitikken?

– Vi er nødt til å være mer proaktiv. Sette agenda, delta i den offentlige debatten, synes i offentlige dokumenter. Et eksempel er at anestesisykepleierne deltar på 4 000 ambulansoppdrag i

året, men det står ikke i et eneste offentlig dokument. Sykepleierne vet selv hvor skoen trykker. Dette må NSF formidle tydelig videre til politikerne og brukerne av helsetjenestene.

rammene må være til stede. Jeg er løsningsorientert, og tror på samarbeid med andre grupper i helsevesenet for å nå felles mål. Jeg ser andres potensial og liker å få dem til å vokse. Vi-kultur er viktig. NSF er ikke et enmannsforetak.

– Hva er din hjertesak?

– Å, det er så mye... Men det må være at sykepleierne må ha arbeidsvilkår som gjør at vi kan utvikle den nødvendige kompetansen som pasientenes behov krever. Det er håpløst å snakke om kompetanse uten å se det i sammenheng med tilgjengelige ressurser. Dette må vi dokumentere.

– Hvorfor skal delegatene velge deg?

– Fordi jeg er god til å promotere faget. Og til å synliggjøre at

Navn: Tone Elin Mekki

Alder: 50 år

Bor: Bergen

Stilling: Førstelektor ved Høgskolen i Bergen

Sykepleier siden: 1980

Lagspilleren

Tone Elin Mekki er førstelektor ved Høgskolen i Bergen. Hun har vært tilknyttet skolen siden 1994, og før det var hun lektor i Hammerfest i seks år. Bergenseren bor med sin mann, eks-rektor som arbeider med skoleutvikling, og de har to sønner på 23 og 26 år.

Mekki skynder seg å påpeke at hun har mer å fare med enn skoleeksportise:

– I løpet av disse årene har jeg hatt flere permisjoner for å arbeide i praksis og lede ulike prosjekter.

De siste fire årene har hun ledet et etter- og videreutdanningsprosjekt i kommunehelsetjenesten på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet.

I 1998-99 ledet hun det regjeringsutnevnte Mekki-utvalget som kom med forslag om rammeplan og tiltak for bedre praksisopplæring i sykepleierutdanningen.

– Hvordan vil du sørge for mer lønn til sykepleierne?

– Jeg vil vise til konkrete eksempler på hvor viktig sykepleiernes kompetanse er for at pasientene skal få gode tjenester. Sykepleiernes bidrag til velferdssamfunnet er betydelig, og behovet for sykepleiere vil bli enda

større. Regjeringen ønsker å bli gjenvalgt på en sterk offentlig sektor. Da har den ikke råd til å verdsette kvinner lavere enn menn. Retten til full stilling må lovfestes, og turnus må likestilles med skiftarbeid. Erfaring fra England viser at når politikere satset på kunnskap og lønn i geriatrien, så har dette fagfeltet blitt blant det mest ettertraktede.

– Hvordan vil du styrke sykepleierne som fagpersoner?

– Ved å vise at sykepleierne har en fagkompetanse som samfunnet er avhengig av. Alle vet at det må være leger på sykehuset. Det få tenker over er at mange pasienter ikke ville kommet ut i live uten sykepleiernes overvåking og oppfølging.

– Også i kommunehelsetjenesten er våre ferdigheter avgjørende for både pasienter og pårørende. For eksempel kan pasienter velge å dø hjemme fordi sykepleierne har kompetanse om smertepumper og lindrende behandling. Jeg er for kompetansebaserte lønnsstiger og flere stillinger til fag- og forskningssykepleiere. Dessuten må videreutdanningene innpasses i gradsstrukturene.

– Hvordan gjøre NSF mer synlig i helsepolitikken?

– Ved å styrke tillitsvalgte og fylkes- og faggruppelidernes mot og vilje til å vise fram resultater til beslutningstakere og media. Med den innsikten sykepleierne har, kan vi si mye om hvordan helsetjenesten bør organiseres. Vi kan utvikle modeller og løsninger, gjerne i samarbeid med andre arbeidstaker- eller pasientorganisasjoner. Da vil vi også bli etterspurt. Og vi må være i kontinuerlig dialog med fagmiljø og politikere, også internasjonalt.

– Hva er din hjertesak?

– Hm... At sykepleierne skal få den anerkjennelsen vi fortjener, og en lønn som står i forhold til det.

– Hvorfor skal delegatene velge deg?

– Fordi jeg brenner for faget og yrket, og har lyst og energi til å kjempe for at sykepleierne skal få bedre vilkår og posisjon i samfunnet. 30 års erfaring som sykepleier har gitt meg erfaringer fra et bredt felt, også geografisk. Jeg er optimistisk og en utpreget lagspiller som tåler uenighet. Tidligere prosjekter har gitt meg kunnskap om hva som skal til for å lykkes.



Navn: Unni Hembre

Alder: 48 år

Bor: Oslo

Stilling: 2. nestleder i Norsk Sykepleierforbund

Sykepleier siden: 1989

Kontinuiteten

Unni Hembre er den eneste av kandidatene som nå er en del av ledelsen. Siden 2004 har hun vært andre nestleder. Før det var hun leder i NSF Oslo i seks år. Hun ble sykepleier i 1989 og har sin sykepleiererfaring fra kommunehelsetjenesten.

Hembre bor i Oslo med mann som er jurist i politiet, og de har en sønn på 19 år.

– Jeg var godt voksen da jeg ble sykepleier, opplyser hun og viser til sin fortid som tannpleier og innehaver av en delikatesseforretning.

Erfaringen med salg og service mener hun er nyttig for en leder i en organisasjon som skal betjene medlemmer.

– Hvordan vil du sørge for mer lønn til sykepleierne?

– Jeg har stor kompetanse om lønn, lønnsforhandlinger og lønnsystemet i Norge. Og jeg har stort nettverk, både i og utenfor Unio.

Unio er NSF's hovedorganisasjon, og Hembre er nestleder i Unio Oslo.

– Alt dette vil jeg bruke til fordel for sykepleierne. Lønn til sykepleierne henger nøye sammen med fagets utvikling og sykepleierens status. Det er nesten umulig

å snakke om lønn uten samtidig å snakke om fag.

– Sykepleieryrket verdsettes betydelig dårligere enn mannsdominerte yrker det er naturlig å sammenlikne med. Vår store mulighet til å gjøre noe med dette nå er likelønnskommisjonen og tariffoppjøret til våren.

– Hvordan vil du styrke sykepleierne som fagpersoner?

– Jeg vil sende en «wake-up-call» til sykepleierne: «Sett av tid til å holde deg faglig ajour! Utvikle kompetansen din!»

Dette er avgjørende for at sykepleie skal gjøre en forskjell. Vi skal være garantister for kvalitet og pasientenes sikkerhet. Da må vi sørge for at kompetansen er helt oppdatert.

– Jeg vil kreve at arbeidsgiverne tar sitt ansvar ved å gi den enkelte sykepleier tid og mulighet.

– Hvordan gjøre NSF mer synlig i helsepolitikken?

– NSF er synlig i dag. Men jeg er enig i at vi kan bli enda mer synlig. NSF har en unik kompetanse via faggrupper, tillitsvalgte og ansatte. Den gjør det mulig ikke bare å følge dagsordenen, men å sette den også. Her er vi

i gang. For eksempel arbeider vi med å utvikle sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer på nordisk nivå. Med dette er vi med på å skape fremtidens tjenester. Mange sykepleiere er aktive i helsepolitiske debatter. Jeg vil gi dem verktøy de kan ta med seg i debatter på sitt sted.

– Hva er din hjertesak?

– Oj. Da må jeg gå tilbake til hvorfor jeg ville bli sykepleier. Det var fordi jeg ville gjøre noe med eldreomsorgen vår. I den grad jeg har en hjertesak må jeg si kommunehelsetjenesten. Tilbudet til pasientene og forebyggende helsearbeid for folk.

– Hvorfor skal delegatene velge deg?

– Fordi jeg kan videreutvikle en allerede god organisasjon. Jeg er en tydelig politiker og har en inkluderende lederstil. Jeg

har evne til strategisk ledelse og står for mine beslutninger. Og jeg har lyst og vilje til å ta ansvar. Dessuten representerer jeg kontinuitet.



Navn: Lisbeth Normann

Alder: 47 år

Bor: Oslo

Stilling: Helsefaglig direktør, Aker universitetssykehus

Sykepleier siden: 1985

Nettverks- byggeren

Lisbeth Normann har jobbet som sykepleier siden hun gikk ut av Aker sykepleierhøgskole, bare avbrutt av fem år som fagsjef i Norsk Sykepleierforbund, og den nåværende stillingen som helsefaglig direktør ved Aker universitetssykehus. Med spesialutdanning i operasjonssykepleie fra 1991 er det kanskje ikke så underlig at hun har sansen for håndfaste prosjekt. Det

har gitt seg utslag i deltakelse i et utall ulike råd, utvalg og prosjektgrupper, både lokalt, nasjonalt og internasjonalt.

Hennes siste meritt har vært innføringen av «Sykepleierløftet» på Aker universitetssykehus. Det har resultert i 30 tiltak for å bedre sykepleiepraksis.

Normann slipper neppe unna fagdiskusjoner når arbeidsdagen er over, så lenge mannen heter Erik og er administrerende direktør på Akershus universitetssykehus. Til sammen har de fire barn i alderen 19-26 år. En gutt og tre jenter, deriblant en sykepleier.

– Hvordan vil du sørge for mer lønn til sykepleierne?

– Det er viktig at det ikke er et skarpt skille mellom fag og lønn. Innsatsen

i forhold til utøvelse av faget er grunnlaget for belønning både i form av lønn og andre goder som for eksempel frikjøpt tid til fagutvikling og forskning. NSF har fått til mye bra på lønnsiden som må videreføres. Det blir viktig at NSF er tydelig på utfordringene som kommer, slik som likelønn og pensjonsrettighetene.

– Hvordan vil du styrke sykepleierne som fagpersoner?

– Det viktigste for meg er at NSF gjennom sine ressurser kan bidra til at sykepleierne har et godt faglig og stimulerende arbeidsmiljø. Vi vet at gode fagmiljøer rekrutterer og beholder de beste og gjør sykepleierne faglig trygge. Dette kan NSF bidra til ved å styrke lederne, jobbe for at sykepleierne har tilbud om fagutvikling og kurs, at utdanningene på alle nivåer har god kvalitet og at det er gode betingelser for dem som vil forske. NSF er i en unik posisjon i denne sammenheng fordi organisasjonen har oversikt over helseutfordringene, kompetente faggrupper, et godt sentral- og lokalapparat og tilgang til dem som tar beslutningene både lokalt og sentralt.

– Hvordan gjøre NSF mer synlig i helsepolitikken?

– Organisasjonen har ulike nivå som hver for seg er viktige og som sammen skal tilfredsstille medlemmene. NSF skal være nær og tilgjengelig. Samtidig skal politikere og helsemyndigheter påvirkes. Jeg synes OU-saken som skal opp på landsmøtet har flere gode og velfunderte løsninger i så måte. For å være synlig utad må vi ha åpenhet og godt samarbeid innad. Dersom vi i tillegg utnytter ressursene godt, mener jeg NSF vil være en markant aktør innen helsepolitikken.

– Hva er din hjertesak?

– Å styrke sykepleierens posisjon og verdi i samfunnet. I tillegg ønsker jeg å synliggjøre sykepleierens betydning for gode helsetjenester.

– Hvorfor skal delegatene velge deg?

– Ut over det jeg har nevnt ovenfor, er min største styrke at jeg er uredde, tydelig og entusiastisk. Jeg tror at mitt engasjement for sykepleierne merkes. Jeg mener at jeg blir hørt og at jeg er lett å samarbeide med. I tillegg har jeg et stort nettverk i Norge og i utlandet. Jeg har bred teoretisk kompetanse og jeg kjenner faget godt etter snart 20 års praksis.



Enig eller uenig?

De fire er kanskje mer enig enn uenig om organisasjonens politikk og strategi. Derfor har vi utfordret dem ved å presentere **ti ulike påstander**, og bedt dem bekrefte eller avkrefte dem – vel vitende om at det ikke er enkelt å svare bombastisk når påstandene dreier seg om store tema. Svarene må også ses i lys av det. For å gjøre det litt lettere fikk de

fem svaralternativ: Enig, uenig, litt enig, litt uenig, vet ikke.

Først ute er Unni Hembre. Motvillig svarer hun på alle ti påstandene. Tone Elin Mekki lar det stå til med holdningen «vi får se stort på det», og svarer radig på alle påstandene. Anne Marie Gran Bruun det samme. Men med en liten kommentar til punkt 4:

– Jeg er selvsagt for flere menn i yrket. Men ikke for kvotering.

Lisbeth Normann svarer først på påstandene – under tvil. Men ringer tilbake like etterpå og sier nei, dette vil hun ikke.

– Problemstillingene er svært viktige og krever mer nyanserte svar enn det her er gitt rom for, sier Normann.

Noen dager etterpå trekker

Hembre seg. Behovet for å forklare sine svar blir for stort.

– Påstandene krever mer utfyllende kommentarer enn enig og uenig. Et eksempel er påstanden om bistand. Jeg er uenig i at NSF skal bruke mer penger på bistand, men andelen penger til solidaritetsarbeid kan godt øke, sier Hembre.

Svaralternativ: Enig, uenig, litt enig, litt uenig, vet ikke

10 PÅSTANDER:	Anne Marie Gran Bruun	Tone Elin Mekki	Unni Hembre	Lisbeth Normann
1 Færre sykepleierhøyskoler vil gi høyere kvalitet på utdanningen.	Uenig	Litt uenig	Ingen kommentar	Ingen kommentar
2 Mer av kontingenten må gå til bistand.	Enig	Uenig	Ingen kommentar	Ingen kommentar
3 Likelønn kan kun oppnås via en politisk reform – vanlige lønnsoppgjør er ikke nok.	Enig	Enig	Ingen kommentar	Ingen kommentar
4 Det må bli mer menn i yrket – minst 25 prosent.	Litt uenig	Enig	Ingen kommentar	Ingen kommentar
5 NSF må bli mer offensiv for å oppnå mer lønn.	Enig	Enig	Ingen kommentar	Ingen kommentar
6 NSF er for lite på Dagsrevyen.	Enig	Enig	Ingen kommentar	Ingen kommentar
7 Sykepleierne jobber for mye deltid.	Enig	Enig	Ingen kommentar	Ingen kommentar
8 På tide at NSF får en leder som har markert seg fagpolitisk.	Enig	Enig	Ingen kommentar	Ingen kommentar
9 Kontingenten vil ikke øke med meg som leder.	Enig	Enig	Ingen kommentar	Ingen kommentar
10 Det må bli færre fylkeskontor i NSF.	Uenig	Uenig	Ingen kommentar	Ingen kommentar

Nominasjonskomiteen vil ha Normann

Nominasjonskomiteen innstilte 12. oktober Lisbeth Normann som forbundsleder, Unni Hembre som nestleder og Jan-Erik Nilsen som 2. nestleder.

Begrunnelsen vil bli gitt muntlig på landsmøtet foran hvert valg, opplyser nominasjonskomiteens leder Toril Teigen.

– Vi har gjort en grundig jobb. Jeg er glad for at vi kan presentere en enstemmig innstilling, sier hun. (Se øvrige innstillinger neste side.)

LANDSMØTE '07

Nominasjonskomiteen har talt

NSFs landsmøte åpner 6. november. Sykepleien har fortløpende presentert kandidatene til alle vervene. Alle kandidatene er mer utfyllende presentert på NSF's nettsider: www.sykepleierforbundet.no

12. oktober kom nominasjonskomiteen med sin innstilling.

Følgende er innstilt:**Forbundsstyremedlemmer:**

Rigmor Føske Johnsen
Solveig K. Bratseth
Inger Skjæveland
Kirsti Jacobsen
Marit Waag
Birgitte Lenes Ekeberg
1. vara: Inger Marie Aasheim

Øvrige vara:

Inga-Lill Rønning
Birgit Reisch
Karen Bjørø
Sigfrid Stendahl
Solfrid Halsen

Rådet for sykepleieetikk:

Leder: Marie Aakre

Medlemmer:

Anne Clancy
Anne Ma. Christensen Hovde
Runa Francisca Faye
Berit Daae Hustad
Aud Moe

1. vara: Grethe Ørnevik

Øvrige vara:

Liv Jorun Dysthe
Elisabeth Kjølrsrud
Björg Petersvik
Kirsten Lode

Kontrollutvalget:

Leder: Torbjørn Avnsnes

Medlemmer: Bodil Runde

Vibeke Hegge

Johnny Ødegaard

1. vara: Reidun Aasland

2. vara: Elin Albrigtsen

Nominerte ledere: Se forrige side

Kandidater til forbundsstyret:**– Unik på samhandling**

Birgit Resch har hatt en rekke lederstillinger innen eldreomsorgen i Trondheim siden 1985, blant annet som styrer ved sykehjem. Hun har også vært med på å bygge opp og ledet undervisningssykehjemmet i Midt-Norge. Kompetanseutvikling og kvalitet i eldreomsorgen har vært hennes hjertesak. Gjennom undervisningen og forskjellige lederfunksjoner har hun fått innblikk i den viktige samhandlingen med

spesialisthelsetjenesten/sykehus og forskningsmiljøer. Nå er hun nylig ansatt som leder av Øya Helsehus, Trondheims nye satsning innen helse og velferd. I vår ble hun medlem av fylkesstyret i NSF Sør-Trøndelag, som foreslår henne som kandidat til forbundsstyret. Det trekker frem hennes brede ledererfaring og unike kompetanse i samhandling med andre forvaltnings- og tjenestenivåer i kommunen.

Vil dele erfaring

Inga-Lill Rønning startet som sykepleier i Tynset på 90-tallet. Nesten siden da har hun vært tillitsvalgt og tatt en rekke av NSF's kurs. Hun har blitt leder av helsetjenesten i kommunen, men har også jobbet i Tolga en årrekke. Siden 1998 har hun vært med i fylkesstyret i Hedmark, en periode som nestleder.

Hun ønsker nå å bruke av sin lange erfaring på sentralt plan i NSF. Det er fylkesleder Bente Irene Aaland i Hedmark som foreslår Rønning. Hun fremhever Rønnings brede kompetanse fra kommunehelsetjenesten, på alle nivåer. Hun er spesielt opptatt av kvalitet og bemanning.

Kandidater nominasjonskomiteen:**– Klok og reflektert**

Marianne Heim Skovly foreslås av Morten Falkenberg til nominasjonskomiteen. Hun jobber som sykepleier på Sykehuset i Vestfold. Der har hun også i en årrekke vært hovedtillitsvalgt og foretakstillitsvalgt og dermed styremedlem.

Skovly kjenner NSF svært godt og har opparbeidet et rikt nettverk gjennom aktivitet på lokalt og nasjonalt nivå i organisasjonen. Av Falkenberg beskrives hun blant annet som klok, reflektert, grundig og pliktoppfyllende.

– Nyter respekt

Bente Irene Aaland er fylkesleder i Hedmark. Hun har i mange år vært hovedtillitsvalgt og konserntillitsvalgt. Hun tilhører anestesisykepleiernes faggruppe. Hennes brede kontaktflate og lange NSF-erfaring vil nå kunne komme nominasjonskomiteen til gode.

Hun ønsker selv å bidra til at NSF blir en tydelig og slagkraftig organisasjon i fremtiden. Forslagsstiller NSF i Oppland trekker frem at hun nyter stor respekt i organisasjonen.

– Ryddig og systematisk

Toril Teigen er den nåværende leder av nominasjonskomiteen. I neste periode ønsker hun å fortsette som vanlig medlem. Hun er godt motivert for å bidra med sin erfaring og kunnskaper for å sikre en god, desentral og demokratisk nominasjonsprosess.

Siden 1980 har hun vært aktiv i NSF. Hun har jobbet som helsesøster i Stjørdal kommune i 20 år. Det er NSF Nord-Trøndelag som foreslår henne, og beskriver henne som ryddig og systematisk.

– Fortsetter

Kirsten Brubakk har sittet to perioder i nominasjonskomiteen og ønsker å fortsette. Hun har vært tillitsvalgt siden 1992. Hun har også lang erfaring som styremedlem i Sykehuset Østfold og Helse Sør-

Øst (og tidligere Helse Øst). Hun holder på med en master i helseadministrasjon og ledelse, men hennes nåværende stilling er som konserntillitsvalgt i Helse Sør-Øst. Forslagsstiller er NSF Østfold.

UANSETT POST:

DU FÅR BILLIGERE BENSIN

BARE VI FÅR
HA LOGOEN VÅR
PÅ KORTET DITT



Som medlem i **Norsk Sykepleierforbund** får du 35 øre i rabatt pr. liter bensin og diesel (på pumpepris) og 20 % rabatt på bilvask. Kortet har ingen årsavgift.

Med Esso MasterCard kan du handle varer og tjenester og få inntil 45 dagers rentefri kreditt. Kortet kan brukes på alle MasterCard brukersteder over hele verden. Du får rabatt på drivstoff og bilvask hos Esso og du betaler ingen årsavgift! Klikk deg til dine medlemsfordeler på www.sykepleierforbundet.no og last ned søknadsskjemaet.



Vi kjenner livet på veien.



Jette Schou Landmark,
ledende spesialsykepleier,
Intensiv avdelingen,
Ullevål universitetssykehus

Snakk

www.sykepleien.no

**Les mer og finn
litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no**

Søkeord:

Intensivpasienter
Oppfølgingssamtale
Dagbok
Posttraumatisk stress disorder

Foto: Erik Sundt.

med pasienten

Intensivpasienter sliter med psykiske problemer i ettertid.

Å være intensivpasient betyr for mange en periode i livet som de husker svært lite eller ingenting fra senere. Det blir som et svart hull i hukommelsen. Noen utvikler psykologiske symptomer som PTSD (posttraumatisk stress disorder); vrangforestillinger, hallusinasjoner, søvnproblemer, mareritt, flashback og lignende (1-4).

Pasienter som har vært utsatt for akutt livstruende sykdom/skader, svever ofte mellom liv og død. De fleste er komatøse i kortere eller lengre tid, trenger respiratorbehandling og annen avansert behandling for å opprettholde lungefunksjon, sirkulasjon, nyrefunksjon og så videre. Under behandlingen vil de ha behov for sedativa og analgetika, som kan være medvirkende årsak til de psykologiske problemer noen intensivpasienter sliter med i ettertid, slik som søvn og hukommelsesproblemer (1).

Kritisk periode

Det er en kritisk periode, preget av mye usikkerhet omkring pasientens tilstand og overlevelse. Når pasientens tilstand er stabilisert, overflyttes pasienten til annen avdeling for videre behandling og opptrening. Noen pasienter blir fulgt opp med polikliniske kontroller etter utskrivelsen, der man primært har fokus på de fysiologiske/nevrologiske skadene. Når det gjelder de mer følelsesmessige og psykologiske sidene er det mer usikkert hva slags oppfølging de får og om de får noen i det hele tatt.

Å hjelpe pasienten til overlevelse er kanskje ikke alltid nok, vi må også kunne ta ansvar for å hjelpe pasienten til å bearbeide det tomrom han/hun har fra intensivavdelingen. Derved kan vi lettere hjelpe pasienten tilbake til det normale liv igjen. En review studie fra 2003 konkluderer med, at det er høy grad av forekomst av PTSD blant intensivpasienter i ettertid, og at det er behov for oppfølging i rehabiliteringsfasen (2).

Flere studier i inn og utland påpeker at dagbok og oppfølgingsamtaler kan være et viktig redskap til å følge opp intensivpasienter og forebygge/ redusere graden av PTSD (3-8).

Det er uvisst hvor mange sykehus i Norge, som tilbyr systematiske oppfølgingsamtaler til tidligere intensivpasienter, da dette aldri er blitt kartlagt.

Det er derfor av interesse å kartlegge hvordan man i praksis gjennomfører disse samtalen, samt hvilke erfaringer og barrierer man møter.

Ettervirkninger

Fra egen praksis på intensivavdelingen opplever jeg at flere pasienter oppsøker avdelingen på eget initiativ, i etterkant av et intensivopphold. Det kan være i forbindelse med poliklinisk kontroll på sykehuset, eller bare fordi de har lyst til å komme. Der forteller de om hvordan de har det. Få har minner fra tiden på intensiv. De har behov for å vite hva de har vært igjennom (1-15).

Noen forteller at de sliter med søvnproblemer, flashback og annet ubehag. De pasientene som kommer til avdelingen er ofte de som har fått dagbok med seg herfra. De forteller at den har vært nyttig å lese og til god hjelp, når tiden på intensiv skulle bearbejdes. Til tross for dette er det fremdeles mange som har behov for å komme i avdelingen og snakke med noen av de som har hatt ansvaret for dem da de var kritisk syke. Fordi pasienter kommer på eget initiativ og uten forvarsel, er det ikke alltid pleiepersonalet som er på jobb kjenner pasienten. Disse er dessuten som regel svært opptatte og har vanskelig for å komme fra for å møte tidligere pasienter. Resultatet er derfor ofte tilfeldig kommunikasjon med den som har tid i avdelingen. Systematiske oppfølgingsamtaler med tidligere pasienter vil gi oss større mulighet til å imøtekomme pasienters behov og kanskje forebygge/ redusere graden av PTSD. I tillegg vil sykepleiere og leger oppdage om det er behov for forandringer i praksis for å kvalitetssikre pasientbehandlingen.

Til tross for nåværende viten om betydningen av dagbok og oppfølgingsamtaler, har vi ikke kommet i gang med oppfølgingsamtaler på min avdeling, selv om vi var det første sykehuset i Norge som begynte å skrive dagbok. Årsaken til dette er ikke kartlagt, men manglende tid og ressurser kan være en forklaring. Hensikten

Noen forteller at de sliter med søvnproblemer, flashback og annet ubehag i ettertid.

med denne kartleggingsstudien er derfor å få kunnskap om hvordan andre avdelinger praktiserer systematiske oppfølgingssamtaler. Systematiske oppfølgingssamtaler er her definert som: «En eller flere planlagte samtaler med intensivpasienten i etterkant av intensivoppholdet».

Metode

Studien er deskriptiv. Spørreskjemaet ble utviklet på bakgrunn av litteratur og klinisk erfaring. Det består av 23 spørsmål hvorav mange ga mulighet for utdypelse. Spørsmålene dreiet seg i hovedsak om type intensivavdeling, om og hvor lenge man hadde praktisert med dagbok og/eller hatt systematiske oppfølgingssamtaler, erfaringer og barrierer.

Åtte intensivavdelinger ble kontakten fordelt på seks sykehus. Fem sykehus med regionsansvar og ett sykehus med lokalt ansvar.

Lokalsykehuset ble tatt med fordi de har praktisert dagbok og systematiske oppfølgingssamtaler i mange år, og det kunne være interessant å se om de skiller seg ut på noen måte i forhold til de store sykehusene.

Utvalg av avdelinger er basert på likeverdighet i forhold til type intensivpasienter, arbeidsoppgaver, normering og kompetanse og så videre. Avdelingene har det til felles at pasienten ofte innlegges akutt og med livstruende skader, i motsetning til de mindre lokale sykehusene, dit pasienten ofte overflyttes når han/hun er i en mer stabil fase og mer våkne. I forkant av studien ble det rettet telefonisk henvendelse til alle aktuelle avdelinger med opplysning om studien. I tillegg ble brev og spørreskjema sendt til samtlige avdelingssykepleiere. Avdelingssykepleiere ble bedt om å overlevere skjemaet til besvarelse av en ressursperson

i dagbokgruppen eller lignende. Det ble garantert anonymitet av respondentene.

Respons

Alle åtte avdelinger i studien besvarte spørreskjemaet. Av disse var det fem kirurgiske intensivavdelinger og tre medisinsk/kirurgiske avdelinger. Seks av åtte sykehus tok imot barn over ett år. Avdelingene var i gjennomsnitt normert til mellom åtte til elleve senger per døgn utenom det lokale sykehuset som var normert til fire pasienter per døgn. Antall intensivpasienter fordelte seg gjennomsnittlig mellom fire til elleve pasienter per døgn, mens det var fire intensivpasienter per døgn på lokalsykehuset.

Spriket mellom antall normerte senger og antall pasienter ble forklart med, at det i perioder ikke var bemanning nok til å dekke de normerte antall plasser og derfor måtte man redusere antall pasienter. Pleiefaktor var alt fra 1,0 til 2,0. Pleiefaktoren kan ikke regnes som pålitelig, da det tyder på at den er basert på ulikt grunnlag.

Skriver dagbok

Fem av åtte sykehus skriver dagbok til intensivpasienten (62,5 prosent versus 37,5 prosent). Av de fem sykehusene som skriver dagbok er det fire som svarer at det skrives mellom 30 og 80 dagbøker per år. Antall dagbøker øker i takt med antall pasienter. De tre sykehusene som ikke skriver dagbok forklarer at det har «vært vanskelig å etablere dagbokskrivning som rutine», «Det er uavklart juridisk» og «Vanskelig å vurdere om dagbok har noe for seg».

Et sykehus begynte allerede i 1989 å skrive dagbok til intensivpasienten og etter hvert har andre sykehus kommet etter.

Det er noe forskjell på når man utleverer dagboken til pasienten. Det er alt fra ved overflytning til annen avdeling, ved utskrivelse til lokalsykehus, til at den blir etter-sendt hjem. Det er sjelden pasienter takker nei til dagbok.

Systematiske oppfølgingssamtaler

Fem av åtte sykehus har oppfølgingssamtaler (62,5 prosent versus 37,5 prosent). Lokalsykehuset var tidligst ute med oppfølgingssamtaler i 1995. Et sykehus begynte i år. Samtalene foregår primært i avdelingen, men også poliklinisk, i hjemmet eller per telefon. De fleste pasientene ble tilbudt oppfølgingssamtale per telefon, men også per brev eller ved utskrivelse. Samtalen ble tilbudt fra seks uker til tre måneder etter intensivoppholdet. Et sykehus tilbød samtale allerede fire dager etter overflytning til post og så igjen tre måneder senere. Tre sykehus tilbyr en oppfølgingssamtale, ett sykehus tilbyr to samtaler og to sykehus tilbyr en eller flere samtaler.

Hjelpemiddel ved samtale

Fire av fem sykehus bruker dagbok som hjelpemiddel i oppfølgingssamtalen. Her utdypes det blant annet: «gjennomgang av innhold», «... har alltid dagboken i sentrum når samtalen foregår, viser til situasjoner som kan gi åpning for fortellinger som nesten alltid finnes». Et sykehus bruker i tillegg til dagbok også spørreskjema og bilder, og på et annet sykehus skal de begynne med memorytool, i forbindelse med en større studie. Memorytool er et minneskjema som har som mål å avdekke pasientenes minner fra intensivforløpet. Lengden på samtaler er fra 0,5-1 time. Ett sykehus bruker i tillegg tid før og etter samtalen.

Sykepleiere og pasientens pårørende er til stede ved alle samtaler. Det hender også at legene er med eller andre som sykepleiestudenter, spesialsykepleiestudenter eller koordinator for dagbok og oppfølgingssamtaler. I hovedsak er det primær-sykepleier og/eller ressurspersoner tilknyttet dagbokgruppen, som har ansvar for at oppfølgingssamtaler blir gjennomført.

Alle sykehus har en form for evaluering av samtaler i personalgruppen etterpå. Det er blant annet på personal/postmøter, morgenmøter og teammøter. Om hvorvidt det



INTENSIVBEHANDLING: De trenger avansert behandling. Foto: Erik Sundt.

fører til endring i pleien/behandlingen av pasientene svarer to nei, en svarer ja og to svarer ja. En utdyper det slik: «Så klart vi tenker/reflekterer/undrer meg oss, vi tenker mye på hva innholdet i pasientfortellingene kan bero på og indirekte blir det kanskje en endring i og med at vi lærer av det vi erfarer».

Erfaringer

Nesten alle sykehusene har positiv erfaring med oppfølgingssamtaler. Et sykehus har ikke nok erfaring, da de nylig har begynt. De positive erfaringene beskrives blant annet slik: «... hyggelig å møte mennesket etterpå og se hvordan de har det og ikke minst å åpne opp for fortellinger, ha tid til å høre på den, skrive den ned» eller «Det gir oss mulighet til evaluering og pasienten er veldig fornøyd med samtalen. Pleiepersonalet føler de får avsluttet behandlingen på en fin måte med disse samtalen».

Om hvorvidt det er nok ressurser til å gjennomføre oppfølgingsamtaler svarer ett sykehus ja, ett sykehus svarer ikke og tre sykehus svarer nei. Det sies blant annet at det blir for lite tid avsatt til arbeid med dagbokvirksomhet, at det beror på driften om det gis tid, eller på personalmangel og lignende. Om disse tre sykehusene kunne tenke seg noe annerledes svarer de: «... at det ble satt av mer tid til dagbokvirksomheten, slik at vi fikk tid til å fange opp alle de pasienter som forlater sykehuset og reiser til sitt lokalsykehus. Vi går glipp av mange samtaler ...», at det er ønskelig med «mer ressurser» og «en som kunne jobbe med ettersamtalen, eventuelt ressursgruppen kunne fått mer tid til å følge opp. Det vi ser er at i travle tider blir ikke oppfølgingsamtaler gjennomført».

Fra et par av sykehusene ble det sagt blant annet: «... har brukt dagbok/samtaler på andre intensivavdelinger og ser hvilken nytte pasient/pårørende har av dette» og «å skrive dagbok ser vi på som en omsorgshandling på lik linje med alt det andre vi gjør, vi ser det som

meget stimulerende, spennende, utfordrende og en fin mulighet til å se pasienten som et menneske i den meget teknologiske verden som intensivavdelingen står for».

Diskusjon:

Oppfølgingssamtaler med dagbok som hjelpemiddel.

Det er mange (62,5 prosent) av de forespurte avdelinger som praktiserer oppfølgingssamtaler. Halvparten av disse skriver også dagbok og bruker dagboken som hjelpemiddel ved samtalen. Av svarene i studien fremkommer det at dagboken er et godt utgangspunkt for oppfølgingssamtalen med pasienten. Dagboken hjelper pasienten til å få frem minner som under samtalen blir til fortellinger fra intensivoppholdet. Dette stemmer godt overens med studier som påpeker at det å skrive dagbok hjelper pasienten til å bearbeide minner og derved redusere graden av PTSD (3-5,7,10,15,16).

Flertallet av disse studier er dog små og må tas med forbehold.

Nesten alle sykehusene har positiv erfaring med oppfølgingssamtaler.

Storli mfl. snakker om kroppslig erfaring, altså det kroppen erfarer i forhold til det intellektet husker (15). Fra egen praksis vet jeg at beskrivelser i dagboken kan hjelpe pasienter til å huske ting de har følt på kroppen, for eksempel, når sykepleieren suger opp slim fra tuben på en pasient ved respiratorbehandling. Når dette beskrives i dagboken minnes pasienten kanskje ubehaget og kvalningsfølelse når sugekateteret kom ned i luftveiene. Eller det kan være en beskrivelse av at pasienten er til undersøkelse i en MR skanner, som frembringer høye bankelyder, mens undersøkelsen pågår. Med dagboken får pasienten noen knagger å henge minnene på så disse blir mer håndterlige.

Et sykehus i studien brukte også foto som hjelpemiddel ved

oppfølgingssamtalen. Det kan ha vært flere sykehus i studien, som brukte foto i forbindelse med dagboken, men det var ikke fokus i studien og kom derfor kanskje ikke frem. På Norkjøping Sykehus i Sverige praktiserer man fotodagbok sammen med systematiske oppfølgingssamtaler. Fotoene blir først utlevert ved oppfølgingsamtalen og pasienten får en forklaring på fotoene og så legges de inn i dagboken. Fotoene skal gi pasienten en mer konkret forståelse av hvor alvorlige syke de har vært. Dette forbereder pasienten på en lang rehabiliteringsperiode, det vil ofte ta mange måneder, og ikke bare uker, før de er tilbake til normalt liv. Sammen med dagbok og oppfølgingssamtale er fotoene med på å utfylle det tomrommet som pasient og pårørende måtte ha fra intensivperioden (8;9)

Antall samtaler

De fleste avdelinger i studien tilbyr en systematisk oppfølgingssamtale. Lokalsykehuset som tilbyr to

systematiske oppfølgingssamtaler har færre pasienter enn de større intensivavdelingene. I studien er det de som begynte først med lengst erfaring (fra 1995) som sier det er nødvendig med to samtaler. Intensivpasienter på lokalsykehus er ofte mindre ressurskrevende enn på regionssykehus og derfor har man kanskje mer tid her. Dette kommer dessverre ikke frem i studien.

Oppfølgingssamtale tilbys ofte per telefon og de fleste samtaler utføres i avdelingen. Spørsmålet er om det er nok med en oppfølgingssamtale. Internasjonale studier refererer gjerne til to og tre systematiske samtaler med pasienten i etterkant av intensivforløpet (6,7,13). I England har man poliklinisk virksomhet der man tilbyr pasienten oppfølgingsam-



URO: Mange forskjellige fagpersoner er involvert i behandlingen. Foto: Erik Sundt.

tale to, seks og tolv måneder etter intensivforløpet. To måneder etter intensivoppholdet kan være den mest stressfylte fasen rent psykologisk i sykdomsforløpet. Pasienten har nå hatt tid til å reflektere over hva, som har hendt og hvor tett på døden de har vært. Denne samtalen er spesielt viktig fordi man her kan identifisere problemer og iverksette tiltak for å forebygge at problemer utvikler seg videre. Dette bedrer prognosen på sikt (12).

I en engelsk review-studie skiller man mellom akutt og kronisk PTSD. Utvikler pasienten akutt PTSD etter intensivforløpet, og ikke får profesjonell oppfølging innen det er gått tre måneder, kan det utvikle seg til kronisk PTSD (2).

Ut fra litteraturen er det vanskelig å fastslå når det er best å ha samtaler og hvor mange samtaler man bør tilby pasienten. I denne studien hadde intensivavdelingene oppfølgingssamtaler fra alt mellom seks uker og tre måneder. Da kan man anta at muligheten for å fange opp symptomer på PTSD er tilstede, og i så fall kunne man iverksette tiltak for å forebygge ytterligere utvikling. Bare en avdeling i denne studien svarer at det kan være aktuelt å tilby mer enn en samtale om det er behov for det.

