

«Svein» begikk et drap etter å ha gått rundt med store psykiske problemer.

Nå er han prøvekanin for en ny metode som skal avdekke faresignalene tidligere. Side 16-21

Håp for tikkende bomber

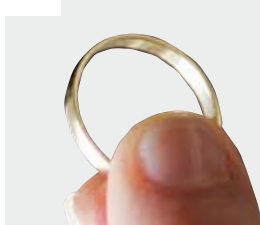
En av tre med smykker på jobb Side 6

Tett på: Sterkt preget ambulansesjåfør Side 32

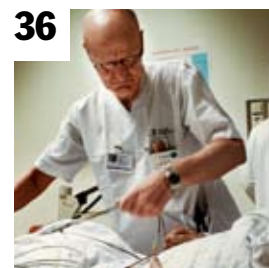
FAGTEMA: Triage når det haster Side 36

Diagnose: Hysterisk Side 46

06



36



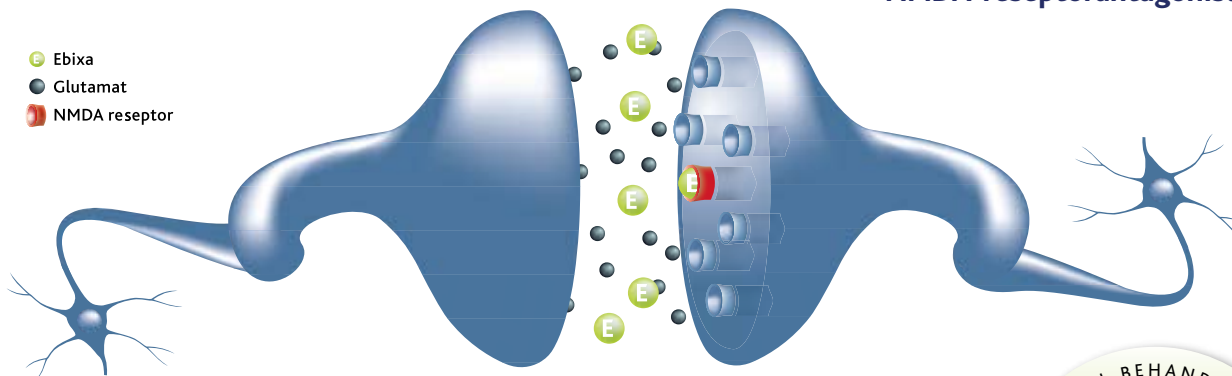
46

Reduser agitasjon og irritasjon ved Alzheimers sykdom ^{* 1)}

*Godkjent for moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom.

- Forbedrer evnen til å utføre daglige gjøremål ^{2) 3)}
- Reduserer pleietid ⁴⁾
- Effekten kan måles etter **bare 4 uker** ³⁾
- Tolereres godt ²⁾

UNIK virkningsmekanisme NMDA-reseptorantagonist



Lundbeck



20 mg • En om dagen
Ebixa[®]
memantin



NYHET!

1) S Gauthier Int J Ger Psychiatry 2005; 20:459-464. 2) Reisberg B, Doody R, Stöffler A, et al. Memantine in moderate-to severe Alzheimer's disease. New Engl J Med 2003; 348: 1333-1341. 3) Winblad B, Poritis N. Memantine in severe dementia: results of the M-BEST study (benefit and efficacy in severely demented patients during treatment with memantine). Int J Ger Psychiatry 1999; 14: 135-146. 4) Wimo A, Winblad B, Stöffler A, et al. Resource utilisation and cost analysis of memantine in patients with moderate to severe Alzheimer's disease. Pharmacoeconomics 2003; 21 (5): 1-14.

C Ebixa "Lundbeck"

Middel mot demens. • ATC-nr.: N06D X01

DRÅPER, oppløsning 10 mg/g; 1 g (20 dråper) inneholdt: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, kaliumsorbat (E 202), sorbitol, renset vann. **TABLETTER**, filmdrasjerte 5 mg, 10 mg, 15 mg og 20 mg: Hver tablett inneholdt: Memantinhydroklorid 5 mg, resp. 10 mg, 15 mg og 20 mg tilsv. memantin 4,15 mg, resp. 8,31 mg, 12,46 mg og 16,62 mg, hjelpestoffer. Tabletter 10 mg inneholdt: laktose 166 mg og har delestrek. **INDIKASJONER**: Behandling av pasienter med moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom. **DOSERING**: Behandlingen bør initieres og veiledes av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av Alzheimers demens. Behandling skal bare igangsettes hvis omsorgsperson jevnlig kan monitorere pasientens legemiddelinntak. Diagnostisering bør gjøres i tråd med gjeldende retningslinjer. **Voksne/eldre**: Tas 1 gang daglig uavhengig av måltider. Maks. dose er 20 mg (40 dråper) daglig. Risikoen for bivirkninger reduseres ved å gradvis øke dosen med 5 mg (10 dråper) pr. uke i de første 4 ukene opp til vedlikeholdsdose: Uke 1: 5 mg (10 dråper) daglig. Uke 2: 10 mg (20 dråper) daglig. Uke 3: 15 mg (30 dråper) daglig. Uke 4: 20 mg (40 dråper) daglig. Deretter fortsetter behandlingen med anbefalt vedlikeholdsdose på 20 mg (40 dråper) daglig. **Nedsatt nyrefunksjon**: Dosejustering er ikke nødvendig ved lett nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 50-80 ml/minutt). Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 30-49 ml/minutt) bør daglig dose være 10 mg (20 dråper). Hvis godt tolerert etter minst 7 dagers behandling kan dosen økes til 20 mg (40 dråper)/dag iht. vanlig opptitreringsplan. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 5-29 ml/minutt) bør dosen være 10 mg (20 dråper)/dag. **Nedsatt leverfunksjon**: Ved mild eller moderat nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» grad A eller B) er det ikke nødvendig med dosejustering. Memantin anbefales ikke ved alvorlig nedsatt leverfunksjon pga. manglende data. **KONTRAINDIKASJONER**: Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. **FORSIKTIGHETSREGLER**: Forsiktighet utvises hos epileptikere som tidligere har hatt episoder med krampeanfoll, eller pasienter som er predisponert for epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat (NMDA)-antagonister som amantadin, ketamin eller deksametofan bør unngås pga. økt risiko for bivirkninger. Overvåking av pasienter ved tilstander med økt pH-verdi i urin (f.eks. drastiske kostholdsendringer, stort inntak av syrenøytraliserende midler, renal tubulær acidose (RTA) eller alvorlige urinveisinfeksjoner med Proteus) kan være nødvendig. Pga. begrenset erfaring bør pasienter som nylig har hatt hjerteinfarkt, ubehandlet kongestiv hjertesvikt (NYHA klasse III-IV) eller ukontrollert høyt blodtrykk overvåkes nøye. Bør ikke brukes ved arvelig galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Dråpene bør ikke brukes ved fruktoseintoleranse. Moderat til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å nedsette evnen til å kjøre motorkjøretøy og betjene maskiner. I tillegg kan memantin ha lett til moderat påvirkning på reaksjonsevnen. Pasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motorkjøretøy eller betjener maskiner. **INTERAKSJONER**: Effekten av barbiturater og nevroleptika kan bli redusert. Samtidig administrering av memantin med spasmolytiske stoffer som dantronen eller baklofen, kan modifisere deres effekter og dosejustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadin, ketamin og deksametofan bør unngås pga. risiko for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokainamid, kinin og nikotin innebærer en mulig risiko for økte plasmanivåer. Redusert ekskresjon av hydrokloriazid eller kombinasjonspreparater med hydrokloriazid er mulig. Enkelttilfeller av økt INR ved samtidig warfarinbehandling er sett. Nøye monitorering av protrombintid eller INR anbefales. **GRAVIDITET/AMMING**: *Overgang i placenta*: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Bør ikke brukes under graviditet hvis ikke helt nødvendig, og etter nøye vurdering av nytte/risiko. *Overgang i morsmelk*: Ukjent. Memantin er lipofilt og utskillelse antas å forekomme. Amming frarådes under behandling. **BIVIRKNINGER**: Bivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. *Hyppige (>1/100)*: Gastrointestinale: Forstoppelse. Sentralnervesystemet: Svimmelhet, hodepine, somnolens. Sirkulatoriske: Hypertensjon. *Mindre hyppige*: Gastrointestinale: Oppkast. Hjerne/kar: Hjertesvikt. Sentralnervesystemet: Hallusinasjoner (stort sett rapportert ved alvorlig Alzheimers sykdom), forvirring, unormal gange. Sirkulatoriske: Venetrombose/tromboembolisme. Øvrige: Tretthet, soppinfeksjoner. Krampeanfoll er rapportert svært sjeldent. Enkelttilfeller av psykotiske reaksjoner og pankreatitt. Alzheimers sykdom er forbundet med depresjon, selvmordstanker og selvmord. Dette er også rapportert under memantinbehandling. **OVERDOSERING/FORGIFTNING**: *Symptomer*: Hhv. 200 mg og 105 mg/dag i 3 dager har vært forbundet med tretthet, svakhet og/eller diaré eller ingen symptomer. Ved overdoser på <140 mg eller ukjent dose har pasientene hatt symptomer fra sentralnervesystemet (forvirring, søvnighet, somnolens, svimmelhet, agitasjon, aggresjon, hallusinasjoner og unormal gange), og/eller mage-tarmsbesvær (oppkast og diaré). Den høyeste rapporterte overdosen, 2000 mg, ga symptomer fra sentralnervesystemet (koma i 10 dager, og senere dobbeltsyn og agitasjon). Pasienten ble behandlet symptomatisk og med plasmferese, og kom seg uten varige mén. En pasient som hadde fått 400 mg memantin oralt fikk symptomer fra sentralnervesystemet som rastløshet, psykose, synshallusinasjoner, krampetendens, somnolens, stupor og bevisstløshet. Pasienten ble restituert. *Behandling*: Symptomatisk. Se Giftinformasjonens anbefalinger N06D X01. **EGENSKAPER**: *Klassifisering*: Memantin er en spenningsavhengig, ikke-kompetitiv NMDA-reseptorantagonist med moderat affinitet. *Virkningsmekanisme*: Ved nevrodegenerativ demens er det i økende grad bevis for at svikt i glutamaterge neurotransmittere, særlig ved aktivering av NMDA-reseptorer, medvirker til både symptom- og sykdomsforverrelse. Memantin modulerer virkningen av patologisk økte spenningsnivåer av glutamat som kan føre til neuronal dysfunksjon. *Absorpsjon*: Absolutt biotilgjengelighet ca. 100%. T_{max}: Etter 3-8 timer. «Steady state»-plasmakonsentrasjoner fra 70-150 ng/ml (0,5-1 µmol) med store interindividuelle variasjoner. *Proteinbinding*: Ca. 45%. *Fordeling*: Distribusjonsvolum ca. 10 liter/kg. *Halveringstid*: Memantin elimineres monoeksponensielt med terminal t_{1/2} på 60-100 timer. Total clearance (Cl_{tot}): 170 ml/minutt/1,73 m². Renal eliminasjonsrate av memantin ved alkalisk urin kan bli redusert med en faktor på 7-9. *Metabolisme*: Ca. 80% gjenfinnes som modersubstansen. Hovedmetabolittene er inaktive. *Utskillelse*: Gjennomsnittlig 84% utskilles innen 20 dager, mer enn 99% utskilles renalt. **OPPBEVARING OG HOLDBARHET**: Dråper: Åpnet flaske bør brukes innen 3 måneder. **PAKNINGER OG PRISER**: Dråper: 50 g kr 835,10. Tabletter: Enpac.: Startpakn.: 7 stk. 5 mg + 7 stk. 10 mg + 7 stk. 15 mg + 7 stk. 20 mg kr 603,40. 10 mg: 30 stk. kr 536,50. 50 stk. kr 828,20. 100 stk. kr 1621,30. 20 mg: 28 stk. kr 966,30. 98 stk. kr 3267,10. **PRISER SIST ENDRET**: 01.03.2009

H. Lundbeck A/S
Strandveien 15b
Postboks 361
1326 Lysaker
Tel.: 91 300 800
Fax: 67 53 77 07
www.lundbeck.no



www.ebixa.com

Interessert i innføring av Elektronisk Pasientjournal (EPJ) i norske sykehus? - da vil vi snakke med deg!

Er dette av interesse for deg, gå inn på www.deloitte.no
og se på hva Deloitte kan tilby.

Deloitte.

Den store spørsmålsjakten

Nå har du muligheten til å teste dine kunnskaper
på sykepleien.no og vinne flott bærbar PC. Vi gjør
maskinen helt klar med programvare og legger ved
en praktisk bæresekke.

Konkurransen starter 4. mai, og hver uke i fem uker
blir det nye spørsmål og ny vinner.

Kanskje blir du den heldige vinneren?

Klikk deg inn på sykepleien.no og delta i dag!

Lykke til!

sykepleien

Barth Tholens om fremtiden

Stilling: Redaktør i Sykepleien

E-post: barth.tholens@sykepleien.no

Er det noe du er irritert på? Skriv til aksjonisten@sykepleien.no



Kraterne på månen

Vi har ikke nok friske mennesker i Norge. Det har Statistisk sentralbyrå funnet ut ved å titte inn i fremtiden for helsetjenesten.

For noen uker siden var jeg på en utstilling om Galileo Galilei. Denne vitenskapsmannen (1564–1642) var frontfigur i en vitenskapelig revolusjon. I stedet for å «tenke seg fram» til løsninger på livets mysterier, slik man tidligere hadde gjort, baserte Galilei sin forskning på observasjon. Blant flere bragder utviklet han et teleskop som gjorde ham i stand til å observere hva som egentlig foregikk langt der ute i universet.

Mens man før hadde hatt et noenlunde abstrakt og optimistisk forhold til himmellegemene, oppdaget Galilei at månen ikke var en opplyst skive, men en steinrøys med høye fjell og dype kratre. Hans nye kunnskap om planeter og stjerner ga oss et helt nytt ståsted. Troen vaklet. Kirken ble rystet av hans oppdagelser.

Nå har helsedirektør Bjørn-Inge Larsen fått hjelp fra stjernetitterne i Statistisk sentralbyrå (SSB). Ved hjelp av observasjon og innfløkte framskrivninger har byrået kommet fram til at Norge om kort tid vil mangle nok kompetente mennesker til å ta seg av alle de som blir syke og gamle. Fra før ante vi konturene av en begynnende katastrofe i helsetjenesten. At vi blir stadig eldre er godt kjent. Men bildet som vi nå får servert av SSB, viser tydelig et gedigent hull i det universet som vi fram til nå har ansett som trygt. Fortsetter vi slik vi gjør i dag vil Norge mangle 13 000 sykepleiere i 2030. Også helsefagarbeidere vil det bli altfor få av.

Selv helsedirektøren ble blek om nebbet da de nye tallene kom på bordet. Med god grunn. Men det er ikke først og fremst logistikken som er hans største utfordring. Etter min mening er det først og fremst det etiske aspektet ved et stort underskudd på helsepersonell som gir grunn til alvorlig bekymring. For hvor i all verden skal vi

finne alle de menneskene som trengs? Regnestykket går bare ikke opp. Alle våre barn kan ikke bli sykepleiere, leger eller hjelpepleiere. Det vil de ikke, og dessuten har samfunnet mange andre yrker som trenger å bli bemannet.

Å «kjøpe» sykepleiere i utlandet kan være en fristende tanke. Etisk er det helt uakseptabelt. Andre vestlige land har akkurat de samme utfordringer som vi – og ingen sykepleiere til overs. Det er ikke lenge siden SVeren Erik Solheim foreslo at Norge kunne klekke ut afrikanske sykepleiere på sitt eget kontinent, for så å importere dem hit. Forslaget strandet fort, men sier litt om hvor lett det er å komme på etisk forkastelige snarveier. Å rekruttere fra fattige land som selv trenger sitt helsepersonell, er absolutt fy.

Så da har vi et stort problem. Skulle jeg sett på fremtiden gjennom Galileis kikkert, ser jeg for meg et goldt kraterlandskap. For alle skjønner jo at hvis vi ikke har nok kompetente hender til å ta oss av våre gamle – ja, så må folk bare gjøre det selv. Folk skal selv stelle sine gamle og syke så lenge de kan røre på seg – og kanskje utover det. Den såkalte familieomsorgen vil være en sentral brikke i framtidens helsetjeneste. Slik er allerede vanlig i mange vestlige land. Men til forskjell fra Tyskland og Frankrike har Norge ingen som er hjemme om dagen. Alle er jo allerede i arbeid! Hva det vil gjøre med kvaliteten på eldreomsorgen, kan du selv tenke deg. Skal vi bare koble mor til en maskin og dra på jobben? Det vil gi den såkalte arbeidslinje en helt ny dimensjon.

IT'S COLD OUT THERE Om jeg var helsedirektør hadde jeg fått en smule angst med tanke på de etiske utfordringer framover. Fotocollage: Stig Weston/Colourbox



SSBs framskrivninger vil trolig sette fart i KS sine gamle drømmer om økt bruk av roboter og ny teknologi for å få jobben gjort. Det reiser mange nye spørsmål. Teknologi vil alltid være fristende å ty til når alternativet er å lete etter arbeidskraft som ikke finnes. Nye maskiner vil kanskje holde flere eldre unna sykehjemmet. Men livskvalitet kan de neppe gi. Tvert om, vil jeg si.

Vi skal ellers ikke utelukke at den offentlige helsetjenesten i framtiden vil bli nødt til å foreta så beinharde prioriteringer som følge av ressurssvikten, at det vil åpne markedet for private aktører. Stakkars de som ikke vil ha råd til å betale for dem!

Eller kommer vi kanskje dit hen at levealderen rett og slett vil gå ned igjen fordi samfunnet ikke har råd til å ha for mange 90-åringer på budsjettet? Ingen kurver kan som kjent vokse helt inn i himmelen. Et sted må tyngdekraften ta over. Viktig er i hvert fall å ta virkeligheten inn over seg. Ikke gjøre som den katolske kirke, som først i 1992 innrømmet at Galileo hadde rett i at jorda ikke er universets sentrum.

Barth Tholens



Forsidefoto: Tarjei Ekenes Krogh

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

Ansvarlig redaktør

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

Markedssjef

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

E-post:

redaksjonen@sykepleien.no
interaktivt@sykepleien.no

Repro og trykk

Stibo Graphic AS



Sykepleiens formålsparagraf:

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

- 6 Én av tre bruker helsefarlig pynt
 - Smykkefritt sykehjem
- 8 Folk
- 9 **Vi bare spør** Bård Vegar Solhjell
- 10 Forhandlingsstart i KS-området
- 13 Ønsker flere sykepleierpolitikere
 - NSF i Europa
- 16 Ser tegnene før det smeller
 - Kjenner når det drar seg til
 - Ny metode vekker oppsikt
- 22 Nytt tidsskrift om geriatri
- 24 **Dokumentar:** Sprøyterom i Canada
 - – Her er jeg trygg
 - Skolene som ødela barn
 - – Mye å lære av Vancouver
 - Forskning versus politikk
- 32 **Tett på** Erik Schjenken
- 46 **Bøker:**
 - Forfatterintervjuet: Hilde Bondevik
 - Anmeldelser
 - Bokomtaler
 - 9 spørsmål til Pelle Sandstrak
- 52 På veggen
- 56 Vil ha flere innspill om lokalsykehus
- 58 Nærkontakt med makta
- 59 En halv time kortere arbeidstid
- 60 Samles for å reflektere
- 63 Folket vil ha likelønn
- 73 Minneord
- 74 **Dilemma:** Papirløs helsehjelp?
- 76 77 kjønnsnøytrale forslag
- 77 **Refleks:** Anders Folkestad
- 78 Siden sist
- 79 Meninger
- 82 Riskhospitalet
- 84 Quiz
- 85 Før

Tryggere med sprøyterom

Canadiske Clyde Joel Wright hadde en tøff oppvekst på internatskole. Veien inn i et liv med rus og vold var lett. Nå holder han hodet over vannet, blant annet med hjelp fra sprøyterommet Insite i Vancouvers fattigstrøk.



55



60

Fag i utvikling:

- 36 **Fagtema:** Triage
 - Triage når det haster
 - Mange ønsker én triagemodell
 - – Respektløst begrep
 - Rett bemanning til riktig tid
- 64 Engasjerer og provoserer
- 70 Fagkronikk: Mer enn støttefag
- 72 Fagnotiser

86 NSF:

- Lisbeth Normann om spesialistgodkjenning
- Et dårlig arbeidsmiljø som ble bra
- Seier i skift-/turnus-saken
- E-info vil gi bedre barselomsorg

- 89 Sykepleien JOBB – ledige stillinger
- 102 Meldinger, skoler og kurs



Foto: : Eivor Holstad

24



Én av tre bruker helsefarlig pynt

En av tre helsearbeidere bruker ring på jobb. Og bortimot en av ti pasienter blir smittet med sykehusinfeksjoner. Sammenhengen er klar, mener sykepleieforsker.

Tross nasjonale retningslinjer er det mange helsearbeidere som bærer smykker på jobb. Sykepleier Mette Fagernes har siden 2004 forsket på forholdet mellom ringer og overføring av bakterier. Gjennom forskningen har det kommet frem at en tredjedel av alle helsearbeidere bruker ring

på jobb. Sett i sammenheng med at 5–10 prosent av alle som er innlagt på sykehus blir utsatt for en sykehusinfeksjon, ønsket hun å få dokumentert faren ved å bruke ringer.