Evaluerer av samtaler

I studien fører evaluering etter oppfølgingsamtaler sjelden til forandringer i praksis, men det finnes en åpenhet for at det kan bli aktuelt, om det oppstår et behov. En avdeling svarer at tanker og refleksjoner i forhold til pasientfortellinger indirekte kan føre til endringer i pleien. I tillegg gjør det noe med holdningen man har til pasientene.

En svensk litteraturstudie skriver om betydningen av pasientens minne og hvilken konsekvens det kan ha for praksis. Behovet for informasjon, hjelpeløshet og støy var noen av de minner pasienten slet med i ettertid. Dette fordret større tålmodighet, bruk av forståelig og dagligdags språk hos sykepleierne og å redusere støy i avdelingen (17).

Ansvar

De avdelingene som både skriver dagbok og har systematiske oppfølgingsamtaler, har ressurspersoner/primærpsykepleiere som tar ansvar for at disse blir utført. Det er også de som deltar på samtaler, hvilket faller naturlig da det er de som kjenner pasienten. På en avdeling deltok legen av og til i samtaler. Det at få leger deltar i samtaler kan kanskje forklares med at de er færre og derfor har mindre tid. En poliklinikk i England ledet av intensivsykepleiere tilbyr oppfølgingsamtaler til tidligere intensivpasienter (12). Det at intensivsykepleiere leder klinikken forklares blant annet med at det er de som har gode kommunikasjonsevner og mellommenneskelige egenskaper i tillegg til kvalifikasjoner og kunnskaper. En annen viktig faktor er at sykepleiekonsultasjoner har mindre kostnader enn hvis det hadde vært legekonsultasjoner.

Ressurser, holdninger og fokus

De avdelinger som skriver dagbok i tillegg til oppfølgingsamtaler sier de har for få ressurser og gjerne skulle hatt mer tid og personale. En avdeling skriver: «I travle tider blir ikke oppfølgingsamtaler gjennomført». Den avdelingen som ikke skrev dagbok, men har systema-

tiske oppfølgingsamtaler, svarer at de har nok ressurser som det er i dag. Kanskje denne avdelingen opplever at de har mer tid til disposisjon, men dette kommer dessverre ikke frem i besvarelsen. Selv om det bare tar noen minutter å skrive dagboknotat, kommer denne oppgaven på toppen av mange andre aktiviteter i avdelingen. Å skrive dagbok krever at sykepleieren er motivert og raskt kan omstille seg fra fagterminologi til dagligdags språk. En må stille seg undrende til hva pasienten kan erfare i øyeblikket. En avdeling i studien svarer utdypende: «de pasienter som er så heldige å få dagbok, de får noe ekstra utover det vanlige».

En begrensning ved studien er at det ikke blir spurt om årsaken til at det ikke praktiseres systematiske oppfølgingsamtaler og/eller skrives dagbok. Det kunne ha vært interessant å høre om eventuelle barrierer, holdninger og ressurser. Sykehus i utlandet har som tidligere nevnt inntil flere oppfølgingsamtaler med pasienten i ettertid (6,7,13). Om de har flere ressurser enn norske sykehus er vanskelig å vurdere, men det er klart at det spiller en rolle hvor stort fokus betydningen av dagbok og oppfølgingsamtaler har på den enkelte avdeling/sykehus.

Økt kunnskap og bevissthet kan være nøkkelford for å skape en holdning blant personalet hvor det er naturlig å følge opp pasienten i ettertid med henhold til å forebygge utvikling av PTSD. Med større fokus på dagbok og oppfølgingsamtaler tror jeg det vil prioriteres på lik linje med andre oppgaver i avdelingen.

Det trengs flere og større randomiserte studier i fremtiden for å underbygge/verifisere nåværende viten om effekten av dagbok og oppfølgingsamtaler. For tiden pågår det en større internasjonal randomisert studie ledet av Christina Jones, hvor også Norske sykehus er med. Jones et al ønsker å kartlegge effekten av dagbokens betydning for rehabilitering.

I England har man gjort en større randomisert studie, der man i tillegg

til oppfølgingsamtaler har prøvd ut et seks ukers selvhjelpsrehabiliteringsprogram med råd og veiledning i fysisk og psykisk mestring, i tillegg til et treningsprogram. Det viste seg at pasienter som deltok i selvhjelpsrehabiliteringsprogrammet i tillegg til oppfølgingsamtaler, fikk redusert graden av PTSD i forhold til pasientene som kun fikk oppfølgingsamtaler. Spesielt forekomsten av depresjon ble vesentlig redusert (6).

Konklusjon

Ikke alle intensivavdelinger skriver dagbok og har oppfølgingsamtaler. De intensivsykepleiere som praktiserer systematiske oppfølgingsamtaler og dagbok har

tro på betydningen av dette. De forteller hvordan oppfølgingsamtaler og dagbok er nyttig både for pasient og sykepleiere. Pasienten får en forklaring/oppløring på hva som har hendt med dem da de var komatøse og alvorlig syke, og sykepleieren får avsluttet behandlingsforløpet med pasienten. Litteraturen underbygger på mange måter dette. Med flere ressurser som økt bemanning, mer tid og økt bevisstgjøring på betydningen av oppfølgingsamtaler og dagbok, vil man kunne organisere systematiske samtaler til langt flere pasienter enn det som er tilfellet i dag.

Les om Jånn Stangnes sine pasienterfaringer fra intensiv side 35.

LITTERATUR

- Jones C, Griffiths RD, Humphris G. Disturbed memory and amnesia related to intensive care. *Memory* 2000; Mar;8(2):79-94.
- Jones C. The challenge and diagnosis of stress reactions following intensive care and early intervention: a review. *Clin Intensive Care* 2003;14(3-4):83-9.
- Griffiths RD, Jones C. Filling the intensive care memory gap? *Intensive Care Med* 2001 Feb;27(2):344-6.
- Backman CG, Walther SM. Use of a personal diary written on the ICU during critical illness. *Intensive Care Med* 2001 Feb;27(2):426-9.
- Åkerman Eva. The patients experiences of a diary and a follow up visit after ICU treatment. *Nordisk Omvårdnadsforskning inom intensivvård, NOFI* 2004.
- Jones C, Skirrow P, Griffiths RD, Humphris GH, Ingleby S, Eddleston J, et al. Rehabilitation after critical illness: a randomized, controlled trial. *Crit Care Med* 2003 Oct;31(10):2456-61.
- Combe D. The use of patient diaries in an intensive care unit. *Nurs Crit Care* 2005 Jan;10(1):31-4.
- Backman CG, Walther SM. [Critical periods at the intensive care units are documented in diaries]. *Lakartidningen* 1999 Feb 3;96(5):468-70.
- Backman CG, Walter SM. The photodiary and follow-up appointment on ICU: Giving back time to patients and relatives. In: Dr Saxon A ridley, editor. *The Psychological Challenges of Intensive Care*. Blackwell publishing; 2005. p. 72-9.
- Bagger Christine. Dagbok til kritiske syge patienter. *Sygeplejersken* 2007; 25-26.
- Gjerland A, Waerstad T, Furuheim V. [Intensive nursing care—respiration patients are our teamwork partners]. *Tidsskr Sykepl* 1997 Sep 30;85(16):55-8.
- Griffith R.D. Aftercare programme - where, when, how and who? *Intensive Care Aftercare*. Oxford : Butterwoed Heine-mann; 2002. p. 69-129.
- Jones C, Griffiths RD, Humphris G, Skirrow PM. Memory, delusions, and the development of acute posttraumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. *Crit Care Med* 2001 Mar;29(3):573-80.
- Russell S. An exploratory study of patients' perceptions, memories and experiences of an intensive care unit. *J Adv Nurs* 1999 Apr;29(4):783-91.
- Storli S, Lind R, Viotti IL. Using diaries in intensive care: A method for following up patients. *The world of Critical Care Nursing* 2002;2:103-8.
- Bergbom I, Svensson C, Berggren E, Kamsula M. Patients' and relatives' opinions and feelings about diaries kept by nurses in an intensive care unit: pilot study. *Intensive Crit Care Nurs* 1999 Aug;15(4):185-91.
- Johannsson Lotta. Pasientens minne av intensivvård. *Ventilen* 2002;2(2).



BRYT SMITTEKJEDEN

Hånddesinfeksjon for pasienter og ansatte



ER PASIENTENS HENDER RENE?

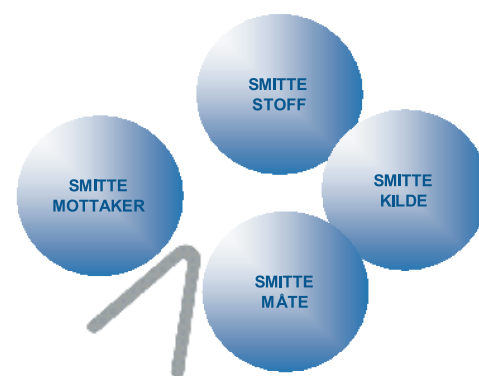
Visste du at på pasienters hender finnes ofte sykdoms-fremkallende mikrober, eks. tarmbakterier. Urene hender hos pasienter utgjør en økt smitterisiko. Dette kan vi gjøre noe med! Informer dine pasienter om viktigheten av å verne seg selv mot smitte.

- Våtservietter gis til sengeliggende pasienter og korridorpasienter
- Oppegående pasienter kan bruke hånddesinfeksjonsmiddel

VÆR TRYGG PÅ AT HENDENE DINE ER RENE!

Med hånddesinfeksjonsmiddel dreper du 99% av mikroben på hendene dine innen 15 sekunder. Med håndvask må du bruke 30 sekunder for å oppnå samme effekt, men husk at helsepersonell bruker gjennomsnittlig 5-8 sekunder på en håndvask og da er hendene fremdeles skitne. Hånddesinfeksjon gir maksimal effekt! Vær nøye med å gni inn middelet også på fingrene, i din kontakt med pasientene.

BRYT SMITTEKJEDEN





(U)VIRKELIG: Jånn Stangnes snakker i blant om drømmene sine med kona Marianne.



Erfaring fra intensiv

Lenge antok man at pasienter husker lite fra tiden på intensiv, og at det var best sånn. Men de siste årene har det vært en økende forståelse for at pasienter får med seg erfaringer fra oppholdet. Det kan være minner, drømmer, angst eller flashback som i ettertid kan virke uforståelige.

Han husker bare drømmene

For Jånn Stangnes er tre-fire måneder av livet borte. Men surrealistiske erfaringer har han likevel.

Han ligger i sengen på sykehuset. Utenfor rommet er det en terrasse, og dit ut fører en dør. Der sitter en hallik og en sykesøster og brenner kokain. Så kommer sykesøsteren inn til Jånn med et glass. «Vil du ha vodka?», spør hun. «Nei, hva tenker du på? Jeg er jo syk», svarer han. «Da får jeg ta det selv», sier hun og drikker.

Akutt syk

I april 2006 føler snekker Jånn Stangnes i Tobøl i Hedmark seg

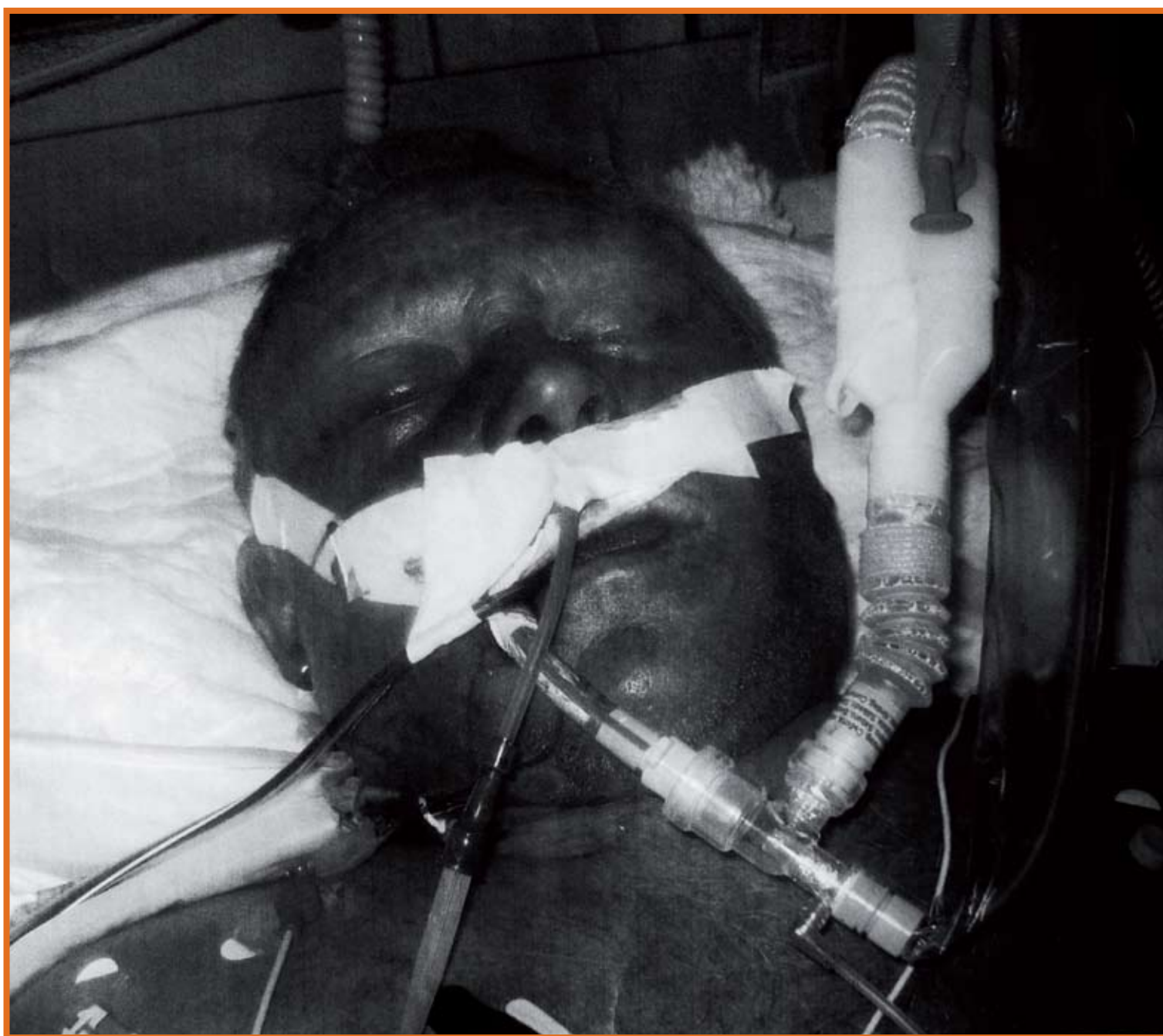
så tung i hodet. Halsen er sår. Han bestemmer seg for å bli hjemme. Det synes kona Marianne er rart; mannen er jo aldri borte fra jobb. Utover ettermiddagen føler han seg litt bedre, men så får han vondt i ryggen. «Influensa», tenker kona og ber ham ta to paracet. Men smertene gir ikke etter. Influensa er det ikke. «Kanskje nyrestein», tenker Marianne. I dag lurer hun på om smertene skyldtes at nyrene allerede var begynt å svikte.

Rask forverring

Samme kveld legges Jånn inn på Kongsvinger sjukehus på medisinsk avdeling. Marianne sitter hjemme og venter på nytt. Utpå morgenkysten ringer hun sykehuset. «Han er flyttet til intensiv», sier de. Og er så dårlig at de vil sende ham til Ullevål. Luftambulans er allerede på vei. Marianne ringer de to sønnene, og sammen kjører de de elleve milene inn til Ullevål. Når de kommer frem er Jånn allerede koblet til respirator. Det



I firetiden banker det på døren og inn kommer fire kvinnfolk, fulle og fæle.



FRA DAGBOKA: Fra intensiv på Ullevål har Jånn Stangnes fått med seg bilder av da han var som sykest.



VANLIG APPARATUR: Kan gi assosiasjoner til helt andre ting enn en intensivavdeling.

vil han være i over tre måneder fremover.

Stor aktivitet

Diagnosen er pneumokokk-sepsis, og Jånn er svært hardt angrepet. Hvorfor akkurat han blir så syk, kan ingen svare på. «En ulykke», vil legene forklare det med senere.

Først ligger han på medisinsk overvåkning, men flyttes raskt opp til kirurgisk intensiv. Intensivsykepleier Lene Dugstad er blant dem som tar imot ham. Hun har nesten ikke sett maken.

De holder Jånn dypt sedert. Setter i gang dialyse, sørger for å holde livsviktige funksjoner i gang. Han har Swan ganzkateter, arteriekran, sentralt venekateter, perifere venekanyler, ernæringssonde og tidvis blærekateter. Rundt ham er det flere infusjonspumper, volumpumper og sprøytepumper. Han er trakeostomert og har avansert overvåkningsutstyr. Alarmer går stadig, og det er en jevn dur fra maskiner. Både fra hans egne og de andre på stuen. To erfarne intensivsykepleiere er alltid hos ham. Det er ulike legevisitter og tilsyn. Infeksjonsmedisinere. Plastikkirurger. Anestesileger. Det gjøres stadig store sårskift.

For å avlaste huden hans, bestiller de en spesialseng, en clinitronseng, som ser ut som et badekar. Den er fylt med noe som ligner sandkorn. Oppi der er det antagelig ikke så lett å føle kroppen sin. Kanskje får man en følelse av å sveve, under Lene Dugstad.

Ganske raskt viser det seg at Jånn vil klare seg. Men han må amputere begge bena og flere fingre. Kona er glad for at han får bevare høyre tommel. Da kan det være mulig for ham å holde en hammer igjen.

Galgenhumor

Av dette husker Jånn ingen ting. Marianne husker at når han vekkes første gang og legene forklarer at de måtte amputere for å redde livet hans, sier han: «Bare kapp».

Det han husker fra han våkner opp, er at han var redd for å

være alene. Han flyttes tilbake til Kongsvinger sjukehus, til sengepost og får enerom. «Vær så snill og hold dørene åpne», ber han. Så kommer Marianne på besøk, til lukket dør. Løsningen blir at slekta besøker han på omgang så han skal slippe å være alene.

Lene Dugstad sier hun har hørt flere andre som har ligget på respirator fortelle det samme. Kan hende henger angsten sammen med at man på intensivavdeling blir vant til at det alltid er minst en sykepleier rundt en.

Det blir rehabilitering og opptrening. Jånn kommer seg fort. Han trener og trener. Vel hjemme trenger han fortsatt behandling for sårene på hendene. De vil ikke gro og trenger etter hvert kirurgisk behandling. I et sår på håndleddet får han gule stafylokokker, som behandles.

Så får han så vondt i ryggen. Ikke når han ligger eller går, men når han sitter. Skyldes smertene at han har vært for mye i ro, han som alltid har vært sprek og i aktivitet? Jånn og Marianne tror ikke det, de ber om MR. Men det drar ut. Igjen er det gule stafylokokker i såret på håndleddet, og Jånn legges inn på sykehus. Men ryggen undersøkes ikke. Omsider får han beskjed om at han vil få med seg rekvisisjon til røntgen med hjem. Da får Marianne nok. Hun tar en stol, setter seg midt i korridoren og gir beskjed

«Vær så snill og hold dørene åpne!»

om at her sitter hun til røntgen er tatt. Bildet viser at deler av ryggsoylen er spist opp av gule stafylokokker. «Kan det være de samme som var i hånden», spør Jånn legen. «Det kan det», får han til svar. Han må til operasjon; og den kan være livstruende. «De skal fanken ikke få ta livet av meg denne gangen heller», er det siste han sier til Marianne kvelden før han opereres.

Fire kvinnfolk

Han ligger i en leilighet, som tilhører Ullevål. Alle dører og vinduer er åpne, uten glass, uten selve døren. Han tenker han får tette dem igjen, han skal jo ligge over her. Alene. I firetiden banker det på døren og inn kommer fire kvinnfolk, fulle og fæle. De skal voldta ham. Han har mobil-

telefon, og han prøver å tilkalle hjelp, men ingen svarer.

Når han våkner om morgenen, ligger han på sykehuset. Inn døren kommer fire sykepleiere som skal stelle ham, akkurat som vanlig. Blide og søte. Så ser han det: Det er de samme fire som i natt ville voldta.

Purret på betaling

Igjen ligger Jånn lenge på intensivavdeling. Igjen er han svært syk. Marianne gyser litt når hun minnes statusrapportene hun fikk: «Stabilt, men kritisk». Under operasjonen sprakk hovedpulsåren. Det gikk med 64 poser blod. Det er når han våkner denne gangen han forteller fra drømmer. Marianne husker at han var helt i hundre. «Har du hørt så mye rart», sa han og lo. Hun og andre besøkende måtte i blant gå ut så han skulle få roet seg.

Jånn selv er ikke riktig sikker på når han drømte hva, han blander de to oppholdene på intensivavdelinger sammen. Det blir som en tykk grøt.

Drømmene er fæle. Og virkelige. En dag Marianne kommer, spør han om hun har husket å betale regninger. «Ja», sier hun. «Det har jeg kontroll på». Men Jånn slår seg ikke riktig til ro. I drømmen har han kjøpt to vinkelslipere på Maxbo, og han er purret for betaling.

En annen dag sier han til Marianne: «Jeg har vært med sykepleieren hjem i natt, jeg.»

«Jaha, har du det?», svarer hun.

I drømmen sluttet denne



Disse drømmene er jo helt høl i hue.

sykepleieren på jobb 15.30, og da ble Jånn med henne hjem, hun var jo den som passet aller best på ham. Der lå han i en seng i et stort rom, hele natten. Og rommet var helt likt rommet han hadde på sykehuset, han husker det var noe feil i taket på det rommet. Men han greide ikke å flytte på seg. Han var tørst, men fikk ikke bedt om vann. Han var stum. Folk hastet forbi på vei opp i annen etasje for å legge seg. I tretiden kom søsteren til sykepleieren av jobb. Og samboeren kom. Men ingen hjalp ham. Det ble morgen, sykepleieren skulle på jobb igjen, og Jånn ble med.

Men han kan ikke riktig skjønne hvordan hun fikk ham med seg.

Marianne Stangnes påpeker at noe hun synes går igjen i drømmene er at Jånn ligger i en seng i et veldig stort rom. Alt rundt han er så stort.

Til Finland

Den siste drømmen, derimot, er ikke en skrekkopplevelse. Jånn kaller den en fin tur.

Det startet vel på Skotterud, nede på Komnesskogen ved sagbruket, på verkstedet til han som tidligere drev Esso-stasjonen der. Han drev og bygget fly, og hadde lagt bølgepapp

på vingene. Flyet hadde flere etasjer. Det skulle ha med hele sykehjemmet på Skotterud. Turen startet ved et vann. I ettertid har jeg tenkt på at jeg skulle drømt mer av begynnelsen på drømmen, for å få rede på hvordan det hele startet. I hvert fall måtte flyet på vann for å kunne starte opp. Jeg minnes hvordan flyet så ut innvendig. Det var en dusj der, stor, som alle kunne dusje i. Både kvinner og menn. Jeg så mye rart. Men jeg var dårlig. Satt i rullestol.

I Finland landet vi på en sjø. Det rare er at vi ble tatt imot av en gjeng svensker. De drev og forsket på akkurat den sykdommen jeg hadde, og tok prøver av meg på et laboratorium. De andre ble geleidet til en liten by som var der. Men jeg var for syk, og ble alene igjen på flyet, sammen med besetningen. Men man kunne kjøpe sprit og alt mulig, taxfritt. Jeg tar to drinker. «Du skulle ikke drikke når du er så dårlig», sa Marianne. Men det var jo bare to drinker. Men jeg ble dårlig. Måtte kaste opp og greier. Om kvelden var det dans. Et orkester på et par-tre stykker spilte dansemusikk, men bare to danset, dårlige greier. De andre satt i baren, og der satt jeg også. Men så begynte kona å flørte med en annen mann. Da slet jeg fælt. Men jeg lurte dem så det sluttet heldigvis der. Det ble ikke noe mer. Så reiste vi hjem igjen, vet ikke hvor vi landet, men tollerne kom. Og passasjerene prøvde å

gjemme unna flasker. En skjulte dem i dusjen, men ble tatt og fikk 10 000 kroner i bot.

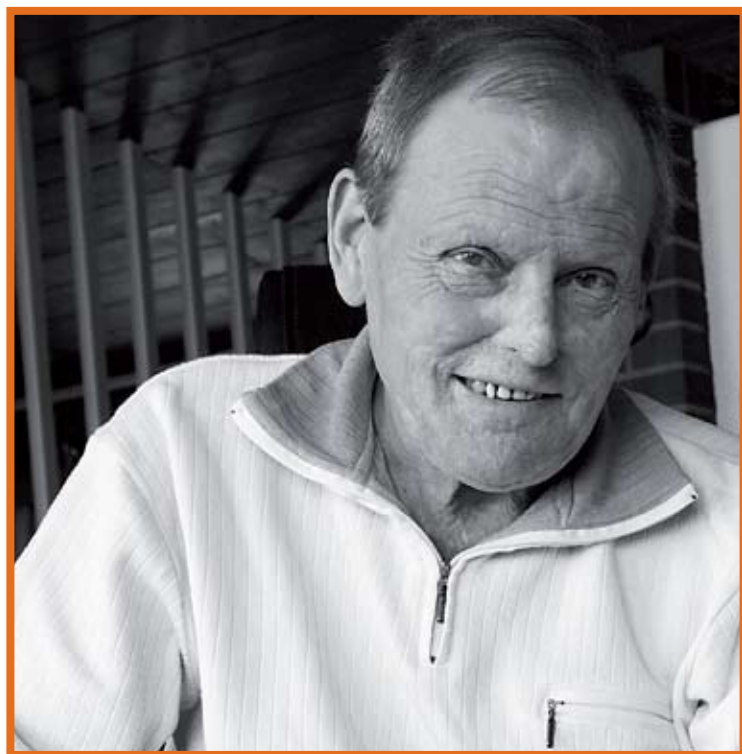
Forteller

I dag er Jånn Stangnes hjemme hos Marianne i Tobøl igjen. En del av ryggstøtten hans er nå av titan. Dessverre har operasjonen ført til nerveskade, så han er lam i venstre bein. Men det er håp om at nerven kan vokse ut igjen, og Jånn er flink til å trene.

Han både ler og banner når han forteller om drømmene. Verst var drømmen om de to vinkelsliperne. Den var så virkelig. For han har det å fortelle om drømmene vært godt. Drømmene plager han ikke. «Det er moro å fortelle», opplever han. «Disse drømmene er jo helt høl i hue, helt bort i natta».

Marianne Stangnes har hele veien forstått at det var drømmer mannen fortalte fra, og at maset om regninger ikke var ham. Hun skjønnte han syntes det var ekkelt. Fremdeles hender det de prater om det.

«Noen prater om været», sier Marianne Stangnes. «Her går det i drømmer».



IKKE PLAGET: Jånn Stangnes snakker om drømmene sine. De er så borte i natta.

120 prosent virkelig

Selv om drømmer ikke er virkelige, trenger de ikke være uten mening.

– Pasienter har med seg et mangfold av erfaringer, sier Sissel Lisa Storli, som har skrevet doktorgradsavhandling om å leve med minner fra tiden som intensivpasient.

– Mange strever med å forstå erfaringene de har. Er det en slags drøm, «galskap» eller er det noe som faktisk har skjedd? Umiddelbart kan det være vanskelig å skille, for alt fremstår som så virkelig.

Kan forstås

Tradisjonelt er erfaringer som å ha «vært et annet sted» og i forunderlige hendelser forstått som hallusinasjoner eller vrangforestillinger. Men Storli stiller spørsmål ved om de er så vrang. I sin forskning har hun et livsverdensperspektiv, det vil si at hun søker å forstå pasientenes erfaringer ut fra hva de har opplevd, både på intensiv og i livet.

– Poenget mitt er at disse opplevelsene, disse såkalte vrangforestillingene, ikke er uten mening. Tvert imot er de fulle av mening. Hva disse menneskene har erfart, er mulig å forstå dersom de ser inn i erfaringene. Men da må de ikke møtes med at «dette stemmer ikke» eller «dette er noe du har drømt». Nettopp fordi erfaringene er så virkelige og ofte kjennes i kroppen som erfart, lar de seg ikke avfeie uten videre.

Erfart liv

Storli bygger på en forståelse om en kropp og en bevissthet i

intensivt samspill, et hele.

– Selv om pasienter er sederte, eller at «hauet på en eller annen måte er slådd ut», som en av mine informanter sa, er sansing mulig. Og når bevisstheten ikke kan «sjekke ut» og tolke inntrykkene, går sansningen inn i kroppen, og det skjer en tolkning på det jeg kaller et prerefleksivt nivå. Hvilken mening sansenintrykk får, avhenger av livet pasienten har levd. Ut fra blant annet denne sterke sammenhengen til menneskets liv, sier jeg at disse erfaringene kan forstås som virkelige.

Harald, en av Storlis informanter, hadde minner om å

være ute i båt. Da han kom tilbake på besøk i intensivavdelingen, spurte han: «Hører du ikke sjarkmotoren?»

– Og da jeg lyttet, hørte jeg den, jeg også.

For Harald, som hadde bakgrunn som fisker, var det naturlig å forbinde duringen, surklingen og klukkingen med livet i båt.

– Mens jeg, med min «intensivhørsel», hørte normalt bare en aortaballongpumpe og andre tekniske lyder.

Alvor

Da Storli jobbet som intensivsykepleier ved det gamle Regionssykehuset i Tromsø, var ikke pasientenes erfaring noe det ble

snakket mye om. Å oppdage at de erfarte, opplevde hun som en rystelse.

– Jeg var en flink intensivsykepleier. Håndterte maskiner og alt det tekniske; følte meg «on the top of it».

Plutselig en dag stod det et ektepar på døren og sa: «Vi har så lyst til å fortelle dere om hva vi opplevde her som pasienter».

– De fortalte om en erfaringsverden som var helt overraskende for oss. Jeg hadde ikke tenkt på at mennesker kunne bære med seg minner som var så dyptgripende i deres liv og som de var nødt til å sette ord på. Møtet med dem gjorde meg be-

«Hører du ikke sjarkmotoren?»

visst på de menneskelige aspekt i pleien og skapte en undring som har vært med meg alle disse årene.

Et annet sted

– Går noen erfaringer igjen?

– Å ha vært et annet sted enn i en seng på en intensivavdeling. Mange har vært på et sted hvor de har hentet krefter, et godt sted. Det er mange fortellinger om kraft og styrke. Kanskje er det noe i mennesket som kan vekkes og brukes til å overleve. Erfaringene kan være både gode, onde eller bare rare. Mange kaller på latter i alvor.

– Jeg har møtt mange pasienter mens jeg har forsket, ansiktene deres har jeg med meg, og jeg har



Sissel Lisa Storli

Er intensivsykepleier og doktorand ved Universitetet i Tromsø. Disputerer i november med avhandlingen *Living with Experience and Memories from Being in Intensive Care – A Lifeworld Perspective*.

Et utdrag av prosjektplanen hennes finnes her: www.nofli.info

fått en veldig viten om at dette er alvor.

Storli peker på at selv om intensjonen er god, har intensivbehandling noe ondt, eller invaderende, ved seg. Noe kan mildnes eller lindres der og da gjennom god omsorg, noe kan gjøres etterpå ved å hjelpe pasientene til å håndtere og finne mening i det de har opplevd.

– Selv om ikke alt er forståelig, kan erfaringene bli lettere å leve med, sier hun.



Egen nettfilial

– for medlemmer i NSF

På nettfilialen finner du dine medlemstilbud og dine priser. Se etter DnB NOR-logoen på www.sykepleierforbundet.no og klikk på den. Det kan lønne seg.

Du kan også ringe 04800 eller komme innom et av våre kontorer.

DnB NOR



boostrix® polio

Når det er tid for påfyll!

C Boostrix Polio «GlaxoSmithKline»

Vaksine mot difteri, tetanus, kikhoste (acellulær, komponent) og poliomyelitt (inaktivert), (adsorbert)

ATC-nr.: J07C A

INJEKSJONSVÆSKE: 1 dose (0,5 ml) inneholder: Difteritoksoid ≥ 2 IE, tetanustoksoid ≥ 20 IE, pertussistoksoid (PT) 8 μg , filamentøst hemagglutinin (FHA) 8 μg , pertaktin 2,5 μg , poliovirusstammer av type 1 (Mahoney) 40 D-antigenenheter, type 2 (MEF-1) 8 D-antigenenheter og type 3 (Saukett) 32 D-antigenenheter, aluminiumfosfat tilsv. 0,2 mg Al^{3+} , aluminiumhydroksid tilsv. 0,3 mg Al^{3+} , Medium 199, natriumklorid, vann til injeksjonsvæsker til 0,5 ml.

Indikasjoner: Boostervaksinasjon mot difteri, tetanus, kikhoste og poliomyelitt hos barn f.o.m. 4 år og voksne. Preparatet er ikke ment for primæraksinasjon.

Dosering: 1 enkeltdose (0,5 ml) av vaksinen anbefales gitt i tråd med gjeldende offentlige anbefalinger for boosteraksinasjon med lav-dose kombinert difteritoksoid, tetanustoksoid og kikhoste antigener i kombinasjon med poliomyelitt antigener. Vaksinen skal ikke brukes dersom fullstendig primæraksinasjon mot difteri og tetanus ikke er gjennomført. Vaksinen kan benyttes hos individer som har gjennomgått en ufullstendig eller ingen tidligere aksinasjon mot kikhoste eller polio, men boosterrespons oppnås kun hos individer som tidligere er blitt immunisert ved aksinasjon eller naturlig infeksjon. Vaksinen kan gis ved mulig tetanus-infisert sår hos personer som tidligere er primæraksinert mot tetanus og hvor en boosterdose mot difteri, kikhoste og polio er indisert. Tetanus immunoglobulin bør gis samtidig med vaksinen i.h.t. offentlige anbefalinger. Vaksinen settes dypt intramuskulært fortrinnsvis i deltamuskelen. **Må ikke gis intravenøst!** Ved aksinering av individer med trombocytopeni eller blødningsforstyrrelser skal forsiktighet utvises, og det skal presses hardt på injeksjonsstedet (uten å gni) i minst to minutter.

Kontraindikasjoner: Kjent overfølsomhet etter tidligere aksinasjon mot difteri, tetanus, kikhoste eller poliomyelitt eller kjent overfølsomhet for neomycin, polymyxin, polysorbat 80 eller noen av de øvrige komponentene i vaksinen. Encefalopati av ukjent etiologi innen 7 dager etter tidligere kikhostevaksinasjon. Skal ikke gis til individer som har hatt forbigående trombocytopeni eller neurologiske komplikasjoner som kramper eller hypotone- hyporesponsive episoder etter tidligere aksinasjon mot difteri og/eller tetanus. Aksinasjon utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom, men en lett infeksjon er ingen kontraindikasjon.

Forsiktighetsregler: Før aksinering skal sykehistorien gjennomgås (spesielt med henblikk på tidligere aksinasjoner og mulig forekomst av bivirkninger). Aksinering bør vurderes nøye dersom noen av de følgende hendelsene har inntruffet etter tidligere kikhostevaksinasjon: Feber $\geq 40^{\circ}\text{C}$ innen 48 timer etter aksinering uten andre identifiserbare årsaker, kollaps eller sjokklignende tilstand (hypoton-hyporesponsiv episode) innen 48 timer etter aksinering, vedvarende, utrøstelig gråt som varer ≥ 3 timer innen 48 timer etter aksinering, kramper med eller uten feber innen 3 dager etter aksinering. Overvåking skal alltid finne sted og hensiktsmessig medisinsk behandling være lett tilgjengelig i forbindelse med aksineringen i tilfelle en sjelden anafylaktisk reaksjon skulle oppstå. Injiseres med forsiktighet til personer med trombocytopeni eller blødningsforstyrrelser da blødning kan oppstå etter intramuskulær injeksjon hos disse. Forventet immunologisk respons kan utebli hos pasienter med immunsuppresjon, f.eks. ved HIV-infeksjon.

Interaksjoner: Vaksinen kan gis samtidig med andre vaksiner eller immunoglobulin på separate injeksjonssteder. Hos pasienter som mottar immunsupprimerende behandling eller pasienter med immundefekter kan det forventes at det ikke oppnås tilstrekkelig immunologisk respons.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Effekten på fosterets utvikling er ikke undersøkt, men det forventes ikke at vaksinen vil skade fosteret. Vaksinen anbefales ikke under graviditet. Overgang i morsmelk: Aksinering bør unngås ved amning.

Bivirkninger: Barn: 4-8 år: Hyppige (>1/100): Metabolske: Anoreksi. Neurologiske: Søvnighet, hodepine. Psykiske: Irritabilitet. Øvrige: Smerte, rødhet og hevelse på injeksjonsstedet, kløe, indurasjon, ødematos hevelse av den ekstremiteten hvor vaksinen er injisert, feber. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Kvalme, oppkast. Hypotone-hyporesponsive episoder, kramper, allergiske og anafylaktiske reaksjoner er rapportert svært sjeldent. Voksne og barn ≥ 10 år: Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Mavesmerter, kvalme, oppkast. Neurologiske: Hodepine. Øvrige: Smerte, rødhet og hevelse på injeksjonsstedet, tretthet, feber ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$), reaksjoner på injeksjonsstedet (kløe, hardhet, varme og nummenhet), utilpasshet. Mindre hyppige: Hud: Kløe. Muskel-skjelettsystemet: Stivhet i ledd, myalgi. Neurologiske: Svimmelhet. Øvrige: Feber ($> 39^{\circ}\text{C}$), ødematos hevelse av den ekstremiteten hvor vaksinen er injisert. Allergiske og anafylaktiske reaksjoner er rapportert svært sjeldent. Etter injeksjon av vaksiner som inneholder tetanustoksoid har det i svært sjeldne tilfeller blitt rapportert om bivirkninger i det sentrale eller perifere nervesystemet, som ascenderende paralyse eller t.o.m. respiratorisk paralyse (Guillain-Barré syndrom). Bivirkninger etter revaksinasjon med Boostrix Polio er ikke undersøkt.