Fagernes har siden hun startet arbeidet tatt bakterieprøver av over 1000 hender. Først under-

søkte hun sammenhengen mellom bakterier og ulike typer ringer. Hun fant da at ikke-glatte ringer samler mer bakterier enn glatte ringer. Men også glatte ringer var betydelige bakteriesamlere. En sammenlikning mellom helsepersonell som bruker en glatt ring og dem som ikke gjør det, viste at

bakterieinnholdet på hendene til helsepersonell med en glatt ring var høyere.

Bakteriefabrikk

Fagernes, som er sykepleier og doktorgradsstipendiat ved Sykehuset i Vestfold, påpeker at årsaksforholdene til infeksjons-smitte er utrolig komplekse. Hun er likevel ikke i tvil om at håndsmykker bør unngås.

– Jeg har funnet ut at også glatte ringer skjuler en rekke bakterier, noe mange ikke er klar over. Vi har også fått påvist at ringer øker forekomsten av sykdomsfremkallende bakterier på hendene. Det er derfor sannsynlig at helsearbeiderne som bruker ringer utsetter pasientene for en økt infeksjonsrisiko, sier hun.

Gifteringen sitter lengst

Den største utfordringen er mange steder å få folk til å ta av giftringen. Leder for NSF's faggruppe for hygienesykepleiere, Anne Dalheim, tror det er fordi giftringen er en viktig del av personenes identitet.

– Dessverre ser vi at det er et stort språk mellom de nasjonale retningslinjer og smittevernsrutiner og praksis. Jeg tror vi må ha kontinuerlig fokus på faren ved smykker, likt med fokuset på håndvask. I tillegg må kunnskapen om faren ved smykker bli bedre.

Dalheim, som til daglig jobber som leder for Senter mot smittevern ved Haukeland universitetssykehus, tror det er mange ansatte som ikke er klar over bakteriefloren som kan samle seg i og under smykker.

– Under en ring samles både mikroorganismer, svette og såperester. Når man vasker hendene blir det varmt og fuktig under ringen. Dette er ideelle vekstvilkår for bakterier, understreker hun.

Gjelder alle

Selv om Fagernes har utført sine undersøkelser på sykehus, mener hygienesykepleier Dalheim at

dette også er aktuelt for helsepersonell som arbeider i kommunehelsetjenesten.

– Sykehjemmene får stadig flere tungt pleietrengende pasienter fordi pasienter skrives ut fra sykehusene tidligere. Men også hjemmesykepleien har mange avanserte oppgaver og har mye å tjene på å ta håndhygiene på alvor, tror Dalheim.

Hun etterlyser at de største og mektigste faggruppene blir mer oppmerksomme på risikoen de påfører pasientene når de bruker smykker.

– Det er så enkelt å gjøre noe med dette problemet. Leger og sykepleiere er store synlige grupper og bør gå foran som et godt eksempel, understreker hun.

Nye rutiner

Folkhelseinstituttet har nylig lansert nye smittevernsrutiner. I «Basale smittevernsrutiner i helse-tjenesten» er første punkt korrekt håndhygiene.

– Det er ikke mulig å utføre korrekt håndhygiene dersom man har håndsmykker, sier seniorrådgiver i Folkehelseinstituttet, Nina Kristine Sorknes.

Rutinene gjelder ved arbeid med alle pasienter, uavhengig av diagnose. Hensikten er å beskytte helsepersonellet mot smitte, og å forebygge smitte til og mellom pasientene.

– Høyskolene setter standarden i form av undervisning om håndhygiene og hvordan dette skal håndheves. Så er det lederne i helseinstitusjonene som har ansvaret for å følge dette opp. Dessverre ser vi at dette ikke følges opp, forteller hun.

Etter den landsomfattende kampanjen «Ren omsorg», er det flere som er blitt oppmerksom på håndhygiene og smykkebruk. Hygienesykepleier Dalheim forteller at det særlig er enheter som har hatt problemer med infeksjoner som MRSA som har tatt problematikken på alvor.



Smykkefritt sykehjem

På Åsnes sykehjem i Hedmark er smykker bannlyst.

Etter den landsomfattende kampanjen for håndhygiene «Ren omsorg» for fire år siden, tok de opp kampen mot de små inntrengerne og er nå et «smykkefritt sykehjem».

– Her på Åsnes sykehjem er alle synlige smykker totalt forbudt, sier avdelingssykepleier Inger Lise Sæther.

I samarbeid med en hygienesykepleier fra sykehuset på Elverum har sykehjemmet jobbet systematisk med å bedre rutinene. En egen hygiene-gruppe har ansvaret for å utarbeide metodeplaner. Forbudet mot smykker er nå kommet inn i ansettelsesreglementet

– Til tross for noe skepsis i starten, opplever vi nå stor aksept for de nye rutinene. Det er kun blitt gitt en muntlig advarsel for brudd på smykkeforbudet. Nå er det ingen som bruker smykker her på sykehjemmet lenger, forteller avdelingssykepleier Sæther som oppfordrer andre til å overta stafettpinne.

Også på Åsnes var det giftringen som ble vanskeligst å kvitte seg med i arbeidstiden.



... også glatte ringer skjuler en rekke bakterier.



Foto: NSF Oslo

Lærte om rusomsorg i Canada

Like før påske returnerte denne NSF-gjengen (til venstre) til Norge etter å ha vært på en knapp ukes studie-tur i Vancouver, Canada. Der har de lært om organiseringen innen rusfeltet. Vancouver ble valgt fordi byen har fått mye skryt for helhetstenkende skadereduksjon og sømløs organisering av helsetjenesten der avgiftning og rehabilitering var nært tilknyttet sprøyterommet.

– Det mest lærerike med turen var å erfare hvordan sykepleierne ledet an i arbeidet med skadereduksjon, og sørget for at det ble gitt individuell helhetlig sykepleie til rusmiddelavhengige med omfattende helsesvikt. Sykepleiere både i praksis, innen ledelse og forskning viste at skadereduksjon inngikk i profesjonelle og etiske sykepleiestandarder, sier Hans Arne Pettersen (nederst til venstre), rådgiver ved NSF's fylkeskontor i Oslo.

NSF Oslo vil bruke det de har lært i Vancouver til å påvirke prosesser innen rusfeltet i Oslo: Både videre drift av sprøyterom, etablering av rus-akutt, samt organiseringen av arbeidet med rus og utvikling av helhetlig ruspolitikk i Oslo kommune.

Sykepleien var med to dager, og har laget en dokumentar som kan leses på side 20.

Årets sykepleier i Finnmark

Elin Sagbakken (bildet) ved klinikk Kirkenes ble tildelt prisen for årets sykepleier i Finnmark 2008 for en tid tilbake, men nyheten rakk først nå frem til Sykepleiens redaksjon.

«Hun har valgt å utvikle pasienttilbudet ved klinikk Kirkenes i stedet for å kutte ned. Både i rollen som leder på Medisinsk poliklinikk samt som diabetessykepleier har hun valgt en lite egoistisk, men pasientfokusert og tverrfaglig strategi. Hun er sjenerøs med å dele med seg av sin egen kunnskap til oss andre. Hun er alltid blid og smilende på jobb og møter oss gjerne med et dikt på morgenmøte», er bare noen av godordene i begrunnelsen fra forslagsstillerne.



Foto: Helse Finnmark, Steinar Larsen

Likelønnsaksjon på facebook

Hovedtillitsvalgte Lill Sverresdatter Larsen ved Universitetssykehuset i Nord-Norge har funnet en ny vei for å skape engasjement for likelønn: Hun har startet en Facebook-aksjon. Foreløpig har gruppen over 8 500 medlemmer. Ifølge Larsen er det mer enn andre sykepleiergrupper på Facebook, gjennomsnittet ligger gjerne på 5-6 000.

– Jeg gjorde dette fordi jeg på Facebook når unge mennesker og andre som jeg ikke når på medlemsmøter eller gjennom andre kanaler, sier hun.

«Mulig det var naivt, men jeg valgte et yrke ut fra en brennende intensjon om å hjelpe andre mennesker. Jeg tenkte ikke på at dette kunne gi meg dårlig økonomi, lav pensjon eller problemer med å få lån», skriver hun i et avisinnlegg som er linket til nettsiden, og oppfordrer politikerne ved høstens valg til å følge opp likelønnskommisjonens forslag.



Foto: NSF Troms

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

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

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

Vi siterer

Marie Simonsen

politisk redaktør

«Hvis likelønn er en kampsak, hvorfor kjemper ikke Arbeiderpartiet?»

Dagbladet, 16. april

Bård Vegar Solhjell

Alder: 37 år

Aktuell som: Kunnskapsminister (SV) som vil øke sykepleiernes status

BAKGRUNN:

Rett etter påske publiserte Kunnskapsdepartementet en undersøkelse om hva folket mener er de mest betydningsfulle yrkene for samfunnet. Sykepleierne kom på toppen av listen, tett fulgt av lærere og leger, og deretter politi.

Ble du overrasket over at sykepleierne kom på topp?

– Ehh, ikke egentlig. Men bildet ble tydeligere enn antatt: De som passer på ungene våre og foreldrene våre og de syke, blir sett som de viktigste i samfunnet.

Hvorfor bestilte Kunnskapsdepartementet denne undersøkelsen?

– Selv om mange skryter av lærerne og sykepleierne, så har de samtidig lav status. I en tidligere statusundersøkelse vi hadde kom særlig lærerne lavt ut. Sykepleierne havnet også under middels. Jeg lurte på hvordan de ville komme ut når vi spurte om deres viktighet i samfunnet.

Hva skal du bruke resultatet til?

– Først og fremst slåss for de yrkene jeg synes er de viktigste i Norge. Uten dem kan ikke samfunnet fungere. De som passer på pengene våre blir mer verdsatt enn de som passer ungene våre og de syke. Jeg ønsker en likelønnsrett hovedsakelig for utdannings- og helsepersonell. 90 prosent av førskolelærerne er kvinner, for sykepleiere er andelen enda større. Det er viktig for likestillingen å premiere dem.

Blir dette viktig i valgkampen?

– De står for viktige fellesskapsoppgaver. Jeg vil få fram at folk også synes de er viktige.

Hvilke personlige erfaringer har du med sykepleierne?

– Jeg er fantastisk positiv. Har ofte tenkt på avstanden mellom min egen opplevelse av sykehus og historiene i mediene som handler om når det gikk galt. Jeg har tre unger. Den ene ble alvorlig syk som baby og måtte på akuten. Jeg har aldri opplevd maken til god behandling. Det gjelder alle nivå, men ikke minst sykepleierne, som vi hadde mest med å gjøre. Jeg tenkte: «Jøss, så heldige vi er.»

Og nylig traff du en jordmor, kanskje?

– For bare litt over en uke siden. Vi fikk en

jente på Ahus. De to første ble født på Ullevål. Flott med nytt sykehus og en fantastisk jordmor.

Hvor viktig er økt pappaperm for å oppnå like lønn?

– Jeg har to ukers pappaperm nå etter fødselen. SV er for å øke pappakvoten fra 10 til 14-15 uker. Vi ser at kvinner taper når de har barselpermisjon.

Hvor lenge skal du ha pappapermisjon?

– Det er ikke bestemt ennå. Hoveddelen av permisjonen blir jo etter valget. Jeg vil ha så mye jeg får til. Med den første hadde jeg fire måneder. Med den andre bare to, for da var jeg statsråd.

SV er for likelønnsrett, men ikke ennå.

Hvorfor det?

– Den er ikke med i Soria Moria-erklæringen. Det er en utfordring å få folk til å forstå at vi ikke har fått gjennomslag i regjeringen ennå. Men det er en svært god sjanse for å få det til hvis man gjør det rette valg slik at den rødgrønne regjeringen får fortsette.

Hvordan skal sykepleierne tro på SV?

– Vi har vært for likelønn i mange år. Mange vet at det ikke er oss det har stått på. Vi har sagt klart fra at vinner vi valget, blir likelønnsrett en topp prioritering. Det var det ikke for fire år siden. Da prioriterte vi barnehager.

Journalister kom på tiende og siste plass i undersøkelsen.

Hva synes du om det?

– Det samme her: Det er stort sett bare politikere som kommer dårligere ut.

tekst Marit Fonn foto Stig Weston



Forhandlingsstart i KS-området

- Jeg har tro på at vi vil få til en bra lønnsutvikling for medlemmene våre. Men det er forhandlingene om offentlig tjenstepensjon som blir det viktigste i årets tariffoppgjør, sier forhandlingsleder i Unio-kommune, Helga Hjetland (bildet).



Unio-kommune krever at KS følger opp likelønnskommisjonens anbefalinger og de vurderingene som blir gjort av det partssammensatte utvalget som ser på

lønnsveksten i kommunal sektor.

Likelønn

Lønnsutviklingen i årets mellomoppgjør ble i stor grad avtalt

mellom Unio-kommune og KS i fjorårets hovedtariffoppgjør. Når det gjelder likelønn, krever Unio-kommune at likelønnskommisjonens anbefalinger, og partenes felles målsettinger når det gjelder prioritering av kvinnedominererte utdanningsgrupper, må videreføres og forsterkes.

pensjon på minst 66 prosent av sluttlønn opp til 12 ganger grunnbeløpet i folketrygden ved 30 års opptjening.

Særaldersgrensene sikres og videreføres med dagens ytelsesnivå.

Kravet innebærer at de bærende prinsipper i dagens ordning videreføres. Organisasjonene krever også at det ved tilpasning av tjenstepensjon og afp tas hensyn til bredden i yrkesmønstrene.

Felles pensjonskrav

Men først og fremst handler mellomoppgjøret 2009 om pensjon. Unio-kommune og de andre forhandlingspartene leverte i midten av april et felles krav om offentlig tjenstepensjon og afp.

Slik er hovedtrekkene i kravet som ble overlevert statens forhandlingsleder:

Det kreves en fleksibel, brutto tjenstepensjonsordning.

Fleksibiliteten gjennomføres slik at ny folketrygd sammen med tjenstepensjon gir incentiver til å stå lenger i arbeid og at arbeidsinntekt og pensjon kan kombineres uten avkorting i pensjonen.

Tjenstepensjonsordningen gjøres gjeldende for alle med 20 prosent stilling eller mer.

Det kreves at ytelsen ved 62 år i tidligpensjonsordningene er minst like god som i dagens afp-ordning.

Det må ikke bli vanskeligere å kvalifisere til hel tidligpensjon ved 62 år enn til dagens afp.

Fra 65 år garanteres alders-

C Daivobet® LEO
Middel mot psoriasis. ATC-nr.: D05A X52
T SALVE: 1 g inneh.: Calcipotriol 50 µg, betametasonpropionat tilsv. betametason 0,5 mg, flytende parafin, polyoksypropylen-15-stearyleter, α-tokoferol, hvit vaselin til 1 g. **Indikasjoner:** Behandling av stabil plaque psoriasis vulgaris egnet for lokal terapi. **Dosering:** Påsmøres det affiserte område 1 gang daglig. Den anbefalte behandlingssperiode er 4 uker. Etter denne periode kan gjentatt behandling med Daivobet initieres etter legens anbefaling. Maks. daglig dose 15 gram, maks. ukentlig dose 100 gram. Behandlet område skal ikke være mer enn 30% av kroppens overflate. Anbefales ikke til barn eller ungdom <18 år. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Pga. innholdet av calcipotriol er preparatet kontraindisert hos pasienter med forstyrrelser i kalsiumstoffskiftet. Pga. av innholdet av kortikosteroid er preparatet kontraindisert ved viruslesjoner i huden (f.eks. herpes eller varicella), sopp- eller bakterieinfeksjoner i huden, infeksjoner forårsaket av parasitter, hudmanifestasjoner i forbindelse med tuberkulose eller syfilis, rosacea, perioral dermatitt, akne vulgaris, atrofisk hud, atrofisk striae, skjørhet av hudvener, iktyose, akne rosacea, hudår-/skader, perianal og genital kløe. Ved guttat, erytrodermisk, eksfoliativ og pustuløs psoriasis. Ved alvorlig nyreinsuffisiens eller alvorlig leversykdom. **Forsiktighetsregler:** Unngå applikasjon og utilsiktet overføring til hodebunn, ansikt, munn og øyne. Hendene må vaskes etter hver påsmøring. Samtidig behandling med andre steroider må unngås. Hemmet binyrebarkfunksjon eller innvirkning på den metabolske kontroll av diabetes mellitus kan forekomme pga. systemisk absorpsjon. Applikasjon på store områder av skadet hud, under okklusjon, på slimhinner eller i hudfalter bør unngås, da det øker det systemiske opptak av kortikosteroider. Huden i ansiktet og genitalia er svært følsom for kortikosteroider. Langtidsbehandling av disse kroppsdeler bør unngås. Disse områdene bør behandles med svakere steroider. Når lesjonene blir sekundærinfisert bør antimikrobiell behandling gis. Behandlingen med kortikosteroider bør stoppes om infeksjonen forverres. Når en behandler psoriasis med topiske kortikosteroider kan det være en risiko for utvikling av den pustuløse form eller «rebound»-effekt ved seponering. Det er økt risiko for lokale og systemiske kortikosteroidbivirkninger ved langtidsbehandling. Behandlingen bør seponeres hvis bivirkninger oppstår som følge av lang tids bruk av kortikosteroider. Det er ingen erfaring med bruk av produktet i hodebunnen. Det er ingen erfaring med samtidig bruk av andre psoriasismedler gitt lokalt eller systemisk, eller samtidig bruk av fototerapi. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Det foreligger ingen data for bruk til gravide. Bør derfor kun brukes under graviditet der fordelene synes større enn risikoen. Overgang i morsmelk: Betametason går over, men risiko for barnet synes lite sannsynlig ved terapeutiske doser. Det foreligger ingen data på overgang av calcipotriol i melk. Forsiktighet bør utvises ved forskrivning til ammende. Skal ikke smøres på brystene ved amning. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Hud: Kløe, utslett, sviende følelse i huden. Mindre hyppige: Hud: Smarter i huden eller irritasjon, dermatitt, erytem, forverring av psoriasis, follikulitt, pigmentforandringer i huden på applikasjonsstedet. Sjeldne (<1/1000): Hud: Pustuløs psoriasis. Calcipotriol: Rapporterte bivirkninger omfatter lokale reaksjoner, kløe, hudirritasjon, en sviende og stikkende følelse, tørr hud, erytem, utslett, dermatitt, eksem, forverring av psoriasis, fotosensitivitet og overfølsomhetsreaksjoner inkl. meget sjeldne tilfeller av angioødem og ansiktsoedem. Systemiske effekter ved lokalbehandling kan i meget sjeldne tilfeller forårsake hyperkalsemi eller hyperkalsiuri. Betametason: Lokale reaksjoner kan inntre, særlig ved langvarig anvendelse, inkl. hudatrofi, teleangiectasi, striae, follikulitt, hypertrikose, perioral dermatitt, allergisk kontaktdermatitt, depigmentering og koloid milia. Ved behandling av psoriasis er det en risiko for utvikling av den pustuløse form. Systemeffekter ved lokalbehandling av kortikosteroider er sjelden hos voksne, men de kan være alvorlige. Adrenokortikal suppresjon, katarakt, infeksjoner og økt intraokulært trykk kan forekomme, særlig ved langtidsbehandling. Systemeffekter sees oftere ved okklusjonsbehandling (plast, hudfalter), ved påsmøring av store områder og ved langtidsbruk. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Bruk av mer enn anbefalt dose kan føre til forhøyet serumkalsium, som faller raskt når behandlingen seponeres. Overdreven langvarig bruk av topiske kortikosteroider kan hemme binyrebarkfunksjonen og gi sekundær adrenal insuffisiens, som normalt er reversibel. Behandling: Adrenal insuffisiens behandles symptomatisk. Ved kronisk toksisitet skal preparatet seponeres gradvis. Oppbevaring og holdbarhet: Åpnet tube må brukes innen 12 måneder. Pakninger og priser: 30 g kr 273,10, 60 g kr 474,80, 120 g kr 915,20

Refusjon: Refusjonsberettiget bruk: Initial behandling av stabil psoriasis vulgaris egnet for lokal terapi. **Refusjonskode:** ICPC: S91 Psoriasis (25), ICD: L40 Psoriasis (25). **Vilkår 25:** For et eksem anses å være langvarig i denne sammenheng, må den samlede varighet ha overskredet tre måneder.

Sist endret: 07.10.2008

Videre forhandlinger

Forhandlingsfristen i KS-området er ved midnatt 30. april. Kravene vil bli konkretisert i løpet av forhandlingene. Kommer ikke partene til enighet innen fristen, blir det mekling i slutten av mai. En eventuell streik vil komme i mai/juni.

På Sykepleiens nettside sykepleien.no kan du følge tariffoppgjøret og blant annet lese temastoffet om de nye pensjonsordningene.

Følg lønnsoppgjøret på:
sykepleien.no

Daivobet® -
et førstevalg ved
behandling av psoriasis!

Å føle velvære
- også med psoriasis

LEO®

Referanser:

- 1. Douglas WS. et al. Acta Derm Venereol 2002;82:131-135
- 2. Guenther L. et al. Br J Dermatol 2002;147:316-323
- 3. Kaufmann R. et al. Dermatology 2002;205:389-393

- Hurtig innsettende, god effekt^{1,2,3}.
- Doseres en gang daglig.
- Daivobet® kan brukes som start- og vedlikeholdsbehandling i opptil 52 uker.
- www.psorinfo.no



LEO Pharma AS

Postboks 193 . 0216 Oslo . Norge
Tlf. 22 51 49 00 . Fax. 22 51 49 01
www.leo.no info.no@leo-pharma.com



Daivobet®

calcipotriol/
betametason dipropionat
11

Vinn
bærbar PC
til 15.000,-



Vinn
splitter ny PC -
med bæreveske
og programvare.



Sykepleien presenterer:

Den Store Spørsmålsjakten

Sykepleien har nylig lansert splitter nye nettsider, og dette feirer vi i fem uker til ende med konkurransen Spørsmålsjakten på **sykepleien.no** – hvor du kan vinne premier for opptil 75.000,-!

Hver uke i kampanjeperioden (4. mai–7. juni) gjemmer vi tre spørsmål på våre nettsider. Når du finner spørsmålene, besvarer du dem i et enkelt skjema. Hvis du har svart riktig, er du automatisk med i trekningen av en bærbar PC til 15.000,- – og dette skjer hver uke!

PS! De tre spørsmålene er usynlige inntil du holder PC-musen over dem, men de opptrer alltid i samlet flokk. På konkurransesiden finner du dessuten «ukens hint» som gir en liten ledetråd om hvor det kan lønne seg å lete.

Klikk deg inn på sykepleien.no og delta i dag!
Vinn premier for tilsammen 75.000,-

sykepleien

Ønsker flere sykepleier-politikere

Paul de Raeve har stor tro på at sykepleiere vil kunne briljere som politikere. – Det er jo politikk de driver med hver eneste dag.

Midt i Europa befinner sykepleieren Paul de Raeve seg. I Brussel gjør han det han kan for å synliggjøre yrkesgruppen sin. Ikke minst for EU-kommisjonen.

De Raeve er generalsekretær i den europeiske organisasjonen for nasjonale sykepleierforbund EFN (European Federation of Nurses Association). 1. og 2. april traff han en mengde europeiske helse-topper i Oslo på en konferanse arrangert av Verdens helseorganisasjons Europa-region og norske helsemyndigheter. Der var temaet hvordan finanskrisen påvirker helsevesenet.

– Støtt sykepleierne i politikken!

Dagen etter møter Sykepleien en entusiastisk de Raeve.

– *Hva er den største utfordringen for europeiske sykepleiere for tiden?*

– Å komme seg inn i politikken. Det er for mange leger. Kvinnene og sykepleierne er for få. De trengs fra regionale nivåer til det europeiske parlament.

Han tenker på alle sykepleiere

som forholder seg til arrogante leger, dårlige pasienter, krevende pårørende, sin egen familie.

– Når du håndterer det – da er du den perfekte politiker. Hva vil jeg med pasienten? Hvordan skal jeg oppnå det? Det er politikk. Altså må det finnes mange briljante politikere blant sykepleiere.

De få sykepleierne som har blitt politikere, blir ofte sosialt isolerte.

– Derfor er det viktig å støtte dem. Forsyn dem med informasjon, hjelp dem til å bygge karriere.

Støre-fan

På Oslo-konferansen ble han begeistret av den norske utenriksministeren og hans interesse for helse.

– Jonas Gahr Støre hadde et veldig utfordrende motto: «Alle ministre bør være helseministre.» Vi forhandler som regel med helseministre, men de har sjelden mye makt. Hvis også finansministrene forstår hva helse dreier seg om, kan vi komme langt. De vil skjønne at det ikke er smart å kutte i



EUROPA-SYKEPLEIER: Paul de Raeve var nylig i Norge. Han er generalsekretær i den europeiske organisasjonen for nasjonale sykepleierforbund EFN (European Federation of Nurses Association).

helsebudsjettene, mener han.

Selv føler han seg komfortabel i helsetopp-miljøet, og kjenner godt folk i Verdens helseorganisasjon (WHO). En konferanse som dette er en god anledning til å drive lobbyvirksomhet for en fagforeningsmann.

– Det som overrasket meg mest på konferansen var budskapet om at hvis vi ikke tar vare på sykepleierne, så går det dårlig. Det er jo unikt, for dette miljøet er en legebastion.

Det ble også slått fast at når det kniper med finansene, må det satses på primærhelsetjenesten, og mindre på teknologi.

– Mer helse for pengene, sier han

og høres ut som et ekko av helseminister Bjarne Håkon Hanssen, som også var på konferansen.

Kutter i sykepleierlønnen

Men fine taler står ofte i kontrast til virkeligheten. De Raeve viser til Island, som kutter seks prosent i helsebudsjettet, og reduserer overtid og nattarbeid. I Estland har sykepleierne allerede fått kutt i lønnen.

De Raeve frykter det samme kan skje i flere land. Han tenker på Storbritannia med 450 000 sykepleiere. Like mange er det i Frankrike. Altså fristende mye å spare på å senke lønnen til denne omfangsrige yrkesgruppen.

– Sykepleierforbundene må nå være på vakt når de skal forhandle, understreker han.

Internasjonalt i Saudi-Arabia

Selv om de Raeve har fjernet seg fra sykesengen, har han mange års praksis i yrket han slåss for. Han ble sykepleier i 1984. I fem år arbeidet han med barn og unge med muskelsykdommer.

– Jeg var deres sykepleier, men også deres venn. De døde gjerne 17-18 år gamle.

Han kunne oppleve først å være med en av disse unge på kino, og deretter dra hjem og guide ungdommen videre til sitt nye liv, som han sier.

Senere dro han sammen med sin sykepleier-kone til Saudi-Arabia for å jobbe. Sykehuset hadde en internasjonal stab, og en av hans viktigste rollemodeller ble en amerikansk sykepleieleder.

– *Hva var det med henne?*

– Hun var åpen for nye ideer. Og hun var til stede i klinikken, selv om hun var leder.

Seks måneder etter ankomst, startet Gulfkrigen.

– Nesten alle forlot landet. Vi var også redde, og tenkte å reise hjem. Men vi ble beroliget av en lege som var ekspert på brannskader. Så vi ble der i to år.

Der jobbet han med premature barn.

– Vi har fortsatt hjertet vårt der.

– Fortell historier

Tilbake i Belgia fortsatte han å arbeide på neonatalavdelingen, nå på universitetssykehuset. Der fikk han etter hvert i oppdrag å samle kvantitative data om sykepleie.

– Jeg måtte fortelle helseministeren hva sykepleie er på en halv side.

Han skjønnte at han med enkle tall måtte vise at det lønner seg å satse på sykepleiere. Han brukte 23 sykepleieindikatorer, som for eksempel «vask» og «emosjonell krise».

– Poenget er å gi smale data.

Når jeg reiser rundt, ser jeg gode sykepleiere overalt.

I Polen, i Ungarn ...

Paul de Raeve

Det gjelder alle nivå av politiske beslutninger. Det er historiene man husker, ingen er jo interessert i statistikk. Derfor gir jeg alltid praktiske eksempler. Om foreldrene som får en baby på 800 gram i armene sine. Om nattsamtalen med pasienten som nettopp har amputert et bryst og bekymrer seg for tenåringsen hjemme.

Han har lært opp sykepleiere på 35 sykehus til å samle inn sykepleierdata. Det ble en stor pedagogisk oppgave, for sykepleier-kollegene mente det var bortkastet. Men de Raeve visste noe annet.

– Når budsjettene lages, mangler sykepleierne altfor ofte rundt bordet.

Han fortsatte med dette arbeidet i ti år, og har en master i statistikk. Selv om de Raeve mener det er viktig at sykepleiere jobber med teoretiske verktøy, ser han også dilemmaet:

– Vi må være forsiktig så ikke sykepleieren fjerner seg fra pasient-sengen.

Korter utdanningen

I 2002 ble han EFNs første generalsekretær. På kontoret i Brussel er det bare ham og en sekretær.

– *Hva er de viktigste EU-sakene?*

– Utdanning. Bemanning. Pasientrettigheter.

– *Den viktigste av dem?*

– Utdanning. Alt bygger på den: Uten et minstenivå på sykepleierutdanningen, vil ikke bemanningen holde mål. Dermed blir heller ikke pasientsikkerheten trygget.

Faren er reell nok: I både Belgia, Frankrike og Luxembourg er sykepleierutdanningen blitt kuttet i lengde – og fyller ikke EUs minstekrav. Dette skal behandles i EU-domstolen.

– *Er det store forskjeller blant sykepleiere i Europa?*

– Når jeg reiser rundt, ser jeg gode sykepleiere overalt. I Polen, i

Ungarn ... Utdanningen er forskjellig, men alle jobber med samme overbevisning. Det er en felles sykepleierbevegelse.

Elsker dialog

– *Hva liker du aller best med jobben din?*

– Å knytte forbindelser.

Paul de Raeve liker å få til dialog mellom mektige politikere og folk som strever. Det kan være hivpasi-sienter, folk som lever på gaten eller skrøpelige eldre. Eller sykepleiere som ikke når fram.

Slik var det i Georgia, som han nylig besøkte. I årevis hadde sykepleierne prøvd å få en avtale med helseministeren.

– Jeg visste at presidentens kone er sykepleier. Jeg sa til henne: «Jeg vil snakke med deg. Sykepleierne har et problem.» Etter en halvtime fikk de avtalen de hadde prøvd å få i tre år. Jeg er fornøyd hvis jeg klarer å åpne en dør, sier de Raeve.

– *Skal du tilbake til de premature?*

– Nei, dette er nok veien for meg nå, sier de Raeve som også holder på med en doktorgrad. Der spør han om EU er en mulighet eller ikke for kroater og rumenere. Svaret er ja, og avhandlingen skal bli en bok man kan ha på nattbordet.

– Den skal nesten ikke ha en eneste statistikk, sier de Raeve.

NSF i Europa

Unni Hembre, nestleder i Norsk Sykepleierforbund (NSF), har vært styremedlem i EFN siden 2006. Også hun trekker fram utdanningen som et av de viktigste temaene i Europa-arbeidet.

– Det er viktig av vi i Europa er enige om hva som er god nok kvalitet i sykepleierutdanningen. Så kan sykepleiere jobbe på tvers i ulike land.

Mangel på helsepersonell fram-

over er nok et viktig tema.

– Vi må i fellesskap finne ut hvordan vi skal rekruttere og motivere ungdom til å velge helsearbeid framover når andelen eldre øker.

– *Funnet ut noe lurt?*

– Det dreier seg i hvert fall om lønn og arbeidsbetingelser.

– *Hva med å importere arbeidskraft?*

– Det er ingen steder å importere

fra. Dette er et globalt problem. Vi må heller finne ut hvordan vi kan jobbe smartere og mer effektivt. I Europa ser man sykepleiere som en nøkkelfaktor i helsevesenet. Den debatten savner jeg i Norge. Mye handler om forebygging. Der har sykepleierne store ressurser.

EU utvider stadig sitt helseperspektiv. Et eksempel på det er det nye direktivet for pasientrettigheter. Fri flyt av pasienter innebærer

at pasienter har rett på behandling over landegrensene.

– En viktig innvending er at dette skaper sosiale forskjeller. Pasientene har rett til refusjon, men ikke alle kan legge ut. Samtidig er det land i Europa som er så små – Norge er kanskje ett av dem – som ikke kan tilby alle former for behandling. Det kan for eksempel være høyspesialisert hjerte- eller kreftbehandling, sier Hembre.



Plaget av rød hud?

Eucerin® Anti-Redness er en sikker løsning mot rød hud i ansiktet. Kliniske studier viser at kremen på en skånsom måte reduserer rød hud og sprevte blodkar i løpet av 4 uker. Kombinasjonen av grønne pigmenter og den beroligende planteekstrakten licochalcone fra lakrisrot virker umiddelbart og lindrende på rød hud i ansiktet. For en effektiv og lindrende behandling, spør etter Eucerin® Anti-Redness på apoteket. Se www.eucerin.no for mer informasjon.

Anbefalt av hudleger: Eucerin® Anti-Redness er klinisk testet* for bevist å redusere rød hud i ansiktet. Alle Anti-Redness produktene er uten parfyme og er utviklet for sensitiv hud.



*Weber T et al (2005): Tolerance and Efficacy of a Skin Care Regimen Containing Licochalcone A for Adults with Erythematic Rosacea and Facial Redness. (Abstr.) J Am Acad Dermatol Vol 52 (3), 95.

Ser tegnene før det smeller





Hva gjør vi med de såkalte tikkende bombene:

psykiatriske pasienter utenfor institusjon, i en tilstand som gjør noen av dem til mordere?

«Svein» (bildet) ble dømt til tvungen psykiatrisk behandling for mord. Nå er han med i et prøveprosjekt for en ny metode med lovende resultater.

Etter de tragiske trippeldrapene i Tromsø i mars hevdet politimester Truls Fyhn at psykiatrien svikter og viste til at det går mange «tikkende bomber» i gatene fordi de ikke befinner seg i institusjoner. Samtidig fremmet helseminister Bjarne Håkon Hanssen den politiske målsettingen om mindre tvang.

Fremtidig vold kan hindres ved å kartlegge fortiden. Det er ideen bak en ny metode utviklet av den nederlandske sykepleieren Frans Fluttert. Stadig flere land tar i bruk metoden. I Norge prøves den ut ved sikkerhetsenheten på Sykehuset Buskerud i Lier.

Metoden kalles ERM (Early Recognition method). Resultatene så langt betegnes som meget lovende. ERM-pasientene får færre voldelige utbrudd.

Drap ga ideen

Mange ble dypt sjokkerte da de hørte om det tilsynelatende uforståelige drapet på en ungjente i en liten nederlandsk by for en del år siden. Drapsmannen, en lokalkjent psykiatrisk pasient, ble ikke ansett for å være farlig. Frans Fluttert, som arbeidet med rettspsykiatri den gang, dro til landsbyen for å kartlegge mannens oppførsel kort tid før drapet. Han ville se etter unormale tegn. Da han kom til den lokale landhandleren fikk han bekreftet sin mistanke.

– Jo. Når du nevner det, sa kassadamen, så oppførte mannen seg rart uken før drapet. Han var mye fjernere, unngikk blikkontakt og hadde malt øyenbrynene på en ny og rar måte.

Fluttert noterte dette. Men det var først da mannen en tid senere, under forvaring, gikk til angrep på en sykepleier, at sammenhengene begynte å bli klarere. I tiden før dette siste angrepet hadde pasienten oppført seg på nøyaktig samme måte. Fjern

og unnvikende. Hva betydde disse forvarslene?

– En persons historikk forteller mye om det som kan skje i fremtiden. Det er fullt mulig å forutsi risikoen for nye voldshandlinger, sier Frans Fluttert.

Han har jobbet med risikovurdering og atferdsendring siden 1999. Det han kaller «early recognition and early intervention» omhandler kartlegging av pasienter som er potensielt farlige for andre og tidlig inngripen basert på denne kartleggingen. Fluttert kaller dette selv å få tak i pasientens «black box» (metafor fra luftfarten). Det vil si å gripe inn før krisen oppstår.

Se det før det skjer

ERM-metoden baserer seg på at det er mulig å kartlegge risiko og endre atferd før volden oppstår.

– Det vil alltid være en viss usikkerhet knyttet til fremtidig atferd. Men det har skjedd store fremskritt i fagområdet risikovurdering. Tendensen er at man nå går mer bort fra en generell allmenn tenkning til en individrettet tenkning. Individets historikk sier mye om fremtidig risiko, sier Frans Fluttert.

– Det som slo meg som rettspsykiatrisk sykepleier var mangelen på evidensbaserte metoder, samt at det fantes få mestringsmetoder som pasientene kunne dra nytte av. Jeg bestemte meg for å studere risiko og behandlingsstrategier i forhold til denne.

Studiene skal resultere i en doktortrad. Metoden er etter hvert blitt skreddersydd til å passe for flere pasientgrupper, og prøves nå ut i seks europeiske land.

– Det norske prosjektet på Lier er det mest lovende av dem! Jeg har store forventninger til arbeidet som gjøres der, måten å jobbe på og målene våre stemmer godt overens, sier Fluttert. ▶

Kjenner når det drar seg til

LIER: – En tidsinnstilt bombe, sa politiet om fjortenåringen «Svein». Selv betegner han seg som en rolig fyr.

Åtte år etter politimannens bombastiske utsagn, begikk «Svein» et drap under særdeles skjerpene omstendigheter. Han var psykotisk da han gjorde det, og ble dømt til psykiatrisk behandling. I dag bor han bak lukkede dører på sikkerhetsenheten på Sykehuset Buskerud.

Mest vonde minner

Nøkkelknippet vrir i flere låser til det knepper lett og døren inn til korridorfløyen åpnes. Han ser ikke ut som en av Norges farligste menn idet han kommer stillfaren over dørstokken. Fysikken er ikke det mest dominerende trekket ved 29-åringen. «Svein» avslår tilbudet om en spasertur ute. Han gidder ikke å gå tur i nærområdet. Etter snart seks år kan han alle trær og busker utenat. Hadde forslaget vært til Teknisk Museum, eller Sjøfartsmuseet, ville svaret blitt et annet. Han savner turene dit. Var der som barn. Vil huske disse opplevelsene om og om igjen. Mye annet har skjedd som han helst vil glemme.

– Jeg ruset meg mye på det meste da jeg var ung. Unntatt heroin, da.

– *Hvorfor?*

«Svein» vrir seg i stolen. Knytter hendene sammen. Ser ned i bordplaten i det hvite rommet.

– Jeg skulle gjerne ha spolt tilbake tiden. Husker litt av det. Jeg hadde det mye gøy, men mye mer

helvete. Det ble mye tull. Miljøet var slik.

Han orker ikke å snakke om foreldrene. Nøyer seg med å si at barndommen ikke var bra. Fosterhjemmet han bodde i fem og et halvt år etter at det meste gikk over styr, følte ikke som noe hjem. Tvert imot.

– Det var jævlig og sjukt der.

Nettverket rundt unggutten var syltynt.



– Jeg sa jeg trengte hjelp. Ingen trodde meg. Det er ikke så lett å se at jeg har det dårlig. Synes ikke utenpå – og jeg orker ikke å mase. Sier ikke så mye, jeg.

Suget etter tilhørighet førte tenåringen strake veien inn i to ulike ekstreme miljøer. Her fikk han aksept ved å holde seg innenfor snevre intellektuelle og fysiske grenser. Han sjonglerte mellom miljøene. I dag er det massive sølvkjedet rundt halsen hans et synlig minne fra en fjernere fortid. Han kjøpte det samme år som drapet. Nå unngår han tidligere bekjente.

Han vet at et gjensyn med dem kan bety stor fare. Vil ikke tilbake dit.

– Jeg ble veldig farlig når jeg ruset meg. Særlig under nedturen, kombinert med alkohol. Du kan bli fryktelig gæren i løpet av de 24 timene det varer.

– Kjenner meg selv bedre

I ERM-behandlingen er rus-sug og kontakt med gamle miljøer satt opp som tilleggsforvarsler av behandlingene. Tankeforstyrrelser, uro, fjernhet og angst er også dårlige tegn, forvarsler som «Svein» selv har satt opp.

– *Du har vært med på ERM-prosjektet her på huset siden oktober i fjor. Hvordan er det?*

– Jeg vet ikke, man får jo kartlagt en del ting da. Jeg forteller bare om hvordan formen er. Jeg vet egentlig ikke hva sykepleierne vil frem til helt til slutt, men jeg lærer i alle fall meg selv å kjenne litt bedre. Når symptomene som tyder på at ting går den gale veien kommer, tar jeg kontakt. Så roer det hele seg.

– *Hvordan var det før du kom hit?*

– Da var jeg innlagt på en annen sikkerhetsavdeling. Det er bedre å være her.

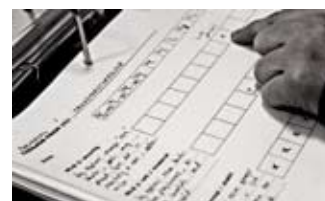
– *Hvorfor?*

– Når ting gikk imot, var terskelen for å bruke tvang med belte veldig lav, føler jeg. Det var kjipt. Jeg sa bare fra om hva jeg mente. Beltebruken skjedde fire ganger. Her har det ikke skjedd en eneste





ERM- metoden



Skjema for å registrere atferd.

- ERM (Early Recognition Method) er en systematisk behandlingsmetode utviklet av den nederlandske sykepleieren Frans Fluttert.
- Metoden bygger på tenkningen om at det er mulig å stoppe uheldige mentale prosesser ved å komme dem i forkjøpet og få endret atferd før den utvikler seg til et voldelig utbrudd.
- I praksis starter man ved å kartlegge forvarslar, tidlige tegn på psykisk ubalanse. Når disse opptrer, trappes behandlingen opp gjennom samtaleterapi og andre tiltak.
- Målet er å kunne redusere bruken av tvangsingrep av ulike karakterer.
- Metoden passer ikke for pasienter som er svært psykotiske og de som anses å ha en mer rendyrket psykopatisk personlighet.

gang. Her kan jeg si fra. Det er lov å ha meninger.

Han har hatt noen aggressive utbrudd på Lier. Siste gang var da «Svein» følte at han ikke ble trodd under en ruskontroll. Da gikk det slag i dører og vegger.

– Men slike episoder er stort sett over nå.

Ønsker rolig liv

Seks år på sikkerhetsenheten på Lier har gitt stabile og trygge rammer, men «Svein» føler fortsatt at han mangler et hjem.

– Jeg er drittlei nå. Vil ha et hjem. En egen bolig i en institusjon med mindre folk rundt meg og mye mer å gjøre.

VIL HA HJEM: «Svein» ønsker nå en egen bolig tilknyttet en institusjon.

«Svein» mener han har utviklet seg mye siden han ble tatt for drap.

– Jeg er ikke så aggressiv nå, er mye roligere. De nye medikamentene hjelper. Det er ikke så mange stemmer inn i hodet mitt – litt er det jo – men mye mindre.