Egenskaper: Klassifisering: Bakterie- og virusvaksine, kombinert. En måned etter aksinasjon hadde 83,5-100% av aksinerte voksne og barn ≥ 10 år antistofftiter $\geq 0,1$ IE/ml mot difteri og 99,6-100% hadde antistofftiter $\geq 0,1$ IE/ml mot tetanus. Hos barn fra 4-8 år hadde 100% av de aksinerte antistofftiter $\geq 0,1$ IE/ml mot difteri og 99,9% hadde antistofftiter $\geq 0,1$ IE/ml mot tetanus. Responsratene for PT, FHA og pertaktin hos voksne og barn ≥ 10 år var hhv. 94,2-97,1%, 96,9-97,2% og 96,6-99,3%. Hos barn fra 4-8 år var responsratene hhv. 97,8%, 90,1% og 95,5%. Prosentandel som oppnådde beskyttende antistoffnivå mot poliovirus type 1, 2 og 3 hos voksne og barn ≥ 10 år var hhv. 99,6-100%, 99,6-100% og 99,1-100%. Hos barn fra 4-8 år ble det i 100% av tilfellene oppnådd et beskyttende antistoffnivå mot poliovirus type 1, 2 og 3.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares ved 2-8°C. Må ikke fryses. Vaksine som har vært utsatt for frost skal destrueres. Etter at vaksinen er tatt ut av kjøleskap, er den stabil i 8 timer ved 21°C.

Andre opplysninger: Før bruk bør vaksinen oppnå romtemperatur og ristes godt til en homogen, klar, hvit suspensjon og undersøkes visuelt for ev. fremmedpartikler og/eller fysiske forandringer. Dersom slike forandringer oppdages, skal vaksinen kastes. Må ikke blandes med andre legemidler i samme sprøyte. Ikke anvendt legemiddel samt avfall bør destrueres i overensstemmelse med lokale krav.

Pakninger og priser: Endosesprayte: 0,5 ml kr. 250,10, 10 x 0,5ml kr. 2030,94
Priser av: 1.5.2005. Oppdatert: 20.12.2005

* Priser gjelder ved bestilling gjennom Folkehelseinstituttet.

Referanser:

1. Smittevern 14, Vaksinasjonsboka 2006
2. blir: MSIS Årsmelding 2006



GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline AS

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

GSK 10/2007

Barth Tholens om pensjoner

Stilling: Redaktør i Sykepleien

E-post: barth.tholens@sykepleien.no



Minst til de som har slitt mest?

Det er et kjent faktum at det er bedre å være frisk og lykkelig enn å havne utenfor. Men vil flere holde seg lenger i jobb når regjeringen setter ned ytelsene til dem som har slitt mest?

Hvem har ikke lyst til å være evig ung hele veien fram til sykehjemmet? Takle stress med aldri tomme batterier, en evighetsmaskin i hode og kropp?

Alt er relativt, men de fleste vil nok være enige i at arbeid er en suksessfaktor i livet. Vi vil helst duger og få lønn for det. Pensjonen er riktig nok et trygt Soria Moria som lokker i det fjerne. Men vi vil helst ikke ofre det altfor mange tanker mens vi er sterke og friske.

NSF vil aldri bytte bort pensjonen til 65-åringene. Det er sykepleiernes arvesølv.

Nå vil regjeringen at vi i Norge skal jobbe lenger enn vi faktisk gjør. Pensjonsalderen for de fleste yrkene er 67 år, men i gjennomsnitt forlater nordmenn arbeidslivet langt tidligere. I det såkalte pensjonsforliket på Stortinget legges det nå opp til et system hvor det lønner seg å stå i jobb lenger. Stoltenberg ønsker å skrote AFP-ordningen. Riktig nok skal det fortsatt være mulig å gå av fra fylte 62 år. Men da får du en tilsvarende lavere ytelse fra Folketrygden. Jo lenger du jobber, dess større ytelse. Orker du, skal du også kunne jobbe utover 67 år. I statsbudsjettet åpner regjeringen nå for at 68-åringer skal kunne beholde all arbeidsinntekt i tillegg til full pakke fra Folketrygden.

Regjeringens mantra er superenkelt: Arbeid skal lønne seg. Ingen vil kunne si seg uenig i det. Likevel er det ingen drøy spådom at fagbevegelsen vil mobilisere maksimalt i tiden som kommer for å forhindre at Stoltenberg får det helt som han vil. Fellesforbundet fører nå an med sitt rungende nei til planene om å **droppe dagens AFP** for sliterne i arbeidslivet. AFP har vært en økonomisk sett gunstig ordning og var ment for ansatte i fysisk tøffe yrker. LO mener at det skal fortsette å være slik. Utbrente 62-åringer skal ikke straffes gjennom lavere ytelse.

Nå er det ikke bare gutta i industrien som har tunge løft. Også for mange sykepleierne

har AFP vært redningen etter et langt og fysisk slitsomt arbeidsliv. Fellesforbundet er derfor frontløper i en kamp som NSF er tjent med. Her gjelder det likevel å passe på at ikke LO styrer mot en løsning som ikke tar hensyn til de påkjennningene som de som jobber i typiske kvinneyrker er utsatt for.

I motsetning til industriarbeidere har sykepleierne en lovfestet pensjonsalder på 65 år. Det betyr at yrkesgruppen har rett til full pensjon



EVIG UNG? Det er ikke alle forunt å bli seniormedarbeider i en fysisk krevende tilværelse. Illustrasjonsfoto: colourbox.com

to år tidligere enn andre yrker. Det er foreløpig ikke klart hvordan regjeringen har tenkt å forholde seg til slike **særaldersgrenser**. Ingen ting tyder på at sykepleiernes pensjonsalder er direkte truet. Men man kan ikke se bort fra at den blir ett kort i et større spill som vil handle

om både AFP, ytelse fra folketrygden og tjenstepensjon. I så fall må regjeringen og arbeidsgiverne regne med massivt bråk. NSF vil aldri bytte bort pensjonen til 65-åringene. Det er sykepleiernes arvesølv.

Den tredje floken som må løses, er **tjeneste-pensjonene**. De gir arbeidstakerne pensjon utover det Folketrygden dekker. Sykepleierne jobber for det meste i offentlig virksomhet. Sammen med arbeidsgiverne har de betalt inn årlige premier til Statens pensjonskasse eller til KLP. Tjenstepensjon skal, ved full opptjening, sikre pensjonister to tredjedeler av tidligere lønn – ytelsene fra Folketrygden inkludert. Det sier seg selv at presset på tjenstepensjonene vil bli større jo mindre man får fra Folketrygden. Det er ennå helt uklart hvordan dette forholdet kan slå ut i tariffforhandlingene mellom arbeidstakere og arbeidsgivere. Spesielt fordi sykepleiernes arbeidsgivere når det kommer til stykket er de samme som nå er så ivrige på å redusere folketrygdens ytelse når man pensjonerer seg tidlig.

Bortsett fra kampen om AFP er det lite trolig at hele pensjonsbomben vil eksplodere allerede ved tariffforhandlingene neste år. Men om regjeringen gjør alvor av sine planer om å få ned statens totale utgifter til pensjoner ved å kutte ned på utbetalingene til de som faller tidligst ut av arbeidslivet, bør de vente seg et enormt kjøp fra fagbevegelsen.

I mange vestlige land har myndighetene klart å få befolkningen og partene i arbeidslivet med på betydelige reduksjoner i pensjonene. Men det har bare vært mulig fordi staten der har slitt med store budsjettunderskudd og generelt sviktende økonomi. I Norge vet myndighetene nesten ikke hva de skal gjøre med det store overskuddet – og økonomien koker. Den norske arbeidslinjen har allerede gjort at rekordmange mennesker er i arbeid. Da er det vanskelig å skjønne at de som har slitt mest, ikke skal kunne gå av med en velfortjent og bra pensjon.



Verv og vinn!

Nå har du mulighet til å styrke NSF, samtidig som du skaffer deg flotte vervepremier. Verv en sykepleier og få en tøff klokke, dame- eller herreur. Ønsker du deg heller en termokanne eller iPod nano, kan du spare vervingen til du har fått vervet flere.

Hva koster medlemskap i NSF?

Kontingent for medlem i arbeid er 1,45 % av brutto lønn. Maks kr 370,- per mnd. + ev. obligatorisk grunnforsikring kr 128,- per mnd. Nyutdannede har halv kontingent i de to første år som sykepleier. Rabatter på forsikringer og bruk av medlemsfordeler dekker ofte mesteparten av medlemskontingenten. Les om fordelene nedenfor.

Vi kjenner ditt yrke og jobber for deg!

Dine medlemsfordeler er:

- Et stort og slagkraftig **felleskap**
- Tilbud om medlemskap i 32 **faggrupper**
- 3000 **tillitsvalgte** bistår deg på de fleste arbeidsplasser
- **Sykepleien** (18 utgaver)
- Bilaget **SykepleienForskning** (4 ganger per år)
- **Juridisk bistand**
- **Godkjenning** av sykepleiefaglige veiledere og kliniske spesialister i sykepleie
- **Stipender og legater** til reise, utdanning og forskning
- **Kurs og kongresser**
- **Kursopphold** på Ressurssenteret Villa Sana, Modum Bad
- **Eget forsikringskontor** med forsikringsordninger til medlemspris
- Gunstige tilbud på **banktjenester** i DnB NOR
- **Sparing og kreditt** med NSF's Unique konto
- Fordelaktige **mobilavtaler** med NetCom
- **Bensinrabatt** hos Esso
- **Eurocard Gold** hos Europay
- Tilgang til NSF's **nettbutikk** med medlemsprodukter
- Tilbud om **gratis medlemskap** i Landslaget for offentlige pensjonister (LOP)

Norsk Sykepleierforbund er den eneste landsomfattende fagorganisasjonen for autoriserte sykepleiere, spesial-sykepleiere, jordmødre og helsesøstre.

Nå kan du bidra til å styrke din egen organisasjon ytterligere ved å verv nye medlemmer. Medlemmer i NSF er en del av et slagkraftig fellesskap som ivaretar sykepleiernes lønns- og arbeidsvilkår. Sykepleieres interesser og rettigheter i tilknytning til blant annet ansettelse, lønn, permisjoner,

arbeidstid og eventuelle yrkesskader blir ivarettatt. NSF er et sykepleiefellesskap som setter faget, dets utvikling og plass i utdanningssystemet og helsevesenet på dagsorden.

Medlemmer kan søke juridisk bistand dersom det oppstår problemer knyttet til arbeidsforholdet. Juridisk bistand kan også gis i enkelte typer straffesaker, for eksempel ved feil medisinerings.



Gratis
ved 1 verving

Klokke

Moderne og lekker klokke i rustfritt stål med lærrem. Citizen urverk.

Verdi 590,-



iPod nano

Populær og brukervennlig iPod nano fra Apple. Plass til 500 sanger. 2 GB. 1,5-tommers LCD-skjerm med farger og bakgrunnsbelysning.

Verdi: kr 1.290,-



Stelton termokanne

Termokanne i stål, 1 liter, prisbelønnet for sin design. Enhåndsbetjent med vippepropp.

Verdi 890,-

Vervepremiene gjelder ikke for verving av studentmedlemmer

VERVEKUPONG

Kryss av for dame- eller herreur: Dame Herre Jeg sparer vervingen Vervepremiene gjelder ikke for verving av studentmedlemmer

VENNLIGST BRUK BLOKKBOKSTAVER	
Ververs navn:	Ververens medlemsnr.:
Navn på nytt medlem:	
Har du vært medlem tidligere?	Tidsrom:
Fødselsnummer (11 siffer)	
Adresse:	
Postnr:	Poststed:
E-post:	
Telefon privat:	Mobil:
Eksamensdato:	
Sykepleierhøgskole/sted:	
Arbeidsgiver:	
Arbeidssted:	
Ansatt dato:	
Awdeling:	
Stillingsbenevnelse:	
Medlemmer i lønnet arbeid innbetaler kontingenten ved månedlige trekk i lønn	



Norsk Sykepleierforbund
Svarsending 1016
0090 Oslo

Ny og nyttig database

Sykepleiere som vil holde seg oppdatert innen sitt fagfelt har nå fått et nytt, gratis hjelpe-middel fra Kunnskapssenteret: Databasen MedNytt.

MedNytt vil inneholde varslinger om alt som skjer innen områdene diagnostikk, legemidler, prosedyrer, utstyr og andre tiltak, alt kategorisert innen ulike medisinske spesialiteter.

Kunnskapssenteret har gjennom internasjonale samarbeidspartnere tilgang til tidlige vurderinger av nye metoder. Det er ressurser som er tilgjengelige på ulike nettsteder, og som det ellers ville vært vanskelig og tidkrevende å finne.

– Vi tar sikte på at MedNytt skal bli en av våre viktigste kontaktpunkter med helsepersonell, sier

forsker Bjørn Anton Graff fra Kunnskapssenteret.

Norske sammendrag

Formålet med MedNytt er å gi faglig støtte når nye metoder innføres i helsetjenesten. Databasen skiller mellom «horizon scanning» og «early warning». Den første er vurdering av ny teknologi to-tre år før den er aktuell for helsetjenesten, mens «early warning» er vurdering 0-1 år før. Legemiddelstudier vil være omtalt fra fase II og fremover. Rapportene er registrert fra januar 2005 til i dag.

Ved siden av å gi oversikt over nye metoder og formidle lenker til vurderinger foretatt av Kunnskapssenterets internasjonale samarbeidspartnere, vil det også være et norsk sammendrag til noen av vurderingene.

Industri-uavhengig

Databasen vil neppe dekke alle nye metoder, derfor ønsker Kunnskapssenteret at brukerne av databasen også skal kunne bestille vurderinger av nye metoder.

– Dersom ingen av våre samarbeidspartnere har en oppsumme-

ring av kunnskapsgrunnlaget for en metode, tar vi sikte på å kunne levere dette innen fire uker. Helsepersonell vil ikke måtte betale for denne tjenesten, opplyser Graff.

– Er databasen kvalitetssikret?

– Nei, vi har ikke kapasitet til å kvalitetssikre arbeidet fra våre samarbeidspartnere, men generelt har disse organisasjonene gode rutiner for kvalitetskontroll. De er også uavhengige av industrien, noe som er viktig i denne sammenhengen.

Adressen er: www.mednytt.no

Kols i røret

Spørsmål om kols? Ring Kolslinjen.

Tre sykepleiere med lang erfaring fra arbeid med lungesyke svarer mer enn gjerne. Kolslinjen åpnet 15. november 2006 og er resultatet av et samarbeid mellom Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL) og Glittrelinnikken.

– Bakgrunnen for prosjektet er at LHL så behovet for et sted der lungesyke kunne få råd, veiledning og hjelp. Disse pasientene trenger ofte litt tid for å komme med spørsmål, tid det gjerne skorter på i helsevesenet ellers, forteller Åse Castilla, en av de tre sykepleierne som sitter i den andre enden av Kolslinjen.

Før legetime

– Fokuset er på lungesyke og deres hverdag. Det er et brukervennlig prosjekt som er praktisk rettet, sier hun.

– Hva er de vanligste spørsmålene dere får?

– De fleste spør: «Hva er kols?» og «Hvordan får jeg stilt diagnosen?». Det ringer også kols-pasienter som ønsker informasjon om medisinene de tar, og noen ringer før en legetime og spør hva de bør ta opp med legen sin. Mange av dem som ringer er

opptatt av hva de kan gjøre selv, som for eksempel forebygging. Endel ønsker hjelp til røykeslutt og trenger motivasjon og oppmuntring til det.

Over tusen telefoner

Samtalene varer gjerne rundt en halv time.

– Hvor mange henvendelser får dere?

– I utgangen av september hadde vi registrert 1313 henvendelser fra vi startet opp. De fleste som ringer er selv kols-pasienter eller mistenker at de har kols, men det ringer også bekymrede pårørende og vitebegjærlige studenter, forteller Åse Castilla.

tekst **Susanne Dietrichson**
og **Nina Hernæs**

TELEFONEN: Kan være en hjelp til å få svar på spørsmål om kols eller kronisk obstruktiv lungesykdom.
Illustrasjonsfoto: Colourbox

Kolslinjen

800 89 333

Det er gratis å ringe Kolslinjen fra fasttelefon. Fra mobiltelefon er det egne takster.

Kolslinjen er betjent mandag til onsdag 11.00-15.00, torsdag 15.00-20.00





Medisinsk opplæring av hiv-pasienter

Hiv-pasienter ved seksjon for klinisk immunologi og infeksjonsmedisin på Radiumhospitalet blir tilbudt undervisning for å sikre riktig medisinerings. Tiltaket er deres bidrag til Smartprisen.

– Hensikten med å tilby pasienter som lever med hiv denne undervisningen, er å imøtekomme deres kunnskapsbehov, og å øke sannsynligheten for at de som skal starte med legemidler mot hiv følger foreskrevet behandling, sier Line Melbye.

Hun er fagutviklingssykepleier ved Radiumhospitalets seksjon for klinisk immunologi og infeksjonsmedisin.

Så snart undervisningsprogrammet var ferdigstilt høsten 2004, startet implementeringen av programmet i sykepleie- og

legetjenesten ved avdelingen, og det har vært i bruk siden begynnelsen av 2005. Sykepleier Ingrid Jahren Scudder har utarbeidet programmet i samarbeid med Melbye, og med bistand fra Senter for pasientmedvirkning og sykepleieforskning. Programmet er vurdert av professor og overlege Stig Frøland, og av enkelte brukere ved Aksept, Senter for mennesker berørt av hiv.

– Behov for oppfølging

– Det er dokumentert at enkelte pasienter som administrerer legemidler selv, ofte tar mindre enn halvparten av anbefalte doser. Praksis og forskning viser at det er nødvendig med tiltak for å assistere pasientene i oppfølging av legemiddelordinasjoner. På bakgrunn av det så vi behovet for å kvalitetssikre den faglige standarden som opplæringen baseres på, forklarer Melbye, som håper at verdens aidsdag den 1. desember kan være med på å kaste lys over denne problematikken.

Undervisningsprogrammet har en logisk og pedagogisk oppbygging, og innledes av en forberedelsesfase som skal kartlegge pasientens motivasjon før oppstart.

Brukervennlig

Til bruk i undervisningen får pasientene en A4-perm med laminerte sider, som er bygget opp i tre moduler. Den første modulen gir grunnleggende kunnskap om sykdomsbildet, mens den andre bygger på forståelse og kunnskaper om hvordan hiv svekker immunforsvaret, og gir en gjennomgang av pasientens legemidler. Den tredje og siste modulen omhandler ferdighetstrening, og avslutningsvis finnes det en sjekkliste for å sikre at

viktige temaer er diskutert.

En A5-perm med antiretrovirale legemidler i plastlommer inngår også som en del av programmet. Permene og innholdet kan desinifiseres.

Pasientene får utskrift av det materialet i undervisningspermen som er ønskelig i en egen mappe, og hva som er ønskelig varierer i stor grad. Pasienter som skal starte med legemidler mot hiv får også tilbud om en dosett. Denne har en spesiell design, og stor plass til legemidler.

Behovstilpasset

Undervisningen foregår mellom sykepleieren og den enkelte pasient. Lengden på undervisningen varierer ut ifra pasientens kunnskap og behov. Pasienten og sykepleieren gjør derfor en felles vurdering, og legger opp undervisningsplanen i forhold til det.

– Vi er opptatt av at hver enkelt pasient skal stå i fokus, og har så langt ikke arrangert gruppeundervisning da den enkeltes behov for tilrettelagt undervisning er så variabel.

Stor interesse

– Interessen fra blant annet primær- og spesialhelsetjenesten, interesseorganisasjoner for hiv og asylmottak er stor, og det er derfor besluttet å selge programmet, sier Melbye, og legger til at programmet må oppdateres i henhold til nyere forskning.

For å kunne vurdere om tiltakene i programmet er tilstrekkelige for å øke sannsynligheten for at pasienter med hiv følger foreskrevet behandling, må programmet evalueres.

– Legemidlene vi har mot hiv i dag er spesielt utfordrende, da det kreves at minst 95 prosent av legemiddeldosene tas for op-



HIV-INFO: Sykepleier Line Melbye (til høyre) har vært med å utvikle programmet som avdelingen bruker. Her viser hun en pasient de forskjellige legemidlene.



Smartprisen 2007

Fristen for å sende inn forslag til årets Smartpris er nå gått ut. Sykepleien vil presentere kandidatene frem til avstemningen.

Den vil foregå i desember.

Innovasjon Norge og Sykepleien står bak årets konkurranse.

timal effekt. Ved å opprettholde god adherence reduseres også faren for resistensutvikling, forklarer Melbye.

Fornøyde pasienter

– Vi har fått gode tilbakemeldinger fra flere av pasientene som har fulgt undervisningsprogrammet. Mange forteller at de har kjent behovet for mer kunnskap både i forhold til diagnosen og behandlingen, og gir uttrykk for at dette er nyttig. Andre tilbakemeldinger vi har fått gir signaler om at pasientene føler seg godt ivaretatt,

og at det oppleves viktig at helsepersonell har kunnskap om hiv. Noen pasienter har av ulike årsaker valgt å ikke følge undervisningsprogrammet.

Kandidat 7:

Opplæringsprogram om medisiner for hiv-pasienter.

Forslagsstiller:

Avdeling for klinisk immunologi og infeksjonsmedisin på Radiumhospitalet.

Kandidater hittil:

- 1: Samtalegrupper for skilsmissebarn** (Sykepleien 5/2007)
Hilde Egge og Tordis Labraaten på Bekkestua helsestasjon i Bærum.
- 2: Rydder tid til dokumentasjon** (Sykepleien 7/2007)
Signy Wikne ved Haukeland universitetssykehus.
- 3: Marevandoser via intranett** (Sykepleien 9/2007)
Intensivsykepleier Stine Lund, Sykehuset Østfolds avdeling i Askim.
- 4: Toalettpose til urinprøve** (Sykepleien 11/2007)
Pensjonist og tidligere avdelingssykepleier Aud Køller, Ulefoss i Telemark.
- 5: Støttepute mot trykksår** (Sykepleien 131 2007).
Anne Kornberg Simensen. Stavanger universitetssykehus.
- 6: Pressbelte for koloskopiundersøkelser** (Sykepleien 13/2007).
Bjørn Hessvik, Akershus universitetssykehus.



etac®

Et godt sengemiljø er like viktig innen sykepleien som i hjemmet

Etac tilbyr et komplett sortiment av madrasser, overmadrasser og støtteputer til posisjonering og behandling /forebygging av trykksår.

Produktene har forskjellige grader av trykkfordelende og trykkavlastende egenskaper for å fordele kroppstyngden over en så stor flate som mulig. Kvalitet og pris kan kombineres.

Sjekk vår hjemmeside www.etac.no for mer informasjon

ETAC AS - Postboks 249, 1501 Moss
Tlf. 69 27 59 80 - Fax: 69 27 09 11 - E-post: hovedkontor@etac.no

etac®
Skaper muligheter



Lettlest om hjertesykdom

En tettbygd rød fyr smiler hjertelig til pasientene ved hjerterovervåkingen på St. Olavs Hospital. Han en av illustrasjonene som skal gjøre informasjon om hjertesykdom forståelig.

Sykepleier ved hjerterovervåkingen, Tone Guttormsen, har sammen med kollega Monica Singstad Johansen laget en flipoverperm som gir svar på de fleste spørsmål relatert til hjertesykdom. Verdt en smartpris, kanskje?

Som sykepleiere ved en travel hjerterovervåking opplevde de daglig en mangel på redskap for å gi pasientene den informasjonen de har behov for og krav på.

– Selv om pasientenes innetid ved avdelingen i snitt er 1,7 døgn, er det viktig å gi god informasjon i denne kritiske fasen, sier Guttormsen.

Permen er utarbeidet med tydelig skrift og gode illustrasjoner. Siden permene ble tatt i bruk for et års tid siden, har tilbakemeldingene vært mange og gode.

– Pasientene forteller at de synes innholdet er lett forståelig og de har sansen for illustrasjonene. Ofte ligger pasientene selv og kikker i permene, men også sammen med sine nærmeste. Det setter kanskje i gang en prosess som gjør det lettere å stille spørsmål, mener Singstad Johansen, som er spesialist i kardiologisk sykepleie.

Vanskelige spørsmål

For permene rommer et bredt spekter av temaer. Angina, hjerterinfarkt, PCI og bypass har fått sin naturlige plass, men ikke minst er det gitt rom for emner som risikofaktorer, kosthold, medisiner, psykososiale behov, trening, sex og samliv.

– Vi har valgt å ta med disse temaene fordi vi tror det kan gjøre det lettere for pasienten å stille spørsmål om det som kanskje kjennes ekstra vanskelig, forklarer Singstad Johansen.

I permene er hvert tema presentert på en egen side, slik at det skal være enkelt å slå opp. Av hensyn til hygiene og bruksslitasje er sidene laminert.

Praktisk

Samtlige ansatte ved avdelingen har fått anledning til å komme med innspill i forhold til valg av tema og innhold i løpet av prosessen. Deler av permens innhold er hentet fra materialet som benyttes i gruppeundervisningen som tilbys alle pasienter på hjertemedisinsk avdeling senere i forløpet.

– Gjenkjennelsesfaktoren kan være med på å hjelpe pasienten til



ALT DU VIL VITE: Tone Guttormsen og Monica Singstad Johansen (til h.)

lettere å få innsikt i sin situasjon, mener Guttormsen.

– Vi har lagt vekt på at informasjonsmaterialet skal være praktisk og lett anvendelig. Det er viktig å kunne informere pasientene på en rask og enkel måte. Pasientene ved avdelingen er stort sett sengeliggende, så det var nødvendig å utarbeide et håndfast og samlet redskap som sykepleierne kunne bli fortrolige med, sier Singstad Johansen, og legger til:

– Informasjonspermene er blitt et nyttig redskap i arbeidet med dokumentasjon og innhenting av data. Ved hjelp av permene kan sykepleierne, sammen med pasienten, raskt finne frem til hvilke risikofaktorer som er fremtredende for den enkelte. Det er viktig at pasienten selv kan delta, og det sikrer at vedkommende får den mest relevante informasjonen for sitt sykdomstilfelle.

Etterspurt

Alle rom ved avdelingen er i dag utstyrt med et eksemplar av per-

men. Men også andre ser nytten av informasjonspermene.

– De samme permene skal brukes også ved de andre postene ved hjertemedisinsk avdeling. Dette er med på å sikre at den samme informasjonen gis til alle våre pasienter, uavhengig av hvilken hjertepost de ligger på, forklarer Guttormsen.

– I tillegg bidrar det til god kontinuitet for pasienten at tema presentert ved hjerterovervåkingen blir gjentatt og utdypet ved sengepostene, legger Singstad Johansen til.

Behandling / forebygging av ligge- og trykksår

Wima-labben
Avlaster områder som er utsatt for ligge- og trykksår
Bedrer mulighetene for sårleging
Behagelig i bruk, - luftig, lett, stabil og varmeisolerende



Wima produkter

Les mer om Wima-labben på vår nettside: www.wima.no

Tlf. 71 51 42 84 Fax 71 51 40 73 P.b. 28, 6538 Averøy

Kandidat 8:

Lettlest flipoverperm med informasjon om hjertesykdom.

Forslagsstiller:

Tone Guttormsen og Monica Singstad Johansen ved hjerterovervåkingen på St. Olavs Hospital.

Bryst, kreft, magasin

Fire tyske venninner med kreft fikk idéen til *Mamma Mia*, et magasin for brystkreftpasienter. *Mamma Mia*, har vært utgitt i halvannet år og har et opplag på 20 000. Nå lanserer magasinet fotokonkurranse. Motiv: Skallede kvinner etter cellegiftkur. Kan du tysk og vil lese mer, finner du det her: www.mammamia-online.de/journalisten.no



Lus på nett

Vil du vite mer om hodelus, har Folkehelseinstituttet laget en ny brosjyre som blant annet handler om smitteveier, hvordan lusen kan oppdages og hvordan man kan bli kvitt den. Last ned brosjyren på www.fhi.no, under menyvalg publikasjoner til venstre på siden.



Illustrasjon: Colourbox

Barnerøntgen eget fag

Pediatrik radiografi er en ny videreutdanning ved Høgskolen i Bergen, som er alene i Norden om tilbudet. Alt fra psykologi og hvordan barn reagerer til de fysiske forholdene rundt det å være pasient på røntgenavdeling vil være tema. Med denne utdanningen skal radiologer kunne være ressurspersoner for radiologiske avdelinger i spørsmål om barn på røntgen. helse-bergen.no



Illustrasjon: Colourbox

Snakk om klima nå!

Helsearbeidere må rette oppmerksomhet mot klimaendringene, oppfordrer lederen for *National Centre of Epidemiology and Population Health* ved Australian National University i Canberra, Anthony McMichael. Logikken er at det er helsesektoren som må hamle opp med følgene av klimaendringene. Et eksempel: El Niño eller La Niña, som er fenomener som påvirker store temperatursvingninger i overflatevannet i Stillehavet, påvirker havstrømmer, som igjen påvirker nedbørmengden

i områdene rundt, og som igjen påvirker populasjonen av mygg og forekomst av denguefeber.

McMichael peker på at helsesektoren har hatt nok med å drive helsevesenet, men at dette ikke lenger holder. Helsesektoren må i stedet tenke mer fremtidsrettet og samarbeide med andre sektorer om å unngå de verste truslene klimaendringene kan føre til. *British Medical Journal*

31% Rabatt

På bestillinger av helsemøbler før 30. november



Nyhet!

Modus
HELLAND



Når helse og pleie står i sentrum

Modus - serien
Ny serie som leveres med spiller eller stopping i rygg Sider åpne eller fylt. Lenestol, 2- og 3-seter leveres med vendbare rygg og seteputer med avtagbart trekk. Armlener kan leveres med stopping. Treverk i bjørk, bøk eik eller beiset.

Bo-serien
leveres som stol, 2-seter, 3-seter, høyrygget stol, stablestol, serveringsvogn, seng, nattbord og skap. Treverk i bjørk natur eller beiset. Avtagbart stoff, inkontinens trekk, formstøpt skum, og vendbare puter. Velg mellom flere armlener - ruter, spiller, åpne eller overstoppe-de.

Bo

Ergo - serien
kan leveres med inntil 5 cm ekstra sittehøyde. Armleneputer inkontinens trekk, spisebrett, hjul, skyvehåndtak og fotbrett for høyrygget stol. Treverk i bøk eller bjørk, lyslakkert kirsebær eller mahognybeiset. Formstøpt sete og rygg i flammehemmende kaldskum. Høy stol m/reg. av rygg samt nakkestøtte. 2 og 3-seter har vendbare og avtagbare seteputer.



HELLAND

Ergo

Ta kontakt med prosjektavdelingen for informasjon, tilbud eller prisliste
Tlf: 22 88 01 82/83 E-post: anbud@a-mobler.no
Se mer www.a-mobler.no



A-MØBLER

Tone Norekvåls hjertesak

BERGEN: Hvis du er kvinne, er det ti ganger større risiko for at du kommer til å dø av hjerte- og karsykdom enn brystkreft. – Det skulle man jo ikke tro når man leser avisen, sukker Tone M. Norekvål.

For brystkreft er et yndet medietema. Og hjerterinfarkt knyttes først og fremst til menn. Men tallene er klare: 55 prosent av kvinnene og 43 prosent av mennene dør av hjerte- og karsykdom.

Tone Merete Norekvål er hjertedame på sin hals. Hun er fag- og forskningssykepleier ved hjerteavdelingen på Haukeland universitetssykehus, men for tiden har hun permisjon for å skrive doktorgrad om kvinner og hjerterinfarkt. Norekvål er også leder av den europeiske organisasjonen for kardiologiske sykepleiere (Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions, www.escardio.org/nursing). Inntil mai 2006 var hun også leder for den norske faggruppen.

Kommer for sent

– Det aller viktigste er å få kunnskap ut til kvinner flest. Der kan vi gjøre mest, mener hun.

Kvinner og hjertesykdom er nemlig et stort tema. Men et vesentlig poeng er at kvinner med hjerterinfarkt ikke kommer tidlig nok til lege. Det kan få fatale følger. Tiden er avgjørende både for hvilken behandling man får og effekten av den.



FORSKER: Tone Norekvål er glad i klinikken og hadde ikke tenkt å ta doktorgrad. Men behovet for kunnskap ble for stort.

Norekvål har i det siste fått høre: «Å, har du lagt deg på den bølgen?»

For temaet hjerterinfarkt og kvinner *har* fått litt mer oppmerksomhet i mediene i det siste, ikke minst på grunn av kampanjen til Landsforeningen for Hjerter- og Lungesyke (LHL), som Norekvål samarbeider med.

Men allerede i 1996, da hun tok hovedfag, intervjuet Norekvål 147 kvinner som hadde overlevd hjerterinfarkt. De samme kvinnene følger hun opp nå.

Helse Vest betaler

Som stipendiat er Norekvål forvist fra avdelingen sin til et minikontor i en brakke lenger nede på sykehusområdet. Ulempen er avstand til klinikken, som

hun gjerne vil være nær, men fordelen er mulighet for konsentrasjon. Det trengs hvis hun skal fullføre innen normert tid. I hard konkurranse med andre profesjoner, ikke minst legene,

Ti år etter menn

Arbeidet hennes dreier seg om rehabilitering. Det vil si tiden etter at kvinnene har kommet hjem.

– Vi vet at kvinner ikke deltar

Kvinner får sitt infarkt i gjennomsnitt ti år senere enn menn.

fikk hun i 2005 tildelt full finansiering i tre år fra Helse Vest.

– Av 36 var jeg eneste sykepleier som fikk midler, sier hun og oppfordrer andre sykepleiere til å konkurrere om forskerkronene.

Nettverket hun har opparbeidet seg i inn- og utland som kardiologisk sykepleier kommer til nytte i arbeidet.

i rehabilitering i samme grad som menn. Dropout-frekvensen er også høyere. Det kan være fordi kvinner mener at «dette er ikke noe for meg». Eller at de ikke synes de har tid.

Kvinner får sitt infarkt i gjennomsnitt ti år senere enn menn. Norekvål spør seg om rehabiliteringsprogrammene passer for

disse kvinnene. Er det ok å trene sammen med menn som attpåtil er yngre?

– LHL er opptatt av å få folk tilbake i arbeid, og det er viktig. Men dette gjelder i stor grad menn, som fortsatt er i yrkesaktive alder.

Norekvål ser en stor utfordring i å motivere kvinner til å delta, og å skreddersy programmene også for dem.

Målet er å redusere antallet reinnleggelser, hindre for tidlig død og andre helseplager, og å øke livskvaliteten.

– Dette gjelder begge kjønn. Rehabilitering viser seg å være veldig samfunnsøkonomisk.

Positivt etter infarkt

Kan man komme styrket ut av akutt sykdom, tenkte Norekvål. Hun var i tvil om hun kunne stille kvinnene dette spørsmålet: «Har det også kommet noe positivt ut av hjerteinfarkt?»

Men hun spurte. Og 65 prosent svarte ja.

– Vi må ikke glemme at 35 prosent svarte nei. Eller at dødeligheten er stor. Men bemerkelsesverdig mange svarte ja.

Norekvål har analysert svarene og delt de positive opplevelsene inn i fire:

– Noen sier de i mye større grad setter pris på livet. Andre peker på at de får helsehjelp.

Videre viser kvinnene til positive livsstilsendringer. Kvinnene sier også at de tar mer vare på seg selv – og andre. Det vil si at de anbefaler andre kvinner å forebygge.

– Er det spesielt for kvinner? Bare to trakk fram at familien ble mer omsorgsfull overfor dem, sier Norekvål.

Svarene var uavhengig av størrelsen på infarkt. Men de med hyppigere reinnleggelser var mindre positive.

– Jeg hater å jogge!

Norekvål mener at kunnskap

om styrke kan hjelpe andre ved at oppmerksomheten rettes mot mulighetene.

– Men her må det selvsagt brukes faglig skjønn.

Det er forsket mye innen kref-tomsorgen om opplevde konsekvenser av alvorlig sykdom, men nesten ingenting er gjort på de som har hatt hjerteinfarkt. Norekvål fant tre studier, og de inkluderte bare menn.

Hun gleder seg til å prøve funnene ut i klinisk praksis.

– I stedet for bare å snakke om hva pasienten *ikke* kan gjøre, kan vi spørre: «Er det noe du kan omprioritere?» I tillegg til å be dem slutte å røyke og spise mindre fett og salt, kan vi anbefale alternativer. Hjelp dem til å se muligheter i stedet for begrensninger. Mosjon er viktig, men ikke alle har sansen. «Jeg hater å jogge!» sier de kanskje. Eller: «Jeg har ikke knær til det.» «Ok, men liker du å danse? Eller svømme?» kan vi svare. Vi må se etter mestringskapasiteten. De er inne på det i kreftomsorgen.

Alle må forske

Forskning krever utholdenhet. Norekvål berømmer avdelingsoverlegen som ivrer for at alle bidrar med å utvikle kunnskap.

– Jeg er enig når han sier at det hjelper lite at kardiologene forsker med sjumilstøvler hvis sykepleierne ikke henger med. Vi er ikke sterkere enn det svakeste ledd.

Som leder for de europeiske kardiologiske sykepleiere var Norekvål nettopp i EU-parlamentet i Brussel sammen med representanter fra andre store fagorganisasjoner. EU har utarbeidet et charter om hjerte-helse for europeere (www.heartcharter.eu). Dette ble lansert i juni i år. – Målet er å forebygge. Nå diskuterte vi hvordan vi skal sette ut i livet innholdet i charteret.

Mosjon er viktig, men ikke alle har sansen.

Diffuse symptomer

Kvinner kan ha mer diffuse symptomer på hjerteinfarkt enn menn, for eksempel kan de kjenne stråling ned i magen og bak i ryggen. De kan også bli tungpustet, trøtte og urolige. Det blir vanskeligere å tolke symptomene både for kvinnen selv og for helsepersonell. Dette kan igjen føre til unødvendig opphold før kvinnen får adekvat helsehjelp. Mange kvinner kommer først til sykehus med sitt andre hjerteinfarkt, og halvparten av disse dør.

Flere fakta:

● 84 prosent av de middelaldrende hjerteinfarktkvinnene røyker. Røyking alene forklarer halvparten av infarktene.

● Røyking har ekstra negativ effekt på kvinnehjertene. Røyk reduserer østrogenet, og dermed også det gode kolesterolet.

● Risikoen for hjerteinfarkt er to-fem ganger så høy for røykere som for ikke-røykere.

● Diabetes øker risikoen for hjerte- og karsykdommer. Kvinner med diabetes har opp til seks ganger større risiko for å få hjerteinfarkt enn andre kvinner.

Go red

Den internasjonale kampanjen «go red» har også kommet til Norge. Her har LHL lisens: www.hjerterdamer.no



Prøv NSF Unique

- konto for medlemmer i NSF

Visste du at det koster bare 88 kroner* å låne ti tusen i én måned?

Vil du vite mer?

Se www.nsf-unique.no eller kontakt Kundeservice på tlf. 815 00 073.

Effektiv rente ved bruk av kreditt:
50.000 (12,96 %) - 25.000 (13,63 %) - 10.000 (15,67 %)

* Betingelser pr. oktober 2007.



Kristin Heggen og Marit Kirkevold om eldreomsorg

Yrke Heggen: Professor, Universitetet i Oslo

Yrke Kirkevold: Professor, Universitetet i Oslo



Hodeløs eldreomsorg

Eldreomsorg er et av de store og viktige temaene i årets valgkamp. Igjen og igjen får velgerne høre om viljen til og betydning av å få flere hender i eldreomsorgen. Flere hender er nødvendig og bra. Men hva med hoder?

Når vi bringer spørsmål om hoder inn i debatten er det ikke hodetelling vi er opptatt av, men spørsmål om kompetanse. Det er en sjenerende mangel på oppmerksomhet om de kvalifikasjoner som kreves for å arbeide i eldreomsorgen. Uten bevisst oppmerksomhet om kompetansespørsmål og faglighet er det all grunn til å tro at også rekrutteringen av helsepersonell vil forbli et uløst problem.

Mer enn siste hjem

Hva slags kompetanse dreier det seg om? Det dreier seg om krav til faglighet som må sees i sammenheng med omlegginger av eldreomsorgen. Ta sykehjem for eksempel. Et sykehjem er ikke hva det en gang var, et siste hjem for de eldste og sykeste gamle. Det er også det, men dagens sykehjem har i tillegg andre funksjoner. Sykehjemmene er i økende grad medisinske behandlingsinstitusjoner som avlaster sykehusene. Organiseringen av sykehjemmene er annerledes enn sykehusene, og ordnes ikke etter organsvikt av typen avdelinger for hjerte-, lunge- eller nyresykdommer eller psykiateriske lidelser. Beboere på sykehjem representerer i større eller mindre grad bredden av sykdommer, og bruker ofte mye medisiner som kan innvirke på hverandre. Det betyr at helsepersonell må være gode generalister med allround kunns-

skap om sykdom og behandling. Foruten en omgjøring av sykehjemmene mot medisinsk behandling, rehabilitering og lindring, dekker også dagens sykehjem både korttids- og langtids innleggelse. Alt dette peker mot en økt betydning av medisinsk og helsefaglig ekspertise.

– Skammelig

Det er rett og slett skammelig når vi i valgkampen har fått vite at det er sykehjemsbeboere i dette landet som avspises med

og skrøpelige med ulik grad av sviktende fysiske og mentale funksjonsevner? Det sier seg selv at det krever mer enn kunnskap om sykdom og pleieferdigheter. Muligens krever det en klar fornying av det etablerte rollerepertoaret blant pleiere. Vi har som forskere og pårørende sett gode eksempler fra norske sykehjem hvor de ansatte eksperimenterer og ekspanderer sine faglige roller. Det er eksempelvis en utfordrende pleieoppgave å samle en gruppe personer med demens til samtaler. Det krever

Rom for makt

Krenkelser er en bekymringsfull og rapportert (trolig underrapportert) side ved eldreomsorgen. Noe av det mest krevende sykehjemsarbeid foregår i tette relasjoner bak lukkede dører på enerom med egne bad. Rommet for maktutøvelse er stort. Det kreves makt for å makte å få en beboer til å drikke, spise og kle på seg. Det er samtidig en omsorgsmakt det er lett å misbruke. Pleieres holdninger spilles ut i møtet med den hjelpetrequende, som kanskje både er urinvåt og ikke har greid å holde på egen avføring, mangler verbalt språk og kanskje yter motstand mot å bli stelt. Hvordan kommer en den eldre demente person i møte på varme og verdige måter? Det er utfordrende situasjons- og personavhengig samhandling. Det er oppgaveløsning uten fasitsvar. Det krever åpenhet og evner til å interessere seg for og analysere det maktrommet som åpner seg i arbeid med omsorgstrengende eldre. Legg gjerne til krav om utholdenhet og handlekraft. Det er selvsagt ikke tilstrekkelig med institusjonelle styrevedtak om hvilke holdninger som skal prege omsorgen. Her må det arbeides kontinuerlig og erfaringsnært med utforskning av holdninger som viser seg gjennom arbeid av den enkelte og pleiekulturen samlet.

En sarkastisk bemerkning kan frata beboeren siste rest av mestringsevne.

noen få minutters medisinsk tilsyn per uke. Professor Stein Evensen bekrefter i kronikken (Aftenposten - 3.9) at antall geriatere er håpløst lavt og særlig bekymringsfull sett i sammenheng med den økende andel eldre i befolkningen. Dette forteller også at pleiepersonalet må ha gode kunnskaper som gjør det mulig å observere, vurdere, rapportere og tilkalle nødvendig medisinsk faglig kyndighet.

Kan finne ro i samtale

Sykehjemmene skal også være hjem. Hvordan skape hjemlige omgivelser for beboere som har det til felles at de er gamle

oppfinnsomhet om temaer, målrettede spørsmål til den enkelte basert på god kunnskap om hvem hver i sær er, og evne til å motta og følge opp utspill med og uten mening. Det er bemerkelsesverdig å observere at selv den mest urolige og desorienterte vandrer kan finne ro og ta frem noen gode gamle sider ved seg selv når samtalen fungerer. Da er ordet verdighet i eldreomsorgen treffende. Det forutsetter en pleiekultur og en faglig ledelse som verdsetter mer enn å få døgnets lett synlige pleieoppgaver til å «gå rundt» med minimal bruk av ressurser.

Vet lite om krenkelser

Kunnskap om den type krenkelser som følger av pleiernes holdninger overfor eldre er mangelvare. Et blikk på en hjelpeløs gammel kropp, en spiss og ironisk bemerkning er velegnet for å såre og flise opp selvtilliten hos den gamle. En sarkastisk bemerkning kan frata beboeren siste rest av mestringsevne. Latter er en uttrykksform med et særlig stort potensial for å krenke, og smilet kan brukes på måter som gjør pleiernes makt mer potent. Latter er også en sosial kraft som kan brukes motsatt og bygge opp fellesskap, avvæpne potensielt ekle og vanskelige situasjoner. Igjen har vi pekt på eksempler på hvilke virkemidler som kan brukes i den

persontette samhandlingen med mulighet for å skape verdighet eller det motsatte: krenkelser. Det er sosiale virkemidler som verken kan påbys eller forbys. Det er allmenmenneskelige evner og holdninger som er i spill og krever en særlig kultivering i omsorg for de eldste og sykeste.

Relasjonell kompetanse

Verdighet i eldreomsorgen dreier seg med andre ord om pleiernes relasjonelle kompetanse.

Det er holdninger og handlinger hvor rettighetsfesting og lovbestemmelser er utilstrekkelig som regulering av hverdagslivets aktiviteter. God omsorgsfaglig standard krever årvåken oppmerksom fra den enkelte utøver og fra

det samlede pleiefellesskapet. Det kan være vanskelig å vite når en handler rett og galt. Det må undersøkes og gjennomtenkes. Det krever vilje og evne til å samtale om vanskelige temaer som utøvelse og bearbeiding av holdninger. Videre fordres det en kultur hvor det er rom for å vedstå seg at en gjør feil, eller lurer på om en handler riktig eller galt.

Gamle bor også hjemme og tilbys hjelp i sin egen private bolig. Ofte er forskjellene i hjelpebehov marginale mellom hjemmeboende og sykehjemsbeboere. I hjemmetjenestene er som regel omsorgsutøveren alene. Både den gamle og pleierne er utsatt, fordi det profesjonelle hjelpeapparatet ofte oppleves langt unna. Det

skal stor faglig selvstendighet og integritet til for å utøve kyndig pleie i hjemmet, samtidig som den gamles hjem ikke gjøres om til et «sykehjem» hvor den gamle har mistet all kontroll.

Krevende

Det er en beklagelig mangel på interesse for kompetansespørsmål knyttet til eldreomsorg. Det gjelder valgkampen fra tidligere i høst, men også rent generelt mener vi det mangler forståelse for hvor krevende det er å arbeide innenfor eldreomsorgen. En bevisst utforskning og eksperimentering med kompetanseutvikling mener vi også kan være stimulerende for rekruttering til eldreomsorgsarbeid.

ENDA FLERE DECUBAL- PRODUKTER MOT TØRR HUD!

Decubal består i dag av produkter som nærer, pleier og gjenoppbygger huden fra topp til tå. Serien inneholder produkter for de som har normalt tørr hud, men også spesialprodukter for en ekstremt tørr hud, irritert hud eller som støttende behandling ved psoriasis og eksem. Nå lanserer Decubal to spennende nyheter for vask av hud og hår:

DECUBAL FACE WASH

Mildt renseskum som effektivt renser huden, uten å virke uttørrkende. 150 ml pumpeflaske

DECUBAL MILD SHAMPOO

Tørr hud gir også ofte tørr hodebunn. Decubal Mild Shampoo rengjør hår og hodebunn skånsomt. 200 ml flaske

Decubals spesialutviklede produkter gir hele kroppen optimal hudpleie hver dag. Kun på apoteket



DECUBAL



Finn din faggruppe:

Akutt

NSFs Landsgruppe av Sykepleiere i Akuttmottak, AMK og Ambulansetjeneste:
Ulrika Eriksson, Klinik for anestesi og akuttmedisin, St Olavs Hospital, 7006 TRONDHEIM
Tlf. privat: 934 20 760. Tlf. jobb: 73 86 90 92/
913 88 601 E-post: ulrika.eriksson@stolav.no

Anestesi

Anestesisykepleiernes landsgruppe av NSF:
Anne Marie Gran Bruun, Aker gård, 3170 SEM
Tlf. privat: 33 33 23 87 og 905 32 387
Tlf. jobb: 33 03 12 89 E-post: annemarie.bruun@c2i.net

Astma, eksem og allergi

NSF faggruppe for sykepleiere innen allergi, eksem og lungesykdom hos barn:
Sølvi Heimestøl, Barnepoliklinikk/Lærings- og mestringssenteret, Postboks 2170, 5504 HAUGESUND.
Tlf. privat: 53 74 06 73 og 996 29 365.
Tlf. jobb: 52 73 23 50 og 52 73 28 80
E-post: solvi.heimestol@helse-fonna.no

Barn

Barnesykepleierforbundet NSF:
André Grundevig, Åtringen 2, 9017 TROMSØ. Tlf.: 41 23 98 77
E-post: a.grundevig@c2i.net

Bedriftssykepleie

NSFs landsgruppe av bedriftssykepleiere:
Kari Gaarder Osnes, Diakonhjemets Sykehus, Vindern, 0319 OSLO.
Tlf.: 957 33 447
E-post: kari.g.osnes@diakonsyk.no

Diabetes

Faggruppe for Diabetessykepleiere, NSF/FFD:
Åse Rohde Paulsen, Hølleveien. 171, 4640 SØGNE.
Tlf. privat: 38 05 02 60 / 970 38 423
Tlf. jobb: 38 05 33 34.
E-post: aase.rohde.poulsen@sogn.kommune.no

Gastro

NSF Faggruppe av sykepleiere i gastroenterologi:
Wenche Brattebø Fenne, Småvøllen 19, 4017 STAVANGER. Tlf. 51 58 81 89.
E-post: wenche.fenne@hotmail.com

Geriatrici og demens

NSFs faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens:
Anni Særmmo, Elveveien 17, 4823 NEDENES.
Tlf. privat: 37 09 49 15 og 920 48 264
Tlf. jobb: 37 25 64 19.
E-post: annikarlsen@hotmail.com og anni@nsfgeriatricidemens.no

Helsesøster

Landsgruppen av helsesøstre NSF:
Astrid Grydeland Ersvik, Postboks 272, 6501 KRISTIANSUND. Tlf. privat: 71 67 00 63/
988 53 496 Tlf. jobb: 71 57 41 07
E-post: astrid.grydeland@bluezone.no

Hud

NSFs Faggruppe for Sykepleiere i Dermatologi:
Aina Nygård, Munkvoldv. 57, 7021 TRONDHEIM.
Tlf. privat: 45 20 40 48 Tlf. jobb: 73 86 89 42
E-post: aina.nygard@stolav.no

Hygiene

NSF Faggruppe av Hygienesykepleiere:
Anne Dalheim, Senter for Smittevern Helse Bergen, 5021 BERGEN.
Tlf. privat: 98 60 97 37. Tlf. jobb: 55 97 54 04
E-post: anne.dalheim@helse.bergen.no

IKT og dokumentasjon

Sykepleiernes forum for IKT og dokumentasjon NSF ID:
Mari S. Berge, Fløenbakken 86, 5009 BERGEN.
Tlf. privat: 55 31 83 11 og 907 52 646
E-post: ms.berge@online.no og mber@hib.no

Intensiv

NSFs landsgruppe av intensivsykepleiere NSF LIS:
Hildegunn Synnevåg, Ortuflaten 68 5143 FYLLINGSDALEN.
Tlf. privat: 55 16 66 54 og 926 37 123
E-post: hi-syn68@online.no og hildegunn.synnevaag@helse-bergen.no

Jordmor

Jordmorforbundet NSF:
Bente Dahl Spidsberg, Solvindveien 11, 3113 TØNSBERG.
Tlf. mobil: 906 26 991
E-post: bente.dahl.spidsberg@sykepleierforbundet.no

Kardiologi

NSFs landsgruppe av kardiologiske sykepleiere:
Marit Mørkved Larsen, Nils Bays vei 57C, 0855 OSLO.
Tlf. privat: 22 23 48 26 og 922 68 706
Tlf. jobb: 23 07 07 62 og 23 07 19 40
E-post: marit.morkved.larsen@rikshospitalet.no

Kreft

NSF Forum for kreftsykepleie: NSF FKS
Ingrid Lotsberg Norås, Heimtjenesta Klepp kommune, Postboks 25, 4358 KLEPPE.
Tlf.: 51 42 99 00 / 991 67 002
E-post: ingrid.lotsberg.noras@klepp.kommune.no

Ledere

NSFs landsgruppe av sykepleieleidere LSL:
Kirsten Harstad, Haugåstubben sykehjem, Stavanger kommune, 4016 STAVANGER.
Tlf. privat: 51 57 56 84 og 917 04 793
Tlf. jobb: 51 82 31 70
E-post: kharstad@stavanger.kommune.no

Lunge

NSFs faggruppe av lungesykepleiere:
Kjersti Wathne, Ålgårdveien 13, 4330 ÅLGÅRD.
Tlf.: 994 67 091
E-post: kjersti.wathne@helse-bergen.no

Nevrokirurgi

NSFs faggruppe for Nevrokirurgiske sykepleiere:
Hilde Iren Liland, Brinkveien 32, 9012 TROMSØ.
Tlf.: 917 61 904
E-post: hildeiren.liland@gmail.com

Nyre

NSFs faggruppe for nyresykepleiere:
Karianne Lilleland, Dialyseavdelingen, Ullevål universitetssykehus.
Tlf. privat: 951 55 121.
Tlf. jobb: 38 07 37 60.
E-post: karianne@lilleland.net

Operasjon

NSFs landsgruppe av operasjonssykepleiere:
Liv-Marie E. Loraas, Jomfrubråteveien 72 A, 1179 OSLO.
Tlf. privat: 22 28 29 83 og 988 87 626
E-post: nsflos@sykepleierforbundet.no

Ortopedi

Norsk Forening for Sykepleiere i Ortopedi – faggruppe i NSF:
Edel Bruun Bastøe, Notveien 7, 1655 SELLEBAKK.
Tlf. privat: 69 34 70 78 og 414 49 414
E-post: edebas@online.no

Psykatri

NSFs landsgruppe av psykiatriske sykepleiere:
Unn Elisabeth Hammervold, Bruvikveien 12d, 4017 STAVANGER. Tlf. privat: 51 58 96 36 og 90 93 67 40. Tlf. jobb: 51 53 04 70
E-post: unnhvold@online.no

Rehabilitering

NSF faggruppe av sykepleiere i Rehabilitering:
Monica Selven, Valhallveien 11, 1454 FAGERSTRAND.
Tlf. privat: 66 96 01 74 og 936 52 329.
Tlf. jobb: 66 96 95 75. E-post: monicas@bluezone.no

Revmatologi

NSFs faggruppe for sykepleiere innen revmatologi:
Bente Hamnes, Revmatismesykehuset AS, Margrethe Grundtvigsvei 6, 2609 LILLEHAMMER.
Tlf. privat: 928 32 549, Tlf. jobb: 61 27 95 00
E-post: Bente.Hamnes@revmatismesykehuset.no

Slag

NSFs landsgruppe i slagsykepleie:
Anne Evy Ødegard, Alvyntun 11, 1722 SARPSBORG.
Tlf. privat: 69 15 26 45. E-post: Ann-oed@spray.no

Stomi

NSFs faggruppe av sykepleiere i stomiomsorg SIS:
Ragne Gjestrum Larsen, Lillestien 2, 3267 LARVIK.
Tlf. privat: 957 94 808. Tlf. jobb: 33 13 08 80.
E-post: sis@sykepleierforbundet.no
ragne@smykket.net

Undervisning og fagutvikling

NSFs faggruppe for sykepleiere i undervisning, forskning og fagutvikling:
Sissel Tollefsen, Grendatunvegen 34, 5259 HJELLESTAD. Tlf. privat: 55 22 68 68 og 909 80 893. Tlf. jobb: 55 58 55 22
E-post: sissel.tollefsen@hib.no

Urologi

NSFs faggruppe av sykepleiere i urologi FSU:
Inger Johanne Stokkan, Nertrøa 31, 7089 HEIMDAL.
Tlf. privat: 72 84 51 04 og 452 05 090.
Tlf. jobb: 73 86 95 68
E-post: inger.stokkan@stolav.no

Veiledere

NSFs faggruppe for veiledere:
Frank Oterholt, Terneveien 23, 4876 GRIMSTAD.
Tlf. privat: 37 04 26 14 og 916 26 225
E-post: frank.oterholt@gktv.no

Videregående opplæring

NSFs faggruppe i videregående opplæring:
Björg Ranang, Fjellveien 49 E, 1410 KOLBOTN.
Tlf. privat: 66 80 05 08 og 917 06 192
Tlf. jobb: 22 04 31 39
E-post: bjorg.ranang@sykepleierforbundet.no

Øye

Faglig gruppe av øyesykepleiere NSF:
Björg Sivertsen, Kringsjøv. 6, 7032 TRONDHEIM.
Tlf. privat: 73 93 63 90 og 996 90 497
Tlf. jobb: 72 57 54 72
E-post: bjorg.sivertsen@stolav.no

Leder sentralt fagforum:

Målfrid Bogen, Geitastrandveien 14, 7300 ORKANGER
Tlf. privat: 413 06 313 og 72 48 63 39
E-post: malfrid.bogen@sykepleierforbundet.no

Sterk kost fra føden

Det har vært flust med velfylte tårekanaler på onsdagskveldene i høst. NRK-serien «Jordmødrene» har vist usminkede hverdagsdramaer fra en norsk fødeavdeling. Mette Schau Sørлие angret ikke på at hun var med.

– Vi har fått masse positive reaksjoner på serien både fra fagfolk og brukere. Mange som har vært engstelige har sagt at de har blitt betrygget av å se på serien og at de har fått lyst til å prate med oss, sier Mette Schau Sørлие, jordmor på Sykehuset Buskerud.

Hun er fornøyd dersom serien har bidratt til at flere oppfatter at jordmødrene er tilgjengelige for samtale.

– Ingen negative reaksjoner?

– Ikke som jeg har hørt. Noen har kanskje blitt litt mer engstelige.

Viste mangfoldet

– Hvordan har det vært å se seg selv på tv hver onsdag?

– Som de fleste synes jeg det er ganske ubehagelig. Stemmen og kroppsspråket mitt er annerledes enn det jeg trodde. Men jeg står inne for det faglige jeg har gjort.

– Viste serien jobben din slik den er?

– Ja, mye av mangfoldet har blitt vist. Men fordi ikke alle har gitt samtykke til å bli med, ble det litt tilfeldig hvilket materiale som ble tilgjengelig. Serien kunne nok hatt mer om for eksempel alternativ smertelindring og badekar.

– Det så ut som om dere hadde veldig god tid til å diskutere hver pasient på møtene. Har dere det til hverdags?

– Nei, det er veldig opp og ned. Noen ganger har vi god tid, andre ganger ser vi nesten ikke hverandre på vakt. Serien ble redigert og klippet sammen slik at det kanskje kunne virke som om vi hadde bedre tid enn det vi har.

Lærerikt

De fire videojournalistene fra NRK har byttet på å filme, og jordmødrene ble fotfulgt i et halvt års tid før NRK hadde samlet nok materiale til seks episoder. De ansatte som ikke ønsket å være med, gikk med røde prikker på seg og ble noen tilfeldigvis filmet uten å ha gitt tillatelse, ble de klippet bort. Schau Sørлие synes opplevelsen alt i alt har vært positiv og lærerikt.

– Det har vært veldig lærerikt å se hvordan NRK jobber. De er svært profesjonelle og journalistene kunne allerede navnene våre da de startet. De var flinke til å få oss til å slappe av foran kameraet og vi ble godt kjent.

Til slutt fikk alle, både ansatte og pasienter, se de ferdigredigerte episodene. Ingen trakk seg.

– Ville dere gjort noe annerledes hvis dere skulle gjort dette igjen?

– Nei, ikke som jeg kommer på nå. Kanskje jeg vil tenke det siden, men jeg tror det var viktig at vi hadde en så grundig prosess i forkant der etiske problemstillinger ble diskutert både på avdelingsnivå og ledelsesnivå.

Personvernet ivaretatt

Alle de gravide hadde på forhånd gitt samtykke til å bli filmet. De fikk først et informasjonsbrev hjem i posten og fikk lang tid til å tenke seg om før de eventuelt ga sitt samtykke. Allikevel har serien skapt debatt, og ikke alle er enige i at en slik serie skal kunne lages, blant annet av hensyn til

eventuelle langtidseffekter for de fødende og barna deres.

– Alle vil nok ha slike tanker og det er naturlig at vi først og fremst tenker personvern. Men jeg synes måten personvernet er ivaretatt her, har fungert bra, sier Schau Sørлие.

Hun er imponert over at såpass mange sa seg villige til å bli filmet under en så personlig stund som det å føde.

– Jeg tror ikke det kunne skjedd for 20 år siden. Vår medie verden

har endret seg. Unge mennesker er vant til å være tettere på privatlivet gjennom ulike typer reality-serier og har et naturlig forhold til det. Vi ser det også på fødeavdelingen. Før var det bare fedrene som fikk være med på fødselen, men nå vil mange ha med seg både mor og tante og andre i familien.

Jordmorserien drøftes også i månedens dilemma på side 82.



FORNØYD: Skulle jordmor Mette Schau Sørлие vært med på en lignende serie igjen, ville hun ikke gjort noe annerledes. Hun synes personvernet ble ivaretatt på en god måte.



– Jeg er heldig som har et passe stort fylke med rundt 3000 medlemmer, korte avstander og stabile tillitsvalgte.

Fylkesleder Karen Bratsetvik, Østfold

NSF-REVISJON:

Fram mot NSFs landsmøte i november 2007 vil Sykepleien ha en serie hvor vi ser på hvordan organisasjonen fungerer og blir oppfattet blant medlemmene.

Vi vil sette søkelys på NSFs prioriteringer, organisatoriske forhold, pengebruk og medlems-service.

Kort sagt: Er NSF den organisasjonen medlemmene ønsker?

NSFs fylkeskontorer er tema i denne utgaven.

NSFs fylkeskontorer

Vil opprettholde

Trenger Norsk Sykepleierforbund (NSF) egne kontor i hvert fylke? Sykepleien har spurt NSFs fylkesledere. Tilbakemeldingen er klar: 12 av 19 sier et klart nei til å slå sammen dagens fylkeskontor.

NSFs lokale og sentrale organisasjonsapparat har vært tema blant forbundets tillitsvalgte gjennom hele inneværende landsmøteperiode. Spørsmålet har vært like enkelt som det har vært vanskelig: Er dagens organisering egnet til å møte morgendagens utfordringer? De tre nivåene – stat, fylkeskommune og kommune – er utgangspunktet for forbundets organisering i et sentralt nivå, et lokalt nivå og et tillitsvalgtapparat. Dette er ikke lenger et like naturlig utgangspunkt for framtidens organisering, ifølge saksdokumentet «Organisjonsutvikling i NSF» som skal behandles på landsmøtet nå i november.

Regioner

Et viktig stikkord for å se på organisasjonen på nytt er endringene i spesialisthelsetjenesten. Fra å være en basisoppgave for landets 19 fylkeskommuner er den i dag inndelt i fire helsere-

gioner, med staten som eier. På denne måten er fylkesnivået blitt «tømt for oppgaver». Forbundsstyret inviterer landsmøtedelegatene til diskusjon omkring organisasjonsutviklingen i NSF, uten å komme med forslag til landsomfattende og prinsipielle endringer i NSFs struktur. Men forbundsstyret foreslår å åpne for lokale tilpasninger der det er ønskelig og aktuelt. Det kan dreie seg om ulike former for samarbeid på tvers av fylkeskontorer, til sammenslåing av to eller flere av dagens fylkeskontorer.

Blir for store

Sykepleien har fått alle fylkeslederne til å svare på spørsmål om fylkeskontorets arbeid. Et av spørsmålene gjalt holdningen til eventuelle sammenslåinger.

Fylkesleder Karen Bratsetvik i NSF Østfold sier nei til sammenslåing.

– Dersom det skulle bli noe sammenslåing, ville det for vårt ved-

kommende vært et «Stor-Oslo» bestående av fylkene Oslo, Akershus og Østfold som hadde vært aktuelt. Jeg kan ikke se at det vil innebære noen fordel for noen av fylkene, som da ville bli en region med nær 25 000 medlemmer, sier Bratsetvik. – Som fylkesleder i Østfold er jeg heldig som har et passe stort fylke med rundt 3 500 medlemmer, korte geografiske avstander og ikke minst stabile tillitsvalgte som fylkeskontoret klarer å gi tett oppfølging. Det er et viktig suksesskriterium for å klare å utvikle et sterke og tydelig NSF, mener Karen Bratsetvik.

Samarbeid i nord

Fylkeslederne i de tre nordligste fylkene ønsker utvidet samarbeid.

– Stemningen for et betydelig tettere og formalisert samarbeid blant de ansatte ved fylkeskontorene i Nordland, Troms og Finnmark synes positiv etter at vi har hatt møte med dette som tema, sier fylkesleder Leif Arne



Fylkesorganisasjonens rolle

Fylkesorganisasjonen ledes av et folkestyre bestående av leder, nestleder, 5 medlemmer og 5 varamedlemmer, som velges ved egne valg. Hvis mangel på kandidater fører til at nestleder ikke blir valgt, velges i stedet ytterligere et styremedlem, og nestleder velges av og

blant de valgte fylkesstyremedlemmer. I tillegg inngår studentmedlemmenes representant innen fylket og personlig vararepresentant for denne, som henholdsvis medlem og varamedlem.

seg selv

Asphaug-Hansen i NSF Finnmark.

– Landets minste fylkeskontor er svært sårbart. Fravær av ulike årsaker blir fort merkbart i forhold til det servicenivå vi ønsker å ivareta overfor våre tillitsvalgte og medlemmer. Samtidig registrerer jeg at mange av de sakene fylkeskontoret arbeider med blir stadig mer komplekse. Fylkeskontorene ønsker derfor å innlede et regionalt samarbeide for å redusere dagens sårbarhet, samtidig som det vil gi de ansatte anledning til å spisse sin kompetanse innen særlig utvalgte «fagområder» i regionen, sier Asphaug-Hansen. Fylkeslederen mener imidlertid ikke tiden er moden for en sammenslåing av de politiske leddene i organisasjonen.

tekst Bjørn Arild Østby

En av sakene på Norsk Sykepleierforbunds (NSF) landsmøte omhandler organisasjonsutvikling i forbundet. Her åpnes det blant annet for en sammenslåing av fylkeskontorer. Er dette en aktuell problemstilling hos dere?

Østfold	NEI
Akershus	Foreløpig ikke
Oslo	JA
Hedmark	Åpne for samarbeid
Oppland	Åpne for samarbeid
Buskerud	NEI
Vestfold	NEI
Telemark	NEI
Aust-Agder	NEI
Vest-Agder	Kan bli aktuelt
Rogaland	NEI
Hordaland	NEI
Sogn og Fjordane	NEI
Møre og Romsdal	NEI
Sør-Trøndelag	NEI
Nord-Trøndelag	NEI
Nordland	Kan bli aktuelt
Troms	Åpne for samarbeid
Finnmark	Åpne for samarbeid

Kilde: Sykepleiens spørreundersøkelse

Fylkesstyrets oppgaver:

1: Iverksette og koordinere NSF's politikk innen fylket.

2: Avgjøre hvilket alternativ som skal velges for gjennomføring av valg.

3: Godkjenne handlingsplan for hovedtillitsvalgtområdene. Behandlingsplaner, budsjett og regnskaps for fylkesorganisasjonens totale drift.

4: Innsende handlingsplan og budsjettforslag for det etterfølgende år til endelig godkjenning av forbundsstyret, i samsvar med den tidsplan forbundsstyret fastsetter.

5: Innsende regnskapskommentarer og årsberetning til forbundsstyret senest per 01.03. hvert år.

6: Fordele økonomiske midler til de enkelte hovedtillitsvalgtområder i fylket.

7: Ansette og eventuelt si opp fylkeskontorets personell. Fylkesstyrets vedtak i slike saker kan innankes til forbundsstyret.

8: Avholde minimum en årlig konferanse for fylkets hovedtillitsvalgte. Ved alminnelig flertall blant de tilstedeværende hovedtillitsvalgte kan konferansen fatte vedtak som er rådgivende for fylkesstyret.

9: Fatte nødvendige vedtak i saker som ligger utenfor de enkelte hovedtillitsvalgtes ansvarsområde

10: Fylkesstyret kan ikke treffe vedtak om boikott uten forbundsstyrets godkjenning.

(Hentet fra NSF's vedtekter per mai 2006)



– NSF blir som regel tatt på alvor i kommunene.

Fylkesleder Oddgeir Lunde, Sogn og Fjordane



Fylkesleder Eli Gunhild By i NSF Oslo har mange av de samme utfordringene som sin kollega i Finnmark.

– Ønsker tettere kontakt med forbund

«Småkongedømmer» er de blitt kalt – fylkeskontorene. Selv opplever de samarbeidet med sine egne tillitsvalgte som svært godt. Samarbeidet med NSF sentralt er ikke dårlig, men kunne vært bedre.

Fylkeskontoret er bindeleddet mellom NSF's ledelse og hovedkontoret i Oslo og organisasjonens medlemmer og tillitsvalgte i det enkelte fylke. De skal iverksette og koordinere NSF's politikk innen sitt fylke. De skal motivere og veilede tillitsvalgte og hovedtillitsvalgte i

fylket, og gi råd og yte service til sine medlemmer.

Det er mange arenaer fylkeskontorene må forholde seg til. Sykepleien har spurt alle fylkeslederne om hvordan de vurderer sin egen påvirkningsmulighet på de forskjellige arenaene.

A Blir NSF tatt på alvor av beslutningstakerne i kommunen?

Svaralternativ: Alltid, ofte, av og til, sjelden, aldri

B Hvordan opplever du samarbeidet med tillitsvalgtområdene?

Svaralternativ: Svært godt, godt, tilfredsstillende, dårlig, svært dårlig

C Hvordan opplever du samarbeidet med NSF sentralt?

Svaralternativ: Svært godt, godt, tilfredsstillende, dårlig, svært dårlig

NSF's fylkesledere i:	A	B	C
Østfold	ofte	svært godt	godt
Akershus	ofte	tilfredsstillende	tilfredsstillende
Oslo	ofte	godt	godt/tilfredsstillende
Hedmark	ofte	svært godt	svært godt
Oppland	ofte	godt	godt
Buskerud	ofte	svært godt	svært godt/godt
Vestfold	alltid	svært godt	svært godt
Telemark	av og til	svært godt	tilfredsstillende
Aust-Agder	ofte	godt	tilfredsstillende
Vest-Agder	av og til	godt	svært godt
Rogaland	ofte	svært godt	godt
Hordaland	ofte	svært godt/godt	godt
Sogn og Fjordane	ofte	svært godt	svært godt
Møre og Romsdal	ofte	godt	tilfredsstillende
Sør-Trøndelag	av og til	godt	godt
Nord-Trøndelag	av og til	svært godt	tilfredsstillende
Nordland	av og til	dårlig	godt
Troms	ofte	godt	svært godt
Finnmark	ofte	svært godt	svært godt

Kilde: Sykepleiens spørreundersøkelse

Tatt på alvor i kommunene

NSF blir ofte tatt på alvor av beslutningstakerne rundt om i kommunene. Det mener hele 13 av 19 fylkesledere. Ingen svarer «sjelden» eller «aldri», men fem fylkesledere sliter med at de kun «av og til» blir hørt.

– Vi er ofte enige i utfordringene og målene. Problemet er rammene. NSF blir som regel tatt på alvor i kommunene, selv om vi ikke alltid får gjennomslag for forslagene våre, mener fylkesleder Oddgeir Lunde i NSF Sogn og Fjordane.

Det er store forskjeller fra kommune til kommune. Det kan skyldes ulik politisk ledelse eller administrasjon, men det mest utslagsgivende er om NSF har hovedtillitsvalgt i kommunen som er stabil over tid.

– Presset på kommunene for å bedre helsetjenesten er stort. Her er ikke NSF alene på arenaen. Men i de fleste kommunene i vårt fylke er samarbeidet med andre arbeidstakerorganisasjoner godt, sier Bjørg Fenstad i NSF Sør-Trøndelag.

På godfot med tillitsvalgte

Flertallet av fylkeslederne ser på samarbeidet med sine tillitsvalgtområder som «svært godt».

– Den tette dialogen mellom fylkeskontor og tillitsvalgte gjør at fylkeskontoret har god oversikt over fylkets helsetjeneste. Det gjelder både i forhold til faglige forhold og arbeidsmiljø. Det gir oss styrke og troverdighet i møte med media, arbeidsgivere og andre beslutningstakere, sier fylkesleder Karen Brasetvik i Østfold.

Andre fylkeskontorer står overfor litt større utfordringer.

– Vi har godt samarbeid med de

store hovedtillitsvalgtområdene.

Det samme gjelder et stort flertall av de resterende hovedtillitsvalgtområdene. Med de områdene hvor det ikke er hovedtillitsvalgt er det lite samarbeid, forteller fylkesleder Ragnhild Hegg i NSF Akershus. Totalt sett opplever hun likevel samarbeidet med kommunene som «tilfredsstillende».

NSF sentralt litt fjernt

Når det gjelder samarbeidet med NSF sentralt og hovedkontoret fordeler svarene blant fylkeslederne seg jevnt på «svært godt», «godt» og «tilfredsstillende».

– Når det gjelder politisk ledelse, har vi et godt samarbeid. Utfordringen går mer på mengden; vi har behov for enda tettere dialog med forbundsledelsen og forbundsstyret. Det betyr flere møter, noe som kan være vanskelig i en hektisk hverdag, mener fylkesleder Karen Brasetvik i NSF Østfold.

Flere av fylkeslederne opplever samarbeidet med de forskjellige avdelingene ved NSF's hovedkontor som varierende.

– Den administrative kontakten har vært lite systematisk og planmessig, mener fylkesleder Sigrunn Øygarden i NSF Telemark. – Som nylagt fylkesleder synes jeg det har vært mye læring ved erfaring og at «veien blir til mens man går».

De vanskeligste sakene

– Vi har mange dyktige tillitsvalgte som langt på vei kan svare på spørsmål og bistå medlemmene selv. Når fylkeskontoret blir kontaktet, er det gjerne i kompliserte saker og som regel etter at de har vært i kontakt med hovedtillitsvalgt. Det gjelder ofte omorganiseringer.

Norsk Sykepleierforbunds fylkeskontorer

Tirsdag 24. september 1912 samlet 44 håndplukkede sykepleiersker seg i en leilighet i Oslo. Målet var å stifte et forbund for landets sykepleiersker. De forfattet et opprop som de sendte til alle utdannede sykepleiersker i landet om å slutte seg til den nye organisasjonen

– Norsk Sykepleierskeforbund (NSF). I løpet av 95 år som har gått er medlemstilstrømmingen til organisasjonen vokst jevnt og trutt, og teller i dag **84 488** medlemmer.

ledelsen

ringer, omplasseringer, konflikter på arbeidsplassen og tvistesaker i forhold til lov- og avtaleverk. Ellers hender det at vi blir direkte kontaktet av medlemmene, da ofte med spørsmål om lønn, trygdeytelser og pensjon, ifølge Brasetvik i Østfold.