– *Ønsker du å fortsette med ERM-metoden fremover?*

– Ja, når forvarslene kommer er det på tide å ta tak i dem.

– *Hvordan ønsker du helst å ha det?*

– Stille og rolig. Jeg liker ikke folk som bråker mye, for å si det sånn. Kunne tenke meg en tur hver dag med en person jeg går overens med. Jeg har en del ressurser og prøver å skape en trivelig tilværelse i stuen når jeg kan slappe av. Tar ansvar for det. Men jeg er en angstfylt person. Det bor mye redsel inni meg.

Ny metode vekker oppsikt

ERM kan brukes på mange pasientgrupper, mener prosjektlederen som fikk metoden til Norge.

Samhandling og systematikk er hovedingrediensene i ERM. Metoden egner seg også for andre pasientgrupper enn høyriskopasienter.

Det mener prosjektleder og psykiatrisk sykepleier Gunnar Eidhammer ved sikkerhetsenheten, Sykehuset Buskerud. Han ble kjent med ERM da han hørte på opphavsmannen, Frans Fluttert, under et seminar i Amsterdam i 2007.

– Vi skjønnte fort at denne modellen kan fungere godt i Norge. Den kognitive tilnærmingen passer godt med vår organisering. Vi jobber tettere med pasientene enn det som er praksis i mange andre land. Med flere ansatte på hver avdeling har vi større kapasitet til å forvalte pasientenes følelser og tanker.

Høyriskopasienter

Flutterts metode blir nå prøvd ut i Nederland, Tyskland, England og Sverige. En norsk tilnærming virket spennende og viste seg å være innen rekkevidde. Eidhammer og Maria Knutzen, også psykiatrisk sykepleier, bestemte seg for å starte et pilotprosjekt og fikk godt gehør for dette. Prosjektgruppen valgte å bruke ERM i behandlingsopplegget for tre pasienter på sikkerhetsenheten.

– De fleste her på avdelingen har en psykisk lidelse, med høy grad av sårbarhet i seg. De er ikke vant til å snakke og ha samtaler. Mange har erfaring med at folk er livredde og skyr dem, eller er sinte på dem. De er vant til mye ekstrem kommunika-

sjon fra sin fortid. For dem er det en stor omstilling å bli møtt med omsorg, struktur og rammer. Derfor tar det ofte litt tid før de blir vant til at vi faktisk ønsker dem vel, sier Gunnar Eidhammer.

Pasienten medvirker aktivt

I motsetning til mange andre behandlingsmetoder legger ERM vekt på samarbeid og full åpenhet med pasienten. Etter en grundig innføring og kartlegging blir forvarsler identifisert. Dette er risikoatferd som kan lede til voldelig utbrudd eller selvskadning uten behandling. Kartleggingen skjer ved å granske tidligere hendelser og analysere atferden i forkant av hendelsene.

– Forvarslene varierer veldig fra person til person. Det kan dreie seg om stamming, angst, uro og mye annet. Når vi går nøye inn i pasientens historie kan vi se at det finnes en del repeterende mønstre hvis de ikke blir stoppet. Når personen har ruset

seg fem ganger, og det hver gang har endt med vold, kan vi si at det finnes et skadelig mønster. Vi må endre kursen ved at pasienten utvikler alternative handlingsmønstre. Vi kan neppe stoppe alle voldsutbrudd, men vi kan jobbe systematisk med



I NEDERLAND: Psykiatrisk sykepleier Gunnar Eidhammer ble inspirert på et seminar i Nederland og bestemte seg for å starte et pilotprosjekt sammen med kollega Maria Knutzen.

mekanismene i mye større grad enn det vi tidligere har gjort, sier Eidhammer.

Antallet forvarsler kan variere fra to til cirka seks. Pasienten peker ut noen, og pårørende og behandlerne kan utfylle listen med flere.

– Mange erfarne psykiatriske sykepleiere kjenner til metodene, dette

Hennes doktorgradsarbeid handler om bruk av tvangsmidler innen akuttpsykiatri.

– ERM er nok den metoden jeg har sett som er mest nærliggende brukerperspektivet, utfyller Eidhammer.

Samhandling

Nærhet og avstand til pasientene er en stor faglig utfordring for sykepleierne på sikkerhetsavdelingen.

– Vi har pasienter som har vært her over lang tid, og vi blir fryktelig godt kjent med dem. Familienettverket deres mangler ofte, noe som også kan utfordre den profesjonelle biten hos oss. Det er viktig å være bevisst på disse mekanismer i forhold til sykepleierrollen, sier psykiatrisk sykepleier Lars Erik, som ikke vil ha etternavnet sitt på trykk av sikkerhetshensyn.

Vi har pasienter som har vært her over lang tid, og vi blir fryktelig godt kjent med dem

Lars Erik, psykiatrisk sykepleier

med forvarsler og risikoanalyse, men arbeidet er aldri blitt systematisert til evidensbasert sykepleie. Det at pasienten medvirker er også nytt, sier Maria Knutzen, som ønsker å bruke resultatene av ERM-prosjektet i en doktorgrad på sikt.



ERM i Lier

- Pilotprosjektet foregår på psykiatrisk avdeling, sikkerhetsenheten, på Sykehuset Buskerud i Lier i samarbeid med Frans Fluttert.
- Kompetansesenteret for sikkerhet, fengsels- og rettspsykiatri for helseregion Sørøst er prosjektansvarlig.
- Psykiatrisk sykepleier Gunnar Eidhammer har det daglige ansvaret for arbeidet med prosjektet på sikkerhetsenheten.
- Prosjektet startet i oktober 2008, som et behandlingsopplegg for 3 pasienter, og utvides våren 2009 til 6 pasienter.

Han har jobbet på sikkerhetsenheten siden starten i 2003.

Pasientgruppen som befinner seg på norske sikkerhetsavdelinger er



marginal, rundt 50-60 personer. ERM kan brukes på langt større pasientgrupper, blant annet ungdomspsykiatri, generell psykiatri og innenfor rusproblematikk. Men da må kommunene mer på banen.

– Vi har sett at det har vært problemer med å overføre kompetanse fra sykehusnivå og mot kommunene noen ganger, for eksempel ved at det blir et brudd i relasjonene som pasienten er veldig sårbar for, eller at det finnes for få ressurser ute i kommunene. Skal behandlingen lykkes må det være en felles forståelse og opplegg slik at pasienten blir møtt på en forutsigbar og trygg måte, sier Gunnar Eidhammer.

BEVISST: Det er viktig å være seg bevisst sykepleier-rollen når man kommer så tett inn på pasienter uten eget familienettverk, mener Lars Erik.

9 av 10 norske sykehus bruker Sterisol,

nå er Sensitive serien tilgjengelig for alle

Anbefalt av



- ✓ uten parfyme
- ✓ uten konserveringsmiddel
- ✓ allergiforebyggende
- ✓ for tørr og sensitiv hud

Mer enn hver femte person i Norge har tørr eller sensitiv hud. Blant de vanligste årsakene til allergier er kontakt med konserveringsmiddel og parfyme.

Sterisol har utviklet en komplett hår- og hudpleieserie uten konserveringsmiddel og parfyme. Tørr eller sensitiv hud trenger milde og pleiende produkter. Daglig bruk av Sterisol Sensitive System styrker hudens naturlige egenskaper og reduserer risikoen for hudirritasjoner og kontaktallergi. Serien er bra for alle, men spesielt tilpasset svært sensitiv hud.

Produktene kan kjøpes hos:



Sterisol

- alltid en mildere løsning

Markedsføres av:
Puls as, Tel: +47 23323000
www.puls-norge.no

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 aluminiumhydroksyfosfatadjuvans) 225 µg, vann til injeksjonsvæsker. **Indikasjoner:** Vaksine som skal forhindre premaligne genitale lesjoner (cervikale, i vulva og vaginale), cervixcancer og kjønnsvorter (condyloma acuminata) som har årsakssammenheng med humant papillomavirus (HPV) av typene 6, 11, 16 og 18. Indikasjon er basert på effekt hos voksne kvinner 16-26 år og påvist immunogenisitet hos barn og ungdom 9-15 år. Beskyttelseseffekt er ikke undersøkt hos menn. Bruk av preparatet skal følge offentlige anbefalinger. **Dosering:** Primærvaksinasjon: 3 separate doser på 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. Ved alternativt 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 innen 1 år. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. **Barn: <9 år:** Ikke anbefalt pga. utilstrekkelig data vedrørende immunogenisitet, sikkerhet og effekt. Gis i.m., fortrinnsvis i overarmens deltamuskel eller i det øvre anterolaterale området på låret. Må ikke injiseres intra-vaskulært. Hverken subkutan eller intradermal administrering er undersøkt, og anbefales derfor ikke. Det anbefales å fullføre vaksinasjonsplanen. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved symptomer på overfølsomhet, må det ikke gis flere doser. Vaksinerings utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. Vaksinerings er ikke kontraindisert ved mindre infeksjon, som en lett øvre luftveisinfeksjon eller lett feber. **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-type 6, 11, 16 og 18. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer må fortsatt følges. Beskytter ikke mot eksisterende HPV-infeksjoner. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert som behandling av cervixcancer, høygradige cervix-, vulva- og vaginaldysplasi eller kjønnsvorter, eller for å hindre utvikling av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig screeningundersøkelse av cervix. Regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Det foreligger ikke data om bruk ved 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 i.m. injeksjon kan oppstå blødning hos disse pasientene. Varighet av beskyttelsen er ukjent. Vedvarende beskyttelseeffekt har vært påvist i 4,5 år etter fullført primærvaksinasjon på 3 doser. Ingen sikkerhets-, immunogenisitets- eller effektivitetsdata støtter kombinasjon med andre HPV-vaksiner. **Interaksjoner:** Kan gis samtidig med hepatitt B-vaksine på annet injeksjonssted uten å forstyrre immunresponsen på HPV-vaksinen. Andel personer som oppnådde et beskyttende nivå av anti-HB f10 mIE/ml ble ikke påvirket, men anti-HBs geometriske middelverditer var lavere når vaksinen ble gitt samtidig. Klinisk betydning er ukjent. Samtidig bruk med andre vaksiner er ikke undersøkt. Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på preparatet. **Graviditet/Amming:** Overgang i placenta: Begrensede data indikerer ingen sikkerhetsrisiko. Bruk under graviditet anbefales imidlertid ikke, og vaksinerings bør utsettes til etter fullført graviditet. Overgang i morsmelk: Kan gis til ammende. **Bivirkninger:** Svært vanlige (≥1/10): Øvrige: Erytem, smerte og hevelse på injeksjonsstedet, pyreksi. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Øvrige: Blåmerke og pruritus på injeksjonsstedet. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Hud: Urticaria. Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent: Blod/lymfef: Lymfadenopati. Gastrointestinale: Kvalme, oppkast. Immunsystemet: Overfølsomhetsreaksjoner inkl. anafylaktiske/anafylaktoide reaksjoner. Luftveier: Bronkospasme. Muskel-skjelettsystemet: Uspesifikk artritt/artropati. Nevrologiske: Guillain-Barrés syndrom, svimmelhet, hodepine, synkope. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Ved overdosering er bivirkningsprofilen sammenlignbar med det som er observert ved anbefalte enkelt-doser. **Egenskaper:** Klassifisering: Rekombinant, adsorbert, ikke-infeksiøs fire-komponentvaksine med adjuvans, laget av høyrensedede viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidprotein hos HPV-type 6, 11, 16 og 18. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ikke virus-DNA og kan ikke infisere celler, reproducere eller forårsake sykdom. **Virkningsmekanisme:** HPV infiserer bare mennesker, men dyreforsøk med analoge papillomavirus antyder at L1 VLP-vaksiner beskytter ved å indusere en humoral immunrespons. Preparatet beskytter mot infeksjoner forårsaket av de fire HPV-typer i vaksinen. Etter 3 år er beskyttelseeffekten mot HPV 6-, 11-, 16- og 18-relatert CIN 2/3 og AIS, VIN 2/3, ValN 2/3 og kjønnsvorter på hhv. 99%, 100%, 100% og 99%. Kryssbeskyttelseeffekt mot CIN 2/3 og AIS er også vist mot 10 ikke-vaksinertyper. Kombinert er effekten på 23%, mens for HPV-31 alene er effekten på 56%. Det er ikke vist beskyttelse mot sykdom forårsaket av HPV-typer hos pasienter som er PCR- og/eller antistoffpositive før vaksinerings. Påvirker ikke utvikling av infeksjoner eller lidelser som er til stede ved vaksineringsstidspunktet. **Terapeutisk serumkonsentrasjon:** Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke identifisert. Innen 1 måned etter 3. dose er 99,9% antistoffpositive mot HPV 6, 99,8% mot HPV 11 og HPV 16, og 99,6% mot HPV 18. Immunogenisitet har sammenheng med alder og anti-HPV-nivåer ved måned 7 og er merkbart høyere hos pasienter <12 år enn hos eldre. Eksakt varighet av immunitet etter primærvaksinasjon med 3 doser er ikke fastslått. Bevis på immunologisk hukommelse ble sett hos vaksinerte personer som var antistoffpositive mot relevant HPV-type(r) før vaksinerings. Vaksinerte som fikk en tilleggsdose 5 år etter vaksinasjon, viste en hurtig og kraftig antistoffrespons (tegn på immunologisk hukommelse) som var større enn anti-HPV geometrisk middelverditer observert 1 måned etter den 3. dosen. Basert på immunogenisitetsammenligning kan en anta at vaksinen også har beskyttelseeffekt hos jenter 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 uklær, hvit suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging for injeksjon. Legemidlet skal kastes dersom det inneholder partikler eller er misfarget. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksinerings. Passende kanyle velges ut i fra pasientens størrelse og vekt for å sikre i.m. injeksjon. Sikkerhetsmekanismen vil dekke kanylen etter injeksjon for å forhindre stikkskade. Kontakt med aktiveringstappene på sikkerhetsmekanismen må unngås for å sikre at plastyhlsen ikke dekker kanylen for tidlig. Sørg for at luftbobler fjernes fra sprøyten før injeksjon. Må ikke blandes med andre legemidler. Destruksjon: Ubrukt legemiddel eller avfallsmateriale skal behandles iht. lokale krav. Sist endret: 18.11.2008. **Pakninger og priser:** Ferdigfylt sprøyte med sikkerhetsmekanisme og to kanyler: 0,5 ml kr 1181,10. HPV 16 og 18 er ansvarlig for omtrent 70 % av tilfellene av høygradig cervikal intraepitelial neoplasia (CIN 2/3) og adenocarcinoma in situ (AIS) av høygradig vulvadysplasi (VIN 2/3) hos unge kvinner før menopause. Godkjent av NOMA: 29.10.08

Nytt tidsskrift om geriatri

NSFs faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens er ute med sitt nye tidsskrift Geriatrik Sykepleie.

Det papirbaserte tidsskriftets første utgave har allerede funnet veien til postkassene hos faggruppens medlemmer. Ifølge redaktør Karen Bjørø er formålet med bladet todelt.

– Det skal formidle fagstoff som kan underbygge kunnskapsbasert praksis om eldre mennesker. I tillegg skal vi være et medlemsblad som formidler informasjon om vårt fagpolitiske arbeid, forteller hun til Sykepleien.

Sykepleiefaglig perspektiv

– Geriatrik Sykepleie har en viktig rolle i forhold til å skape positiv identitet hos sykepleierne som arbeider med eldre og personer med demens. Vi skal fokusere på helse og sykdom hos eldre mennesker ut ifra et sykepleiefaglig perspektiv.

Faggruppen hadde tidligere et medlemsblad som gikk under navnet FGD-nytt. Men navnet formildet ifølge Bjørø lite om innholdet, og sa lite om kjernen i faggruppens arbeid. Hun er stolt av å kunne presentere et nytt tidsskrift med nye muligheter.

– Navnet på vårt nye tidsskrift forteller klart og tydelig hvem som er målgruppen. Vår faggruppe retter seg mot alle som arbeider med eldre mennesker både i spesialhelsetjenesten og i eldreomsorgen i kommunehelsetjenesten, sier hun.

Ulike tema

Bjørø presiserer at man ikke behøver å være spesialsykepleier for å bli medlem.

– Alle med interesse for eldre mennesker er velkommen.

Geriatrik Sykepleie skal fokusere på ulike tema. Den første utgaven handler om depresjon hos gamle mennesker. Neste nummer vil ta for seg smerte i samme aldersgruppe.

– Vi inviterer både sykepleiere og andre til å sende inn stoff som berører de planlagte temaene. Men artikler i en bestemt utgave av Geriatrik Sykepleie kan også handle om helt andre ting enn det oppsatte temaet. Så dersom du ønsker å få en artikkel på trykk, er du velkommen til å ta kontakt, oppfordrer Bjørø.

Også ikke-medlemmer av faggruppen har anledning til å tegne abonnement av tidsskriftet, opplyser hun.



Den første utgaven av Geriatrik Sykepleie.

I DAG KAN VI GJØRE MER



GARDASIL®

Vaksine mot humant papillomavirus
Type 6,11,16,18
Rekombinant, adsorbent

Den firevalente
vaksinen som skal
beskytte mot
livmorhalskreft*
– for bred beskyttelse
og tidlig nytte



Livmorhalskreft*



Premaligne genitale lesjoner

• Livmorhalsen

• Vulva

• Vagina **NY** indikasjon



Eksterne kjønnsvorter

Forårsaket av HPV 6,11,16 og 18**







– Her er jeg trygg

CANADA: Clyde Wright (bildet) drakk seg full fra han var seks år for å flykte fra mishandlingen på internatskolen. Så gikk det slag i slag. Heldigvis finnes sprøyterommet Insite. Og hyggelige sykepleiere.

Vancouver på vestkysten av Canada er på mange måter lik en norsk by. Innbyggertallet er omtrent som i Oslo og klimaet minner mistenkelig om det dryppende bergenske. Folket er høflig og elskverdig, og helse- og sosialpolitikken likner mer den norske enn den hos naboen USA.

Men på ett punkt skiller byen seg kraftig fra Norge. Temperaturen er mild nok og husene dyre nok til at det sover minst 3 000 hjemløse på gatene hver natt. De fleste av dem i byens belastede fattigstrøk, Downtown Eastside, hvor også 5000 av bydelens 15 000 er rusmiddelavhengige.

Mange indianere

– Vancouver er den canadiske byen med størst populasjon av indianere utenfor reservat, forteller Sarah Evans, leder for sprøyterommet Insite som ble startet i 2003.

Det er Nord-Amerikas første overvåkede sprøyterom.

Canadas 1,2 millioner indianere er blant landets fattigste, med høye andeler alkoholikere, rusmisbrukere og selvmord. 20 prosent av de som er rusmiddelavhengige i Vancouver, er indianere.



SER TRAUMER: Sarah Evans leder sprøyterommet Insite og avrusningen Onsite. Hun senker stemmen når hun betror oss at omtrent 100 prosent av beboerne ved Onsite har opplevd traumer og misbruk som barn.

– Insite har forandret livet her i Downtown Eastside. Det er blitt mindre overdosedødsfall, hiv og sprøyter som slenger rundt på gata, sier Clyde Joel Wright, som Sykepleien treffer på East Hastings street i Vancouver.

Den 46 år gamle indianeren fra et reservat i Hazleton i Nord-Canada er som mange andre av Nord-Amerikas urbefolkning offer for hardhendt



VELKOMMEN: Arvita Cotter er den eldste sykepleieren på Insite. Hun har jobbet 20 år i et kvinnefengsel og sier hun kjenner igjen mange av de tidligere innsatte på sprøyterommet.

UNGE SYKEPLEIERE: Tracy er en av de mange unge sykepleierne på Onsite. Turnoveren er høy blant personalet, men mange blir i området som sykepleiere på andre institusjoner.



assimileringspolitikk. Seks år gammel ble han og hans to eldre søsken tatt fra foreldrene og sendt langt av gårde på internatskole hvor han ble mishandlet.

– Foreldrene mine ble fortalt at de ville havne i fengsel hvis de ikke lot oss dra.

Horror skolen

Port Alberni indian residential school lå på Vancouver-halvøya. På skolen ble Clyde slått med et smalt lærbelte hver gang han snakket sitt eget språk. Han ble ofte nektet mat eller å gå ut. Elevene fikk ikke praktisere sin religion eller gå i tradisjonelle klær.

Han snakket aldri med sin eldre bror og søster om hva som skjedde på skolen. Clyde gjorde som vennene sine, og drakk alkohol fra han var seks år.

– Vi lærte av foreldrene våre.

Når moren var full, stjal han tobakk fra henne før han var seks år. Som 18-åring satte han sin første injeksjon med kokain. Opplevelsene fra skolen satt i kroppen og gjorde at han havnet i trøbbel.

– Jeg slo folk jeg ikke kjente. Jeg har et kriminelt rulleblad. Til sammen har jeg sittet åtte år i fengsel for ulike voldsdommer.

– Internatskolene er Canadas skitne lille hemmelighet. Skolene var intet mindre enn et verktøy til å begå kulturelt massedrap. Barna ble tatt fra fem års alder. De ble ofte revet skrikende og sparkende ut av foreldrenes armer. Resultatet er at enorme antall endte opp med alkohol- og stoffmisbruksproblemer for å takle grusomhetene de ble utsatt for. Mange av deres barn igjen fikk følt alkohol- og stoffmisbruksproblemer og flere av dem ble også slått og misbrukt. Internatskolene har på den måten hatt ødeleggende effekt på generasjoner, sier Quintin Winks, journalist i Alberni Valley Times.

Han har skrevet flere artikler om internatskolen i Port Alberni, hvor Clyde gikk i fire år. Port Alberni ble drevet av United Church of Canada og var i drift fra 1920 og ut 1972. I februar i år ble soveromsdelen jevnet med jorden. Flere av skolens tidligere elever møtte opp og mange av dem fortalte om en skolegang som hadde ødelagt dem for livet.

– Noen av skolene var bedre og andre var verre. Port Alberni var blant de verste, sier Quintin Winks.

Vil hjelpe andre

I dag lever Clyde livet sitt i East

Hastings street. Han er åpen og vennlig og den eneste sykepleieren treffer på gata som tillater at vi tar bilde av ham. Det kryr av slitne skjebner langs fortauet. Mange triller handlevogner med alt de eier i – en sovepose og litt klær.

– Jeg har brukt alle de stoffer jeg kunne få tak i. Jeg tjente godt på ulike jobber i bygningsindustrien. Men er ikke lenger håpløst avhengig. Nå gjør jeg bare det:

Han slår seg på brystlommen hvor han har glassrøret han røyker kokain og crack med.

– Jeg trenger ikke det:

Han etterligner sprøytestikk over åren langs armen.

Clyde er nykter når vi treffer ham. Noen kvartal ovenfor Insite bor han på en hybel sammen med kjæresten. Toalett og dusj er de tolv som deler. På andre siden av gaten er lokalet til VANDU (Vancouver Area Network of Drug Users), brukerorganisasjonen til tidligere og nåværende rusbrukere hvor Clyde er styremedlem. Hit kommer han daglig for å ta en prat, hjelpe til med kaffeservering eller delta på styremøter som de har minst 40 ganger i året. Han er visepresident i Western Aboriginal Harm Reduction Society og har

tidligere drevet med humanitært arbeid gjennom en lokal kirke i gata. I skulderveska han alltid bærer rundt på, har han en rød plastboks han samler opp brukte sprøyter i hvis han finner noen.

– Jeg ønsker å hjelpe andre som har problemer. Jeg blir humørsyk hvis jeg ikke er til nytte. Jeg trenger å gjøre en god gjerning hver dag for å føle meg vel.

Insite

Clyde Wright røyker helst kokain eller crack. Men av og til injiserer han. Kanskje en gang i uka.

– Da smaker jeg på stoffet først og så går jeg alltid til Insite fordi sykepleiere er der dersom jeg overdoserer. De to tingene er den viktigste skadereduksjonen og gjør at jeg føler meg trygg. Sykepleierne er rolige og vet alltid hva de skal gjøre. De spiller en viktig rolle i hele Downtown Eastside. De er mer til stede enn legene og de gjør en forskjell.

Hovedgrunnen til at Clyde klarte å slutte den hyppige rusbruken, var at han overdoserte, og flere ganger holdt på å dø.

– Hvor mange ganger skjedde det?

– Jeg mistet tellinga.

Insite har tolv injeksjonsplas-

Her legger vi oss ikke bort i hva de bruker, så lenge de injiserer.

Sarah Evans

ser og fullt trøkk de 18 timene i døgnet som huset er åpent. De har 8 000 registrerte brukere. 800-1000 besøkende er innom daglig. Færre på solfylte dager, flere når det regner.

Når Sykepleien er innom, får vi streng beskjed om ikke å ta bilder inne, og for vår egen sikkerhets skyld holde fotoapparatet godt nedpakket i sekken. Christa sitter i resepsjonen, en ung jente med tatoveringer fra håndleddene og oppover og simultankapasiteten i orden. Hun snakker i telefonen samtidig som hun registrerer de som vil inn, fyller på esken med sprøyter og konverserer Sykepleien. Døra går opp i ett sett. Mange kommer i et rasende tempo og grabber med seg noen sprøyter, litt sterilt vann og spritservietter til å tørke seg med, før de farer ut igjen. Andre sukker høyt og banner når de får høre at det er ti stykker foran dem i køen.

Brukerne er registrert med kal-lenavn: Heather 7, Agnes, Doub og Wade 64. Clyde Wright er registrert som Zibo, et navn han har tatt fra en film.

Aldersgrensen for å bruke Insite er 19 år, men er de mellom 16 og 19, kan de få tilgang dersom de går gjennom et intervju først. Insite-



SÅRSKIFT FOR VIDEREKOMNE: Shorty på 29 år bor på gata og har lopper, lus og skabb. Føttene har vonde sår han skifter altfor sjelden på. Sykepleier Beverly Lightfoot lurte ham inn på sårskiftsrommet under dekke av å skulle se på øynene hans som renner, og så spurte hun om de ikke samtidig skal skifte på sårene hans. Da går han med på det.

personalet sjekker ikke papirene. Det hele er basert på tillit.

En eldre, forholdsvis distingvert herre med hvitt, velpleid skjegg og stakk kommer inn.

– Johnny V. V som i Vancouver, sier han og går inn på venterommet.

Christa finner ham i registeret.

Han kommer ut noen sekunder etterpå.

– Jeg forandret mening, sier han og går ut igjen.

Shorty med sårene

Fra venterommet slippes de en og en inn til nyvaskede båser i selve sprøyterommet med speil og lys som i garderoben ved et teater. Speilet letter jobben både for den som injiserer og de to sykepleierne som observerer mens musikk fra stereoanlegget dundrer i bakgrunnen. Sykepleierne noterer hva de injiserer. Det går mye i blandinger som heroin og kokain.

– Her legger vi oss ikke bort i hva

de bruker, så lenge de injiserer, sier lederen Sarah Evans.

Etterpå går de ut til den såkalte «chill out»- loungen, hvor de kan sitte og slappe av med en kopp kaffe eller te, servert av tidligere rusbrukere, «peers» som de kalles.

Inne i gangen på sprøyterommet er et rom med døren på gløtt. En stram lukt siver ut. Det er sårskift på gang og Sykepleien og Svein Roald Olsen fra Norsk Sykepleierforbund

Du må få skiftet oftere på sårene dine, Shorty. Ser du det grønne her?

Beverly Lightfoot

får Shortys tillatelse til å se på.

Shorty er 29 år. Tidligere ishockeyspiller. Nå klynker han. Han er dekket av små sår helt opp på halsen. Nederst på leggene har han en ukens gamle bandasjer som er grodd inn i store, væskende sår. På venstre fot over hælen buler det en abscess. Stanken er overveldende. Råtten og sur på samme gang.

Shorty skriker ut når Svein Roald Olsen hjelper sykepleier Beverly Lightfoot med å helle sterilt vann på sårene. Hun drar i de skitne bandasjene. Mer roping.

– Pust. Du er en modig mann, trøster Olsen.

– Jeg er en dum mann!

Shorty klør over hele kroppen. Han har hendene begravd ned i bukse og får et av utyskene på fingeren og viser det til Sykepleien.

– Se. Sånn ser de ut.

Det er en brun lus han har knertet. Han har lopper og skabb også. Det kravler overalt i klærne hans. Han plystrer tvangsmessig og virker fjern.

– Det er virkelig. Det er ikke noe du innbiller deg, realitetsorienterer Beverly.

Hun klarte å lure ham med inn på sårskifrommet under dekke av å skulle se på øynene hans som rant. Hun visste at hun ikke ville fått ham med dersom hun sa hun skulle skifte på sårene.

– Du må få skiftet oftere på sårene dine, Shorty. Ser du det grønne her? Det tror jeg er sopp, sier hun.

Han svarer ikke. Plystrer mens han klør seg og gjemmer ansiktet i hendene når han skriker av smerte.

Beverly gir beskjed om å få nye klær til Shorty. Inn kommer først en dressbukse med prislappen fremdeles på. Etterpå flagrer det inn en

vinrød kardigan. Shorty ser opp.

– No-ho! ler han.

– Nei, du vil ikke ha den? spør Beverly.

Hun ruller våte bleier på sårene for å myke dem opp.

– Oops, det var Christas jakke, roper de ute fra gangen og henter den ut igjen.

Shorty får en skjorte i stedet som han godtar. Men når Beverly holder opp terylenebuksa, rister han på hodet.

– Jeg kan ikke ha på meg den.

Det ender med at Svein Roald Olsen tilbyr Shorty sine egne brune jeans, i bytte mot bukse med press fra Insite.

– That's fine with me, sier Shorty.

Han lover å gå til et sted som Beverly henviser ham til. Der skal han få en krem mot udryene og en dusj.

Onsite

Insite er verdenskjent for sin helhetlige tankegang rundt organisering. Stedet har muligheter for avrusning og rehabilitering i samme bygg (Onsite). Lenger ned i gaten har de også et botilbud (CTCT – Community Transitional Care Team) som er en slags mellomstasjon for rusbrukere som er utskrevet fra sykehuset, men som trenger medisinsk oppfølging hver dag. De som har et sted å bo, ville i så fall fått hjemmesykepleier, men de som bor på gata, får ingenting. På CTCT får de bruke stoff, det eneste kriteriet for å bo der, er at man møter til medisinsk behandling.

Fra mars 2004 og til juli 2008 hadde de over 1 000 overdose-tilfeller ved sprøyterommet, men ingen dødsfall, selv om 453 av dem kunne vært dødelige. Overdoserer noen, er det alltid to sykepleiere til stede som

139 EAST HASTING STREET: Den grønne bygningen er sprøyterommet Insite med avrusningsdelen Onsite i andre etasje og rehabilitering i tredje. Etter åpningstid klokken 10 blir det folksomt utenfor.



REDDET: Hadde ikke Insite hatt botilbudet hos CTCT, hadde Denis vært på gaten uten medisinsk tilsyn.

kan gi oksygen og motgift. Etterpå snakker de ut med personen som ikke får forlate Insite før etter flere timer. Kanskje blir overdose-episoden det som skal til for at personalet kan følge personen opp i andre etasje til avrusning.

Der er det tolv rom, hvert med eget bad. Etter vel en uke, avanserer de til tredje etasje for rehabilitering. Der deler de bad med andre, men har fremdeles sitt eget rom. Onsite har et program syv dager i uka. Alt fra akupunktur og meditasjon til sinnemestrering og ulike kunstformer. De som vil får legemiddelasistert rehabilitering, de fleste får metadon. I Canada må brukerne selv finansiere buprenorfin, derfor er ikke det noe vanlig i substitusjonsterapi.

På gaten utenfor treffer vi en mann

i 50-årene som er registrert som «Maddie» hos Insite. Han er småaggressiv og påstår at han aldri får komme inn på Onsite. Dessuten er de altfor snille der.

– De gjør aldri uanmeldte kontroller, det vil si at brukerne har et fint sted å bo mens de ruser seg, sier han.

– Avrusning basert på tvang fungerer ikke. Dette stedet er basert på tillit, gjentar leder Sarah Evans.

Hun forteller også at dersom noen sprekker mens de er på rehabiliteringen, stiller de først i køen for å komme inn igjen ved Onsite. Tilbakefall er ofte helt nødvendig for å lykkes.

Omstridt tiltak

Blant Insite-brukerne er det 30 prosent flere som går inn i avrusnings-

I dag tipper jeg bare to av 100 av mine venner har hiv.

Clyde Wright

program enn blant andre rusbrukere. Likevel er tiltaket omstridt. Det er dyrt. En seng koster 175 dollar per dag.

– Men mat er den største kostnaden vår. Beboerne er så sultne. Mange spiser to lunsjer, sier Sarah Evans.

Insite har hatt et usikkert liv etter at de konservative «Toryene» kom til makten i 2006. Statsminister Stephen Harper og helseminister Tony Clement har ikke tro på skadereduksjon i rusomsorgen og vil at Insite skal legges ned, siden det ikke er forenlig med den statlige lovgivningen som forbyr bruk av narkotiske stoffer. De ønsker heller sterkere politi og forbudslinje. De angriper forskningen rundt Insite for ikke å kunne vise til harde fakta som nedgang i totale dødstall. Det første de gjorde var å skru igjen forskningsmidlene til forskerne Thomas Kerr og Evan Wood ved British Columbia Centre for Excellence in hiv/aids.

Kerr og Wood har publisert 30 studier om Insites gode resultater: Sprøyterommet har reddet over 1 000 overdosetilfeller. Insitebrukerne har 60 prosent større sjanse for å starte på metadonbehandling. Det er ikke blitt mer stoffrelatert kriminalitet, derimot er det blitt mindre bilinnbrudd og tyverier. Sprøyterommet fører ikke til at flere tidligere misbrukere sprekker. Det har blitt mindre vold mot kvinner og økt kondombruk. Sprøytedelingen har gått ned med 70 prosent blant Insitebrukerne og dermed minsker risikoen for overføring av hiv og hepatitt C. Men selv om tallene viser at i 1997 var den årlige hivforekomsten 19 prosent og at den nå er på 2 prosent, kan Kerr fremdeles ikke si sikkert

at Insite har gjort at hivforekomsten har gått ned. Til Sykepleien sier han at han trenger to år til før han kan si det sikkert.

Fiske med fakkell

Men Clyde Wright er ikke i tvil.

– Kerr har sitt renommé som forsker å ta vare på, men jeg VET at Insite har bidratt til hivreduksjon. I dag tipper jeg bare to av 100 av mine venner har hiv, sier han.

Selv har Clyde klart å komme seg ut av et desperat rusmønster, og sier han nå bare bruker stoff for å slappe av. Etter at han sluttet på internatskolen som 10-åring, hadde han noen år hos ulike fosterforeldre. Moren døde tidlig.

Indianerstammen hans kalles Gitxan, og han tilhører en gruppe som heter Gitan Maax.

– Navnet betyr «fiske med fakkell», en gammel fiskemetode jeg ikke har prøvd. Men vi fanget mye vårlaks uten å bruke garn.

– *Spiste du mye laks som barn?*

– Hver dag! Røyka, halv røyka, salta, dampa, kokt, stekt...

Han smiler. En brun hjørnetann kommer til syne. Fortennene er borte.

– *Så du ble lei av laksen?*

– Nei, jeg savner den faktisk. Jeg savner naturen også.

Det lange svarte håret hans har begynt å gråne rundt ansiktet. Han følger den overtroiske mormorens råd om ikke å la noen andre enn familiemedlemmer få klippe håret hans, ellers vil det gå ham ille.

– Jeg ønsker meg barn, men kjæresten min kan ikke få noen. Jeg har en sønn på 14 år som bor i Prince George. Jeg snakker med ham på telefon en gang i uka, men har ikke sett ham på ni år.



FORAN HJEMMET: Clyde Wright bor i tredje etasje på en hybel han deler med kjæresten.

– *På grunn av din kriminelle fortid?*

– Nei, fordi det er så langt unna.

Clyde Wright lever på en sum som er langt under fattigdomsgrensa. Han får sosialtrygd som dekker halvparten av leiligheten som til sammen koster 520 dollar. I tillegg får han 185 dollar å leve for i måneden. Det er 999 kroner.

Får erstatning

Det var mormoren som ga ham navnet Clyde Joel. Da hun døde, arvet han land etter henne. 12 acres. Det kan bare selges til andre medlemmer av Gitan Maax.

– I april eller mai vil jeg få erstatningen min for det jeg var igjennom på internatskolen. Jeg er lovet litt under 200 000 dollar (1 080 000 kr).

Det er betydelig høyere enn gjennomsnittssummen som ligger på 30 000 dollar. Det betyr at han har vært gjennom mer enn gjennomsnittsindianeren. For den summen skal han kjøpe et hus til sønnen i Prince George og bygge et «bed and breakfast» på hjemstedet på tomta han har arvet.

– Det skal være et sted som folk fra reservatet skal kunne bruke ved tilstelninger som for eksempel begravelser. Og som folk fra brukerorganisasjonen VANDU kan komme til hvis de trenger en ferie. Slektningene mine skal drive det.

– *Hva med deg selv?*

– Jeg skal kanskje kjøpe en litt større leilighet her i området. Et sted hvor jeg kan lage mat og ha venner på overnattingsbesøk.



FREMTIDSPLANER: Med erstatningen på over en million kroner Clyde Wright skal få fra staten etter hva han var gjennom på internatskolen, ser han lysere på fremtiden og har planene klare.

BELASTET OMRÅDE: For hundre år siden var Downtown Eastside fullt av hoteller med billige enmannsrom som ble brukt av sonesarbeidere som skogsarbeidere og sjøfolk. Etter hvert ble det bare eldre, alkoholiserende menn som holdt til her. Legg til dårlig sosial planlegging i forbindelse med deinstitutionaliseringen, mangel på boliger og du har Downtown Eastside slik det er i dag: Et sted for fattige og utslåtte mennesker, mange med psykiske lidelser og rusproblemer.

Skolene som ødela barn

Internatskolene for indianere i Canada ble drevet av ulike kirker og fikk statsstøtte. 150 000 indianske barn ble tvunget til å gå på disse skolene fra slutten av 1800-tallet til begynnelsen av 1970-årene. Barna ble tatt fra foreldrene ved fem års alder for å glemme sitt eget språk og sin egen kultur. Målet var å assimilere indianerbarna i den hvite kulturen. Foruten å bli nektet nærhet

med sine egne foreldre, ble mange av barna utsatt for fysisk, psykisk og seksuell mishandling.

– Internatskolenes natur med fangede elever i et miljø med dårlig økonomi, gjorde at de ble en magnet for folk med tendens til å mishandle barn. Pastorer, lærere, rektorer, administratører og til og med andre studenter var med i denne syklusen av mishandling som skjedde på inter-

natskoler over hele Canada, forteller journalist Quintin Winks fra Alberni Valley Times.

I 2005 innrømmet staten den feilslåtte assimileringspolitikken. Alle tidligere elever på disse skolene fikk tilbud om å søke erstatning fra en pott på 1,9 milliarder canadiske dollar. Også deres barn og deres foreldre kunne søke. Statsminister Stephen Harper ba i juni 2008

offentlig om unnskyldning til det indianske folk.

– Mange av de pedofile og andre mishandlere havnet til slutt i rettsystemet og de fleste fikk fengselsstraffer, sier Winks.

En av de mest fryktede misbrukerne var Arthur Henry Plint, leder av soveromsdelen på Port Alberni fra 1948 til 1968. Han fikk 11 år i fengsel for gjentatte seksuelle overgrep.

– Mye å lære av Vancouver

Sammenliknet med **sprøyterommet i Oslo**, det eneste av sitt slag i Norge, har Insite flere gode sykepleiefaglige tilbud som Norge bør innføre, mener sykepleiere som jobber i rusfeltet.

Ingvild Andersen er Norsk Sykepleierforbunds hovedtillitsvalgte i Feltpleien under Rusmiddeletaten i Oslo. Hun ramser opp flere sykepleiefaglige ting hun mener Norge kan lære fra Vancouvers sprøyterom:

Oksygen

På sprøyterommet Insite er de oksygen tilgjengelig for bruk ved overdoser.

– Oksygenmangelen kan gi hodepine, men ved gjentatte overdoser, kan man tenke seg at surstoffmangelen kan gi større skader, sier hun.

– Dette jobber vi også for å få til ved sprøyterommet i Oslo, forteller sykepleier Marcus Nøstdahl.

Kortere sprøyter

Ved Insite bruker de såkalte insulinisprøyter som setter dosen

subkutan. Andersen mener det kan ha en betydning i forhold til at abscesser ikke får utvikle seg på samme måte som i Norge, hvor sprøytene er lengre og settes dypt intramuskulært.

– Her får ofte abscesser utvikle seg i måneder før de kommer til

Her får ofte abscesser utvikle seg i måneder før de kommer til overflaten.

Ingvild Andersen

overflaten. Da må vedkommende opereres. Ofte må muskelmasse fjernes, sier hun.

Nøstdahl ved sprøyterommet i Oslo sier oppsøringen er bedre i muskelen enn i vevet, og at væsken ofte blir liggende hvis de setter

sprøytene subkutan. Da kan de få sår av det.

Motgift

I Vancouver administrerer sykepleierne ved sprøyterommet motgift (naloxone) til dem som overdoserer. De gir en liten dose på 0,4 mg. I Norge må de ansatte ved sprøyterommet ringe etter ambulansen som kommer innen to til seks minutter. Motgiftsdosen varierer, men er ofte på 0,8 mg.

– Poenget er ikke å ta fra dem rusen, da kan de bli aggressive, eller de kan sette en ny dose som gjør det hele verre, sier Andersen.

– Vi har diskutert det hos oss, men velger å ikke ha motgift som kan utløse krampe. Da må vedkommende ha andre medisiner. Vi ønsker også å unngå konfliktsituasjoner hvor vi kan bli anklaget

for å ta bort rusen. I stedet har vi et nært og godt samarbeid med ambulansetjenesten, sier Nøstdahl.

God oppfølging av overdosetilfeller

Sykepleierne i Vancouver følger opp de som overdoserer i mange timer og tar seg tid til virkelig å snakke med dem.

– I Norge får de bare tilbud om å bli med på legevakta, sier Andersen.

– Vi ønsker at ambulansen tilbyr å ta brukeren med. Hvis ikke det skjer, ønsker vi at brukeren er hos oss til observasjon. Vi bruker fra ti minutter til tre-fire timer på hvert overdosetilfelle her. De blir fulgt opp med samtaler eventuelt samarbeid med oppsøkende ved ønske fra bruker. Vi kartlegger også grunner til at overdosering skjer. Brukere som opplever flere overdoser sendes det bekymringsmelding på, sier Nøstdahl.