Hovedtyngden av spørsmålene til fylkeskontorene går ifølge fylkeslederne i forhold til lov- og avtaleverk, tariffspørsmål og personalkonflikter.

Det siste er ifølge flere fylkesledere blant de vanskeligste å håndtere. Særlig hvis det er snakk om en konflikt mellom to medlemmer av NSF.

– Personalkonflikter synes å øke. Kanskje som et utslag av brutaliseringen i arbeidslivet, mener fylkesleder Nina Horpestad i NSF Rogaland.

Politisk dagsorden

Det er mange saker som ikke står på den politiske dagsorden, skal vi tro svarene fra fylkeslederne. Eller som fylkesleder i Østfold, Karen Brasetvik, svarer:

– Det favner nesten alt vi jobber med; tillitsvalgtes samarbeid med arbeidsgiver om turnuser, sykepleierbemannning og kvalitet i helsetjenesten, ufrivillig deltid, lønn og rekruttering.

Men det er særlig to saker som går igjen i svarene fra nesten samtlige fylkesledere: kompetanse og kvalitet i sykepleietjenesten, og bemanning.

– Vi har store utfordringer i forhold til grunnbemanningen. Det

gjelder ved våre sykehus og i flere kommuner. Arbeid for å sikre en god, tilstrekkelig og kompetent bemanning er nødvendig for god kvalitet på tjenestene. Enkelte av våre kommuner er små og sliter med fraflytting. Derfor er økt fokus på rekrutterings- og stabiliseringstiltak svært viktig, sier fylkesleder i Finnmark, Leif Arne Asphaug-Hansen.

Det er stor forskjell på Finnmark og Oslo, men den politiske dagsorden er ikke så forskjellig.

– For mye ufaglært arbeidskraft og økt fokus på kvalitet og kompetanse, står også øverst på dagsorden til fylkesleder Eli Gunhild By i NSF Oslo.

tekst Bjørn Arild Østby



Medlemmer

Norsk Sykepleierforbund hadde oktober 2007 totalt 84 488 medlemmer. NSF Oslo er den største fylkesorganisasjonen med sine 12 643 medlemmer. I den andre enden ligger NSF Finnmark med sine 1 324 medlemmer.

– Viktigere enn noen gang

– Medlemmene trenger fylkeskontoret. I tillegg til å gi råd og veiledning, representerer kontoret en helt nødvendig trygghet i en stadig mer uoversiktlig arbeidshverdag.



Fylkesleder Tove Sagnes i NSF Nord-Trøndelag er ikke i tvil om berettigelsen av å opprettholde fylkeskontoret.

– Etter tjue år ved fylkeskontoret i Nord-Trøndelag i forskjellige roller, mener jeg det aldri har vært større behov for fylkeskontoret enn i dag. Mange arbeidsgivere er blitt svært så kreative, og prøver seg på ulovligheter nær sagt hele tida. Under dekke av «ekstravakter» benytter de ulovelig overtid og henter inn deltidsansatte. I dette spillet er det viktig at arbeidsgiver vet at det er noen som passer på. Og i forhold til det enkelte medlem er det viktig at noen gir dem støtte når de setter ned foten, sier Tove Sagnes.

Støttespiller til tillitsvalgt

– *Hva kan de tillitsvalgte vente av støtte fra fylkeskontoret?*

– Fylkeskontoret kan ikke gå direkte inn i forhandlinger med den enkelte arbeidsgiver. Det er en oppgave for de tillitsvalgte. Men indirekte har fylkeskontoret en viktig rolle. Vi kan gi råd på direkte spørsmål, i tillegg til at det blir lagt ned mye arbeid i tillitsvalgtopplæring og oppdateringskurs.

Sagnes ser det som helt avgjørende for forbundets framtid at man fortsatt satser tungt på å bygge opp kompetansen i tillitsvalgtapparatet.

– Det er det minste forbundet

kan gjøre for de mange hovedtillitsvalgte og tillitsvalgte som gjør en kjempejobb på fritida, uten frikjøpt tid. At det er stadig mindre gjennomtrekk blant våre tillitsvalgte tar jeg som tegn på at vi er på rett vei, sier Sagnes.

– Alternativ til fylkeskontoret vil være at NSF sentralt frikjøper tid for hovedtillitsvalgte. Det vil ikke bli billig.

Støttespiller til medlemmet

– Det er også viktig å skolere det enkelte medlem i hvilke rettigheter de har som arbeidstaker. I den sammenheng arrangerer fylkeskontoret «medlemsskoler» hvor medlemmene får innføring i blant annet arbeidsmiljøloven. Ved å gi medlemmene denne grunnkompetansen vil de i neste omgang kunne gi drahjelp til sine tillitsvalgte, mener Sagnes.

– *Er det så lett?*

– Selvsagt ikke. Det er et stort savn blant helsepersonell at de ikke har noe naturlig møtepunkt. Både medlemmer og hovedtillitsvalgte arbeider ofte turnus. Sykepleierne er i en helt annen situasjon enn for eksempel lærere, som kan ha fellesmøte for alle i storefri.

Sagnes opplever at fylkeskontoret langt på vei har fått rollen som treffpunkt, hvor de ansatte på kontoret har den nødvendige lokalkunnskap og kjenner de fleste medlemmene.

Først og sist

De to første lokalorganisasjonene ble opprettet i 1913 i Hordaland og Sør-Trøndelag. De to siste – Vest-Agder og Oppland – ble opprettet i 1982.

Leder

Fylkestyrets leder er heltidsansatt politisk og administrativ leder av fylkeskontoret.

Støttespiller til NSF

NSF Nord-Trøndelag er sammen med fire andre fylkeskontor med i NSF's yrkeskade-prosjekt. En stor utfordring for et lite kontor med kun tre ansatte.

– Vi opplever en stadig økning i antall innrapporterte saker knyttet til yrkesskader. En oppgave som krever mye tid, og som ikke kan vente på grunn av kort frister.

– Det kan kanskje virke urettferdig at noen få medlemmer får så mye service. Men så er det også snakk om store summer for den enkelte. Men ved å bruke ressurser på dette er vi med på å sette yrkesskader på den politiske dagsorden. Det vil på sikt komme alle medlemmene til gode, sier Sagnes.

Motpart til politikerne

– Deltid? Hva har dere oppnådd?

– Det er to utdanningssteder for sykepleiere i Nord-Trøndelag, så det burde ikke være problem med rekruttering av sykepleiere. Problemet er at det ikke eksisterer tilstrekkelig med hele stillinger. 40-50 prosent av medlemmene i Nord-Trøndelag jobber deltid, ifølge Sagnes.

– Politikerne snakker stadig om deltid, uten at det tilsynelatende skjer noe. Vi bruker mye tid på dette. Men det er viktig at det enkelte medlem får en stilling det kan leve. Ingen kan leve av 12 prosent stilling, sier Sagnes.

– Vi må få politikerne til å

forstå at hvis dette ikke opphører så vil det bli svært vanskelig å rekruttere sykepleiere i framtida.

Motpart til arbeidsgiveren

– Arbeidsgivere krever at ansatte skal gi fra seg frihelger for å få økt stillingsbrøk. Mens de selv ikke har en krone å legge i potten for å øke bemanningen. Det er ikke holdbart med en grunnbemanning som gjør at det hele ramler sammen hvis en ansatt blir syk, mener Sagnes.

Gamle problemstillinger, gamle slag. I tillegg kommer stadig nye utfordringer på fylkeskontorets bord. Et stadig hyppigere problem er oppsigelser.

– De par siste månedene har vi hatt tre-fire oppsigelsessaker. Kompliserte og tidkrevende saker som må balanseres mot de daglige oppgavene på fylkeskontoret. I tillegg går stadig mer tid med til turnusproblematikken.

Motpart til myndighetene

Det er ikke bare de konkrete arbeidsforholdene til det enkelte medlem som står på dagsorden hos fylkeskontoret.

– Vi har fått ny helsepersonellov og en kvalitetsforskrift som for en stakkert stund satte søkelys på kvaliteten på tilbudet. Nå er dette ikke-tema i de fleste kommuner, sier Sagnes.

– Hele helsevesenet er i endring. Nye pasientgrupper er på vei inn, stoppeklokka er innført i eldre-

omsorgen, og omorganiseringene synes aldri å ta slutt. Det skaper økt skvis, som igjen gir seg utslag i forskjellige former for oppgitthet blant medlemmene. De ansatte gir opp egen yrkesstolthet. De har rett og slett ikke tid til å reflektere over hvor de er på kvalitetsstigen. Konsekvensen er at standarden synker, mener Sagnes.

– Noen må si nei, men da må de ha forbundet i ryggen. Det lokale forbundet.

Her har fylkeskontoret allerede tatt eget initiativ. De reiser ut i kommunene for å diskutere og informere om kvalitetskravene. Dette opplever mange ledere som ikke lite truende. De har et budsjett å ta hensyn til.

Nøkkelrolle

Organisasjonsutvikling i NSF er tema på landsmøtet. Her åpnes det blant annet for sammenslåing av to eller flere fylkeskontorer.

– En regionalisering av det lokale nivå er ikke den rette medisinen. Det vil skape alt for stor avstand mellom det enkelte medlem og forbundet. Tilbakemeldingene fra medlemmene er også helt klar: De vil ha fylkeskontoret, sier Tove Sagnes.

Fylkeslederen i Nord-Trøndelag har registrert stort engasjement for å bli delegat til landsmøtet. Ikke minst på grunn av denne saken.

tekst og foto **Bjørn Arild Østby**

Trenger vi tallet 19?

De fleste fylkeskontorene i NSF er opprettet etter siste verdenskrig. I dag framstår de som en del av NSF's grunnfjell. Men bør NSF's organisasjon gjenspeile et forvaltningsnivå som snart kan være en saga blott?

Fylkeslederne selv er ikke i tvil. Medlemmene synes langt på vei å være enige med dem. Ikke rør fylkeskontoret «vårt»! Behovet for en reduksjon i antall fylkeskontorer, og en endring i kontorenes arbeidsoppgaver, synes større dess høyere opp i organisasjonen man stiller spørsmålet.

Det var også toppledelsen som satte i gang organisasjonsutviklingen som landsmøtet i neste måned skal si sin mening om. Med den kom ideen om å organisere framtidens lokalavdelinger i regioner.

Det var å gå alt for langt for fylkeslederne, som ville ha mer frivillig forsøksvirksomhet i den lokale organisasjonsmodellen. Og slik ble det.

Hva er best for medlemmene? Lokalt og sentralt nivå i NSF skal begge ivareta minst tre roller; å påvirke beslutningstakere, å understøtte organisasjonens mange tillitsvalgte og å yte medlemservice.

NSF tar nå sikte på å bygge ut et mer sentralisert og profitt tilbud til medlemmer med generelle og spesifikke spørsmål. Også arbeidsgiveransvaret for de ansatte ved fylkeskontoret har nå havnet i Oslo. Totalt vil dette kunne frigjøre ressurser lokalt til å jobbe vis a vis arbeidsgivere, politikere og media. I en slik organisering vil ikke det viktigste være hvor mange lokalavdelinger NSF skal ha, men å ha slagkraft og fleksibilitet.

Bjørn Arild Østby og Barth Tholens (red.)



Av **Unni Tomren**
barnesykepleier, Certified
NIDCAP Professional,
NIDCAP Trainer in training
ved Neonatal Intensivsek-
sjon, Barneavdelinga,
Ålesund Sjukehus

NIDCAP erstatter ikke den medisinske og tekniske omsorgen. NIDCAP utfyller omsorgen og øker effekten av medisinske tiltak

Nyere forskning peker i retning av at prosenten av premature barn med ADHD er redusert blant NIDCAP-barna.

www.sykepleien.no

Les mer og finn
litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:

NIDCAP
Prematurfødte
Neonatal

Færre senskader m



NIDCAP-SERTIFISERT SYKEPLEIER: Oda, cirka 25 uker, griper Liv Ellens finger ved fjerning av serkret fra trachealtuben. Foto: Ålesund sjukehus



SOM I MORS MAGE: Miljøet i kuvøsen etterligner livmoren; varmt, fuktig og dunkel belysning. Foto: Ålesund sjukehus

Ved Neonatal Intensivseksjon ved Ålesund Sjukehus er målet å skape et miljø for de premature som er mest mulig likt tilværelsen i livmora.

NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program), på norsk oversatt til utviklingstilpassa neonatalomsorg. Dette er et omsorgsprogram basert på barnets utvikling og atferd. Programmet er spesielt beregnet på premature barn. Metoden er utvikla ved Children's Hospital, Harvard Medical School, Boston. Psykologen Heidelise Als står bak utviklinga av dette programmet. NIDCAP-metoden bygger på kunnskapen om hjernens suksessive modning og den synactive modellen om barnets utvikling. Man ser at det premature barnet er kompetent i et tilpasset miljø, det vil si livmora. NIDCAP er både et instrument for å bedømme barnets modenhet og et omsorgsprogram for å tilpasse pleien og miljøet til

barnet. Dette gjøres blant annet ved hjelp av atferdsobservasjoner, der man ser barnets reaksjoner på pleie, miljø og hvor barnet er i sin utvikling. Man finner barnets styrke og sårbarhet, og foreslår pleie og miljøtiltak ut fra dette. Tilknytningsprosessen starter tidlig og lettes ved at foreldra ses som barnets viktigste omsorgs-giver og deltar aktivt i omsorgen for barnet.

Positive forskningsresultater

Erfaringer med prematurfødte barn viser at de har en høyere andel nevrologiske skader enn andre barn. Til de større nevrologiske skadene hører Cerebral Parese, mental retardasjon, større syns- og hørselskader. Til de «mindre» nevrologiske skadene hører oppmerksomhets-, konsentrasjons- og

adferdsproblemer. Innenfor denne gruppen barn er det en større andel barn med ADHD enn i resten av befolkningen.

Både nyere og eldre forskningsresultater innen NIDCAP-programmet er positive. Forskingen viser at barna trenger kortere tid med pustestøttende tiltak, de vokser bedre og reiser fortere hjem. Det er mindre forekomst av hjerneblødning og kronisk lunge-sykdom. Barna har bedre motorisk utvikling. Samspeilet mellom foreldre og barn er også bedre og foreldra føler seg tryggere. Nyere forskning peker i retning av at prosenten av premature barn med ADHD er redusert blant NIDCAP-barna.

Mindre prøver

Ved Neonatal Intensivseksjon,

ed NIDCAP



I TRYGGE HENDER: Mamma og pappa hjelper Daniel å beholde et sammenkrøpet stabilt leie under hans første bad. Foto: Ålesund sjukehus

Ålesund Sjukehus ble vi kjent med NIDCAP-metoden høsten 1996. Med en positiv ledelse i ryggen både medisinsk og pleiemessig sett, kom vi raskt i gang med miljøendringer for å lage et miljø som er mest mulig likt tilværelsen i livmora. Derfor begynte vi med demping av lys, kuvøsedekke, sengehimmel og reiring med mer.

Videre satte vi fokus på blodprøvetakingsrutinene våre. I samarbeid med laboratoriet ble prosedyrer endra. Vi tar ingen rutineprøver lenger og det er selvsagt med smertelindring forut for smertefulle inngrep som for eksempel blodprøvetaking. Sykepleierne tar venøse prøver til tidspunkt som passer barnet. Dette har resultert i at vi tar 70–80 prosent mindre prøver i dag enn tidligere, og vi tar bare enten arterielle eller venøse blodprøver.

Undervisning

Vi er nå fem NIDCAP-utdannede sykepleiere ved avdelinga.

En neonatolog har nettopp som den første i Norge starta utdanningen. NIDCAP-observatørene har avsatt en dag per uke til å arbeide med NIDCAP-relatert arbeid. De foretar observasjoner av de minste barna (under 32–34 svangerskapsuker) og prøver å følge disse gjennom oppholdet. Foreldre til de små premature (under 34 uker svangerskapsuker) får en NIDCAP-samtale i starten av oppholdet. I denne samtalen snakker vi blant annet om hvordan barnet viser velvære eller ubehag med kroppsspråket sitt og hvordan de best hjelper barnet sitt. Videre har vi undervisning av alle ansatte, nyansatte får eget undervisningsopplegg, både teoretisk og praktisk. Og hospitanter/studentene får undervisning i den grad det er praktisk mulig.

Tilpasning av stell

Interessen og kunnskapen i hele staben har vokst og vi ser en tydelig holdningsendring i hvordan vi forholder oss til barnet

og familien. Vårt fokus er endra fra å være oppgaveorientert til å være retta mot barnets behov. For eksempel når det gjelder de aller minste kan et helstell være mer enn barnet makter. Sykepleieren som leser barnets signaler kan velge å ta igjen deler av stellet senere når barnet har hentet seg inn igjen, det vil si at vi gir barnet en pause. Vi opplever at barnet har det bedre og får mindre komplikasjoner ved bruk av NIDCAP-metoden. Eksempler kan være det å være to under stell, der en utfører prosedyrer som kan være vanskelige/smertefulle for barnet. Vi holder om og støtter barnet og gir sukkervann som smertelindring. Vi ser det også som naturlig at foreldre er tilstede hos barnet og deltar i alt som vedrører barnet. Vi forsøker å tilpasse måltidene til barnets rytme og ikke skjematisk hver tredje time. Pleien må alltid tilpasses barnets medisinske tilstand og kravet til overvåkning må alltid taes hensyn til. Tanken er at NIDCAP skal flettes inn i alt vi gjør med barnet.

Støtte til utdanning

Vår videre målsetning er å danne et nasjonalt NIDCAP kunnskaps- og utdanningssenter. To av

avdelingens NIDCAP-observatører er i gang med videreutdanning til «trainere», det vil si instruktører/lærere, med veiledere fra USA; Heidelise Als og Karen Smith. Utdanningen starta høsten 2006 og påregnes å vare ut 2009. I den siste fasen av utdanningen skal vi følge minimum to studenter gjennom NIDCAP-observatørutdanning. På denne måten vil vi ytterligere øke vår kompetanse og kunnskap om NIDCAP, og vi vil kunne utdanne norsk helsepersonell til NIDCAP-observatører.

NIDCAP-observatørutdanning er krevende, veldig interessant og varer 1 ½–2 ½ år. Dessverre er det ingen automatikk i at vi får lønnskompensasjon for videreutdanninga, til tross for økt kompetanse og ansvar. Er dette noe NSF kan arbeide fram for godkjenning? Skal det være opp til hvert sykehus hvordan og om en skal gi økt lønn? Vi har tatt imot mange hospitanter for veiledning, mest innenfor NIDCAP og venøs blodprøvetaking. Dette ønsker vi å fortsette med.



Kongress

- I juni 2008 arrangerer vi en international NIDCAP kongress i Ålesund: NIDCAP – a link between Neonatal Intensive Medicine and Child Psychology.
- Blant foredragsholderne som kommer er: Heidelise Als, PhD, Agneta Kleberg, RN og K.S. Anand MBBS, DPhil. I tillegg kommer flere andre internasjonalt kjente og gode forelesere.
- Kongressen egner seg spesielt godt for alle som arbeider innenfor neonatalomsorgen og for de som arbeider med oppfølging av premature og syke nyfødte.



Av **Hege Pettersen Sandtrø**, sykepleier og NIDCAP-observatør, nyfødtseksjonen, barneklipnikken, Rikshospitalet/Radiumhospitalet HF, Oslo



Av **Marit Solhaug** fagutviklings- og forsknings-sykepleier, barneklipnikken, Rikshospitalet/Radiumhospitalet HF, Oslo



Av **Ida Torunn Bjørk** førsteamanuensis, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo

Studier på NIDCAP indikerer at programmet kan forbedre det medisinske og nevrologiske utfallet hos premature barn, men det er behov for flere studier.

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på www.sykepleien.no

Søkeord:
NIDCAP
Prematur
Stress

Utprøving av NID

Innføring av NIDCAP-systemet krever totalt sett lite ressurser i forhold til antatte utviklingsmessige gevinster hos barna.

Vi tror at premature barns opplevelser knyttet til smerte, ubehag og stress forårsaket av behandling og omsorgsrutiner har betydning for dets utvikling. Derfor har det de siste årene vært økt fokus på å skjerme og beskytte premature barn mot uønsket stimuli for å redusere stress, ved for eksempel å redusere lys og lyd i barnets miljø.

Observasjon av atferd

Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) er et omsorgsprogram med vektlegging av individuelt tilpasset pleie, for å redusere stress, med utgangspunkt i barnets modenhet. Programmet er utviklet av den amerikanske psykologen Als (1). Als mener at barnet signaliserer sin modenhet gjennom sin atferd og i programmet inngår systematiske atferdsobservasjoner for vurdering av barnets modenhet. Barnets atferd observeres i forhold til autonome reaksjoner, motorikk, søvn, våkenhet og evne til samspill med sine omgivelser. I observasjonene fokuseres det både på barnet og på forhold i miljøet rundt barnet. Det å tolke og forstå stressignaler som fremkommer i den settingen barnet befinner seg i, er viktig med tanke på å redusere omfang og intensitet av uønsket stimuli

(2). Da det premature barnet er i stadig utvikling, må observasjonene gjentas og tiltakene justeres gjennom sykehusoppholdet. Det er en forutsetning for planlegging av individuell utviklingsfremmende pleie. NIDCAP har også et sterkt familiefokus og foreldrene oppmuntres til å delta aktivt i omsorgen til barnet under hele sykehusoppholdet.

Faglig uenighet

I sykepleiemiljøet har interessen for NIDCAP vært økende, og vår avdeling fikk NIDCAP-utdanned personale i 2002. Til tross for dette er det ikke blitt utført NIDCAP-observasjoner. Stress-reducerende tiltak er blitt utført sporadisk, uten at det ligger individuelle vurderinger til grunn. Studier på NIDCAP indikerer at programmet kan forbedre det medisinske og nevrologiske utfallet hos premature barn, men det er behov for flere studier for å dokumentere NIDCAP-metodens effekter (3,4,5). I fagmiljøet vårt er det uenighet om hvor stor effekt og betydning NIDCAP har, om programmet er gjennomførbart og følgelig om det bør avsettes ressurser til å gjennomføre programmet i sin helhet på seksjonen.

Prosjektgruppe

På Nyfødtseksjonen Rikshospitalet/Radiumhospitalet HF ønsket vi å prøve ut NIDCAP. Vi etablerte en prosjektgruppe for å se på hvor mye ressurser som kreves for å utføre NIDCAP-observasjoner og utførte systematiske observasjoner på et begrenset antall barn over ett år i 2005 og 2006. Det var ønskelig å identifisere utfordringer ved implementering av programmet, som kunne gi en indikasjon på hva videre satsing vil kreve.

Prosjektgruppen bestod av sykepleiere, NIDCAP-observatører og en legerepresentant. De hadde ansvaret for detaljplanlegging og gjennomføring. Det ble utarbeidet retningslinjer for NIDCAP-observasjonene med utgangspunkt i Als standard (6) som innebar:

- Observasjonene utføres av en NIDCAP-observatør
- Første observasjon gjøres om mulig innen 72 timer etter fødsel
- Intervallene mellom de påfølgende observasjonene kan variere fra syv til fjorten dager og hyppigheten vurderes individuelt av observatør
- Observasjonene utføres i ulike samhandlingssituasjoner og i størst mulig grad i tråd med barnets individuelle rytme

CAP



Foto: Colourbox.com

ØKT FOKUS på skjerming av lys, lyd og aktivitetsnivå.

- Under observasjonen bør en av foreldrene være tilstede
- I forbindelse med observasjonene registreres miljøfaktorer med skåring av lyd, lys og aktivitetsnivå
- Det gjennomføres en veiledningssamtale med foreldrene og sykepleier i tilknytning til observasjonen
- Det utarbeides en observasjonsrapport som gjøres tilgjengelig for foreldre og personalet
- Denne sykepleieren deltar i veiledningssamtalen med foreldrene og NIDCAP-observatøren etter observasjonen
- Samtalen skal helst foregå på eget rom
- Sykepleieren har ansvar for å oppdatere barnets pleieplan innen 48 timer
- Alle i kontaktteamet har ansvar for å lese observasjonsnotatene, følge opp pleieplanen og videreformidle dette i vaktskiftene samt til andre yrkesgrupper som er i kontakt med barnet

Hensikten med veiledningssamtalen og observasjonsrapporten er å hjelpe foreldrene og sykepleiere å tolke og forstå barnets atferd for å skape et utviklingsfremmende samspill og miljø. Den samme observatøren følger barn og familie gjennom oppholdet, men skal ikke delta i den daglige pleien til barnet. Programmet avsluttes med et tilbud om hjemmebesøk.

Retningslinjer

For å styrke kompetansen i kontaktteamet, sikre kontinuitet i pleien og trygge foreldrene i still og omsorg av sitt barn ble følgende retningslinjer utarbeidet:

- NIDCAP-observasjonene gjennomføres fortrinnsvis med én av sykepleierne i barnets kontaktteam til stede

Det ble laget et registrerings-skjema for kartlegging av ressursbruk og gjennomførbarhet av retningslinjene, som blant annet registrerte når, hvor lenge og hvem som var involvert i observasjonene.

Barn som var antatt inneliggende hele pleieperioden ble inkludert etter innhentet skriftlig informert samtykkeerklæring fra foreldrene. De ble inkludert fortløpende i henhold til NIDCAP-observatørens kapasitet.

Det ble innledningsvis gjennomført temadager for hele personalgruppen, hvor prosjektplanen ble presentert. Her ble det teoretiske grunnlaget for NIDCAP gjennomgått for å

hjelpe sykepleierne i tolkning av prematures atferd i sitt daglige arbeid.

Tiltak i prosjektperioden

I prosjektperioden ble det, i perioder hvor observatøren hadde ledig kapasitet, gitt de ansatte tilbud om inntil åtte timers veiledning i praksis. Det ble holdt jevnlig faglige forum på 30 minutter på slutten av dagvakt, med NIDCAP som tema. Det ble i prosjektperioden avsatt ressurser tilsvarende 50–70 prosent stilling til gjennomføring av observasjoner.

Oppsummering

Av de 15 familiene som ble forespurt om å delta i prosjektet,

avsto to familier. Ingen trakk seg fra prosjektet. Det var 16 barn i de 13 familiene som deltok i prosjektet, hvorav tre tvillingpar. Gjennomsnittlig gestasjonsalder på barna var 27,1 uke (25,2–33,1). Ni av barna fikk den første observasjonen innen første leveuke, kun ett barn fikk den første observasjonen innen tredje levedøgn. Gjennomsnittlig ble første observasjon utført ved åttende levedøgn med variasjoner på tre til og 26 dager etter fødselen.

I tabell 1 vises en oversikt over ressursbruk i forbindelse med observasjon, veiledning og hjemmebesøk.

I 48 (63 prosent) av observasjonene var det avvik fra de

Tabell 1	
Antall utførte observasjoner	76
Gjennomsnittlig antall observasjoner per barn	4,75 (2-8)
Gjennomsnittlig tidsbruk på hele observasjonen	9 timer (7-8 timer)
Gjennomsnittlig observasjonstid per observasjon	62,5 minutter (30-150 min.)
Antall utførte veiledningssamtaler	75
Gjennomsnittlig tidsbruk per veiledningssamtale	50 minutter
Antall hjemmebesøk	11
Tidsbruk på hjemmebesøk	1 time og 15 minutter
Antall observasjoner det var registrert avvik på	48 (63%)

veiledende retningslinjene, og det kunne forekomme ett eller flere avvik per observasjon (tabell 2).

Erfaringer

Observasjoner

følge Als' retningslinjer bør den første observasjonen gjennomføres innen barnets tredje levedøgn. Grunnen til sen inkludering var at man i forbindelse med rekrutteringen måtte ta hensyn til mors helsetilstand og kapasiteten til observatørene.

Underveis i prosjektet ble den siste observasjonen modifisert og fulgte ikke strengt Als' standard. Observasjonen ble gjort mer uformell med vektlegging på en muntlig dialog/diskusjon med foreldrene fra starten av. Dette ble gjort på bakgrunn av foreldrenes tilbakemeldinger og ønsker om mer fokus på hvor langt i utviklingen barnet hadde kommet i forhold til des autonome reaksjoner, motorikk, søvn, våkenhet og evne til samspill og hvilke individuelle hensyn familien burde ta videre etter utskrivelsen. Hver observasjon ble oppsummert skriftlig.

En fullstendig observasjon tok gjennomsnittlig ni timer. Dette omfatter forberedelser, selve observasjonen, skriving av rapporten og veiledningssamtale. De fleste observasjoner ble utført i løpet av en arbeidsdag, hvilket samsvarte med estimert tidsbruk. Tidsbruken forventes å reduseres etter hvert som observatørene blir mer erfarne.

Tiden brukt på selve observasjonen var i gjennomsnitt én time. Hva som skulle gjøres med barnet, hvordan barnet taklet stellet/prosedyren og hvor lang tid det brukte på å stabilisere seg i etterkant var avgjørende for varigheten.

Ifølge retningslinjene som ble utarbeidet, var det ønskelig at sykepleier i kontaktteamet var til stede under barnets observasjon. Observasjonen ble planlagt i god tid på forhånd. Derfor burde antallet kontaktsykepleiere som

var tilstede vært mye høyere, enn de 44 som det fremgår av undersøkelsen. Grunnen til kontaktsykepleierens uteblivelse var dels bytte av vakter og dels at kontaktsykepleier ikke var fordelt på observasjonsbarnet på gjeldende vakt. Det hendte også at barna ikke hadde fått etablert et kontaktteam.

Veiledningssamtaler

Alle unntatt én av totalt 75 veiledningssamtaler ble gjennomført. Én av foreldrene, i de fleste tilfeller mor, var alltid til stede under veiledningssamtalene, hvilket er i tråd med retningslinjene. Sykepleier deltok i 37 samtaler og av disse var litt over halvparten fra kontaktteamet. Dette var en lav deltakelse. Sykepleierens fravær er et avvik fra retningslinjene.

Ifølge retningslinjene skulle veiledningssamtalen helst ikke foregå i avdelingen. Allikevel ble 16 samtaler gjennomført «bedside». Dette skyldtes til en viss grad mangel på samtalerom, og det var derfor ikke alltid mulig å finne et egnet sted. «Bedside»-samtalen gikk greit så lenge den ble utført på en slik måte at den ikke forstyrret barna, men de veiledningssamtalene som foregikk på egne rom ble bedre.

Gjennomsnittlig tid per veiledningssamtale var 50 minutter. Lengden på samtalen varierte i forhold til observasjonens lengde og kompleksitet, foreldrenes evne til å tilegne seg veiledningen og hvor mange spørsmål de stilte.

Ifølge retningslinjene skal veiledningssamtalen utføres samme dag som observasjonen, hvilket ble gjort i 63 tilfeller. Ti samtaler ble utført dagen etter. Hvis det av ulike grunner ikke passet for foreldrene å ha samtalen samme dag, ble den utsatt til dagen etter. De med tvillinger fikk ofte slått sammen samtaler.

Hjemmebesøk

Alle foreldrene ønsket hjem-

Tabell 2

EKSEMPEL PÅ AVVIK:

- Observasjonen ble ikke påbegynt før flere dager etter inklusjon
- Barnet ble sent inkludert
- Observasjonsrapporten ble sluttført senere enn observasjonsdagen
- Veiledningssamtalene ble gjennomført senere enn planlagt
- Veiledningssamtalene ble gjennomført ved barnets seng i stedet for på eget rom
- Observasjonene og veiledningssamtalene ble gjennomført uten at kontaktsykepleier fra kontaktteam var tilstede. Dette var det hyppigste avviket.

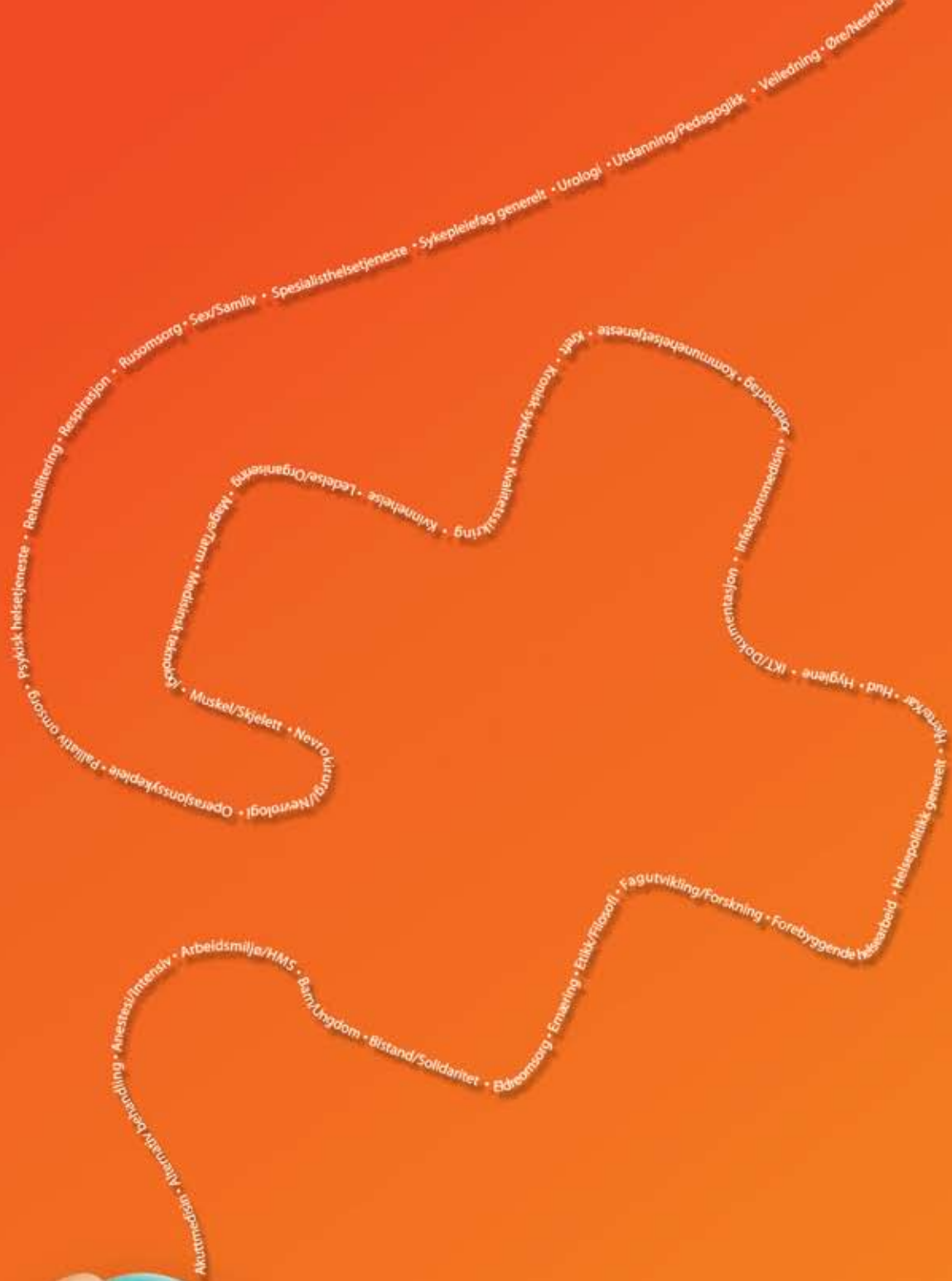
mebesøk og det ble utført til sammen elleve hjemmebesøk (et barn ble overflyttet til et annet sykehus og et var fortsatt innlagt ved avslutning av prosjektperioden, og fikk derfor ikke dette tilbudet). Besøket ble utført cirka 14 dager etter utskrivelsen, og foregikk som en samtale om barnets funksjon i sitt nye miljø. Amming, søvn, besøk av venner og familie og opplevelser i kontakt med helsestasjonen var temaer som gikk igjen i besøkene. Hjemmebesøket varte i cirka én time som var det som ble estimert i forkant.

Konklusjon

Til tross for de nevnte utfordringene synes NIDCAP å være gjennomførbart i vår seksjon. Videre satsing vil kreve frigjøring av tid for observatørene til å gjennomføre observasjoner og veilede personalet. I prosjektperioden var det innlagt 33 aktuelle barn som passet inklusjonskriteriene. Observasjonstid tilsvarende 100 prosent stilling vil kunne dekke observasjoner til dette antallet. Totalt sett synes ressursbruken å være liten i forhold til antatte utviklingsmessige gevinster hos barna.

LITTERATUR

1. Als H. «A Synactive Model of Neonatal Behavioural Organization: Framework for the Assessment of Neurobehavioural Developmental in the Premature Infant and for Support of Infants and Parents in the Neonatal Intensive Care Environment». 6 ed. 1986: 3-53.
2. Lawhon G. «Challenges in providing developmentally supportive care: A case presentation». Journal of Obstetrics Gynecologic and Neonatal Nursing 2003; 32(3):389-92.
3. Westrup B. «Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP): Family-centred Developmentally Supportive Care». NeoReviews 2005; 6:115-21.
4. Byers JF. «Components of developmental care and the evidence for their use in the NICU». MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing 2003; 28 (3):174-82.
5. Symington A, Pinelli J. «Developmental care for promoting development and preventing morbidity in preterm infants». Cochrane Database, syste.rev. 2 2006: CD001814.
6. Als H. «Manual for the Naturalistic Observation of Newborn Behaviour Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP)». Harvard Medical School, 320 Longwood Ave., Boston, MA 02115 als@al.tch.harvard.edu copyright H Als 1981, 1984, 1995.



Besøk våre nye nettsider!
Klikk rundt i en verden full av fagstoff.
Hold deg orientert om viktige temaer.


Sykepleien.no
– ALLE SYKEPLEIERS DESTINASJON
www.sykepleien.no



Av **Astrid Bjørnerheim**
høgskulelektor, Høgskolen
i Sør-Trøndelag



Av **Astrid Kilvik**
fbibliotekar, Høgskolen
i Sør-Trøndelag



Av **Liv Inger Lamøy**
bibliotekar, Høgskolen
i Sør-Trøndelag

Søk og lær

Tilrettelegging av undervisning, læringsformer og veiledning kan auke studentane sin bruk av god faglitteratur og forskning.

Eit godt søk forutset gode og relevante spørsmål, dette krev fagkunnskap.