Forskning versus politikk

Forsker Thomas Kerr ved British Columbia Centre for Excellence in hiv/aids forteller om det politiske spillet rusomsorgen i dagens Canada er offer for:

Statsministeren og helseministeren henvendte seg til politiet (Royal Canadian Mounted Police) for å få deres evaluering av Insite, og politiet engasjerte en kriminologiprofessor til å evaluere forskningen til Thomas Kerr og Evan Wood. Men da han kom til samme konklusjoner som Wood og Kerr, nedsatte politikerne et utvalg som skulle gjøre ny

forskning. Da dette utvalget i fjor også kom til samme konklusjoner som Kerr og Wood, og i tillegg dokumenterte at Insite var kostnadseffektivt og populært blant publikum, ble det hele nesten farseaktig.

– Nå har det vært to negative og to positive rapporter, men det er avslørt at politiet har tilbakeløst de positive rapportene. Kun de negative ble publisert. De ble riktignok ikke publisert i velrenommerte medisinske tidsskrifter som vår forskning, men i et nettmagasin drevet av en lobbygruppe med en

klar politisk agenda, sier Kerr.

Han forteller også at senatorer fra USA har truet med at Canada kanskje vil få problemer med lastebilene som skal gå over grensene, dersom de fortsetter å drive et sprøyterom.

Den politiske dragkampen har havnet i rettsvesenet. Staten versus brukerorganisasjonene. Spørsmålet er om Insite skal få eksistere eller ikke. I første rettsinstans vant brukerorganisasjonene fordi det heter seg at den statlige «drug and substance-act» ikke kan gå foran «Canadian Charter of Freedoms and



FAARSE: Ikke alle liker Thomas Kerrs forskning.

rights», som sier at alle canadiere har rett til helseomsorg. Men staten har anket, og i slutten av april kommer det en ny dom.

Thomas Kerr sier han tror Insite-tilhengerne kommer til å vinne, siden de har forskningen på sin side.

Tett på Erik Schjenken

tekst Geir Arne Johansen foto Erik M. Sundt

Hvem: Erik Schjenken

Alder: 40 år

Hvorfor: Fordi han ble symbolet på offentlig rasisme i Norge etter ambulansesaken i Sofienbergparken. Nå har han skrevet bok om hendelsen.



Etter heksejakten

Norges mest omtalte ambulanseoppdrag snudde livet hans på hodet. Erik Schjenken strever fremdeles med å finne igjen balansen etter feilvurderingen i en park i Oslo.

– Det hender jeg våkner om natten og lurer på om alt bare har vært en vond drøm.

Erik Schjenken (40) sukker og rister på hodet. Han har invitert oss hjem til seg. Det passer best sånn. Da kan han holde øye med hundene sine. Han beklager at han ikke er mye til baker mens han fyller kaffekoppene. Det frister ikke å stille til intervju på kafé. Uønsket oppmerksomhet har det vært nok av.

– *Får du gå i fred på gaten?*

– Det hender at folk kommer bort til meg. De er stort sett hyggelige, og vil gi meg en klem eller si noen støttende ord. Andre sender meg stygge blikk og rister på hodet når de ser meg – fra avstand. Akkurat det synes jeg vitner mest om feighet, og derfor forholder jeg meg ikke til det.

Ambulansesjåfør Erik Schjenken levde som mannen i gata. Et alminnelig, anonymt hverdagsliv med samboer og ett barn. Helt frem til den skjebnesvangre dagen i august 2007, som skulle snu livet på hodet. I dag gir navnet hans 24 000 treff ved et kjapt søk på google.

– *Hvordan kunne det gå så galt?*

– Vi tok dessverre feil av noe som viste seg å være et alvorlig symptom.

Schjenken viser til urineringen på kollegaen hans, som de begge oppfattet som en viljestyrt handling fra Ali Farah.

De visste ikke da at det var et symptom på alvorlig hodeskade, og bestemte seg for å la være å ta ham med. Politiet fikk heller ta over pasienten, som nå var å anse som et ordensproblem. Denne avgjørelsen skulle snart sende sjokkbølger ut over hele landet og langt inn i maktens korridorer.

6. august 2007 var Sofienbergparken i Oslo fylt med barnefamilier på piknik. En av dem var Ali Haji Mohamed Farah (39) med familie. På grunn av en uoverensstemmelse ble han slått ned av en annen mann i parken.

Ambulansepersonellet som kom til stedet nektet å ta ham med til sykehus da de trodde Farah tisset på dem med vilje. Senere samme dag ble Farah operert for hjerneblødning. Spesialenheten for politiskader ga i mai i fjor de to sjåførene et forelegg på 6 000 kroner for utilbørlig opptreden i tjenesten. Den

Dette burde være en enkel sak for ledelsen ved Ullevål å håndtere, men den taklet det ikke.

ene vedtok forelegget, mens Erik Schjenken nektet og ble tiltalt. 4. desember ble han frifunnet av Oslo tingrett.

– Dette var jo i utgangspunktet et

helt vanlig oppdrag, som plutselig eksploderte i media. Jeg hadde aldri i livet trodd at det skulle bli så gærent. Etter noen dager tenkte jeg «nå kan det vel ikke bli verre». Jeg tenkte det samme i flere uker, og til slutt måneder, men det bare fortsatte å eskalere. Det var helt vanvittig.

Galskapen startet ifølge Schjenken for alvor da politikerne hengte seg på.

– Sylvia Brustad (daværende helseminister, red. anm.) uttalte seg allerede dagen etter. Flere ministre gjorde det samme. Ingen av dem tok seg bryet med å snakke med oss for å høre vår versjon av saken.

Schjenken byr på mer kaffe. Den er av den sterke sorten. Eller ekte «jordmorkaffe», som han kaller det.

Nå har han skrevet bok om det som skjedde. «Jeg er ingen rasist» gir en detaljert beskrivelse av am-

bulanseoppdraget slik han opplevde det. Boken gir også et innblikk i ambulansetjenesten, hvordan ambulanspersonell jobber, hvilke utfordringer de møter, og hvilken

utdanning de har. Alle som er nevnt i boken, statsrådene inkludert, har fått hvert sitt eksemplar i posten.

– Jeg bestemte meg tidlig for at den skulle være grundig og dokumenterbar, hvis jeg først skulle skrive bok. Det er kanskje grunnen til at det er så stille. Kristin Halvorsen har ikke tatt kontakt og bedt meg om unnskyldning. Ingen av de andre heller. Og jeg har ingen tro på at det noen gang vil skje.

I boken stiller Schjenken spørsmålet: Kan alle bli stemplet som rasister ved en feiltakelse? Han mener det uhyggelige svaret er ja.

– *Skjønner du at folk oppfattet dere som rasister?*

– Nei. Jeg gjør ikke det. I Oslo er hver fjerde pasient av utenlandsk opprinnelse. Bare den dagen vi kom til Sofienbergparken var tre av pasientene våre fra andre land.

– *Tror du ubevisst diskriminering forekommer blant ambulansepersonell og andre helsearbeidere?*

– Nei. Men hvordan kan man forsvare seg mot ubevisst diskriminering, liksom? Det går jo ikke. At det derimot forekommer bevisst diskriminering er det ingen tvil om. Det vet jeg at det gjør.

Erik Schjenken mener at altfor mange gjorde seg opp fordømmende meninger uten å hente inn fakta fra alle sider. Media luktet blod og salgstall. Politikere var på stem-



Etter noen dager tenkte jeg «nå kan det vel ikke bli verre».

mefiske. Etter 17 år i ambulansetjenesten uten en eneste pasientklage, følte han seg uthengt som Norges største rasist.

– Jeg gjorde en feil, men det gjør meg ikke til rasist. Jeg har aldri hatt slike holdninger, og opplevde det som sårende, totalt grunnløst og blodig urettferdig å bli gjort til syndebygg.

– *Er du bitter?*

– Ja. Dette preger meg så jævlig, at det er umulig å skru det av.

Han er bitter på ledelsen ved Ullevål. På politikerne som var med å stemple ham som rasist. Og på fylkeslegen, som konkluderte med at han og kollegaen hadde hatt «klart diskriminerende oppførsel som kunne forstås med rasistiske overtoner».

– Rent medisinsk er jo dette en ikke-sak. Liv går tapt hver dag på grunn av feil. Hva om dette hadde blitt til en større sak, som i verste fall hadde endt med en dødelig utgang, spør Schjenken retorisk.

– Dette burde være en enkel sak for ledelsen ved Ullevål å håndtere, men den taklet det ikke. Jeg tør nesten ikke tenke på hvordan den vil forholde seg til en mer alvorlig sak.

Kollegene til Schjenken fikk også

Jeg reagerte i lang tid ved synet av gress.

merke påstandene om rasisme som raste i avisene. Ambulansepersonell i Oslo ble nektet å kjøpe mat på sine favorittgatekjøkken, noen ble spyttet etter, og flere ble vist fingeren av forbipasserende. Enkelte ble

forsøkt hindret under utrykning.

– Det var vanskelig å takle.

Hvorfor skulle uskyldige mennesker straffes for en feil jeg hadde begått? Det tæret på samvittigheten både overfor kolleger som fikk føle publikums vrede, og pasientene som følte seg utrygge.

I kjølvannet av den massive medieksposeringen utviklet Erik Schjenken en posttraumatisk stresslidelse. Da det stormet som verst var det støtten fra samboeren, kollegene, vennene og familien som holdt ham oppe. Han er ennå ikke helt i vater.

– Jeg får fremdeles fysiske reaksjoner når jeg hører nyhetsvignetten til NRK. Både samboeren min og jeg reagerte i lang tid ved synet av gress.

Stemmen til Kristin Halvorsen har samme effekt. Ambulansesirener, ukjente anrop på telefonen, og ordene «rasisme» og «diskriminering» likeså. De gir kvalme og uro. Hjertebank og svettetokter.

– Det har stadig kommet fram faktaopplysninger om ting som er gjort feil i denne saken. Det er jeg glad for. Samtidig er det vanskelig å takle at det er begått så mange overtramp.

– *Hva sikter du til?*

– Fotografiet som ble kåret til «Årets bilde 2007», for eksempel. Firlansfotograf Caroline Drefvelin tok bildet av det som angivelig skulle være en etterlatt, blødende Ali Farah, liggende på gresset, etter at vi hadde kjørt bort. Det stemmer ikke. Han lå på asfalten da vi hjalp ham opp, og han sto på egne bein da vi dro. Han lå ikke.

Bildet ble etter hvert et symbol på den offentlige rasismen i Norge.

Men ifølge Schjenken ble det ofte fulgt av misvisende tekster om hva som hadde skjedd.

– I sin forklaring til politiet opplyste Drefvelin at «fornærmede ble lagt ned på gresset etter at ambulansen dro». Hvorfor sa hun ikke fra om dette da hun leste at det ble fremstilt som om vi forlot en liggende pasient, og at bildet hun tok var et bevis på dette? Jeg håper hun skammer seg i dag.

Schjenken har fått 100 000 kroner fra medieofferfondet.

– Advokaten min ringte klokken elleve om kvelden og fortalte det. Først trodde jeg ikke det var sant. Så ringte jeg Øystein Stray Spetalen, som opprettet fondet, og sa at jeg ikke kunne ta imot pengene.

Etter å ha hørt på hva han hadde å si, kunne jeg likevel ikke takke nei.

Fondet deler ut penger til den som har blitt mest urimelig behandlet av mediene. Pengene kommer fra forliket Spetalen inngikk med Dagbladet, etter at han mente seg uthengt av avisen. Spetalen uttalte til VG at «Schjenken aldri hadde valgt å være i mediene, og ble til de grader forhåndsdømt slik at han ikke klarte å få frem sin versjon av saken».

– *Hva tenker du å gjøre med pengene?*

– Foreløpig har vi satt dem til side. Vi tør ikke bruke av dem ennå.

– *Har du fått noen reaksjoner på at du fikk penger?*

– Noen har sagt at de synes det er upassende, og at pengene heller burde gå til Ali Farah. Men nå er det ikke jeg som har delt dem ut. Jeg synes det var en stor og veldig hyggelig overraskelse.

Schjenken og samboeren hans tillater seg å kjenne litt på medvinden etter at det voldsomme trykket har gitt seg i media.

På Facebook er det opprettet minst to støttegrupper for ambulansesjåførene i Sofienbergparken, hvorav den ene heter «Støtt Erik Schjenken».

– Jeg var ikke på Facebook selv, og ble først i høst gjort oppmerksom på at disse gruppene fantes. Det er veldig hyggelig. Jeg har gått igjennom navnene, og det er rørende å se at det er mange gamle kjente som har registrert seg. Det varmer.

Nå tilbringer Erik Schjenken dagene på skolebenken, ved Høgskolen i Akershus. Han vil begynne å undervise i ambulansesjåførene når han er ferdig. Utdanningen er en treårig bachelor, og Schjenken er ferdig med første året nå til våren.

– Jeg ønsker at andre skal få den samme gode utdanningen som jeg selv fikk. I så måte føler jeg at jeg har noe å bidra med. Jeg tror jeg har en evne til å formidle.

– *Savner du å kjøre ambulanse?*

– Hver dag.

Schjenken smiler skjevt.

– Jeg savner kollegaene mine. Miljøet. Det er sårt å tenke på at jeg nok aldri kommer til å kjøre ambulanse igjen.

– *Blir du noen gang ferdig med denne saken?*

– Det tror jeg ikke. Den vil henge ved meg resten av livet. Jeg savner å være anonyme Erik. Men hadde jeg valgt ikke å snakke ut, ville jeg fortsette å være rasisten Erik. Det er et verre alternativ.



Snart 60 år.
Man tror det er løgn.



NATUSAN® INSTITUSJON - hudpleie siden 1949

tekst og foto Marit Fonn





Triage

- Et system for å klassifisere og prioritere øyeblikkelig-hjelp-pasienter
- Brukt i militær sammenheng og ved katastrofer. Ble innført i det sivile helsevesen på 1950-tallet.
- Kommer fra fransk (triage = sortering, trier = velge ut).
- Det finnes flere triage-systemer. Manchester- og Mettsmodellene er av de vanligste, og mest brukt i Norge. Mange sykehus har laget lokale tilpasninger basert på de forskjellige modellene
- Først innført i Stavanger i 2004.
- Stadig flere tar i bruk triage.

Triage når det haster

Sykepleier Laud Magne Vaage klassifiserer pasienten som har en hjerneblødning. Han får hastegrad 2. Stadig flere akuttmottak innfører såkalt triage.



- ▶ Ønsker en nasjonal modellside 41
- ▶ Liker ikke begrepetside 42
- ▶ Les fagartikkelen om hvordan triage brukes i Arendalside 43



Det yrer av liv på akuttmottaket på Ullevål, Oslo universitetssykehus, denne torsdagen like før vaktskifte. Tavlen sentralt plassert i avdelingen er fullskrevet. Hver pasient har fått en hastegrad. De fleste har fått 3. Noen er toere.

På venterommet sitter fortsatt pasienter som kom i morges. De har fått hastegrad 4 og 5. Det er ennå ikke blitt tid til å undersøke dem.

Refs fra Helsetilsynet

Det er tre måneder siden akuttmottaket innførte triage-systemet for å sortere og klassifisere pasienter så de som trenger det mest får hjelp først.

Da Helsetilsynet i 2008 refset landets akuttmottak for systemsvikt, ble dette et spark bak for å innføre det nye prioriteringssystemet på Ullevål. 1. desember startet de opp.

Sykepleier Vaage er kjapp. Det tar ham bare et minutt tid å utføre standard prosedyrer. Surstoffmåleren på fingeren. Temperaturmåleren i øret. Han spør pasienten om han har smerter og sjekker bevissthetsnivået. Spør om han har hatt opphold på utenlandske sykehus.

- Nei, svarer mannen.
- Har du noen allergier?

- Nei.
- Vet pårørende at du er her?
- Ja.

Der kommer nevrologen. Vaage gjør seg klar til å ta ekg, legen lyser i pasientens øynene.

Ris og ros

Fagutviklingssykepleier Turid S. Verdich og undervisningssykepleier

Frode Hanssen er enige om at systemet er kommet for å bli. Men forbedringer må til. «Triage» står det utenpå en blå A5-bok. De ansatte er blitt oppfordret til å skrive ris og ros om det nye systemet etter hvert som de har erfart det i bruk.

Her i akuttmottaket triagerer alle ansatte. Alle fikk en dag med opplæring før de satte i gang.

Hevelser

På en stue ved siden av ligger Yvonne Vornes. Hun har store utslett og hevelser på begge beina, muligens et tegn på streptokokker. Hevelsene kom brått.

Hun hadde sterke smerter når hun gikk, og fikk derfor hastegrad 2. Men da hun fikk legge seg nedpå, avtok smertene. Sykepleierne Vigdis

ERYSIPELAS: Også Yvonne Vornes, som kanskje har streptokokker, får hastegrad 2. Men sykepleierne Vigdis Sollied og Ingvild Steinshamn konstaterer



at smertene avtar når pasienten får legge seg ned.

Sollied og Ingvild Steinshamn har tusjet rundt hevelsene for å se om de utvikler seg. Nå spør de pasienten: «Har du vært på sykehus i utlandet? Er pårørende informert?»

Dette akuttmottaket bruker smertevurderingssystemet NRS (Numeric Rating Scale). Skalaen går fra 0 til 10. Vurderer pasienten smerten til over sju, blir hastegraden 2. Bli

smerten vurdert mellom 4 og 7, blir det hastegrad 3.

– Det er vanskelig å gradere smerte fordi det er så subjektivt. Derfor har vi vagt NRS, som er lettere for pasienten å forstå enn andre måleskalaer, sier Verdich.

Flere pasienter kommer. Seks-sengsstuen er stengt. Smittevask, står det på tavlen. For et par dager siden



LYTTER: Frode Hanssen og Turid S. Verdich med ansvar for henholdsvis undervisning og fagutvikling tar imot ris og ros om triage – for å gjøre systemet enda bedre.

var det en mrsa-pasient der, men smitten ble ikke oppdaget før i dag. Stuen ble stengt klokken 11. Nå kler en av sykepleierne seg i gult og gjør seg klar med klordunken.

Lojale

Triage-systemet Ullevål bruker bygger på Manchester-modellen (MTS, Manchester Triage Scale, se faktaboks side 37). Ullevål har tilpasset den og slått sammen noen av flytskjemaene som har navn etter symptomer.

For å vurdere hastegrad, skal man raskt finne det rette flytskjemaet for de aktuelle symptomene.

– Er man usikker på graderingen, går man heller opp enn ned, forklarer Verdich.

Frode Hanssen er ikke i tvil om at verktøyet er nyttig.

– Siden alle klassifiserer, slipper vi mange diskusjoner med hverandre om hvilken pasient som skal tas først. Vi ser fort på tavlen om andre har pasienter som haster mer enn våre. Og det er lettere å forklare for pasientene hvorfor de må vente. Det blir mer objektivt, sier han.

– Vi er lojale mot hverandres triagering og stoler på hverandre, sier Verdich.

Begge to har vakter i akuttmott-

taket der de jobber klinisk.

– *Finner dere riktig kategori for enhver pasient?*

– Noen få ganger er det vanskelig å finne et passende flytskjema, sier Verdich.

Ett eksempel er anemi uten andre symptomer. Et annet er nyresvikt som kun er vist via blodprøver. Dette kan føre til nye punkter i manualen.

Hun blar i den blå triage-boken: «Trenger vi punktet med behov for nakkestøtte?» har en sykepleier skrevet.

– Det må vi ha, sier Verdich.

Vi gjør egentlig det samme som før, men velger riktigere.

Turid S. Verdich

En annen er ikke fornøyd med punktet for blodprøver. Eller akuttforgiftning. Og hva med pasienter med ankelbrudd som skal til et annet sykehus?

Verdich og Hanssen skal studere kommentarene nøye. I mai og juni blir det fagdager. Da skal alle bli oppdatert på forbedringer av systemet. 12. mai, den internasjonale ►



SENTRALT: Midt i akuttmottaket, godt synlig for alle, henger tavlen på veggen. Den passerer og blir skrevet på i ett sett.

sykepleierdagen, skal de presentere sine erfaringer med triage på Rikshospitalet.

Sparer ikke

Verdich understreker at innføringen av triage verken har ført til endringer av arealet eller pasientflyten.

– Vi sparer ikke penger heller. Det betyr bare at de sykeste får hjelp først. Vi gjør egentlig det samme som før, men velger riktigere.

De fleste andre akuttmottak som bruker triage, har valgt ut en gruppe sykepleiere som læres opp til å klassifisere pasientene. Her på

Ullevål har alle fått opplæring og alle gjør det. Det er over 60 sykepleiere ansatte her.

– Hvis bare noen få gjør det, blir vi veldig sårbare.

Vi ser fort på tavlen om andre har pasienter som haster mer enn våre.

Frode Hanssen

De sørger også for kontinuitet for pasienten: Samme sykepleier som tok imot pasienten ved første vurdering, tar også såkalt retriage. Dette er en revurdering som blir

gjort hvis ikke legen ser til pasienten innen anbefalt tid.

– En annen fordel er at vi får dokumentert tyngden. Hvor mange 2-pasienter har vi i dag, for eksempel.

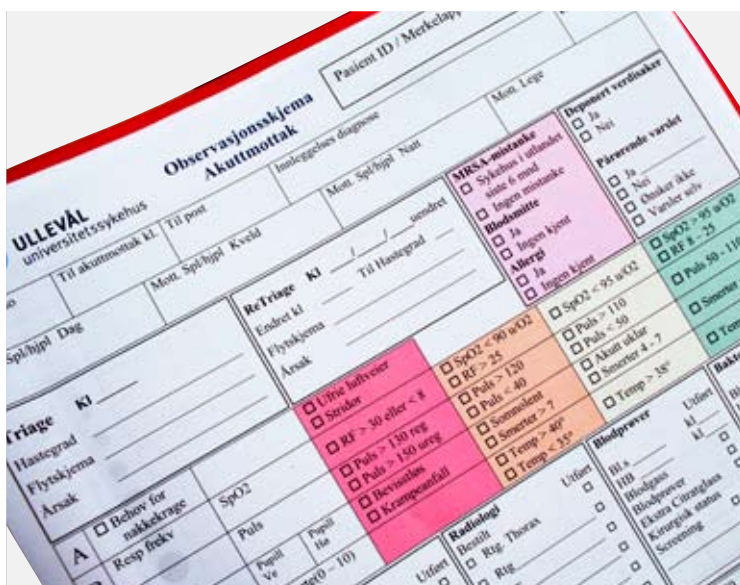
– Systemet fungerer ikke godt nok når vi ikke har ledige behandlingsrom eller ledige sykepleiere. Når det drar seg til, er det fortsatt en utfordring.

Da må flytskykepleier gjøre den første triagen, og hun eller han må til enhver tid ha oversikt over hastegraden til pasientene som venter i avdelingen.

Overfylt

Det blir stadig mer hektisk. De fleste pasientene her kommer i ambulanse. Noen få kommer gående, og noen i taxi.

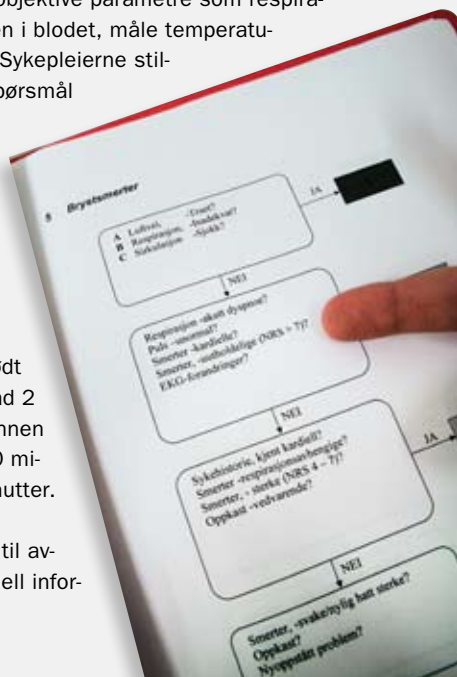
Nå er det pasienter på alle stuenene. Tavlen har snart ikke plass til flere opplysninger. Tre pasienter blir liggende i sengeventhallen. De blir triagert der. Og på venterommet ventes det fortsatt.



HASTEGRAD: Dette observasjonsskjemaet brukes når pasientene skal graderes etter hvor mye det haster.

Slik klassifiserer akuttmottaket på Ullevål:

- Pasienter med hastegrad 1 blir straks tatt imot av spesialistteam.
- Andre pasienter blir sortert fra grad 2 til 5. Sykepleierne bruker et observasjonsskjema og en manual med 32 ulike flytskjema for å vurdere hastegraden. (Bildet under viser eksempel på flytskjema for brystmerter.)
- Standard er å sjekke objektive parametre som respirasjon, surstoffprosenten i blodet, måle temperaturen, vurdere smerter. Sykepleierne stiller også målrettede spørsmål ut fra opplysningene de har om pasienten.
- Hastegrad, klokkeslett, årsak og navnet på sykepleier noteres på en tavle sentralt i mottaket. Blått for medisinsk, rødt for kirurgisk. Hastegrad 2 innebærer legetilsyn innen ti minutter. Grad 3: 30 minutter. Grad 4: 60 minutter. Grad 5: 120 minutter.
- Når pasienten hentes til avdelingen, strykes aktuell informasjon fra tavlen.



Mange ønsker én triagemodell

– Triage er framtiden, sier faggrupeleder Ulrika Eriksson. En nasjonal modell etterspørres, men helsemyndighetene overlater arbeidet til arbeidsplassene.

Ulrika Eriksson er leder av Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe av Sykepleiere i Akuttmottak, AMK og Ambulansetjeneste (NLSA).

Til daglig arbeider hun på akuttmottaket på St. Olavs Hospital i Trondheim.

– Endelig har vi fått en god metode for hvordan vi kan vurdere og prioritere pasientene. Et nødvendig og objektivt verktøy.

Eriksson har fått henvendelser fra medlemmer i faggruppen som lurer på om ikke det bør bli en nasjonal standard.

– Men NLSA har i dag ikke kapasitet til å arbeide for det. Men muligvis i nær framtid, sier Eriksson.

– Er det ønskelig?

– For mange varianter vil gi et fragmentert bilde og kan gjøre det vanskelig å forske og sammenlikne fakta. Men det aller viktigste er at sykehusene starter opp med triage. Det bør være en naturlig del av driften på norske akuttmottak. Modellen må selvfølgelig være lokalt tilpasset, men likevel standardisert.

Nøytral om modell

Eriksson mener et eventuelt arbeid for en nasjonal modell måtte skje i tett samarbeid mellom Helsedirektoratet og fagmiljøene.

– Hvor langt har man kommet på denne veien?

– Stadig flere begynner med triage. Det fins prehospitalt modeller for triage også. Det er viktig å se behovet under ett, slik at samme

modell brukes prehospitalt og på sykehus.

– Har du noen preferanse i valg av modell?

– Som leder av NLSA ønsker jeg å være nøytral. Her på St. Olavs bruker vi i dag Manchester-modellen. Men et har vært diskutert å bytte til Metts.

I midten av oktober skal NLSA ha landskonferanse i Ålesund. Da vil en av sesjonene handle om triage. Der vil både Metts- og Manchester-modellen bli belyst med påfølgende paneldebatt.

I utdanningen

Eriksson viser til at triage nå også er eget tema i videreutdanningen i akuttstykkepleie på høyskolene i Østfold og Sør-Trøndelag.

Andre land har mer erfaring med å bruke triage, for eksempel Sverige, og ikke minst England.

I Norge ser det ut til at det er Manchester-modellen som er mest brukt som utgangspunkt for lokale varianter. Sykepleien har fått opplyst at den brukes på akuttmottakene på sykehusene i Tønsberg, Drammen, Stavanger, Trondheim, Kristiansand og på Oslo-sykehusene Ahus, Aker og Ullevål.

I Arendal brukes Metts. Akuttmottakene i Tromsø og Bergen har ikke begynt med triage.

Ingen krav om modell

Etter at Helsetilsynet i 2008 rapporterte om systemsvikt i akuttmottakene, har Helsedepartementet gitt

Helsedirektoratet i oppdrag å følge opp. 27 av landets 54 akuttmottak hadde fått besøk av Helsetilsynet i 2007. Mangelfull styring og ledelse, var konklusjonen.

«Ad hoc-løsninger snarere enn systematisk styring redder pressede situasjoner fra å utvikle seg til uønskede hendelser og svikt», står det i rapporten «Mens vi venter ...».

– *Kan triage være en god løsning?*

– Vi er kjent med triage som modell i akuttmottakene, sier Cecilie Daae, direktør i avdeling for sykehustjenester.

– Vi forstår det sånn at dette er under utprøving nå. For oss er det ikke aktuelt å arbeide for en nasjonal modell. I første omgang er fagmiljøene og sykehusene de rette til å utvikle gode modeller som ivaretar krav til forsvarlighet, mener hun.

– *Blir det for smått for direktoratet å ha noen mening om dette prioriteringsverktøyet?*

– Kanskje ikke for smått. Vi har skrevet til departementet hvilke elementer som bør med i en systembeskrivelse for akuttmottak, men vi har ikke konkrete krav om type system.

Daae sier det er lite sannsynlig at helsemyndighetene vil foreslå en nasjonal modell om et sorteringsprinsipp.

– *Så det blir ikke aktuelt at dere vil pålegge akuttmottakene å bruke triage?*

– Det pågår mye kvalitetsarbeid ute i tjenesten. Vi vil fortløpende vurdere hvordan vi bør følge dette, sier Daae.

Først i Stavanger

Akuttmottaket i Stavanger innførte triage i 2004, og var dermed først ut i Norge.

– Vi legger inn hastegraden og pasientforløpet i akuttmottaket elektronisk. Alle som har behov for det har tilgang på informasjonen om hvor i prosessen pasienten er.

Slik forklarer oversykepleier Marit E. Qvam systemet på akuttmottaket. De startet opp i gamle lokaler, men i fjor flyttet mottaket til nye rom, som ifølge Qvam er skreddersydd for dagens pasientflyt og organisering.

– Vi er veldig fornøyd. Vi har en stor triagehall og triagerom for både sittende og liggende pasienter.

Pasientstrømmen er størst mellom klokken 11 og 19.

– Vi har nå gode muligheter for å observere selv med mange og dårlige pasienter som krever mye ressurser.

Bedre oversikt

Qvam har ikke tall som viser gevinsten med triage, for systemet

Det er særlig de som er dårligere enn antatt, som tjener på dette.

Marit E. Qvam

henger sammen med andre rutiner på sykehuset.

– Men vi har bedre oversikt over pasientene og hvem som har ansvar for hva. Det er spesielt viktig på store akuttmottak, sier hun.

Målet er å prioritere pasienten innen ti minutter etter pasientens ankomst.

– Dette øker pasientsikkerheten, og pasientene blir sett, møtt og informert. Vi har fått et bedre system, bedre organisering og bedre over-

sikt over pasientenes tilstand på et tidligere tidspunkt. Nå prioriterer vi etter standard, og det blir ikke så mye synsing.

De forhåndsdefinerte akutte pasientene er enklere å forholde seg til. For mange av disse er det laget standardiserte pasientforløp, såkalte røde løpere.

– Det er særlig de som er dårligere enn antatt, som tjener på dette. Når det er tidskritisk å starte behandling, blir det fanget opp med et standardisert prioriteringsverktøy.

Ikke alle på akuttmottaket triagerer i Stavanger. De ansatte blir lært opp etter hvert.

– Vi kunne aldri gått tilbake. Nå arbeider vi videre for å finne gode forløp også for de minst akutte pasientene, som ofte må vente lenge.

Stavanger-mottakets system bygger på Manchester-modellen. Også Qvam har stor tro på en nasjonal standard.



FØRST: Marit E. Qvam begynte med triage i 2004. Nå vil Stavanger-mottaket finne gode forløp også for de minst akutte pasientene. Arkivfoto: Håkon Wold

– Respektløst begrep

Uttrykket «triage» egner seg ikke når vi snakker om mennesker, mener Sylfest Lomheim, direktør i Språkrådet.

Lomheim snakker flytende fransk og mener ordet triage brukes mer om produkter.

– Det blir brukt ved innsamling av husdyr og sortering av grønnsaker, sier han.

– *I akuttmottakene er det vanlig*

å bruke triagere som et verb. Hva synes du om det?

– «Triagere» er meningsløst. Skulle man brukt det franske verbet ville det blitt triere. Men finn et norsk ord.

Lomheim foreslår sortere eller klassifisere.

– Ikke fordi vi ikke skal ta inn fremmedord. Men triage er ikke et respektfullt ord for dem det gjelder.

Det lyder som om vi snakker om en dunge med skadde mennesker.

Han oppfordrer sykepleiere og andre helsearbeidere til å utvide språkkunnskapen sin og finne et bedre begrep.

Ulrika Eriksson, faggrupeleder for sykepleierne i akuttmottakene, innrømmer at «prioritering» og «sortering» kan høres litt negativt ut.

– Men triage har jo utspring i kirurgi, katastrofer og krigsområder. Da er det et naturlig og nødvendig ord å bruke. Jeg har aldri hørt noe negativt om det i praksis. Det er et godt, kort, enkelt og forklarende begrep. Så jeg er ikke enig med språkforskeren, sier Eriksson.



Torunn Vatnøy
fagutviklingssykepleier
og prosjektleder

Rett bemanning til riktig tid

Triage-systemet METTS-A er innført i Akuttmottaket ved Sørlandet Sykehus Arendal for å forbedre kvaliteten på pasientprioriteringen.

Intrahospital triage gjøres i det pasienten ankommer akuttmottaket og blir ivaretatt av sykepleier som rapporterer videre til lege.



SER PASIENTEN: I Akuttmottaket ved Sørlandet Sykehus er triagesykepleieren en viktig premisseleverandør for legens prioritering og vurdering her representert ved anestesisykepleier Marianne Sundseth. Foto: Torunn Vatnøy

www.sykepleien.no

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

Søkeord:
Akuttsykepleie
Klassifiserig
Organisering

Helsetilsynet gjorde i 2007 en gjennomgang av driften ved Akuttmottakene i Norge. Ved tilsynet ble avvik fra forsvarlig drift på flere punkter avdekket i de fleste enheter (1). Uforsvarlig pasientmottak og mangelfull dokumentasjon var gjengangere. Dette medførte at flere akuttmottak startet med å etablere systemer for

intrahospital triage. Akuttmottaket ved Sørlandet Sykehus Arendal har valgt å bruke en modell utviklet ved Sahlgrenska universitetssykehus i Gjøteborg: Medical Emergency Triage and Treatment System (METTS).

Historikk
Emergency departement triage

(Intrahospital triage) ble introdusert i USA i 1950-årene som et resultat av at et økende antall pasienter oppsøkte akuttmottakene. Økningen av pasienter førte til et behov for å sortere pasienter på en sikrere og mer effektiv måte (2). I ettertid har man erkjent dette behovet ved akuttmottak i flere land og innført

ulike former for intrahospital triage (3,4,5).

Det finnes flere ulike modeller for triage (3) og Helsetilsynet påpeker at forskjellige organisatoriske løsninger for pasientprioritering i utgangspunktet kan velges dersom en minstestandard blir overholdt (1). Det foreligger ingen dokumentert oversikt over bruk av triage i Norge. Vi vet at det finnes flere lokalt utviklet måter å prioritere pasientene på, og at flere av disse systemene har innslag av ulike dokumenterte modeller.

METTS-A

METTS (Medical Emergency Triage and Treatment System), som er den modellen vi har valgt på Akuttmottaket ved Sørlandet Sykehus Arendal, ble utviklet i 2004 ved Sahlgrenska universitetssykehus og implementert i 2005. METTS er en protokoll for beslutningsstøtte innen alle typer akuttmedisin både prehospitalt og intrahospitalt. METTS-A gir grunnlag for sortering, prioritering og risikoidentifisering av alle voksne pasienter i akuttmottak. Formålet med protokollen har vært å oppnå høyere grad av systematikk, sensitivitet og kontroll i mottakelse av pasienten og økt medisinsk sikkerhet i den fortsatte prosessen. Studier viser at METTS-A fungerer godt når det gjelder å kartlegge de sykeste pasientene både på akuttmottaket og under den etterfølgende behandlingstiden(4).

Triage-modulen i METTS-A baserer seg på dels fysiologiske objektive vitalparametre og dels subjektive parametre knyttet til akuttsymtom: Emergency symptom and signs (ESS). Prioriteten i henhold til METTS styrer tiden til lege, graden av monitorering



**METTS – A;
Akuttprosess**

Rød = livstruende tilstand som krever full monitorering (telemetri, ev. ischemi- overvåking BT, SpO2, RF, bevissthet) og sykepleiere «bedside» til medisinsk ansvarlig gjort pasienten oransje eller lavere. Legetilsyn: Time to doctor (TTD) = 0 minutter

Oransje = overvåkingsbehov som også krever full monitorering (ditto rød) men med intervall på 20 minutt, samt pasientansvarlig sykepleier med tilsynsansvar inntil TTD. TTD = <20 minutter

Gul = standardprosess med kontroller og videre kontroller ved behov, selektiv monitorering og kontroll av den/de parameterne markerer i triagegradering inntil TTD. TTD=< 120 minutter

Grønn = standardprosess uten kontroller. Ingen monitorering men regelmessig tilsyn av pleier. TTD=<240minutter

Blå = ikke behov for triage [6]

samt eventuelle blodprøver. (4). Protokollen inneholder 96 kontaktårsaker (ESS). ESS skal kunne gi en høyere grad av prioritet selv om vitalparametrene ikke slår ut. Det vil si at selv om pasientens blodtrykk, puls, bevissthet og respirasjon er innen normalområdene kan pasientens tilstand allikevel være alvorlig. Algoritmene i ESS protokollen skal fange opp dette, og eventuelt gi pasienten høyere prioritet (6). Underveis i prosessen med å implementere METTS i akuttmottaket ved SSA har vi foretatt noen tilpasninger. Vi har blant annet endret skalaen til en skala med fire nivåer i stedet for fem: blå kategori er tatt bort. Begrunnelsen er at pasienter som faller under denne gruppen

i praksis vil være kandidater for legevakten, og at disse derfor i svært liten grad oppsøker akuttmottaket. Blodprøveprofilene som rutinemessig bestilles på pasienter med henholdsvis kirurgiske eller medisinske problemstillinger endres ikke i henhold til METTS-A, her følges tidligere praksis. Men det at vi i utgangspunktet har valgt å tilpasse systemet noe, utelukker ikke at de erfaringene vi gjør fremover vil føre til nye endringer.

Hvorfor METTS-A?

Helsetilsynet har stilt krav om at akuttmottak skal foreta riktig pasientprioritering (1). Pasientene kommer til sykehus på grunn av behov for spesialisthelsetjeneste.

Når pågangen er stor kan legeressursene i spesialisthelsetjenesten være knappe, og det må derfor gjøres en initial sortering slik at legen kan prioritere tiden sin riktig i forhold til pasientens behov for helsehjelp. Når pasienten kommer til akuttmottaket er det sykepleieren som først ser og tar imot pasienten. Intrahospital triage gjøres idet pasienten ankommer akuttmottaket og blir ivaretatt av sykepleier som rapporterer videre til lege. Det vil i praksis si at sykepleier gjør graderinger basert på et medisinsk grunnlag. Derfor er det viktig at den graderingen som gjøres er basert på en dokumentert og validert standardmodell som sikrer riktig gradering av pasienten. Roller og ansvarsfordeling endres ikke: Legen forstår sykdomsbilder og beslutter behandling (7), sykepleieren tar vare på pasientene – spesielt i den sårbare fasen før slik vurdering kan bli gjort. I intrahospital triage er triagesykepleieren en viktig premissleverandør for legens prioritering og vurdering.

Helsepersonell i akuttmottakene har varierende kvalifikasjoner og erfaring (1). Et system som gir godt samsvar i graderinger, uavhengig av hvem som graderer, styrker kvaliteten på pasientmottak. Betydningen av objektive registreringer av vitalparametre er underbygget i flere studier. Blodtrykk, puls, respirasjonsfrekvens og så videre, er målinger helsepersonell i akuttmottaket gjør til daglig på alle pasienter og har gode rutiner på, og disse målingene gir objektiv informasjon. Modeller som legger vitale parametre til grunn ved triage, reduserer variasjon mellom ulike brukere (8). Det er også vist at vitale parametre kan forutsi



påfølgende behandlingsbehov og sykehusmortalitet (4,8,9).

Implementering

Å innføre nye systemer i praksis byr på utfordringer, og det er derfor viktig med systematisk planlegging av hele prosessen for at resultatet skal bli vellykket. Det kan også være nyttig å se fasene i en dynamisk prosess delt inn i plan-, prosess-, og resultatfase (10).

I planleggingsfasen er det viktig å klargjøre mål, forventet resultat og betingelsene for gjennomføring (10). Vårt mål med innføring av systemet er at alle voksne pasienter blir gradert i henhold til METTS-A i løpet av ti minutter etter ankomst til akuttmottaket, og at det foreligger dokumentasjon av gradering på alle pasienter. Det er viktig at pasienten opplever at de blir trygt ivarettatt ved akuttmottaket i Arendal.

En annen viktig forutsetning for å lykkes med innføring av METTS-A var at planene ble forankret i ledelsen. Vi fikk tildelt midler fra sykehusledelsen ved prosjektbeskrivelse og det ble satt sammen en tverrfaglig prosjektgruppe til å drive fram utviklingen.

I prosessfasen har vi foretatt valg av midler, strategi og gjennomføring (10). For å tilpasse dette systemet til vår enhet har vi omarbeidet Sahlgrensaka universitetssjukehus' akuttjournal til et dokumentasjonsskjema tilpasset vårt akuttmottak og vi startet opp med å oversette ESS-algoritmene til Norsk. For at sykepleiere og leger skulle bli kjent med dokumentasjonsskjemaet før det ble brukt systematisk i triage, tok vi i bruk en pilotutgave. Dette førte til konstruktive tilbakemeldinger på

Et system som gir godt samsvar i graderinger, uavhengig av hvem som graderer, styrker kvaliteten på pasientmottak.

pilotutgaven, som ble rettet opp i neste opptrykk. ESS-algoritmene ble også uformelt introdusert i personalgruppen lenge før vi satte i gang med opplæring i triage.

Akuttmottakets samhandlingsarena er sammensatt av aktører med ulike funksjoner i pasientforløpet, ikke bare i akuttmottaket, men også på tvers av enheter. For at arbeidsflyt og informasjonsflyt skal fungere optimalt ved bruk av METTS-A er det en forutsetning at alle parter kjenner systemet. Når systemet hadde begynte å ta form og de endringer det ville medføre var klarerte, startet et offensivt arbeid med å informere alle samarbeidsparter.

Personalgruppen i akuttmottaket er blitt orientert om prosjektets fremdrift i ulike sammenhenger gjennom hele prosessen. Hver og en fikk i tillegg opplæring i bruk av METTS-A som var tilpasset den rollen de skal ivareta i pasientbehandling. Til opplæring av personalet benyttet vi ressurspersoner i fagmiljøet.