Det er auka krav til helsepersonell om å arbeide kunnskapsbasert. Med dette meinast å kombinere klinisk erfaringskunnskap og ekspertise med den best tilgjengelege kunnskap frå forskning (1:115).

Ulike forhold er med å påvirke sjukepleiarar sine forutsetningar for å arbeide kunnskapsbasert i praksis. Våre erfaringar og evalueringar frå fire kull med studentar ved vidareutdanning i kreftsjukepleie med ein gjennomsnittsalder på rundt 40 år, viser at mange studentar oppgir at dei ikkje har erfaring med å søkje etter faglitteratur eller med fagskriving etter avslutta grunnutdanning i sjukepleie (2).

Studentane sin *informasjonskompetanse* blir sett på som ei grunnleggande forutsetning for kunnskaps- eller evidensbasert praksis (3,4,5). Informasjonskompetanse blir definert som evna til å erkjenne når ein har behov for informasjon og å kunne lokalisere, evaluere og bruke informasjon effektivt i eiga læring og forskning (6). Det er ikkje tilstrekkeleg å tematisere betydninga av kunnskapsbasert praksis og informasjonskompetanse gjennom undervisning som *formidling* og *meddeling* åleine (7). Studentane treng å få gjentatte høve til å trene på litteratursøking og det å bruke denne kritisk. For at studentane skal oppleve at vitenskapeleg kunnskap og anna faglitteratur er interessant og meningsfylt, må informasjonskompetanse integrerast i studentane

sine *aktivitetar og læreprosessar*.

Formålet med denne artikkelen er å gjere greie for korleis undervisning, læringsformer og veiledning er lagt til rette gjennom eit studieår for å auke studentane sin bruk av god faglitteratur og forskning, og sjå betydninga av dette som grunnlag for ein kunnskapsbasert praksis.

Litteratursøk

Bibliotekarar ved Høgskulen i Sør-Trøndelag gjennomførte i 2005 eit forsøk med eit kull studentar på vidareutdanning i kreftsjukepleie i samband med studentane sitt arbeid med ein prosjektbeskrivelse (8). Formålet var å sjå på betydninga av eiga undervisning i forhold til studentane sitt litteratursøk. Fjorten studentar vart delt i to grupper. Gruppe 1 fekk starte på litteratursøk på eiga hand uten undervisning om søk i Cinahl og Medline. Undervisning vart først gitt etter ei veke. Gruppe 2 fekk undervisning før søk starta. Samanlikning mellom dei to gruppene viste ei noko meir målretta søkjadferd i gruppe 2, men også her hadde studentane problem med å finne relevante søkjeord og tolke søkjerestata. Studien viste dessuten at studentane hadde problem med å velge dei riktige søkjekildene, med å velge rett søkjespråk og med å bruke engelsk. Vidare viste det seg at mange ikkje oppdaga at stavefeil hadde konsekvensar for søkjerestata. Studentane viste generelt låg forståing for at

lite eigna søkjord medførte at dei enda opp med ubrukbare artikkelreferansar. Det vart observert få eksempel på at studentane gjekk tilbake for å analysere og bearbeide søkja når søkjerestata ikkje var optimale.

Med den store mengd artiklar som dagleg blir produsert innanfor helsefaga, er det å søkje litteratur komplisert. Informasjonsøk representerer ein kompetanse i seg sjølv. Samarbeid mellom bibliotekarar og fagpersonar er ei viktig forutsetning for å lukkast.

Undervisning

Eitt av dei overordna måla for vidareutdanning i kreftsjukepleie er at studentane er i stand til å finne og bruke anerkjent og relevant litteratur på ein kritisk måte (9). Som vurderingsgrunnlag er det forventa at studentane i tillegg til relevante bøker og rapportar søkjer etter og bruker forsknings- og utviklingsartiklar. I dei fylgjande punkta er det skissert kva tema det er lagt til rette for i undervisninga gjennom studieåret samt læringsaktivitetar for å nå overnemnde mål.

Studentane treng ei innføring i ulike kunnskapsformer, forskningsmetodar og søkjeteknikkar for å finne og bruke informasjon kritisk og effektivt i eiga læring. Haustsemesteret starter med ei innføring i ulike læringsformer i studiet, der studentaktive læringsformer som problembasert læring (PBL) og skriftlege oppgåver som inngår i ei læringsmappe blir

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på www.sykepleien.no

Søkeord:

Informasjonskompetanse
Evidensbasert praksis
Litteratursøking



KILDEKRITIKK: Studentane treng å trene på litteratursøking og bruke litteraturen kritisk

Foto: Colourbox.com

Figur 1

● Allmenn litteraturstudie eller litteraturoversikt

Kan vere å beskrive og analysere kunnskapen innanfor eit område, men sjelden på ein systematisk måte (11).

● Eit systematisk litteraturstudie omfattar fleire trinn (11:31):

- bakgrunn for kvifor gjere aktuelle studie
- formulere spørsmål som kan svarast på
- bestemme søkjeord og søkjestrategi
- identifisere og velge litteratur i form av vitenskapelege artiklar eller vitenskapelege rapportar
- kritisk vurdere, kvalitetsbedømme og velge den litteratur som skal inngå
- analysere og diskutere resultat
- samanholde og dra konklusjonar.

● Søkjeprosess for å finne god faglitteratur generelt:

- formulere ei problemstilling / eit formål
- > kven vil du vite noko om? (pasient/pårørende grupper)
- > kva vil du vite meir om? (eks. tiltak/fenomen)
- > kva for mål eller resultat er du interessert i? (eks. lindring, livskvalitet)
- litteratursøk: kva er skrive om dette temaet?
- > kva for hovedemne er det aktuelt å søkje på?
- > kvar vil du søkje (søjkjelder)?
 - > manuelt søk: - pensumlistar, referanselistar i artiklar eller bøker? Korleis har du gått fram?
 - > databasar i fagbibliotek? Kva for emneord/søkjeord – kombinasjonar av søkjeord og antal treff
 - > utvalgsriteriar for valgte litteratur?
 - > kildekritikk: relevans og gyldighet

vektlagt. Dette er arbeidsformer som vi meiner har mange felles trekk med det å arbeide kunnskapsbasert i praksis (10).

I undervisning om litteraturstudie og litteratursøking ivaretek fagpersonalet og bibliotekarar i fellesskap eit innhold som stikkordmessig er satt opp i figur 1.

I arbeidsprosessen med søk på forsknings- og utviklingsartiklar, viser figur 2 (se neste side) til eit hjelperedskap for studentane til å holde oversikt over innhold i dei ulike artiklane. Skjemaet er inspirert av eit klassifikasjons-skjema av Bachman (12:75) for forskningsoversikter, med nokre endringar tilpassa vårt formål.

Mange studentar har opplevd dette nyttig i søkjeperioden, men også brukt det som vedlegg til metodekapittelet for å vise til utvalgte artiklar i sine fordjupningsoppgåver.

Studentaktive læringsformer

I tillegg til teoriundervisning i litteratursøking som foregår på datasal med ein kombinasjon av teori og demonstrasjon, får studentane sjølve løyse søkjeoppgåver spesielt laga for kurset eller arbeide med problemstillingar knytta til eiga oppgaveskriving. Eigenaktivitet er ein integrert del av søjekurset og bibliotekarar bidrar med veiledning og gjennomgang av løysingar undervegs. I tillegg til desse faste punkta på timeplanen gir bibliotekarar veiledning i litteratursøking og oppgaveskriving i biblioteket etter behov hjå den einskilde student.

Det er gjennom studieåret lagt til rette for at studentane kan gjennomføre sju individuelle- og gruppebaserte oppgåver i tillegg til ein heimeeksamen og ei fordjupningsoppgåve. Å integrere teori og forskningsbasert kunnskap som eit refleksjonsgrunnlag saman med eigen erfaringskunnskap er vektlagt i desse oppgå-

vene. Studentane får gjennom studiet skriftleg eller muntleg tilbakemelding på eigen evne til å finne relevant litteratur, kritisk bruke og integrere denne til praktiske erfaringar i alle skriftlege oppgåver.

Fordjupningsoppgåva kan gjerast som eit litteraturstudie, men gir og høve til å gjennomføre ei empirisk undersøking. Mange studentar velger og å bruke fortellingar frå eigen praksis for å diskutere ei problemstilling i lys av aktuell litteratur. Uavhengig av kva studenten velger, er det avgjerande at det er gjort greie for litteratursøk og kildekritikk i eit metodekapittel, der argumentasjon frå nyare forskning og fagleg teoretisk grunnlag er vesentlege element, samt at denne litteraturen blir brukt på ein relevant måte i oppgåva.

På rett veg

Forsøket ved eigen institusjon signaliserte altså at søkjeundervisning isolert sett hadde begrensa effekt (8). Schneider m.fl. (13) har gjort same funn og viser samtidig at studentane sin kompetanse i målretta informasjons-søk generelt utviklast for seint i studiet. Men vi ser at dei siste studentkulla ved eiga utdanning

har ein langt bedre og meir adekvat kildebruk i sine fordjupningsoppgåver enn tidlegare studentkull. Dette kan ha fleire årsaker, men det er nærliggande å tru at systematisk undervisning i litteratursøk, slik dei siste kulla har fått, har bidratt i positiv retning. Det overtyder oss om at vi er på rett veg og at arbeidet med i felleskap å gjere studentane informasjonskompetente bør styrkast og vidareutviklast. Dette er eit område som vi ynskjer å gjere vidare evalueringsarbeid på.

I aktuelle utdanningsforløp har det vore eit godt samarbeid mellom bibliotekarar og fagpersonale når det gjeld tilpassing av undervisning som kan bidra til auka informasjonskompetanse i heile studieløpet. Men det kan diskutertast om bibliotekarar kunne hatt ei meir aktiv rolle i prosessen med skriving av fordjupningsoppgåvene. Ut frå erfaringane i den lokale evalueringsstudien av effekten av undervisning på studentane si søkjeadferd (8), kan det sjå ut som det kan vere fruktbart at bibliotekarar blir tatt med i ei tidleg vurdering av dei dokumenterte litteratursøkja. På den måten kunne studentane vore meir sikre på å få eit best mogeleg litteraturgrunnlag for si

Figur 2: Eksempel på hjelpereidskap for å gi oversikt over valgte forskningsartiklar

Forfatter/tittel/tidsskrift	Formål	Metode	Resultat
Eks. Hjalte, L. Det är inte min värld Vård i Norden, 2000.	Å beskrive sjukepleierar i praksis sin forestillingar om vårdvitenskapelig forskning og tilpassing av denne i praksis.	Kvalitativ analyse av intervju med 10 sjukepleierar	Sj.pl. forestillingar påverka av m.a.: - praktisk kunnskapssyn - konformitetskrav - kvinnespørsmål - noko som høyrde studietida til - forskerar lever i ei anna verd – brukar uforståeleg språk - saknar metodekunnskap og autoritet

oppgåve. Eit anna spørsmål er om fagpersonalet og treng heve sin kompetanse i systematiske litteratursøk som kunne kome studenten til gode i veiledning, slik Schneider m.fl.(13) hevdar er viktig for å bli gode rollemodellar direkte i undervisninga. I fylgje Verhey (14) er det å utvikle, implementere og evaluere informasjonskompetansen med tanke på livslang læring eit undervurdert område allereie i grunnutdanning i sjukepleie. Seymour m.fl. (15) stiller og spørsmål om det å verdsetje både kritisk og kreativ tenkning i klinisk praksis kan bidra til å minke motstanden mot forskning og fagutvikling.

Konklusjon

Vi har i denne artikkelen sett på korleis vi gjennom eit utdan-

ningsforløp i ei vidareutdanning i kreftsjukepleie har lagt til rette for å utvikle studentane sin informasjonskompetanse som eit ledd i «livslang læring» og ei kompetanseutvikling som er sentral som ferdig spesialsjukepleiar i praksis. Å lokalisere og finne fram til relevant litteratur og forskning samt bruke litteraturen på ein kritisk måte forutset eit samarbeid mellom bibliotek og fagpersonale. Eit godt søk forutset gode og relevante spørsmål, dette krev fagkunnskap. Eit godt søk krev kjennskap til ulike databaser og framgongsmåtar i søk som bibliotekarar til eikvar tid har spesialkompetanse på.

Fagdidaktisk krev det eit samarbeid mellom bibliotekarar og fagpersonale både vedrørande

undervisningsplan og korleis legge til rette for undervisning og studentaktive læringsformer. Det blir og viktig å ta stilling til og konkretisere kva for nivå på informasjonskompetanse studentar på ei vidareutdanning i sjukepleie skal oppnå. Vidare blir det betydningsfullt å sjå på korleis praksisfeltet tenkjer seg å vedlikeholde og vidareutvikle informasjonskompetansen etter avslutta utdanning om vi skal ivareta krav og forventningar til ein kunnskapsbasert praksis.

LITTERATUR

1. Nortvedt M, Graue M, Iversen M. Forskningsbasert undervisning – et grunnlag for kunnskapsbasert praksis. Sammendrag i «Program og kompendium» Den 7. sykepleiekongressen 13.-16.september: Tydelig – modig – stolt. Norges Kongressenter, Lillestrøm 2005.
2. Hynne A Bjørnerheim. Evalueringsrapport av vidareutdanning i kreftsjukepleie 1999-2001. Skriftserier ved Høgskolen i Sør-Trøndelag, AHS nr.3, 2002.
3. Shorten A, Wallace C, Crookes PA. Developing information literacy: a key to evidencebased nursing. International Nursing Review 2001; 48 (2): 86
4. Kaplan Jacobs S, Rosenfeld P, Haber J. Information literacy as foundation for evidence-based practice in graduate nursing education: a curriculum-integrated approach. Journal of professional nursing 2003;19(5): 320-328.

5. Bernard A, Nash R, O'Brien M. Information Literacy: Developing lifelong skills through nursing education. Journal of Nursing Education 2005; 44(11): 505-511.
6. American Library Association. Information Literacy Competency Standards for Higher Education 2006. <http://www.ala.org/acrl/ilcomstan.html>, 29/10/2006.
7. Breivik PS. Information literacy and the engaged campus. Giving students and community members the skills to take on (and not be taken in by) the Internet. American Association of Higher Education Bulletin 2000;53 (1):3-6.
8. Alstad K, Kilvik A, Lamøy LI. Evaluering av undervisning i litteratursøk for Videreutdanning i kreftsykepleie 2005-2006. Trondheim: Intern rapport-AHS/ASP- HIST, 2006.
9. Kirke-, Utdannings- og Forskningsdepartementet. Rammepplan og forskrift for vidareutdanning i anesthesi-, operasjon-, intensiv-, barne- og kreftsykepleie. Norgesnetttrådet 2000.

10. Jantvedt G, Hagen KB, Bjørndal A. Kunnskapsbasert fysioterapi. Metoder og arbeidsmåter. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003.
11. Forsberg C, Wengström Y. Att göra systematiska litteraturstudier. Stockholm: Natur och kultur, 2003.
12. Backman J. Rapporter och uppsatser. Lund: Studentlitteratur, 1998.
13. Schneider MV, m.fl. Samarbejde – sammenheng – succes? DF Revy 2005; 6: 4-10.
14. Verhey MP. Information literacy in an undergraduate nursing curriculum: development, implementation and evaluation. Journal of Nursing Education.1999; 38(6):252-259.
15. Seymour B, Kinn S, Sutherland N. Valuing both critical and creative thinking in clinical practice: narrowing the research-practice gap? Journal of Advanced Nursing 2003; 42(3):288-296.



Av **Solveig Hansen**
assisterende avdelingssjef,
Medisinsk avdeling, Hauke-
land universitetssykehus,
Helse-Bergen



Av **Linda Rykkje**
fag- og forskningssyke-
pleier



Av **Anna Brattestad**
fagutviklingssykepleier

Dokumentasjonsmodellene skal være hensiktsmessige for klinisk praksis og reflektere det aktuelle fagområdet.

www.sykepleien.no

Les mer og finn
litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:
Sykepleiedokumentasjon
EPJ
VIPS

Mindre dokumentasjon etter innføring av EPJ og VIPS

Vi erfarte at overgangen til EPJ medførte reduksjon i kvaliteten på sykepleiedokumentasjon, særlig ved at det ble skrevet færre pleieplaner.

Kravene til sykepleiedokumentasjonens innhold og kvalitet er i stadig utvikling (1). Undersøkelser tyder på at sykepleierne i praksis ikke klarer å følge med. Det er store mangler i sykepleiernes dokumentasjon, som bærer preg av dagboknotater der sentrale elementer i pleieplaner er utelatt (2). «Den problematiske sykepleiedokumentasjonen» er en tittel flere artikkelforfattere (3,4) har valgt når de har omtalt sykepleiernes dokumentasjon. Her påpekes blant annet at sykepleierne sliter med å bruke sykepleiedokumentasjonen som et arbeidsredskap i praksis.

Kompetanseoppbygging

Sykepleierne har lovpålagt plikt til å dokumentere selvstendig helsehjelp i pasientjournalen (5). Dokumentasjonen av sykepleie skal sikre kontinuitet i sykepleie, vise selvstendig helsehjelp til pasientene og levere oversiktsinformasjon eller virksomhetsdata (4). Men lover og regler er i seg selv utilstrekkelig for å sikre kvaliteten i sykepleiedokumenta-

sjonen, og kan ifølge Drange (6) i stedet oppleves som en tvangstrøye uten nytte for utøvelsen av sykepleie. Hun påpeker at pleieplaner må bli et hjelpemiddel i hverdagen for sykepleierne, og at praksis med å bare skrive fortløpende rapporter ikke er nok dokumentasjon for å sikre lovkrav og kvalitet. Det er nødvendig med kompetanseoppbygging og endring av rutiner for dokumentasjon for å tilpasse sykepleietjenesten til offentlige krav.

Elektronisk dokumentasjon

Sykepleietjenesten ved Medisinsk avdeling, Haukeland Universitetssykehus gikk over til elektronisk dokumentasjon i EPJ – elektronisk pasientjournal (systemet DocuLive) – i 2003–2004. Samtidig ble VIPS, en modell for sykepleiedokumentasjon, introdusert. Haukeland Universitetssykehus har valgt å innføre VIPS som dokumentasjonsmodell (7). VIPS-modellen er utviklet i Sverige (8) og står for begrepene: Velvære, Integritet, Profylakse/fore-

bygging og Sikkerhet. Modellen består av søkeord, undersøkeord og eksempel på innhold knyttet til søkeord. Flyten i modellen tar utgangspunkt i datasamlingen med grunnleggende behov og finner pasientproblem ut fra dette, setter opp mål og tiltak og evaluerer. Det nye ved modellen er operasjonaliseringen av tiltak, som kan bidra til å bevisstgjøre handlingsaspektet til sykepleieren. Modellens søkeord egner seg for bruk av informasjonsteknologi. Dette muliggjør at en kan samle seg om en mal som kan være landsdekkende, og brukes elektronisk (9).

Medisinsk avdeling har forbedret overgang til elektronisk dokumentasjon over flere år, og har blant annet kartlagt IT-kompetanse blant pleiepersonalet (10) og gitt opplæring i ulike IT-systemer. Elektronisk sykepleiedokumentasjon ble innført trinnvis ved våre enheter fra våren 2003 til høsten 2004. Våren 2004 gjennomførte avdelingen VIPS-kurs for sykepleiere og hjelpepleiere. Veiledende pleieplaner

er utviklet og målsettingen er at pasienter som har behov for det skal ha en individuell pleieplan (som kan baseres på en veiledende pleieplan).

Evaluering

For å måle effekten av tiltakene ble det igangsatt en evalueringsstudie av sykepleiedokumentasjonen. Studiens formål var å få en oversikt over sykepleiedokumentasjonen, samt å se på endringen i dokumentasjonens omfang og innhold etter innføring av EPJ og VIPS. Evaluering ble gjort ved å sammenligne papirjournaler og elektroniske journaler på fire sengeposter. Metoden var journalgransking ved bruk av instrumentet Cat-ching (11). Resultatene fra undersøkelsen er ikke publisert.

En forundersøkelse der en sengeposts dokumentasjon ble undersøkt før og etter innføring av EPJ ble utført for å få en systematisk oversikt over innholdet i dokumentasjonen. Resultatene dannet grunnlaget for lokal tilpasning av Cat-ching. Det ble registrert hvilke VIPS-søkeord som ble brukt i dokumentasjonen, samt underkategorier for VIPS-søkeordene. For dokumentasjonen på papir ble det gjort en tilpasning til VIPS for de funksjonsområder som ble brukt. Det er resultater fra forundersøkelsen som presenteres i artikkelen.

Mer oversiktlig

Etter overgang til EPJ ble dokumentasjonen mer oversiktlig ved bruken av søkeord. Innkommnotatet ble mer strukturert og innholdet mer standardisert. Bruk av forkortelser og tegn ble begrenset, og det ble skrevet mindre «innholdsløse» notater som «uten anmerkning» og «tilsynelatende sovnet». Det ble dermed skrevet færre notater,

spesielt på nattevakter. Ved posten som ble undersøkt var det liten endring i skriving av pleieplaner. Bruk av pleieplaner var sporadisk og det var stort sett sårprosedyrer som ble laget. Ingen veiledende pleieplaner var tatt i bruk ved tidspunkt for evaluering. Det ble sjelden skrevet ut-notat og sammendrag ble ikke brukt. Overflyttingsnotat ble som regel skrevet, men malen som er utarbeidet var lite brukt.

Søkeord

Forundersøkelsen viste at innholdet og fokus for dokumentasjonen ikke endret seg fra papir til EPJ. Det var de tilsvarende funksjonsområdene fra papirkardex som ble brukt i VIPS. Etter overgang til VIPS ble kun ett hovedsøkeord (Sykepleiestatus) tatt i bruk, og bare halvdel av de underliggende søkeordene. Noen sykepleiere skrev under funksjonsområder som tidligere ble brukt på papir, mange dokumenterer under feil søkeord, og egenkomponerte søkeord ble brukt hyppig. «Annet» ble brukt til å skrive beskjeder og alt annet sykepleierne ikke klarte å plassere noe annet sted. «Annet» er

ikke et VIPS søkeord, men var et eget punkt på papir.

Tabell 1 gir oversikt over antall ganger VIPS-søkeordene ble brukt i den elektroniske sykepleiedokumentasjonen, basert på 15 EPJ-journaler som omfattet 312 notater. Det kommer klart frem hvilke søkeord som ble mest brukt, og de fem søkeordene som ikke vises var ikke brukt. I tillegg har vi tatt med Annet som ble brukt hyppig til tross for at dette ikke er et søkeord.

En naturlig videreutvikling av VIPS er å innarbeide undersøkeord. Vi har valgt ut eliminasjon som eksempel på innhold i dokumentasjonen under et søkeord. Tabell 2 viser antall ganger vi fant innhold vedrørende valgte begreper/undersøkeord brukt i fortløpende sykepleiedokumentasjon.

Diskusjon

VIPS-modellen ble ikke utnyttet til å dokumentere optimalt – da det kun var sykepleiestatus som var tatt i bruk. Det kan se ut til at effekten av undervisning i VIPS har vært lav, men vi mener undervisningen var nødvendig for at sykepleierne skulle forstå

hvorfor modellen brukes. Resultatene tyder på at EPJ ikke er tilpasset sykepleierne behov for effektiv dokumentasjon. VIPS forutsetter bruk av pleieplaner og innebærer en omstrukturering av arbeidshverdagen. Modellen krever også at den enkelte sykepleier setter seg inn i hva som skal dokumenteres under hvilket søkeord, noe som er både tidkrevende og vanskelig å huske. Vi finner derfor at det er behov for mer undervisning og enklere EPJ-systemer.

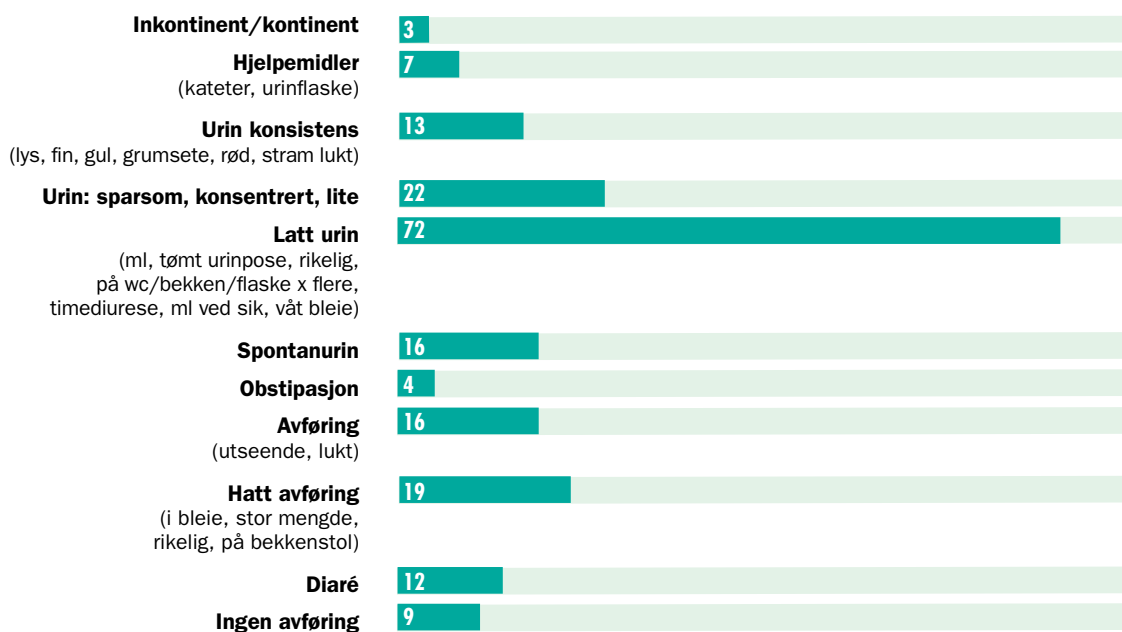
Opplæring en forutsetning

Hellesø (12) påpeker at VIPS innebærer arbeid med innhold i ulike EPJ-maler, samt at god opplæring i bruk av modellen er en forutsetning. Når det gjelder opplæringen er vi usikre på om felles undervisning i VIPS og pleieplanskriving er tilstrekkelig. Vi erfarer at det i tillegg er behov for individuell veiledning i praktisk dokumentasjon. Ved at veiledningen individualiseres, blir kompetansehevingen mer treffsikker i forhold til den enkelte sykepleiers behov. For å bedre kvalitet og innhold i dokumentasjonen tror vi tilpas-

TABELL 1 – antall ganger VIPS-søkeordene ble brukt

Annet	85
Psykososialt	10
Smerte/Sansetilstand	119
Søvn	77
Aktivitet	78
Hud/Vev	100
Eliminasjon	125
Ernæring	131
Respirasjon/Sirkulasjon	163
Kommunikasjon	27

TABELL 2 – antall ganger vi fant innhold under søkeordet eliminasjon



sede VIPS-maler i EPJ, samt en videreutvikling av VIPS undersøkeord sammen med god opplæring, vil være av avgjørende betydning.

Hensiktsmessige for praksis

Dokumentasjonsmodellene skal være hensiktsmessige for klinisk praksis og reflektere det aktuelle fagområdet, være nyttige fagpolitisk så vel som i kunnskaps- og teoriutviklingsarbeid, samt forstås på tvers av fagområder og tjenestenivåer (13). Systemene som er tilgjengelige har mye gjort i forhold til kravene, og vi står framfor store utfordringer. Med vårt prosjekt ønsker vi å bidra til videreutvikling av VIPS slik at de fleste begreper som brukes hyppig i dagens sykepleiedokumentasjon inkluderes. Søkeordene i VIPS bør integreres i EPJ-maler og som menyvalg, gjerne med mulighet for bruk

av standarder/skalaer som f or eksempel egenomsorgsnivå. I tillegg bør begreper/undersøkeord utvelges for å lette dokumentasjonen ytterligere. Undersøkeord kan dessuten bidra styrende for dokumentasjonen – hva vi bør ha med og hva som er unødvendig. Fagerli (14) påpeker at det må settes fokus på praktisk tilrettelegging for sykepleiedokumentasjon. Vi tror det blir avgjørende at VIPS-søkeord og valgte begreper blir inkludert i kommende EPJ-systemer, der sykepleierne kan dokumentere ved å «klikke» på sine valg.

En stor utfordring er bruk av pleieplaner. Vi mener det bør diskuteres om pleieplaner alltid er hensiktsmessig i en travel sykehushverdag med kort liggetid. Vi ønsker et system som ivaretar både «arbeidslister» med oversikt over gjøremål, samt en kombinasjon med pleieplaner for

pasienter med kompliserte forløp og/eller stort pleiebehov.

Konklusjon

Den fortløpende dokumentasjonen var innholdsmessig tilnærmet uforandret etter innføring av VIPS og EPJ. Det er behov for mer detaljert undervisning i VIPS for at sykepleierne skal lære å bruke modellen etter intensjonen. EPJ-systemet bør tilpasses bedre til sykepleierne behov for dokumentasjon.

LITTERATUR

1. Moen A, Hellesø R, Quivey M, Berge A. Dokumentasjon og informasjonshåndtering. Faglige og juridiske utfordringer og krav til journalføring for sykepleiere. Oslo: Akribes, 2002
2. Stokke TA. Sykepleiedokumentasjonen holder sjelden mål. Tidsskr Sykepl 1999; 10: 48-50.
3. Dahl K. Den problematiske sykepleiedokumentasjonen. Tidsskr Sykepl 2001; 1: 54-58.
4. Moen A, Mølsted K, Dale C. Den problematiske sykepleiedokumentasjonen. Tidsskr Sykepl 2003; 5: 40-44.
5. Lov om helsepersonell av 02.07.1999 nr. 4 (helsepersonelloven)
6. Drange B. Kvalitet, eller...? Tidsskr Sykepl 2002; 21: 40-44.
7. Sluttrapport fra prosjektet SykIT. Elektronisk sykepleiedokumentasjon i Medakis, 2002
8. Ehnfors M, Ehrenberg A, Thorell-Ekstrand I. VIPS-boken: om en forskningsbasert modell for dokumentasjon av omvårdnad i patientjournalen. Vårdförbundet, Stockholm 2000
9. Dahl K. Dokumentasjon og prosess: Dilemmaer i et historisk perspektiv. Tidsskr Sykepl 2002; 3: 46-50.
10. Krokmyrdal KA, Larssen BM. Kvalitetssikring av datakompetanse. Tidsskr Sykepl 2003; 5: 36-39.
11. Björvell C. Nursing documentation in clinical practice. Instrument development and evaluation of a comprehensive intervention programme. Department of Nursing, Stockholm: Karolinska Institutet, 2002.
12. Hellesø R. Elektronisk sykepleiedokumentasjon - visjon eller realitet. Tidsskr Sykepl 2000; 10: 60-63.
13. Moen A. Klassifikasjonssystemer i sykepleie. Tidsskriftet Sykepleien 1999; 2: 50-53.. Fagerli LB. Elektronikk er ikke nok. Tidsskr Sykepl 2001; 9: 60-62.



Kjærlighet ved første blick er den mest utbredte øyesykdommen.

Gino Cervi

Sjelden mester

Et hjørne i bokhyllen min er viet Britt Karin Larsens forfatterskap. Det er hjørnet for sosial samvittighet. Tilfeldig kom jeg over hennes andre diktsamling. Jeg var ung og ubevisst. Imidlertid ikke verre enn at jeg merket meg navnet. Larsen er en sjelden fugl. Da hun ga ut «Som kjærlighet, nesten. En bok om alkohol», sammen med Tor Georg Danielsen i 2004, ønsket hun å stille kollega Ingvar Ambjørnsen noen spørsmål. – Send meg en mail, svarte rause Ambjørnsen. Men Larsen hadde ingen mail. Heller ingen fax. Så de tydde til gode gamle posten.

Forløperen var den nydelige romanen «Duggpunkt ved dag gry», 2001.

Så troverdig var den, at redaktøren i Tiden Norsk Forlag satte i gang sin egen research. Var Larsen selv alkoholiker? Nei, hun var ikke det. Hun har derimot en kunstnerisk observasjons- og formidlingsevne som går utover det vanlige.

Mest kjent er hun for sin triologi om taterne, som utkom i tidsrommet 1997 til 1999. Dette er da også et mesterverk. Rekk opp hånden den historiker eller sosiolog eller romani som kan sette fingeren på noe ukorrekt i denne triologien. Serien er ingen dokumentar, og gir seg ikke ut for å være det. Den er mer enn det. Det er et sjeldent og balansert stykke kulturhistorie.

De enkle spørsmål

Irene Sørås har skrevet kokebok med organisering i sykehus på menyen.



Forfatterintervjuet: Det var fredag ettermiddag. Klokken var halv fem, og Irene Sørås skulle ta helg. I gangen gikk hun forbi en ergoterapeut i ferd med å skru sammen en rullestol. «Skal ikke du hjem», spurte Sørås. «Jo, men jeg må ha denne stolen klar til mandag», sa ergoterapeuten og fortsatte å skru.

Sørås tenkte: «Men dette kunne jo en assistent gjøre».

Den gangen var hun nyansatt på Diakonkjemmet sykehus, etter 16 år som konsulent innen organisasjonsutvikling. Nå har hun akkurat gitt ut bok om forbedringsarbeid i sykehus, og

ivrer for at særlig sykepleiere bør lese den.

– Det viktigste ved forbedringsarbeid er å spørre: Jobber vi hensiktsmessig? Etter episoden med rullestolen, var jeg med en ergoterapeut rundt. Igjen skulle en pasient ha rullestol, så ergoterapeuten gikk ned på lageret for å hente en, ned på lageret igjen for å hente fotbrett, og så ned igjen fordi fotbrettet ikke passet. Er det god bruk av tiden? For en som kommer utenfra, er det lett å stille så enkle spørsmål. De ansatte selv er samvittighetsfulle, tar ansvar, og tanken på at noen andre burde gjøre dette slår dem kanskje ikke engang.

– *Ble det assistent?*

– Jada. Jeg foreslo det og møtte selvfølgelig en del motstand, særlig i begynnelsen. Men nå har vi assistent på heltid, som hjelper både fysio- og ergoterapeutene, og de elsker ham.

I boken viser Sørås til de store omleggingene i norske sykehus. For eksempel er økonomiske overføringer fra staten mer enn tredoblet på 15 år, og på 25 år er antall ansatte doblet. Men Sørås mener et viktig område er for lite berørt; den indre organiseringen i et sykehus. Her spiller sykepleierne en nøkkelrolle.

– De har ofte mellomleder-

ansvar, de står for den daglige driften, og det er her endringene må skje. For eksempel: En mellomleder har ansvar for å kalle inn vikarer, og bruker to timer på det hver dag. Det blir 19 uker i året. Er det riktig bruk av kompetanse?

– *Hva er alternativet?*

– Her kunne man bruke en sykepleier som vil jobbe mindre klinisk, en kontoransatt, eller en hjelpepleier. De må selvfølgelig ha opplæring. Det jeg mener er at vi ikke trenger å jobbe som vi alltid har gjort.

Men det som er veldig viktig, er at endringer ikke må tres ned over hodet på de ansatte. Det er når man selv gjør noe, at det blir gøy, mener Sørås.

På bokens omslag spørres det om konsepter fra Toyota-fabriker kan brukes med suksess på norske sykehus.

– *Kan de det?*

– Ikke uten videre. Jeg mener sykehus *kan* ha noe å lære av produksjonsbedrifter, med veldig mange forbehold. For eksempel kan det i en viss grad brukes til å planlegge operasjoner, men ikke i geriatriske enheter. Effektivitetstenkningen passer ikke inn overalt. Et ekstremt eksempel er palliasjon, der det å tenke effektivitet lett blir uetisk. Det jeg ser som problematisk er

om veiledning
anbefalt av Frank
Oterholt, sykepleier
og veileder



**Anne Lise Teslo (red):
Mangfold i faglig veiledning**

– En bok som tar for seg det mangfoldige landskapet veiledning befinner seg i. En klassiker.



**Lars Thorgaard og Eivind Haga:
Gode relationsbehandlere og god miljøterapi**

– Handler om relasjoner, empati, allmennmenneskeliggjøring, muligheter og håp.



**Inger Ulleberg:
Kommunikasjon og veiledning.**

– Klarer på en utmerket måte å omsette Gregory Batesons teorier til en veiledningskontekst.

at sykehus kjøper ett prosjekt, for eksempel LEAN, som jeg skriver om i boken, og innfører det i stor skala på store deler av sykehuset. Jeg skulle ønske man tilpasset disse systemene bedre. Men for å gjøre det, må man ha kompetanse.

– *Det mener du det er for lite av?*

– Ja. I den grad sykepleiere lærer organisasjonsutvikling, er det ofte for generelt. Nettopp det å forstå sykehuset som organisasjon er mitt anliggende. Hvilke metoder og verktøy er egnet for bruk her? I dag bruker man konsulenter til å gjennomføre dyre prosjekter, som resulterer i rapporter som ender i en skuff. Dermed forsvinner kompetansen med konsulenten. Jeg sier ikke man skal skygge unna konsulenter, men jeg tror man trenger veiledere innad i sykehuset. I dag er sykehu-

sene kjennetegnet av en enorm fagkompetanse og lite organisasjonskunnskap. Noen få har det, men ganske mange har det ikke. Det er betenkelig med tanke på hva man kan få til ved selv å ha slik kompetanse og myndiggjøre ansatte og ledere i eget forbedringsarbeid. Ikke minst vil ansatte oppleve det inspirerende å være med på forbedringsarbeid i egen virksomhet.

I boken gir Sørås en oversikt over de vanligste metodene som brukes i forbedringsarbeid.

– *En favoritt?*

– Nei, heldigvis ikke.

Poenget med boken er at det ikke finnes *en* metode, men at metoden må tilpasses formålet.

tekst Nina Hernæs foto Stig Weston

**Vi trenger ikke jobbe som vi
alltid har gjort.**



Irene Sørås

Aktuell med: Organisasjonsutvikling i sykehus – forbedringsarbeid i teori og klinisk praksis

Utdanning: Helsestatsviter

Yrke: Avdelingssjef, Diakonhjemmet sykehus

Bosted: Bærum i Akershus

Alder: 53 år



Lege med anlegg for mord

Jorun Thørring er til daglig gynekolog, men skriver også krimbøker. Hun har nettopp lansert sin tredje bok, *Tarantellen*. Handlingen er lagt til Paris, der den nordnorske spesialeletterforskeren Orla Os må på morderjakt. Tidligere har Thørring skrevet bøkene *Skyggemannen* og *Glassnøklen*.

Ypperlig beskrivelse

Anmeldelse: Dette er en nyttig og aktuell bok for dem som er opptatt av hjerneforskning og psykodynamiske forståelsesmåter. Målgruppen er alle som videreutdanner seg eller arbeider innen psykisk helsevern. I første kapittel «Arv. Kan gener påvirkes?» var det mye nytt for meg, men språket kunne vært enklere. I andre kapittel presiseres det at dette ikke er en lærebok om hjernen. Et meget beskjedent utsagn. Hjernens oppbygning og funksjoner er ypperlig beskrevet!

Andre deler av stoffet, spesielt den psykodynamiske, vil være kjent for de fleste. Det nye er sammenhengen det settes inn i. Elementært og temmelig komplisert stoff blir vevd inn i hverandre. Først opplevdes det nesten som å lese to bøker på en gang, men det skal ingen lesere la seg stoppe av. Det går seg fint til, og

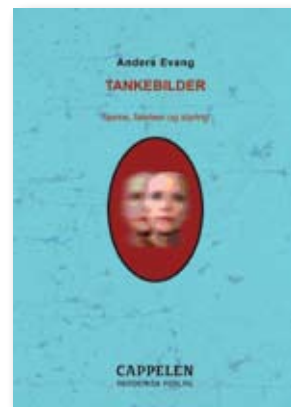
kapitlene utfyller hverandre. I «Temperament, kontroll og kjærlighet», må også poeter kunne finne inspirasjon, og her flyter språket godt. Når det kommer til stykket, er det ikke mindre poesi i beskrivelsen av amygdala senere i boken. Fremstillingen er klargjørende, og jeg forstår godt min mentor i nevrologi som endte opp med å hevde overfor tungnemme tilhørere at her, i strukturen amygdala (en del av det limbiske system), sitter sjelen. Når man leser Evangs beskrivelse, får man ingen trang til å bestride et slikt utsagn.

Men leseren må iblant belage seg på setninger som: «Den emosjonelle registreringen går via noen andre kjerner i thalamus til fremre gyrus og orbitofrontal korteks, like foran gyrus cinguli og under frontallappen» (s.94). Da er gode illustrasjoner heldigvis til stor hjelp.

På baksideteksten fra forlaget spørres det blant annet om hvordan genenes funksjon kan påvirkes. Og hvordan utvikles vår evne til å tenke om egne og andres følelser og intensjoner? Hvordan kan hjernen ha både stabilitet og fleksibilitet? Ja, hvorfor er vi som vi er, og hvorfor handler vi som vi gjør? Hva kan eventuelt forandres hvis mestringsstrategiene ikke er hensiktsmessige? Og hvordan?

Ingen enkle spørsmål. Ingen enkle svar. Men Evang griper fatt i dem med stor kunnskap og ekte engasjement. Slikt smitter.

Min konklusjon? Sett boken på pensumlisten for målgruppen! Ved første lesning er den ikke sengelektre, men til gjengjeld kan den tas fram igjen og igjen og brukes som oppslagsverk. Jeg savner derfor en innbundet utgave.



Tankebilder

Hjerne, følelser og styring

Av Anders Evang

209 sider

Cappelen, 2007

ISBN 978-82-02-26821-3

Anmelder: Inger Frogg Jørgensen, psykiatrisk sykepleier

Godt innblikk i læring

Anmeldelse: Dette er en interessant bok basert på forfatternes egen forskning og studier i det som omtales som *situert læring og praksisfellesskaper*.

Praksisfellesskap er læringsarenaer der læring og kunnskapsutvikling skjer i en organisasjon. De er kjennetegnet og utviklet som uformelle grupper der det skapes mening og en felles fortolkning og forståelse hos gruppens medlemmer. I boken fokuseres det på hva som skjer når en nyansatt kommer inn i et slikt fellesskap og hvordan det utvikler seg. Gapet mellom læring i utdanningen og prosessen der den nyutdannede beveger seg over i læringsprosesser i en organisasjon, er tema i første kapittel. Forfatterne har forsket på jordmødre og eiendomsmeglere.

Et kapittel er knyttet til organisasjons sosialisering. Den sosiale og

kulturelle tilnærmingen til læring blir grundig presentert. Her underbygger forfatterne sitt teoretiske perspektiv som i hovedsak er basert på pedagogen Etienne Wenger. Her settes et individuelt kognitivt perspektiv og et sosialt og kulturelt perspektiv på læring opp mot hverandre. Det gis en god oversikt over hva dette betyr. Leseren presenteres for denne tilnærmingens historiske tradisjon, hva som kjennetegner slike fellesskap og deres betydning for læring og kunnskapsutvikling. Flere viktige begreper, som *know-how*, *know-what*, *taus kunnskap* og *imitasjon* diskuteres.

Identitetsdannelse er viktig for læring, og tas opp i et eget kapittel. Her brukes det begreper som *å lære å bli* og *å lære om*. Det argumenteres for at praksisfellesskapet er det ideelle sted for å danne en sosial identitet.

Boken har en interessant diskusjon om bruken av rollemønstre og deres betydning. Her vises det til at det er en nær sammenheng mellom det å identifisere seg med en kollega og det å velge vedkommende som rollemønstre. Siste kapittel tar for seg hvordan emosjoner påvirker våre læreprosesser.

Boken gir leseren et godt innblikk i moderne pedagogisk forskning. Lederens rolle i å skape gode kulturer der den nyansatte kan føle seg verdsatt og motagelig for å lære mer, kommer også godt frem. Referanselisten er god og fortellingene fra helseorganisasjonene og spørsmålene til leserne underveis er relevante for å anskueliggjøre teoriens relevans for praksis. Anbefales til både ledere, pedagoger og til videregående studier i sykepleie.



Læring i helseorganisasjoner

Av Gunnhild Blåka og Cathrine Filstad

159 sider

Cappelen, 2007

ISBN 978-82-02-26850-3

Anmelder: Karl-Henrik Nygaard, rådgiver

Månedens bok

Anmeldelse: Med makt til å krenke

Om makt, avmakt og motmakt i en konfliktfylt barnevernssak

Av Randi Haugland

ISBN 978-82-05-36261-1

Anmelder: Hjørdis Fodstad, førstelektor

Til å bli klok av

Savner du flere vinkler når du leser om barnevernet? Da er denne boken noe for deg.

Flere stemmer og perspektiv:

Forfatteren har skrevet denne boka i nært samarbeid med hovedpersonen Tina, som har lest alt og diskutert med forfatteren underveis. Etter presentasjon av forhistorien og innholdet følger del to med historien om en konfliktfylt barnevernssak. Tinas vanskelige barndom og voksenliv presenteres i jeg-form fra 1989 til 2006. Underveis dukker flere jeg-stemmer opp, som Tinas saksbehandlere i barnevernet. På slutten av denne delen følger også et kapittel der datteren til Tina forteller i jeg-form. Hvordan fungerer dette for leseren? Jo, fortellingene fanger, leseren får innsikt i ulike perspektiver omkring en alvorlig barnevernssak. Boka blir vanskelig å legge fra seg, jeg identifiserer meg med de ulike jeg-stemmene underveis, blir opprørt og innser hvor komplisert en slik sak kan bli.

Språkets betydning: Forfatteren viser solidaritet og innlevelse med Tina, samtidig som hun overbeviser med sin faglige tyngde (og vilje til å være kritisk) til sin egen profesjons perspektiv og handlinger. Hun gir eksempler på dramatiske konsekvenser når

aktørene tilhører ulike kulturelle miljøer og dagligspråk. Jeg lærte mye omkring språkets betydning i forhold til fordommer, konflikter og forhastede slutninger. Forfatteren tematiserer både bevisst og ubevisst maktmisbruk overfor klienten, som kategoriseres som vanskelig og manipulerende på grunn av direkte og aggressivt språkbruk, noe hun er vokst opp med.

Med makt til å krenke: Boka har fått en dekkende tittel, og del tre tematiserer makten som utøves av barnevernet, Tinas avmakt og motmaktstrategier. Haugland tematiserer ulike sentrale faglige utfordringer i barnevernet som brukervedvirkning, fleksibel profesjonalitet, diagnosekultur og svak maktforståelse, for å nevne noe. Hun er kritisk til ensidig utviklingspsykologisk forståelse, som objektgjør klienten og utelater kontekstuell forståelse – det vil si

hverdagslivet, boligforhold, fattigdom, stress i hverdagen, voldelige samboerforhold med mer – Tinas virkelighet.

Forfatteren analyserer profesjonsmakt og brukermakt i forhold til praksis i barnevernssaken. Som leser får jeg utdypet min forståelse av krenkelser som handlinger som utøves av en sender og som mottas, oppleves og defineres av en mottaker. Vi får

hensiktsmessige. Empowermenttenking og forebyggingsperspektivet fremmes, samt betydningen av anerkjennende metoder.

Boka er pedagogisk bygd opp med spørsmål til ettertanke og diskusjon etter hvert kapittel. Den er også utstyrt med rikholdige noter etter hvert kapittel med aktuelle og nyere litteraturhenvisninger. Jeg vurderer boka som verdifull for både sosialfaglig og helsefaglig ansatte, der kontekstforståelsen og samarbeid er viktig, samarbeid med klienten og andre profesjoner og etater. Og en vedvarende kritisk ettertanke i forhold til vår forståelse og praksis som hjelpere.

Boka blir vanskelig å legge fra seg.

Hjørdis Fodstad, førstelektor

eksempler og innsikt i hvordan beslutningssystemet ikke har kunnskap nok til å forstå at mishandling er kontekstavhengig, og at det kan skje i godkjente fosterhjem.

Hva kan gjøres? Siste kapittel presenterer og drøfter nye modeller for problem- og konfliktløsning med perspektiv der klientens motstand og aggresjon ses som motstandskraft og sunnhetstegn i undertrykkende livssituasjoner, selv om strategiene ikke alltid er





«Det kom et skip til Bjørgvin i 1349» heter en bok
av Torill Thorstad Hauger.
Hvilken sykdom er tema i boken?

Svar: Svartedauen



Gå med hele ditt hjerte
av Klara Høiseith Slettemoen

Åpen om kreft

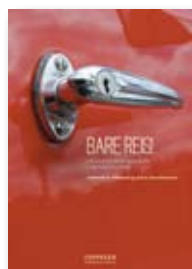
Omtale: Det er drøyt et år siden jeg fant en kul i mitt venstre bryst. Slik innleder Klara Høiseith Slettemoen det som er en dagbok fra hennes liv med kreft. Hun har vært åpen hele veien, blant annet på en vennside på internett. For henne har åpenhet vært en viktig del av prosessen fra hun fant en kul, til diagnose og behandling.
ISBN 978-82-02-27581-5



The Self
av Fred Vollmer

På jakt etter selvet

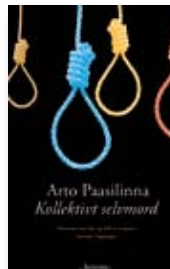
Omtale: Det finnes ingen klar forståelse av hva selvet er. Er det et selv? Fred Vollmer, professor i psykologi ved Universitetet i Bergen, søker å gi innsikt ved hjelp av et utvalg teorier med ulik tilnærming; nærmere bestemt narrativ, psykologisk og psykoanalytisk tilnærming til det mystiske selvet.
ISBN 978-82-450-0653-7



Bare reis!
Håndbok for helsefagstudenter i internasjonal praksis
av Adelheid H. Hillestad og Anne Lene Sørensen

Før du reiser

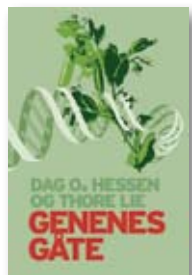
Omtale: Planlegger du å ta en del av praksisen i utlandet er denne boken ment å være en nyttig følgesvenn. Her skisseres utfordringer og gis oversikt over nødvendige ferdigheter. Et kapittel heter *Godt å vite – praktiske råd ved utreise og underveis*, et annet *Hjemme igjen – hva nå?* Forfatterne er sykepleiere og lektorer.
ISBN 978-82-02-26974-6



Kollektivt selvmord
av Arto Paasilinna

Burlesk død

Omtale: Tynget av depresjon etter sin fjerde konkurs, går direktør Rellonen inn i en låve for å skyte seg. Men her treffer han en annen selvmordskandidat, og i stedet for å ta sitt liv der og da, utsetter de det hele og finner til slutt ut at de vil samle andre selvmordskandidater og ta avslutningen kollektivt. Dette er en roman.
ISBN 978-82-03-21044-0



Genes gåte
av Dag O. Hessen og Thore Lie

Lær om genetik

Omtale: Hva vet forskerne egentlig om gener og DNA? I denne boken fortelles historien fra Darwin lanserte sin utviklingsteori i 1859. Genetik er tema i krim og massemedia, og stamceller, genterapi og genmodifisering kan alle ha en mening om. Her finnes også kunnskap.
ISBN 978-82-43-00416-0



Fra tanke til handling
Metoder og arbeidsmåter i helsesøster-tjenesten
av Kari Glavin, Sølvi Helseth og Lisbeth Gravdal Kvarme (red.)

Alt for helsesøster

Omtale: Her er den første norske læreboken om helsesøsterarbeid. Kunnskapsbasert praksis står i sentrum, og noen sentrale arbeidsmåter, strategier og metoder beskrives. Både teoretisk grunnlag, praktisk grunnlag, behovskartlegging, ulike tilnæringsmetoder til praksis og synspunkter på veien videre for helsesøster-tjenesten er med.
ISBN 978-82-79-50091-9



Hva leser du nå?

- Akkurat nå er jeg ferdig med «Toy Story 2», sier lederen av Stortingets helse- og omsorgskomiteé, Harald T. Nesvik.
- Den har jeg lest for sønnen min på fem, og handler om en robot og ulike leketøysfigurer. Å lese for sønnen min er noe jeg liker godt. Ellers er Jo Nesbø yndlingsforfatteren, og hans siste står for tur.

- Av faglitteratur er det for øyeblikket tannehelse-meldingen.
- *To ord om den?*
- Veldig generell, med mye vyer og tanker. Når Stortinget skal behandle den, bør den bli mer konkret enn hva regjeringen har lagt opp til, håper Harald T. Nesvik.

Tro, håp og kjærlighet

Birgit Hildershavn Ellingsrud har med seg Kierkegaard og Kant når hun tar for seg hjelpekunst i boken «Nestekjærlighet».

1 Hvorfor har du skrevet denne boken?

Faglig nysgjerrighet, det kan du gjerne skrive i fete typer. Diakoni blir lett et «luftfag», vanskelig å gripe fatt i. Jeg er utdannet, og har i årevis jobbet på, en diakonal sykepleierhøgskole, men har lenge savnet et pensum i diakoni.

2 Hvorfor er boken viktig?

Fordi den gir en grunnlagstenkning for hvordan vi som mennesker bør omgå hverandre, både i holdning og handling. Jeg prøver å gi et svar på hvordan vi kan bruke tro, håp og kjærlighet i vårt daglige liv. Den barmhjertige samaritan er utgangspunktet for boken. Ved denne fortellingen har Jesus statuert et eksempel som profiteres på – utover den kristne krets.

3 Hva liker du best ved boken?

Egentlig liker jeg hele boken godt. Den gir gode eksempler og har faglig tyngde. Er lettlest, men krever at leseren bruker seg selv.



spørsmål til Birgit Hildershavn Ellingsrud

4 Hvem bør lese boken?

Alle som er opptatt av nestekjærlighet som grunnlag for omsorgsarbeid. Ledere, og også lærere som underviser i omsorgsfag. Og det sier seg selv: Mennesker som jobber innenfor diakoni.

5 Hva er den siste fagboken du har lest?

Har så vidt kikket i «Det sårbare mennesket» av Nina Karin Monsen.

6 Og siste skjønnlitterære?

Vet ikke om du kan ta med Stieg Larsson? «Menn som hater kvinner». Han skriver fantastisk.

7 Hva inspirerer deg til å skrive?

Erfaringer, fra privatliv og jobb. Å få positiv tilbakemelding på det jeg har skrevet. Presten og forfatteren Per Arne Dahl leste opp noe fra boken på et seminar og sa «dette er en viktig og vak-

ker bok». Slike tilbakemeldinger gjør meg glad, takknemlig og inspirert. Særlig når de kommer fra en som har skrevet om samme tema. Også mannen min, Finn, mine tre døtre og familien min.

8 Hvilken bok drømmer du om å skrive?

En barnebok. Jeg har begynt, og det er døtrene mine som har fått meg i gang. Jeg diktet for dem da de var små, og dette husker de ennå. Den vil nok handle litt om nestekjærlighet og litt om oppdragelse.

9 Blir du rik av boken?

Spørs hva du mener med rik. Jeg tror ikke det blir så mange penger i kassen, men *åndelig rik*, det blir jeg.

tekst Nina Hernæs

På veggen

FORVENTNINGER: Tidligere oversykepleier Guro Vikse Bull vil aldri glemme Gerhard Munthes maleri som hang i mottaket på tidligere Bærum sykehus. Nå er hun klar for gjensynet.



MÅLET: På Høvikodden kan Henie Onstad kunstnsenter skjule en skatt. Teknisk konservator Ida Bronken (til v.) har sett mange skader på kunst som henger på offentlige steder.



Gjensyn med Ullensvang

Dette er historien om et maleri som ble borte. Og om Guro Vikse Bull som ikke kunne forsone seg med maleriets skjebne.

Guro Vikse Bull sitter på toget fra Stokke i Vestfold. Det er en fin høstdag i september. 82-åringen har for anledningen skrudd på mobilen. I tilfelle noe skulle skje. Ute raser Tønsberg forbi. Og så Drammen. Det nærmer seg. Hun er spent. Oppglødd.

For den tidligere oversykepleier på Bærum sykehus kan ikke reisen gå fort nok. Damen er kvikk, ja, uforskammet sprek. Guro Vikse Bull liker også å ha orden på tingene. Så når toget ruller inn på spor 2 på Lysaker stasjon kl 13.17, så er det akkurat som planlagt. Det er en dag utenom det vanlige.

Vekk

Det begynte før sommeren. Hun ringer fra Melsomvik. Rett på sak. – Ja, Sykepleien har jo denne serien om kunst på sykehus. Veldig

fin serie forresten. Jeg skulle gjerne vist dere et bilde jeg har vært veldig opptatt av. Ja, elsket egentlig. Men poenget er at bildet er borte. Det er vekk.

– Borte?

– Ja, det må altså være et sted. Men det henger ikke lenger på Bærum sykehus. De tok det ned. Men det er jo for galt at et slikt bilde ikke lengre kan ses! Et slikt fantastisk maleri!

Du spør ikke en kvinne som Guro Vikse Bull om et maleri med en slik omtale kanskje bare henger et annet sted. Du spør heller hvordan et bilde kan gjøre et så utslettende inntrykk at det opptar henne mange år etter at hun sist så det

– Nå skal du høre, sier hun.

Nasjonsbygger

Maleriet som Bull elsker, heter «Fra Ullensvang». Det er et utpreget nasjonalromantisk bilde, malt av Gerhard Munthe i 1892. Det viser et gårdstun foran en vakker fjord. Bak ligger fjellene. Det er vår. I det fjerne skimtes en kirke.

Munthe blir sett på som en av landets mest anerkjente kunstnere.

Han var glad i friluftsmaleri, det vil si at han likte å fullføre verket foran selve motivet, ikke i atelieret. Arbeidene hans er detaljrike og realistiske. Han tilhører den såkalte Lysakerkretsen, som har en vesentlig kunstnerisk rolle i nasjonsbyggingen.

Gave

«Fra Ullensvang» henger i mottaket på nybygget på Bærum sykehus fra 1988. Før det henger det i mottaket på det gamle sykehuset. Som de fleste av Munthes malerier er også «Fra Ullensvang» i privat eie fram til krigen. En velstående familie fra Bærum har bildet i sin stue. Men når krigen kommer, frykter de at bildet vil bli konfiskert av tyskerne. Det blir derfor midlertidig anbrakt på Bærum sykehus, i håp om at okkupasjonsmakten ikke vil få klørne i det. Taktikken lykkes. Når krigen er slutt er familien så takknemlig for at sykehuset har bidratt til å berge deres kunstsatter, at de gir bort «Fra Ullensvang».

– Men bare på én betingelse», sier Guro Vikse Bull skarpt. – «Fra Ullensvang» skulle henge i

mottaket slik at alle kunne se det når de kom inn på sykehuset.

Og det var her alle problemene startet.

Undertone

Turen fra Lysaker stasjon til Høvikodden i Bærum tar ikke mer enn ti minutter. Bull kan nesten ikke vente. Når bilen tar av fra E18, myser hun mot båthavnen hvor en rakettaktig skulptur peker frekt mot den blå himmelen. Kunst har alltid vært en del av livet hennes, og hun innrømmer at hun også selv er aktiv med penselen.

Hennes sterke forkjærlighet for Munthes maleri da hun ennå var yrkesaktiv, har en bitter undertone hun ikke klarer å skjule, selv på en dag som denne.

– Maleriet er en verdifull juvel. Men det ble behandlet helt skjødesløst av sykehuset, slår hun fast med en strenghet i stemmen som tidligere pasienter må ha hatt stor respekt for.

Bærum sykehus, som den nye eieren av Munthes maleri, er opplagt kry over sitt nye smykke når gaven er på plass på en av husets



PÅ LAGER: Hvor er «Fra Ullensvang»?



KANSKJE? — Kan det være denne? spør administrasjonssjef Vidar Kapelrud på Henie Onstad kunstsenter.



beste vegger i 1945. Men sykehuset har åpenbart ingen rutiner for å beskytte det mot hverdagens oppmerksomhet.

Bull er stadig ute for «å passe på maleriet», men hun kjemper på vikende front. I mottaket står stoler for pasienter og pårørende tett inntil bildet. Noen setter palmer helt opp mot lerretet. Ingenting varsler besøkende om at det her er snakk om en kunstsatt, ikke en bruksgjenstand.

Kutt

«Fra Ullensvang» blir i de kommende tiårene utsatt for regulært hærverk uten at sykehuset ledelse, i følge Bull, reagerer. Besøkende deiser bort i det, tyggegummi klis-tres inntil. Tidligere driftssjef Knut Narverud kan til og med huske at en rabiatt pasient en gang kaster en gjenstand mot bildet. Driftsavdelingen monterer derfor en plate bak lerretet som skal gi bildet mer robusthet ved framtidige angrep.

– Når du eier et slikt bilde, må du ta forholdsregler for å beskytte det. Det handler om vårt lands fellesverdier. Men sykehusledelsen var aldri interessert, sier Guro Vikse Bull.

Munthes bilde er ikke det eneste som blir utsatt for vanskjøtsel. Men det er opplagt det bildet det går mest utover. Resultat: Rifter, kutt og maling som faller av. «Fra Ullensvang» går regelrett i oppløsning.

Spesiell

På midten av 1990-tallet får kunstekspert Harald Enerud i kunstfirmaet Kåre Berntsen i Oslo en uvanlig telefon. Om han kan komme og se på et bilde i Bærum. Det er oversykepleier Guro Vikse Bull i den andre enden av linjen.

– Ja, det var en spesiell sak, sier Enerud i dag.

– Maleriet hadde stor verdi, bare forsikringsverdien var på en halv million. Et flott bilde. Kanskje ikke av Munthes hovedverk, men storslagent og praktfullt. Jeg var enig med Bull i at det sto veldig utsatt til der i mottaket. Det var ikke bra. Bildet burde ha vært utstyrt med glass eller vært sikret på annen måte. Jeg kunne ha solgt et slikt bilde for mye penger i de rette miljøene. Men i den forfatningen det var i, ble verdien sterkt forringet.

Mørket

Det er dette som opprører Guro Vikse Bull idet vi stanser ved Henie Onstad kunstsenter. Ja, det har opprørt henne lenge at ledelsen ved Bærum sykehus (senere Asker og Bærum sykehus) til slutt må ta ned bilde. Ved århundreskiftet forsvinner «Fra Ullensvang» og etterlater seg en tomhet som ikke Bull har klart å fylle helt, selv om hun nå nyter sin pensjonisttilværelse i Melsomvik i Vestfold.

Hun vil at bildet skal opp igjen, ut av mørket, opp på en vegg der mange kan se det. Slik det var lovet da det ble tatt i mot som gave i 1945.

Hemmeligheter

Og nå nærmer vi oss.

Administrasjonssjef Vidar Kapelrud ved Henie Onstad kunstsenter har gitt grønt lys. Etter henvendelse fra Sykepleien har Asker og Bærum sykehus til slutt peilet inn koordinatene til stedet der «Fra Ullensvang» skal være oppbevart. Stedet er magasinet i kjelleren til kunstsenteret i Bærum.

Guro Vikse Bull følger Kapelrud

og teknisk konservator Ida Bronken nedover trappene og forbi de solide dørene, inn mot den mørke lagerplassen hvor fuktigheten holdes på et kunstig nivå.

– Ingen fotografering her, advarer Kapelrud. Han verner om museets hemmeligheter.

Men hvor er «Fra Ullensvang»?

Ikke uvanlig

– Jeg var da sikker at det sto her et sted, sier Kapelrud og ser spørrende på museets tekniske sjef.

Guro Vikse Bull blir usikker. Et så stort bilde kan da umulig rotes bort?

Teknisk konservator Ida Bronken forteller imens at reparasjon og restaurering av bilder som henger i det offentlige rom ikke er noe uvanlig. Hun har sett mange fryktelige skader. Store flenger, lerreter som er blitt ødelagt av sigaretter og nådeløst sollys. Malerier som verkstedet på Henie Onstad skånsomt setter i stand, etter en lang prosess. Skal bildet føres tilbake i sin opprinnelige tilstand, slik det ble malt? Eller skal det tas vare på maleriets historie, slik lerretet har utviklet seg?

Maleriet som ble borte

GJENSYNET: - Akkurat ja. Det er like vakkert ennå.
Men se på de skadene! Guro Vikse Bull og teknisk
konservator Ida Bronken gjør opp et foreløpig status.





► – Restaurering er et nitid arbeid. Vi må gjenopprette verkets balanse og studere lerretets struktur under mikroskop. Hver tråd må ses for seg. Det kan ta måneder.

Frilans

Guro Vikse Bull hører bare med et halvt øre, og er mer interessert i å finne «Fra Ullensvang». Et eller annet sted her i mørket har maleriet stått helt siden århundreskiftet. Hvordan vil det bli å se bildet igjen?

Hvorfor Munthes bilde har vært oppbevart så lenge uten at noe har skjedd, er ikke noe som sykehusets ledelse har lyst til å fortelle Sykepleien mye om. De nøyer seg med at det er bestemt at bildet skal settes i stand igjen og at det er i de beste hendene, hos museets malerikonserverator, tyskeren Walfried Brandt. Han jobber mest for museet, men også litt med reparasjon for egen del. «Fra Ullensvang» er i frilansporteføljen. Og da må han ta det etter hvert som han får tid.

Stemmer

– Men er det ikke der da? roper Kapelrud plutselig og peker mot en stor innpakket gjenstand som heller mot endevæggen på magasinet under Hennie Onstad.

Bull går tett inn på. Hun mener størrelsen kan stemme. Omtrent like høy som henne selv og kanskje tre meter bred.

Den store pakken legges forsiktig ned. Bronken og Kapelrud

og driftsjefen tar av lag for lag. Forsiktig, som klesplaggene på et barn som har skadet seg.

– Det er Munthe!

Omveier

Guro Vikse Bull ser på «Fra Ullensvang». Hun nikker. Det er akkurat like flott som hun kan huske det, selv om lyset her nede i kjelleren er dvaskt. Da hun ennå jobbet på sykehuset, kunne hun gå omveier bare for å få med seg et glimt av maleriet. Og nå er det her igjen. Den vårlige fjorden. De frodige trærne. De majestetiske fjellene. Det varme lyset som kan gi deg lyst til å gå den stien som starter fra venstre og leder ned mot vannet.

– Det er et utrolig vakkert bilde, sier hun stille, mens vi andre står rundt henne og tar innover oss gjensynet mellom to gamle kjente.

Konservator Ida Bronken er enig. Det er litt sus over maleriet. Men lerretet bulker voldsomt, og riftet nederst går nesten langs hele bildets underkant.

– Vi vil kunne fikse det, sier Bronken. Jeg har sett verre. Men tid vil det ta.

Prominent

Ute på Høvikodden skinner sola.

Guro Vikse Bull er opprømt. «Fra Ullensvang» går en bedre tid i møte. Kanskje til og med mot en prominent plass på sykehuset? Som det ville ha fortjent.

– Men klarer de ikke å ta vare på det, får de heller selge det til noen som kan.

tekst **Barth Tholens** foto **Erik M. Sundt**

BORTE I MINST 10 ÅR

Maleriet «Fra Ullensvang» av Gerhard Munthe ble opprinnelig gitt i gave til Bærum sykehus etter krigen. Ledelsen ved sykehuset kan i dag ikke gjøre rede for hvem de fikk det svært verdifulle bildet fra. Maleriet ble ikke godt sikret og fikk etterhvert store skader. I 1999 måtte det tas ned. Siden den gang har det stått i kjelleren på Henni Onstad Kunstsenter. Malerikonserverator Walfried Brandt ved kunstsenteret vet ikke når reparasjonen skal påbegynnes eller når maleriet blir ferdig.

På veggen

Tips oss om et kunstverk på din arbeidsplass. barth.tholens@sykepleien.no

Marie Aakre om medieeksponering

Leder, Rådet for sykepleieetikk, skriver hver måned i Sykepleien

Alder: 60 år

Fra: Trondheim

Utdannet sykepleierleder, -lærer og -veileder



Jordmorserien – og det som ikke vises på skjermen

Selv om kameralysene er slått av og responsen er positiv, er det viktig å spørre hvordan det gikk med etikken.

Nå har jeg sett de fleste episodene av NRKs jordmorserie, og vet om mange andre som ser den og liker det de ser. Serien er berørende, spennende, nær og engasjerende. Sterke episoder om livets realiteter nær livets begynnelse. På flere områder har serien vist større åpenhet på fortrolighetsarenaer rundt svangerskap og fødsel enn vi har sett før. Vi har møtt flere ulike kvinner og par, og mange jordmødre. Vi ser de trygge og mindre trygge i den faglige rollen og medirollen. Det har vært gode pedagogiske mellomspill om glede og sorg, forventning og skuffelser. En serie med informasjonsverdi og mening. Skal vi ikke nå bare gratulere?

Bad dem la være

Jeg var en av dem som advarte i forkant. Både Rådet for legeetikk, Rådet for sykepleieetikk og Norsk pasientforening var sterkt kritiske til at pasienter skulle brukes til underholdning og opplysning på denne måten, og vi ba Sykehuset Buskerud om å avstå fra å delta i prosjektet. Det gjorde de ikke.

Hvorfor advarte vi?

Våre viktigste bekymringer var alt det vi ikke ser på skjermen. Det var ikke vanskelig å forstå motivene om å øke befolkningens kunnskap om medisinske spørsmål og hvordan helsevesenet fungerer. Vår hovedbekym-

ring var å si ja til tv-team på en sykehusavdeling over tid.

Det bryter med helsepersonells plikt til å verne om pasienters og pårørendes private sfære – altså selve kjernen i taushetsplikten. Vi vet at selve tilstedeværelsen av et tv-team i en sykehusavdeling kan oppleves som krenkende av noen og at det kan forstyrre arbeidet på avdelingen og pasienters følelse

Vi ba Sykehuset Buskerud om å avstå fra å delta i prosjektet. Det gjorde de ikke.

av å bli ivaretatt. Arbeidet med informert samtykke er krevende. Posisjonsmakten hos ansatte er sterk, og det er grunn til å tvile på at et samtykke alltid vil være frivillig all den tid dette er pasienter som er avhengige av sykehusansatte for å få hjelp. Dessuten er det vanskelig både for pasienter og ansatte å forutse hvilke konsekvenser det på kort og lang sikt vil ha å la seg eksponere i et fjernsynsprogram på denne måten.

I konflikt med taushetsplikt?

Vi var også bekymret for dilemma de ansatte kunne føle, da det kunne bli et press om å delta og derav lojalitetskonflikt mellom egne ønsker, pasienthensyn og hensynet til sykehushensyn og avdelingens ledelse. Vi så for oss at det under opptakene kunne oppstå situasjoner der det kunne bli vanskelig å beskytte pasienten, pårørende og seg selv mot at tv-teamet fikk vite ting de ikke burde vite. Taushetsplikten kan bli

brutt underveis, selv om uønskede episoder redigeres vekk før programmet sendes. Det er også viktig å vurdere om både pasienter og helsepersonell bør spares for i det hele tatt å bli spurt om å delta i slike uoversiktlige og uforutsigbare prosjekter.

Hva kan vi lære?

Det ble mange gode tv-program, men det er ikke mindre relevant å

dilemma underveis? Hva med samtykkearbeidet? Ble informert samtykke forvaltet med respektfull klokskap? Hvem ble spurt og ikke spurt, og på hvilken måte ble de spurt? Hadde alle som ble spurt en reell mulighet til å takke nei? Har noen følt seg trakkert på eller blitt utsatt for urimelig press?

Del erfaring!

Det er det som har skjedd bak bildene og episodene som er det vanskelige. Hva som faktisk har skjedd vet bare de som var involvert. Jeg håper derfor ledere ved Buskerud Sykehus, jordmødre og andre kan bringe til torgs sin erfaringslæring om gjennomføringen av et slikt fortrolighetsprosjekt. Jeg mener vi bør få vite om dilemma, utfordringer og mulige læringseffekter. Diskusjonen om medias plass i våre helseinstitusjoner er ikke ny, men vil utvilsomt forsterkes, og vi må søke erfaringskompetanse så langt vi har kommet.

spørre nå: Var det rett å delta?

Hva vet de involverte parter om etiske dilemma og mulige omkostninger i etterkant, for system, for den enkelte kvinne, for barnefar, søsken og nære familie, for øvrige involverte parter både før, under og etter opptakene?

Det mest sentrale hensyn er retten til fortrolighet og å bli beskyttet i helseinstitusjoner. Derfor blir det viktig å få svar på om taushetsforpliktelsen ble godt nok ivaretatt. Oppsto det



MÅNEDENS DILEMMA

Hvor langt kan vi slippe kameraer inn i helsevesenet, uten at det går utover taushetsplikten?

Send din mening til interaktivt@sykepleien.no, eller Sykepleien, boks 456 Sentrum, 0104 Oslo. Du kan også lese inn din reaksjon på telefon 22 04 33 65. Reaksjoner fra leserne trykkes i neste nummer.

- Usmakelig

Etter flere ukers medietrykk mot ambulansetjenesten, samt etter å ha lest Johannes Strands innlegg i Sykepleien nr. 13/07, synes jeg det er på sin plass å heise et «fornuftens flagg» med tanke på å bruke tilsynssaker som parameter for å måle yrkesgruppers kompetanse og bruke tragiske hendelser for egen lønnskamp.

Jeg synes det er meget krittikkverdige at enkelt hendelser som tilsynssaker brukes i en debatt om yrkesgruppers faglige kompetanse. Man bør være meget forsiktig med å si noe generelt om en yrkesgruppers faglige standard på bakgrunn av slike saker, da jeg tror de fleste forstår at dette er et uttrykk for enkeltpersoners handlinger. «Til tross for lønn i knappest laget liker han godt å være i tjeneste for Universitetssykehuset i Nord-Norge...» At man også her prøver å sette søkelyset mot egen lønnskamp på bakgrunn av denne tragiske saken finner jeg usmakelig. Å tro at man med en høyskoleutdanning automatisk vil slippe tilsynssaker eller andre uønskede hendelser står for meg som usannsynlig, og et slikt argument er uten faglig fundam-

ment. Tar man for eksempel tall fra 2004 ser man at det da var 60 helsepersonell som mistet sin autorisasjon. Ser man på helsepersonellens profesjonstilhørighet ser man at sykepleierne er den største gruppen, samt at leger kommer som nummer to (www.helsetilsynet.no). Disse sakene dreier seg om alt fra seksuell utnyttning av pasienter til rusmisbruk. I en artikkel på www.sykepleien.no kan man lese at en sykepleiestudent synes at «funksjonshemmende barn bør avlives raskest mulig». At man på bakgrunn av dette skal kunne trekke slutninger om sykepleierens utdanning eller egnethet i en større sammenheng, er uten fornuft. Slike tall vil heller ikke etter min mening være et uttrykk for kvaliteten i sykepleierutdanningen. Legene kommer ifølge de samme tallene høyt oppe på listen over tilsynssaker. Legene har universitetsutdannelse, og jeg betviler sterkt at man på grunnlag av nevnte tall fra helsetilsynet vil finne legestanden uskikket til å utøve sitt yrke. Det er meget trist og uprofesjonelt å se at andre yrkesgrupper i helsevesenet bruker en tragisk hendelse som Ali-saken til inntekt for egen agenda, og jeg håper at Johannes Strands utspill ikke er representativt for

Sykepleierforbundets syn i denne saken. «Men det gjenstår å heve kompetansen med flere sykepleiere, og ny utdanning for ambulansepersonellet». Dette er en påstand uten faglig fundament, men en antagelse som for meg framstår som profesjonskamp. Når det gjelder yrkesgruppers kompetanse i prehospitaltjenester har denne utdanningen vært i søkelyset lenge og har vært under stor utvikling de senere år. Ambulansetjenesten tilbyr i dag et godt medisinsk tilbud, og man har gått fra å være en ren transporttjeneste til å bli sykehusets forlengede arm. Det som er spesielt for ambulansetjenesten og prehospitaltjenesten generelt er graden av operative fagdisipliner opp i mot det medisinskfaglige. Skademekanikk, utrykningskjøring, operativ skadestedsledelse, samband, egensikkerhet, vold, samarbeid med politi, tverrfaglig redning og psykiatri er fagaspekter som må sikres i en utdanning for grupper som skal være en del av dette arbeidet. Dette har man i stor grad fått til i dagens system med en 4-årig grunnutdan-

nelse fram til fagbrev og en 2-årig paramedic- utdanning på høgskolnivå for erfarent prehospitalt personell. Paramedicutdanningen er en utdanningsmodell som er formet med tanker fra ledende personer i det prehospitalt fagmiljøet i Norge og er under stadig utvikling. Dette er etter mitt syn et godt faglig fundament for å tilby et godt medisinsk tilbud. Stå da heller sammen og støtt opp under den faglige utviklingen som skjer i prehospitaltjenesten.

Mvh Rune Millerjord, ambulansarbeider, Paramedic student - Trondheim. Kilde for tall brukt i innlegget: Helsetilsynet

Unyansert i Sykepleien

Hvis en leser artikkelen i Sykepleien (nr 11/07) om studenten som uttalte at funksjonshemmete barn bør avlives, er det lett å bli enige om at slike sykepleiere vil vi ikke ha. Men saken har også en annen side. For det første lurte jeg på om innlegget Sykepleien hadde om studenten er fullstendig, eller om bare den ene setningen er framhevet. Muligens har vedkommende skrevet mer enn dette ene, slik at meningen får bredere perspektiv.

Uansett er det ikke diplomatisk skrevet, og dermed reagerer folk. Men vedkommende er muligens en meget reflekterende person, og har sett en del vedrørende funksjonshemmete barn. For eksempel

kommer det ikke fram om vedkommende mener at man skal abortere når det viser seg at et ufødt barn er funksjonshemmet. Det kommer heller ikke fram om vedkommende mener at det skal aborteres uansett lett eller alvorlig funksjonshemming.

Siktet det til barn som er født, og meget funksjonshemmet, og bare kan holdes i live med avansert hjelp og har en begrenset tid til å leve tross avansert hjelp? Mener vedkommende om de skal dø på en naturlig måte dvs. uten den avanserte hjelpen, eller at det bør utføres eutanasi/aktiv dødshjelp?

Jeg kan også huske at det har stått et innlegg i Sykepleien fra en som fortalte hvor belastende det var å ha et funksjonshemmet barn. Det ble sagt man skulle tenke seg om en

gang til hvis man hadde mulighet.

Jeg kan tenke meg situasjoner hvor jeg støtter abort, også en avgjørelse til foreldre som ikke vil ha et funksjonshemmet barn på et senere tidspunkt i svangerskapet, uansett om det er lett eller alvorlig hemmet.

Det står også i artikkelen et sted (sitat) «... sykepleieren melder fra når pasienten utsettes for uforsvarlige og uverdige forhold. Vi mener det er stor risiko for at denne studenten kan bidra til uverdige forhold,...» (kursiv fra min side). Hva baserer leder for Rådet for sykepleieetikk seg på? Kan en sykepleiers mening avvike fra det som står i etiske retningslinjer? Er vedkommende dermed ikke kvalifisert som sykepleier? Skal en straffe



Ingen Ali-sak i Lødingen

Etter mange ukers medietrykk om saken om ambulansetjenesten i Oslo, fikk Johannes Strand fra Lødingen lys til å heise sykepleierflagget.

Saken om ambulansetjenesten i Oslo som omtales i et innlegg av den tidligere All-Farst, ble et tema for Helsetilsynet. Det var helt tilfeldig at ambulansetjenesten ikke gjorde det de skulle. De ble ikke enige om å starte en prosess med å klage på utøveren i ambulansetjenesten. Det var en utøveren i ambulansetjenesten som ble pålagt å klage på utøveren i ambulansetjenesten. Det var en utøveren i ambulansetjenesten som ble pålagt å klage på utøveren i ambulansetjenesten.

Etter mange ukers medietrykk om saken om ambulansetjenesten i Oslo, fikk Johannes Strand fra Lødingen lys til å heise sykepleierflagget.

Saken om ambulansetjenesten i Oslo som omtales i et innlegg av den tidligere All-Farst, ble et tema for Helsetilsynet. Det var helt tilfeldig at ambulansetjenesten ikke gjorde det de skulle. De ble ikke enige om å starte en prosess med å klage på utøveren i ambulansetjenesten. Det var en utøveren i ambulansetjenesten som ble pålagt å klage på utøveren i ambulansetjenesten.

Etter mange ukers medietrykk om saken om ambulansetjenesten i Oslo, fikk Johannes Strand fra Lødingen lys til å heise sykepleierflagget.

Saken om ambulansetjenesten i Oslo som omtales i et innlegg av den tidligere All-Farst, ble et tema for Helsetilsynet. Det var helt tilfeldig at ambulansetjenesten ikke gjorde det de skulle. De ble ikke enige om å starte en prosess med å klage på utøveren i ambulansetjenesten. Det var en utøveren i ambulansetjenesten som ble pålagt å klage på utøveren i ambulansetjenesten.

Etter mange ukers medietrykk om saken om ambulansetjenesten i Oslo, fikk Johannes Strand fra Lødingen lys til å heise sykepleierflagget.

Saken om ambulansetjenesten i Oslo som omtales i et innlegg av den tidligere All-Farst, ble et tema for Helsetilsynet. Det var helt tilfeldig at ambulansetjenesten ikke gjorde det de skulle. De ble ikke enige om å starte en prosess med å klage på utøveren i ambulansetjenesten. Det var en utøveren i ambulansetjenesten som ble pålagt å klage på utøveren i ambulansetjenesten.

Etter mange ukers medietrykk om saken om ambulansetjenesten i Oslo, fikk Johannes Strand fra Lødingen lys til å heise sykepleierflagget.

Saken om ambulansetjenesten i Oslo som omtales i et innlegg av den tidligere All-Farst, ble et tema for Helsetilsynet. Det var helt tilfeldig at ambulansetjenesten ikke gjorde det de skulle. De ble ikke enige om å starte en prosess med å klage på utøveren i ambulansetjenesten. Det var en utøveren i ambulansetjenesten som ble pålagt å klage på utøveren i ambulansetjenesten.

Etter mange ukers medietrykk om saken om ambulansetjenesten i Oslo, fikk Johannes Strand fra Lødingen lys til å heise sykepleierflagget.

Saken om ambulansetjenesten i Oslo som omtales i et innlegg av den tidligere All-Farst, ble et tema for Helsetilsynet. Det var helt tilfeldig at ambulansetjenesten ikke gjorde det de skulle. De ble ikke enige om å starte en prosess med å klage på utøveren i ambulansetjenesten. Det var en utøveren i ambulansetjenesten som ble pålagt å klage på utøveren i ambulansetjenesten.

Etter mange ukers medietrykk om saken om ambulansetjenesten i Oslo, fikk Johannes Strand fra Lødingen lys til å heise sykepleierflagget.

Saken om ambulansetjenesten i Oslo som omtales i et innlegg av den tidligere All-Farst, ble et tema for Helsetilsynet. Det var helt tilfeldig at ambulansetjenesten ikke gjorde det de skulle. De ble ikke enige om å starte en prosess med å klage på utøveren i ambulansetjenesten. Det var en utøveren i ambulansetjenesten som ble pålagt å klage på utøveren i ambulansetjenesten.

Etter mange ukers medietrykk om saken om ambulansetjenesten i Oslo, fikk Johannes Strand fra Lødingen lys til å heise sykepleierflagget.

Saken om ambulansetjenesten i Oslo som omtales i et innlegg av den tidligere All-Farst, ble et tema for Helsetilsynet. Det var helt tilfeldig at ambulansetjenesten ikke gjorde det de skulle. De ble ikke enige om å starte en prosess med å klage på utøveren i ambulansetjenesten. Det var en utøveren i ambulansetjenesten som ble pålagt å klage på utøveren i ambulansetjenesten.

Etter mange ukers medietrykk om saken om ambulansetjenesten i Oslo, fikk Johannes Strand fra Lødingen lys til å heise sykepleierflagget.

Saken om ambulansetjenesten i Oslo som omtales i et innlegg av den tidligere All-Farst, ble et tema for Helsetilsynet. Det var helt tilfeldig at ambulansetjenesten ikke gjorde det de skulle. De ble ikke enige om å starte en prosess med å klage på utøveren i ambulansetjenesten. Det var en utøveren i ambulansetjenesten som ble pålagt å klage på utøveren i ambulansetjenesten.

Etter mange ukers medietrykk om saken om ambulansetjenesten i Oslo, fikk Johannes Strand fra Lødingen lys til å heise sykepleierflagget.

Saken om ambulansetjenesten i Oslo som omtales i et innlegg av den tidligere All-Farst, ble et tema for Helsetilsynet. Det var helt tilfeldig at ambulansetjenesten ikke gjorde det de skulle. De ble ikke enige om å starte en prosess med å klage på utøveren i ambulansetjenesten. Det var en utøveren i ambulansetjenesten som ble pålagt å klage på utøveren i ambulansetjenesten.

Etter mange ukers medietrykk om saken om ambulansetjenesten i Oslo, fikk Johannes Strand fra Lødingen lys til å heise sykepleierflagget.

Saken om ambulansetjenesten i Oslo som omtales i et innlegg av den tidligere All-Farst, ble et tema for Helsetilsynet. Det var helt tilfeldig at ambulansetjenesten ikke gjorde det de skulle. De ble ikke enige om å starte en prosess med å klage på utøveren i ambulansetjenesten. Det var en utøveren i ambulansetjenesten som ble pålagt å klage på utøveren i ambulansetjenesten.

Etter mange ukers medietrykk om saken om ambulansetjenesten i Oslo, fikk Johannes Strand fra Lødingen lys til å heise sykepleierflagget.

Saken om ambulansetjenesten i Oslo som omtales i et innlegg av den tidligere All-Farst, ble et tema for Helsetilsynet. Det var helt tilfeldig at ambulansetjenesten ikke gjorde det de skulle. De ble ikke enige om å starte en prosess med å klage på utøveren i ambulansetjenesten. Det var en utøveren i ambulansetjenesten som ble pålagt å klage på utøveren i ambulansetjenesten.

Etter mange ukers medietrykk om saken om ambulansetjenesten i Oslo, fikk Johannes Strand fra Lødingen lys til å heise sykepleierflagget.

Trønder-ran i Ålesund, eller illojalitet?

Oppslaget «Trønder-ranet i Ålesund» oppsummerer valg-kamphøstens helsepolitiske begivenheter i Møre og Romsdal. Overskriften kunne også vært «Rop høyt og få viljen din!».

Statens overføringer til landets fire helseregioner skjevfordres i disfavør av Helse Vest og Helse Midt-Norge. Men det å stå sammen og argumentere ryddig har gitt uttelling: Vi er i ferd med å nærme oss en fordeling av helsekronene etter objektive og nøkterne kriterier, og utjevningen vil bli fullført når Magnussen-utvalgets utredning foreligger.

Dette er bakteppet for saken med Trønder-ranet i Ålesund: Det er nemlig slik at man ved ett av sykehusene i Helse Midt-Norge systematisk og over mange år har tillatt seg en særegen polemikk og språkbruk som skader foretaksfamilien.

Kraftige utfall mot styreleder Kolbjørn Almlid toppet seg i sommer da det kom krav om Sylvia Brustads avgang. Begrunnelsen var at Brustad ikke fulgte rådene i Sunnmørspostens lederartikler. Hun fastholdt at prioriteringene i regionen foretas av styret. Kan statsråden straffes for det? Politiske kraftsalver i ordførerbreve får oftest næring fra noen som står bak.

Saken med Jens Stoltenbergs valgflesk og barneavdelingen i Ålesund ble fortsettelsen i føljetongen: Ukelangt politisk press kombinert med et ønske om å støtte en fylkesordfører fra Ap resulterte i et utspill hvor det en liten stund kunne se ut som

om vedtatte prioriteringer ble omstøtt. Men heldigvis, avklaringen fra Stoltenberg kom raskt: NRK og Sunnmørsposten hadde misforstått.

Helse Midt-Norge er vårt regionale fellesskap, vi er i samme båt. Alle angrep på vårt eget regionsykehus, vårt vedtatte finansieringssystem og de prioriteringene styret har foretatt, vil skade fellesskapet. Hvordan kan vi med æren i behold kreve regional utjevning samtidig som vi fremstår som en foretaksfamilie der interne omkamper og mangel på lojalitet er anerkjente virkemidler?

Styreleder Almlid fikk gjen-nomslag for ikke å fordele internt i regionen Stortingets ekstrabevilgning på 275 millioner kroner til Helse Midt-Norge. Vedtatte budsjetter skulle gjelde. Og vi ser nå at politisk kløkt fra hans side gir uttelling i et langsiktig perspektiv. Kan Almlid bebreides for det?

St. Olav har kommet langt i forhold til omstilling, etter mye kritikk i fjor. Kan ledelsen ved St. Olav straffes for det?

Oppslaget i Sykepleien er illustrativt. Er det argumentets makt eller maktens argument som veier tyngst? Skal vi belønne evnen til lojalt å forholde seg til demokratisk vedtatte styringssignaler, eller skal det gis tilgivelse når man ikke har fått tillatelse?

Jeg vil påstå at Kolbjørn Almlid og ikke minst også direktøren på St. Olav har betydelig respekt hos det store flertallet av tillitsvalgte i regionen.

Bernd Müller, foretakstillitsvalgt, Legeforeningen i Helse Nordmøre og Romsdal



C1

Gardasil® «Sanofi Pasteur MSD»

Vaksine mot humant papillomavirus.

ATC-nr.: J07B M01

INJEKSJONSVÆSKE, SUSPENSJON: Hver dose inneh.: Humant papillomavirus (HPV) type 6 L1-protein ca. 20 µg, type 11 L1-protein ca. 40 µg, type 16 L1-protein ca. 40 µg, type 18 L1-protein ca. 20 µg, natriumklorid, L-histidin, polysorbat 80, natriumborat, aluminium (som amorf aluminiumhydrokysulfatadjuvans) 225 µg, vann til injeksjonsvæsker.

INDIKASJONER: Vaksine som skal forhindre høygradig cervical intraepitelial neoplasia (CIN 2/3), cervixcancer, høygradig vulvadysplastiske lesjoner (VIN 2/3) og kjønnsvorter (condylooma acuminata) som har årsakssammenheng med humant papillomavirus (HPV) av typene 6, 11, 16 og 18. Indikasjonen er basert på effekt hos voksne kvinner fra 16 til 26 år og påvist immunogenisitet hos 9 til 15 år gamle barn og ungdom. Beskyttelseseffekt er ikke undersøkt hos menn. Bruken av Gardasil skal følge offentlige anbefalinger.

DOSERING: *Primær vaksinasjon:* 3 separate doser på 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. Ved en alternativ vaksinasjonsplan gis den 2. dosen minst 1 måned etter den 1. dosen, og 3. dose gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene må gis innenfor en periode på ett år. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. *Barn:* Ikke anbefalt hos barn <9 år pga. utilstrekkelige data vedrørende immunogenisitet, sikkerhet og effekt. Gis intramuskulært, fortrinnsvis i overarmens deltoidmuskel eller i det øvre anterolaterale området på låret. Må ikke injiseres intravaskulært. Subkutan og intradermal administrering er ikke undersøkt, og anbefales derfor ikke.

KONTRAINDIKASJONER: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved symptomer som tyder på overfølsomhet, må det ikke gis flere doser. Vaksinerings utsettes hos personer som lider av akutt, alvorlig febersykdom. Mindre infeksjon, som en lett øvre luftveisinfeksjon eller lett feber, er ikke kontraindikasjon for vaksinasjon.

FORSIKTIGHETSREGLER: Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle sjeldne anafylaktiske reaksjoner. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-typer 6, 11, 16 og 18. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer må følges. Beskytter ikke mot eksisterende HPV-infeksjoner. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert som behandling for cervixcancer, høygradige cervix-, vulva- og vaginaldysplasi eller kjønnsvorter, eller for å hindre utviklingen av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig cervix-screeningundersøkelse, og regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Det foreligger ikke data om bruk hos personer med svekket immunrespons. Personer med svekket immunrespons, uavhengig av årsak, kan ha redusert respons på vaksinen. Må gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller annen koagulasjonssykdom, fordi det etter en i.m. injeksjon kan oppstå blødning. Varighet av beskyttelsen er ikke kjent. Vedvarende beskyttelseeffekt har vært påvist i 4-5 år etter fullført primær-vaksinasjon på 3 doser.

INTERAKSJONER: Kan gis sammen med hepatitt B-vaksine på et annet injeksjonssted, på samme tidspunkt. Andel personer som oppnådde et beskyttende nivå av anti-HB ≥10 mIU/ml ble ikke påvirket, men anti-HBs geometrisk middelverdi var lavere når vaksinen ble gitt samtidig. Den kliniske betydningen av dette er ukjent. Samtidig bruk med andre vaksiner har ikke vært undersøkt. Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på Gardasil.

GRAVIDITET/AMMING: *Overgang i placenta:* Begrensede data indikerer ingen sikkerhetsrisiko, men bruk under graviditet anbefales ikke.

Overgang i morsmelk: Kan gis til ammende.

BIVIRKNINGER: *Hyppige (>1/100):* Feber. Reaksjoner på injeksjonsstedet: Erytem, smerte, hevelse, hemoragi, pruritus. *Sjeldne (<1/1000):* Hud: Urticaria. Luftveier: Bronkospasme. Muskel-skjelettsystemet: Uspesifikk artritt.

OVERDOSERING/FORGIFTNING: Symptomer: Ved for høy dosering synes bivirkningsprofilen å være sammenlignbar med det som er observert ved enkelt-doser.

EGENSKAPER: *Klassifisering:* Rekombinant, adsorbent, ikke-infeksiøs vaksine laget av høyrensedt viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidprotein hos HVP-type 6, 11, 16 og 18. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ingen virus-DNA og kan ikke infisere celler, reproducere eller forårsake sykdom. *Virkningsmekanisme:* HPV infiserer bare mennesker, men forsøk på dyr med analoge papillomavirus antyder at L1 VLP-vaksiner beskytter ved utvikling av en humoral immunrespons. Terapeutisk serumkonsentrasjon: Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke identifisert. Innen 1 måned etter 3. dose hadde 99,9% antistofftitre mot HPV 6, 99,8% mot HPV 11 og HPV 16, og 99,6% mot HPV 18. Eksakt varighet av immunitet etter primær-vaksinasjon med 3 doser er ikke fastslått. Bevis på immunologisk hukommelse ble sett hos vaksinerte personer som var antistoffpositive for relevant humant papillomavirus type(r), før vaksinasjonen. I tillegg viste en undergruppe av vaksinerte personer som fikk en tilleggsdose 5 år etter vaksinasjonen, en hurtig og sterk antistoffrespons (tegn på immunologisk hukommelse) som var større enn anti-HPV geometrisk middelverdi etter 1 måned etter den 3. dosen i primær-vaksinasjonen. Basert på klinisk immunogenisitetssammenligning kan en anta at vaksinen også har beskyttelseeffekt hos jenter fra 9-15 år. Immunogenisitet og sikkerhet er vist hos gutter 9-15 år. Beskyttelseeffekt er ikke evaluert hos menn.

OPPBEVARING OG HOLDBARHET: Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Må ikke fryses. Beskyttes mot lys.

ANDRE OPPLYSNINGER: Hele den anbefalte vaksinedosen må benyttes. Ristes godt før bruk. Etter risting er innholdet en litt uklar, hvit suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging før injeksjon. Kast legemiddel dersom det inneholder partikler eller er misfarget. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksinasjonen. Sikkerhetsmekanismen vil ikke aktiveres med mindre hele dosen er gitt! Sikkerhetsmekanismen er ment å dekke kanylen etter at vaksinen har injisert vaksinen og sluppet stempel. Må ikke blandes med andre legemidler. Destruksjon: Ikke anvendt legemiddel eller avfall bør destrueres i overensstemmelse med gjeldende bestemmelser.

PAKNINGER OG PRISER: Endosesprøyte med sikkerhetsmekanisme og to kanyler; 0,5 ml kr 1259,40.

Sist endret: 23.11.2006

HPV 16 og 18 er ansvarlig for omtrent 70% av tilfellene av høygradig cervical intraepitelial neoplasia (CIN 2/3) og adenocarcinoma in situ (AIS) av høygradig vulvadysplasi (VIN 2/3) hos unge kvinner før menopause.


sanofi pasteur MSD
 vaksiner for livet
 Tlf: +47 67 50 50 20 - Fax: +47 67 50 50 21
 infono@spmsd.com

Forbundsleder Bente G. H. Slaatten

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: bente.slaatten@sykepleierforbundet.no



Statsbudsjett på godt og vondt

Regjeringens unnfalighet gjør at kvinner i turnus fortsatt må jobbe to uker mer i året enn menn i skiftordninger. Jeg legger ikke skjul på at skuffelsen er stor over at heller ikke dette statsbudsjettet omfatter midler til å likestille arbeidstiden for skift- og turnusordninger.

Da regjeringen tiltrådte for to år siden, var likestilling av skift/turnus et av løftene i Soria

Moria-erklæringen. Nå ser vi at løftebrudd er mer sannsynlig enn løsning. Finansminister Kristin Halvorsen slår fast at budsjettet har «klare rød-grønne prioriteringer», men har likevel ikke funnet midler til å få skift/turnus-saken ut av verden. Det er et kraftig signal om at likestilling i realiteten ikke er høyt oppe på regjeringens prioriteringsliste. Likestillingen

får vikeplikt når festtaler skal omsettes til praktisk handling.

Det er god grunn til å spørre hvorfor regjeringen utsetter til i morgen det som kunne vært gjort i dag. Omfattende forskning og dokumentasjon viser at arbeidsbelastningene ved skift- og turnusarbeid er like store. Det er dessuten elleve år siden Likestillingsombudet fastslo at forskjellsbehandlingen er i strid med norsk lov. Saken er overmoden for å løses, og for de rød-grønne må det bli pinlig å gå inn i neste Stortingsvalgkamp uten å ha ordnet opp!

Mer gledelig er regjeringens vilje til å prioritere de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Signalet om flere årsverk med økt kompetanse er riktig og viktig. Helsetjenestetilbudet til de syke eldre må styrkes, og da er en satsning på flere ansatte med høy helsefaglig kompetanse helt nødvendig. Det blir derfor viktig at kommunene nå bruker overføringene til å følge opp disse ambisjonene.

Godt er også forslaget om et nytt investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger med heldøgns pleie- og omsorg. For å kunne imøtekomme utskrivningstrykket fra sykehusene, økningen i antall demente og behovet for en god og sikker helsetjeneste for de syke eldre er det på tide at kommunene igjen kan bygge moderne sykehjem.

De siste årene har det vært for mye fokus på bygging av omsorgsboliger som ikke i tilstrekkelig grad har ivarettat behovene til de syke eldre. Jeg forventer at man har lært av erfaringene, og at nye omsorgsboliger tiltenkt heldøgns pleie- og

omsorg utrustes med bemanning og kompetanse på linje med sykehjem.

Jeg er også fornøyd med at det etableres tre nye omsorgsforskningssentra knyttet til høgskoler som utdanner helse- og sosialpersonell. Det er en anerkjennelse av at det trengs mer kunnskap for å gi de syke eldre relevant og tilpasset helsehjelp. Jeg håper dette kan bidra til å øke antallet sykepleiere med interesse for og kompetanse til å drive fagutvikling og forskning innen geriatrisk sykepleie.

Når det kommer til sykehussene, er det imidlertid dårlig samsvar mellom bevilgninger og ambisjoner. Enten må det mer penger på bordet, eller så må regjeringen prioritere bort noen av sykehusenes oppgaver. De 900 millionene sykehusene reelt sett får i økning til drift, er ikke nok til å dekke et underskudd på én milliard og til å øke aktiviteten med 1,5 prosent. Skal pasienttilbudet utvikles og opprettholdes, må sykehusøkonomien styrkes ytterligere.

Sykefraværet i helseforetakene er høyt sammenliknet med andre områder i samfunnet. Dessuten har Arbeidstilsynets «God vakt» - kampanje dokumentert stort arbeidspress og manglende samsvar mellom ressurser og oppgaver. Vi godtar ikke at våre medlemmer skal måtte strekke strikken enda lengre enn de allerede gjør. Budskapet til regjeringen er derfor kort og godt: Prioriter eller finansier!

Bente G.H. Slaatten



SKUFFET: Likestillingen får vikeplikt når festtaler skal omsettes til praktisk handling, fastslår Slaatten. Heller ikke i dette statsbudsjettet blir sykepleieres nattevakt likestilt med skiftarbeidernes. Arkivfoto: Bo Mathisen.



Dette er lønnsgapet

Lønnsgapet mellom kvinner og menn står omtrent stille. For kvinner med inntil 4 års høyere utdanning har lønnsgapet økt de siste to årene.

Kvinner med inntil 4 års høyere utdanning tjente i snitt 80,0 prosent av menns lønn i 2006. Lønnsgapet er til og med økende: I 2004 tjente kvinnene 80,9 prosent av menns lønn på dette utdanningsnivået.

Det er på dette utdanningsnivået lønnsgapet er størst - og det er på dette utdanningsnivået kvinneandelen er størst: 58 prosent av alle sysselsatte med dette utdanningsnivået er kvinner.

Disse kvinnene er i hovedsak utdannet innenfor helse- og sosialfag eller pedagogiske fag, mens de største gruppene av menn på dette utdanningsnivået er innenfor naturvitenskap, håndverk og tekniske fag eller økonomiske og administrative fag.

Dette speiler det kjønnsdelte arbeidsmarkedet, som er en viktig årsak til lønnsgapet.

Manndominert = høytlønt

Også hvis vi ser på ulike næringer er mønsteret det samme: De mannsdominerte næringene er høytlønte. Finans, olje, industri og bygg- og

anlegg er blant næringene der lønnsnivået er høyt, mens skoleverk, helseforetak og kommuner kommer dårligere ut.

En mann på dette utdanningsnivået ansatt i industrien tjener i snitt 493.500 kroner, mens en kommune-ansatt kvinne tjener 348.500 kroner.

Likelønnskommisjonens utfordring

Det har vært små variasjoner gjennom de siste tiårene, men i hovedsak står lønnforskjellen mellom kvinner og menn stille. I 2004 var en kvinnes lønn i gjennomsnitt 86,6 prosent av en manns lønn. I 2006 var tallet 86,8 prosent - en ytterst forsiktig tilnærming, samtidig som vi ser at gapet øker på det utdanningsnivået en sykepleier med grunnutdanning befinner seg. Spørsmålet er hva som skal til for at Likelønnskommisjonens arbeid gir utslag på statistikken - innenfor et rimelig tidsrom som eksempelvis det kommende tiåret.

Svangerskapspermisjon ikke veien å gå

De siste månedene har arbeidsdeling i hjemmet og fedrekvoten av fødselspermisjon vært dominerende tema i likelønnsdebatten. Institutt for samfunnsforskning har forsket på dette spørsmålet, og skriver:

«Vi vet at en stor del av lønnsforskjellene mellom kvinner og

menn skyldes at kvinne-dominerte yrker som f.eks. sykepleiere og førskolelærere er lavere lønnet enn mannsdominerte yrker på samme utdanningsnivå, en eventuell likelønns-effekt av forslaget om delt svangerskapspermisjon vil derfor også måtte innebære at kvinner og menn begynner å ta utradisjonelle yrkesvalg. I beste fall er dette et langsiktig prosjekt.»

«Den enkleste veien til mindre lønnsforskjeller mellom kvinner og menn er antageligvis å gi de kvinne-dominerte yrkene høyere lønn. Og hvem vet: Kanskje er det slik at en jevnere lønnsfordeling mellom kvinner og menn vil føre til en jevnere fordeling av svangerskapspermisjonen.»

Ingen løsning uten kvinnelønn

Løsningen på verdsettingsdiskrimineringen av kvinner må inkludere at kvinner får et lønnsloft. Unio har levert forslag til hvordan dette kan gjennomføres: En ambisiøs lønnsloftplan innenfor klare tidsrammer som verdsetter utdanning, kompetanse og ansvar. Politikerne må ta et overordnet ansvar for at de kvinne-dominerte yrkene i offentlig sektor får lønn som står i forhold til utdanning, kompetanse og ansvar.

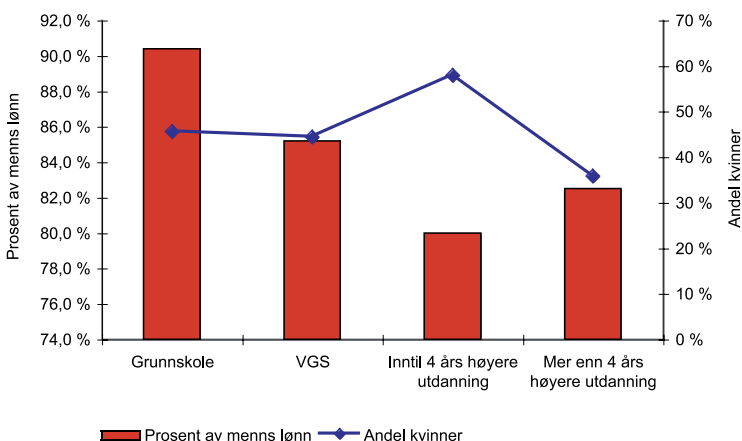
Solidaritetsalternativet på 90-tallet var en erkjennelse av et alvorlig samfunnsproblem som myndigheter og arbeidslivets parter tok fatt i. Verdsettingsdiskrimineringen av kvinner er også et stort samfunnsproblem som krever et forsterket samarbeid mellom myndigheter og arbeidslivets parter.

Prosent av menns lønn etter utdanning

	Prosent av menns lønn etter utdanning	Andel kvinner
Grunnskole	90,4 %	46 %
VGS	85 %	44 %
Inntil 4 års	80,0 %	58 %
Mer enn 40 år	82,5 %	36 %

Kilde lønnsforskjeller:
 TBU Etter inntektsoppgjørene 2007, tabell1.16
 Kilde andel kvinner: SSB, registerbasert
 sysselsettingsstatistikk

Lønn etter kjønn og utdanning



NSF på nett

På Norsk Sykepleierforbunds egen nettside finner du saker NSF og sykepleierne er engasjert i. Gå inn på www.sykepleierforbundet.no/sistenytt, og les mer.

– Regjeringen viser omsorgsvilje

– Det er positivt at regjeringen vil satse på flere årsverk med økt kompetanse til pleie- og omsorgstjenesten, flere sykehjemsplasser og styrket omsorgsforskning, sier forbundsleder Bente G. H. Slaatten i Norsk Sykepleierforbund i en kommentar til Statsbudsjettet.

Sykehusene:

– Finansier eller prioritert!

– Regjeringen vil øke pasientbehandlingen med 1,5 prosent, men bevilgningene henger ikke sammen med ambisjonene. Enten må det mer penger på bordet, eller så må regjeringen prioritere bort noen av sykehusenes oppgaver, sier forbundsleder Bente G. H. Slaatten.

– Skjerp deg, Märtha!

– Prinsesse Märthas utsagn om at vi har likelønn i Norge er imponerende kunnskapsløst. Medlemmer av kongefamilien blir lyttet til når de uttaler seg, og prinsessen kan ikke reise rundt og fortelle påpyntede eventyr om kritikkverdige norske samfunnsforhold, sier forbundsleder Bente G. H. Slaatten i Norsk Sykepleierforbund.

Norden vant frem

På den 28. verdenskongressen for Internasjonalen for Stats- og Kommuneansatte (ISKA) vant Norden frem i valg av ny generalsekretær. Norsk Sykepleierforbund ved nestleder Unni Hembre var til stede og bidro til at danske Peter Waldorff overtar toppvervet.

Mottakelsesbad, Stokkmarknes sykehus, 1951.

Mottak av pasient

Hvordan vi blir møtt når vi legges inn på sykehus har stor betydning for det videre forløpet av oppholdet. På 1950-tallet gjennomførte Helga Dagsland en undersøkelse på en mottakelsesavdeling. Avdelingen var bemannet med tre sykepleiere, tre elever, to badepiker og en hushjelp. Gjennomsnittlig ble det lagt inn 25 pasienter hver eneste dag, men det hendte det var opp mot 40 innleggelse.

I sin rapport «Sykepleie – en utfordring» beskriver Helga Dagsland følgende eksempel på innleggelsesprosedyrer:

«10.50: Pasienten ankommer sykehuset. Hans hustru gir

opplysninger på innskrivelseskontoret. Hun blir meget elskverdig behandlet.

10.53: Pasienten bæres inn på mottakelsesbadet. Han blir lagt på en ambulans (båre).

10.56: Oversøster v/medisinsk avdeling hilser på pasienten. Hun sier noen vennlige og oppmuntrende ord.

10.57: Badepiken tar tøyet av pasienten. Hun er varsom med ham, og passer godt på ikke å blotte ham unødvendig. Mens hun tar av ham, prater hun litt. Pasienten virker relativt rolig. Som følge av sykdommens karakter blir pasienten ikke badet, veid eller



INNLEGGELSE Det var vanlig at pasientene leverte inn alt privat tøy, som ble låst inn i skap på mottakelsesavdelingen. En praksis som varte til langt ut på 1970-tallet ved enkelte sykehus.

høydemålt. Da hans undertøy er fullkomment rent, blir han heller ikke vasket.
11.20: Badepiken prøver å ta urinprøve. Det lykkes ikke.
11.04: Termometer gis.
11.05: Tøyet telles og noteres.
11.07: Puls og resitasjon telles og noteres.
11.09 Termometeret tas; temperaturen noteres på det kortet som

skal følge pasienten til avdelingen.
11.11: Badepiken leser opp for pasienten listen over hans eiendeler. Pasienten kvitterer.
11.13: Ferdig i badet. Pasienten kjøres av badepiken til avdeling H.»

tekst Bjørn Arild Østby
foto Stokkmarknes sykehus

Folk

Opprykk til professor

Førstemanuensis Mary H. Kalfoss ved Høyskolen Diakonova har fått innvilget sin søknad om personlig opprykk til professor.

Komiteen som vurderte søknaden la vekt på at Mary H. Kalfoss har en vitenskapelig kompetanse som viser både dybde og bredde i hennes forskning, og at hun har god kompetanse i forhold til metodologi og statistikk. Hun har deltatt i forskning nasjonalt og internasjonalt og arbeidet i multidisiplinære team. Spesielt fremhever komiteen hennes arbeid med livskvalitetsforskning, deltakelse i WHOQOL-prosjekter og i the WHOQOL Group. Hun deltar i bedømmelseskomiteer i vitenskapelige tidsskrifter og i ulike faglige organisasjoner.

Kalfoss har fått økonomisk støtte til sin forskning fra EU, Elizabeth Foundation i USA, Forskningsrådet og fra Helse og Rehabilitering. Hun har ledet både nasjonale og internasjonale prosjekter. Mary H. Kalfoss har bred undervisnings- og veiledningserfaring i forhold til studenter på ulike nivåer, både nasjonalt og internasjonalt.



Mary Kalfoss

Lys i høstmørket

Med utgangspunkt i sin kritikerroste CD «Sakte Sanger» som kom ut i fjor høst, har pianisten **Per Husby og sangerinnen** Anne Lande arbeidet fram et konsertprogram som fremføres i en rekke norske kirker i tilknytning til allehelgensmarkeringen. I tillegg til å være sanger og

tekstforfatter er Anne Lande også utdannet sykepleier og psykoterapeut.

– Gjennom dette arbeidet møter jeg ofte mennesker som går gjennom vanskelige perioder. Denne konserten handler om hvordan det er å være menneske i disse krevende situasjoner, sier Anne Lande.

I løpet av november vil de blant annet være å høre på Kongsberg, Stang, Rena Sør-Odal og Lillehammer.



Anne Lande og Per Huseby. Foto: K. W. Malmin



GARDASIL®

Vaksine mot humant papillomavirus
Type 6,11,16,18
Rekombinant, adsorbent

Livmorhalskreftvaksinen med 4 papillomavirustyper



**Dokumentert effekt mot HPV
6, 11, 16 eller 18-relaterte
genitale sykdommer**

Gardasil® skal forebygge:

- Livmorhalskreft
- Høygradige celleforandringer i livmorhalsen (CIN 2/3)
- Høygradige celleforandringer i vulva (VIN 2/3)
- Kjønnsvorter

09-2007-NO-046-01

Skal forebygge mot et
bredt sykdomsbilde*
og gir **tidlige resultater****

*Livmorhalskreft, celleforandringer i livmorhalsen, celleforandringer i vulva og kjønnsvorter relatert til HPV 6, 11, 16 og 18.

**Norsk SPC



sanofi pasteur MSD

vaksiner for livet

Tlf: +47 67 50 50 20 - Fax: +47 67 50 50 21

info@spmsd.com



WHO
anbefaler 85%
alkohol til hånd-
desinfeksjon*.



Silkemyk nyhet i Antibacfamilien.

Endelig er den her! Antibac hånddesinfeksjon med en ny og unik formel som både gir maksimal effekt og silkemyke hender. Økt alkoholinnhold til 85% gjør produktet svært effektivt. For å unngå irritasjon og allergi har vi fjernet n-propanol i produktet og redusert isopropanol til et minimum (80% ren etanol). Etanol er den mest miljøvennlige alkoholen. Dess mer bruk av etanol, jo bedre virkning mot bl.a. noroviruset. Vi har også tilsatt et unikt mykgjørende middel som er bakteriedrepende i tillegg til glyserol. Tilfredsstillende EN 1500.

Den nye resepten fåes i 3 flaskestørrelser og i «bag-in-box» for automatdispenser.

Ta kontakt og be om en prøve, slik at du får kjenne forskjellen selv. Arcus Kjemi AS, tlf 64 98 08 01 eller www.arcus-kjemi.no. Ha en god og silkemyk opplevelse!

**På Hygienekonferansen 2007 i København anbefalte Verdens Helseorganisasjon (WHO) 85% alkohol til desinfeksjon av hender.*

VI TAR RENHET PA ALVOR.