Implementering av et system innebærer ikke bare endringer i arbeids- og informasjonsflyt, men også av funksjon og ansvar. Dette genererte arbeidet med endring i kvalitetsdokumenter i enheten.

For å tilrettelegge for triage var det nødvendig med noen bygningsmessige omdisponeringer og endringer for å gjøre plass for triageområdet. Erfaringene tilsier at slik endring tar svært lang tid i en

stor organisasjon og må planlegges i lang tid på forhånd.

Avslutning

I resultatfasen må vi undersøke hvorvidt de ønskede mål og resultater er realisert. Vi må gjennomgå de erfaringer vi har høstet underveis i prosessen og se på eventuelle utilsiktede konsekvenser (10). Vårt prosjekt Triage i Akuttmottaket er inndelt i tre faser: 1) Undersøke baseline, 2) implementere METTS-A, og 3) oppsummere hvilke resultater det har gitt. Vi har gjort en baseline-undersøkelse som sier oss noe om hvordan pasientmottak og dokumentasjon var før innføring av METTS-A. Denne undersøkelsen skal vi gjenta når METTS-A er godt i gang og de fleste «barnesykdømmene» over. Av erfaringen underveis i prosessen ser vi hvor enormt viktig det er med informasjon, innspill og deltagelse fra personalgruppen og samarbeidsparter underveis. En utfordring i prosjektledelse er å sortere og komme videre i prosessen inkludert de konstruktive innspill.

Vi har i dag en svært positivt innstilt personalgruppe og engasjert ledelse. Våre samarbeidsparter gir eksplisitt uttrykk for at dette vil medføre en klar kvalitetsforbedring i akuttmottaket. Nå gjenstår det å bruke tiden på å høste erfaring med bruk av systemet og evaluere i forhold til våre mål.

LITTERATUR

1. MENS VI VENTER ...»Forsvarlig pasientbehandling i Akttmottakene?» Statens helsetilsyn. Februar 2008
2. Gjöranon K. " Registered nurse-led emergency department triage: organisation, allocation of acuity rating and triage decision making" Örebro Universitet, 2006
3. Gjöranon K, Ehrenberg A, Marklund B, Ehnfors M. Triage i Akuttmottakningen
4. Windgren B, Jourak M, Martinus A. Ny träffsäker triagemetod. METTS-A ger underlag för prioritering till rätt vårdnivå. Läkartidningen. 2008;105:201-4.
5. van der Wulp I, van Baar ME, Schrijvers AJP. Reliability and validity of the Manchester Triage System in general emergency department patient population in the Netherlands: result of a simulation study. Emerg. Med. j. 2008 jul;25 431-434
6. Widgren B, Person L, Martinus A. Manual Metts Medical Emergency Triage and Treatment System. Protokoll för Triage och Vårdprocess för pasienter på akuttmottagningen. Versjon 1.6 Skarlänska universitetssjukehus
7. DEL 2 LOV 2. JULI 1999 NR. 61 OM SPESIALISTHELSETJENESTEN M.M. § 2-3. Plikt til forsvarlighet.
8. Tanbale P, Gimbel R, Kyriacous D, Adams J. Reliability and validity of scores on The emergency department triage. Acad emerg Med 2004; jan. 11 59-65
9. Olsen T, Terent A, Lind L. Rapid Emergency Medicine score: a New prognostic tool for in-hospital mortality in nonsurgical emergency department patients. Journal of Internal Medicine 2004 255: 579-587
10. Remmen A. Teknologisk iværkssettelse, Samfundet i teknologien. I: Rostgård M, Rimmen (red) Aalborg, Aalborg universitet 1990: kapittel 7 s. 143-160



Det finnes mennesker som leser for mye: bibliobibli. Jeg vet om noen som stadig beruser seg på bøker, slik andre beruser seg på whisky eller religion. De vandrer omkring i denne morsomme og interessante verden som i en døs, uten å se eller høre noe som helst.

Henry Louis Mencken

Bokbussen var ikke død

Som barn av 70-tallet opplevde jeg verden før teknologien tok oss. Da jeg vokste opp var NRK eneste TV-kanal, landets første PC-utsalg åpnet først på åttitallet, og de første håndholdte mobiltelefonene, som i 1986 hadde en prislapp på 30 000 kroner, var forbeholdt menn i dress. I dag hører vi stadig om at barn og unge bruker endeløse timer foran PC-skjermen, og en undersøkelse fra 2004 viste at alle norske ungdommer mellom 16 og 19 år har egen mobiltelefon.

Jeg fikk tidlig tilnavnet lesehest. Mens de andre barna gikk på oppdagelsesferd i skogen, foretok jeg min egen, inn i bøkenes verden. Ukas høydepunkt var da bokbussen kom. Jeg sverger at jeg løp raskere enn min fireåring gjør etter isbilen. Bokbussen var for meg en skattkiste på hjul. Jeg husker følelsen av siste besøk før sommerferien. Tre fulle plastposer med bøker. Jeg klarte så vidt å bære dem med hjem, men for en lykkefølelse!

Eksisterer bokbussen i det hele tatt i dag, tenker jeg, og tar en telefon til Fylkesbiblioteket i Akershus. Jeg smiler når jeg legger på. Jo da. Det har gått i bølgedaler, men bokbussen er kommet for å bli. Barn og unge, voksne og gamle strømmer til. Antall utlån øker hvert år. Ja vel, så kan man i dag surfe på nettet også der. Men hva gjør vel det? Bokbussen lever.



Oleivime Johansen

Forfatterintervjuet:

Hysteriets høytid

Når ble du sist kalt hysterisk? I så fall var det sikkert ikke fordi du hadde krampeanfoll, lammelser, taleproblemer eller synsforstyrrelser.



Hilde Bondevik er idéhistoriker og interesserer seg for utvekslingen som foregår mellom ulike fagdisipliner, for eksempel medisin og litteratur. I boken «Hysteri i Norge. Et sykdomsportrett» ser hun på hvordan hysteri ble beskrevet som sykdom innenfor medisinen på slutten av 1800-tallet. Samtidig kom det til uttrykk som et kulturelt fenomen, blant annet gjennom litteraturen.

Symptomene på hysteri var blant annet kramper, lammelser, taleforstyrrelser, utagerende atferd, nervøsitet, svimmelhet, manglende matlyst og synsforstyrrelser.

– Man tenker seg at medisin er en «ren» disiplin i den forstand at den er objektiv og nøytral. Men

den er også vel så mye et produkt av tiden og preget av de normer og den måten å se verden på som dominerer der og da. Medisinen og det medisinske blikket er, på linje med andre fagdisipliner, i høy grad preget av den gjeldende kulturen i samtiden.

– Hvorfor valgte du å skrive om hysteri?

– Som sagt er jeg opptatt av hvordan medisin og litteratur påvirker hverandre og ønsket å ta utgangspunkt i en sykdom hvor disse fenomenene er særlig tydelige. Hysteri er det jeg kaller en kulturdiagnose eller en kultursykdom, det vil si en sykdom som dukker opp og hyppig anvendes i diagnoser i en gitt periode for så å forsvinne. I tillegg opptrer hysteri andre steder enn i medisinen, for eksempel i litteraturen, og er derfor spesielt egnet som eksempel på hvordan to vidt forskjellige fagdisipliner som medisin og litteratur drar vekslers på hverandre, og hvordan kulturens normer og koder også preger vitenskapen.

Hysteri som medisinsk diagnose hadde det Bondevik kaller «sin gullalder» fra 1880 og frem til første verdenskrig. Sykdommen beskrives allerede 1900 år f.Kr. i egyptiske papyrusruller, den omtales i de hippokratiske skrifterne og dukker opp i middelalderen og renessansen. Men på slutten av 1800-tallet øker frekvensen og bruken av hysteri

som medisinsk diagnose. I norsk sinnssykestatistikk innføres for eksempel *hysteria* som diagnostisk kategori i 1882, den endres til *insania hysterica* i 1892 og blir fjernet fra denne statistikken som kategori i 1926. Samtidig ble det publisert stadig flere fagmedisinske artikler om hysteri, og hysteri ble iscenesatt i skjønnlitteraturen og drama i denne perioden.

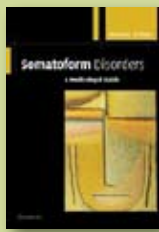
Bondevik tror at hovedårsaken til at hysteri som medisinsk diagnose fikk et så stort omfang på slutten av 1800-tallet først og fremst skyldes én mann, den franske nevrologen Jean Martin Charot. Charot jobbet ved Salpêtrière-hospitalet i Paris hvor han foreleste over emnet og viste frem sine hysteripasienter for leger, intellektuelle og forfattere fra hele Europa, Norge inkludert. En annen mann som skulle få stor innflytelse på hysteriets videre historie, Sigmund Freud, studerte også hos Charot.

– Bruken av diagnosen hysteri var et utpreget medisinsk fenomen i Europa på denne tiden og jeg ønsket å se om og hvordan dette fenomenet utspilte seg i Norge i samme periode, forteller Bondevik.

Hun gikk til medisinske kilder som lærebøker, fagtidsskrifter, doktorgrader og sykejournaler fra Gausstad, og til litterære kilder: Bjørnson, Ibsen, Skram og Hamsun. Hos alle disse forfatterne finner hun symptomer på hysteri hos en eller

3 om psykosomatikk

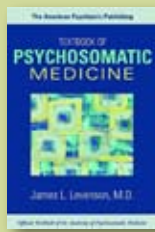
Anbefalt av Elisabeth Grønvd, lege og spesialist i psykiatri ved Psykosomatisk Institutt



Michael R. Trimble:

Somatoform Disorders

Forfatteren er professor i nevrologi og har en litt annen tilnærming til fagområdet. Boken egner seg for klinikere og jurister som arbeider med skadesaker innen området.



James L. Levenson:

Textbook of Psychosomatic Medicine

Omfattende oppslagsverk om psykosomatikk. Boken inneholder nærmest alt innen fagområdet.



Michael Blumenfeld og James J. Train:

Psychosomatic Medicine

Boken fungerer som oppslagsverk og henvender seg til alle som jobber i grensefeltet mellom medisin og psykiatri. Det medfølger også en DVD-rom.

Medisinen og det medisinske blikket er i høy grad preget av den gjeldende kulturen i samtiden.

flere av roman- og dramafigurene. Både Ibsen og Bjørnson brukte hysteri for å si noe om kvinnes situasjon på 1800-tallet.

– *Hva er det som gjør at hysteri er særlig knyttet til kvinner og kvinners uttrykk?*

– Hysteri er kulturelt og etymologisk forbundet med kvinnelighet. Det ligger i definisjonen av ordet at det er en kvinnesykdom (av gresk *hysteraios* = livmor), forklarer Bondevik.

Hun mener symptomene på hysteri sier noe om de manglende utfoldelsesmuligheter og den innestengt som preget kvinnes liv under viktortiden, og leser hysteriet som en reaksjon og en protest mot den marginale posisjonen kvinnene hadde i den perioden. Hun mener også at man kan trekke dette perspektivet enda lengre og se hysteri som et opprør mot ulike former for undertrykkelse og marginalisering generelt.

Menn fikk også diagnosen hysteri med utgangspunkt i de samme symptomene som kvinner, men årsakene til hysteri hos menn var ofte andre. Mens kvinners hysteri var knyttet til den hjemlige sfære og de begrensninger denne medførte, var store ulykker og krigstraumer gjerne det som forårsaket hysteri hos menn.

En annen grunn til at hysteri fikk så mye oppmerksomhet var den store uenigheten som rådet blant fagpersoner når det gjaldt årsaker, symptomer og behandlingsmetoder. Frem til Freud, som definerte hysteri som en psykisk lidelse, var hysteri en sykdom som produserte like mange fysiologiske og nevrologiske forklaringer som psykologiske. Dermed involverte den også diskusjonen om skillet mellom sjel og legeme.

Selv om hysteri ikke lenger eksisterer som medisinsk diagnose tror

Bondevik det finnes lignende fenomener i dag; uklare diagnoser som gjenspeiler tiden vi lever i vel så mye som at de er uttrykk for spesi- fikke, definerbare lidelser.

– Tretthetssyndromer, anoreksi og ADHD er eksempler på diagnoser i vår tid som er omdiskuterte innenfor det medisinske fagområdet. Men selv om sykdomme- nes årsaker og symptomer synes å unndra seg klare, entydige definisjoner, må vi ikke glemme at mennesker med disse diagnosene, på samme måte som 1800-tallets hysteri- kere, virkelig lider, presiserer Bondevik.

tekst **Susanne Dietrichson**
foto **Therese Borge**



Hilde Bondevik

Aktuell med: Hysteri i Norge. Et sykdomsportrett

Utdanning: PhD i idéhistorie

Yrke: Førsteamanuensis

Bosted: Bærum

Alder: 45



Sykehusboka fikk designpris

Sykehusboka er en interaktiv bok for barn på sykehus, som er utviklet av Rikshospitalets fagmiljø i samarbeid med byrået Design To Be og forfatter Taran Bjørnstad. Sykehuset mottok nylig prisen «Merket for god design», for vellykket nytenkning og innovasjon. Boken fungerer som loggbok, aktivitetsbok, minnebok og medisinsk hjelpebok, og den deles ut til barn i alderen 8 til 12 år som er innlagt på sykehus i mer enn tre dager.

Levende om 1700-tallets kirurgi

Anmeldelse: Forfatteren har mot-tatt en rekke litterære priser. Med god grunn. I denne boken beskrives et historisk korrekt Stockholm fra 1700-tallet, og historien som skildres er til tider burlesk. Men gjennom den har veien til dagens vitenskap gått. For gynekologer og kirurger må handlingen fortone seg som et historisk vitnesbyrd. For oss andre holder det med drama, ny kunnskap og gli-trende fortellerkunst. Her er det ikke vanskelig å fornemme novembertåke og brosteinsbelagte gater.

Agneta Pleijel har vendt blikket mot sin egen slekt, da en av hennes forfedre var en sagnomsust og banebrytende fødselslege i Stockholm. Fødselslegen er Herman Schützer som levde fra 1713 til 1804. Vi blir raskt revet med i hans dagligliv, og det er ikke som alle andres.

Først får vi gjennom halsbrekkende dramaturgi følge ham mens han foretar Sveriges første keisersnitt, og

man kan nesten lure på om Pleijel har levd før, så levende som hun beskriver scenen.

Dette skal ikke bli det første dristige inngrepet Schützer gjennomfører. Han er drevet av vitebegjær og en besettelse for kvinners underliv. Romanen er bygd opp rundt hans avgjørelser og de dramatiske konsekvensene av disse. For her har vi med en handlekraftig mann å gjøre.

Rundt hans handlinger bringes leseren inn i en langvarig medisinsk strid. Og ikke minst i en langvarig kjærlighetshistorie. Ikke uten konflikter den heller, slik det så ofte er med kjærlighet. Men det vet jo de fleste noe om fra før. Det mer uortodokse og fengende er historien rundt den bitre striden fagfolk imellom.

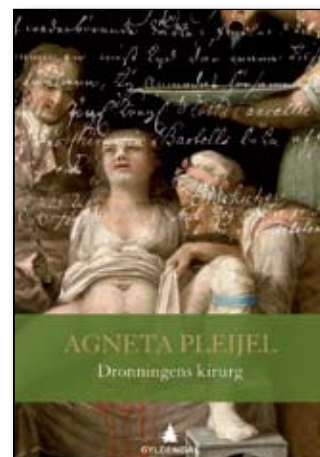
I denne epoken var ikke kirurger eliten blant legene slik den – i alle fall av mange – regnes for å være i dag. Kirurgene var håndverkere, med bakgrunn i feltskjæreryrket.

De stod lavt i rang, og ble regnet for å være en gruppe som handlet først og leste etterpå. Men de bestod av en kjempende liten gruppe, og nærmest skar seg frem med skalpell til vitenskapen.

Men de var ikke alene om å betale prisen for sitt vitebegjær. Her, som så ofte ellers, var det kvinnene som måtte ofre mest. Tydeligst skildret gjennom Schützers eget ekteskap.

Her er det bare å lese og lære seg gjennom henholdsvis sanselige og groteske scener. De er skildret med samme presisjon. Leseren værers atmosfæren som forfatteren evner å formidle. Den er like fullt til stede når det trivielle dagliglivet skildres som under vågale og høyst håndfaste eksperimenter.

Ikke minst er dette en roman som evner å overraske. Og så unorsk at det er rart vi ikke måtte lenger enn til vårt nærmeste naboland for å få den ført i pennen.



Dronningens kirurg

Av Agneta Pleijel
Oversatt av Bodil Engen
199 sider
Gyldendal, 2008
ISBN 978 – 82 05 – 3738 – 2

Anmelder: Inger Frogg Jørgensen, psykiatrisk sykepleier

Viktig om døden

Anmeldelse: Jeg sitter her med en liten bok i hånda. Tårene renner nedover kinnene på meg, og halsen er stram. Boken har rørt ved meg, og satt spor. Jeg føler en dyp takknemlighet til forfatteren som har skrevet den. Ordene hennes har tatt meg med 35 år tilbake i tid, til mitt eget møte med alvorlig syke på Radiumhospitalet.

Susanne Carlenius er sykepleier og teolog, og hun har jobbet de siste ni årene ved Hospice Lovisenberg. Med boken har hun ønsket å dele av sine tanker og erfaringer, og beskriver følelsene som oppstår i møte med døden, døende og de pårørende. Hun har skrevet for dem som skal dø, for dem som skal miste en av sine nærmeste, og for oss helsearbeidere som

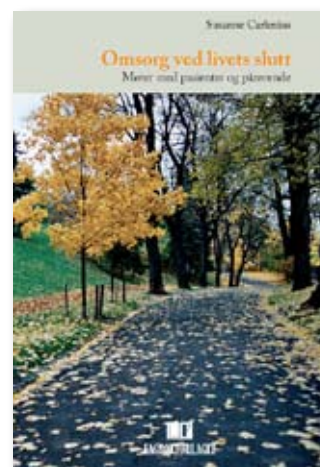
møter dem det gjelder. Boken skil-drer møtet med 27 døende pasienter. I tillegg har forfatteren skrevet en kort prolog, en epilog og stilt enkelte spørsmål til ettertanke.

Carlenius har ønsket å skrive om døden. Det har hun gjort med en stor og dyp innlevelsesevne, med sensitivitet og medlidenhet, og med faglig kompetanse om god sympto-mblindring. Hennes møter er sterke møter med de døende. Hun har skrevet både om den barmhjertige døden, og om den etterlengtede døden som vi ønsker for oss selv, våre nærmeste og våre pasienter. Hun har også skrevet om den døden ingen ønsker. Den grusomme og brutale døden som er preget av oppkast, store blødninger, vonde lukter, gapende

sår, pustebesvær, smerte og angst.

Forfatteren beskriver seg selv som en «medvandrer». Hun forteller at dette er hva den lidende trenger mest av alt. Noen som orker å ta imot og romme det, som vil lytte til nød-ro-pet, og er til stede i smerten; en som står plantet og nært, midt i lidelsen. For meg ble hennes beskrivelser så klare, gripende og nesten lyriske, at jeg også var som en medvandrer i hennes pasienters landskap. Hennes ord rørte ved mine egne sanser og min egen sårbarhet.

Når jeg dør, ønsker jeg meg én med hennes empati og kompetanse ved min side. Vi har mye å lære av forfatteren. Vi har mye å lære av «Omsorg ved livets slutt». Jeg håper den blir pensum for mange.



Omsorg ved Livets Slutt Møter med pasienter og pårørende

Av Susanne Carlenius
139 sider
Fagbokforlaget 2008
ISBN: 978-82-450-0780-0

Anmelder: Mary H Kalfoss, professor ved Høyskolen Diakonova.

Månedens bok

Rapport fra innsiden

Triksing med forskningsresultater, dødelige bivirkninger og bestikkelser er ingredienser i denne røverhistorien fra legemiddelindustrien.

Anmeldelse: Det er ikke noe nytt at det rettes beskyldninger mot legemiddelindustrien om at den går over lik for å oppnå fortjeneste. Det som gjør forfatterens kritikk annerledes og troverdig er at han er en insider. Han var i mange år administrerende direktør i verdens tiende største legemiddelfirma, Eli Lilly.

John Virapen ble ansatt som medisinsk rådgiver i legemiddelfirmaet. Først i ettertid så han at hans erfaring som kriminell kom meget godt med. I stedet for å få informasjon om bivirkninger, fikk de ansatte omfattende selgertrening.

I Eli Lilly fikk han fart på omsetningen, blant annet ved smøring av leger. De ble fløyet til Singapore, offisielt for å få faglig opplæring. Der var det kort vei til stranden, kasinoet og bordellet. Virapen skaffet seg en opinionsleder som var spesialist i smertebehandling og som arbeidet som frittstående ekspert for Socialstyrelsen. Han ble også lønnet av Eli Lilly. Offisielt skulle han gi råd, granske brosjyrene, og utdanne firmaets selgere. Han ble bare aktivisert når produktene fikk dårlig omtale i pressen, som da det smertestillende middelet Distalgesc hadde ført til flere selvmord.

Benoxaprofen ble godkjent i USA

i 1981. I 1982 rapporteres det om lever- og nyresvikt og dødsfall i flere land. Eli Lilly kjente til dødsfall før middelet ble godkjent, men holdt tett, forteller Virapen. En rekke grove historier blir leserne til del: Vioxx ble godkjent som sikkert og effektivt av det amerikanske legemiddelverket (FDA) i 1999. Allerede året etter kjente Merck til de skadelige og dødelige bivirkningene. I 2004 ble middelet trukket tilbake etter at det året før hadde hatt en

omsetning på 2,5 milliarder dollar.

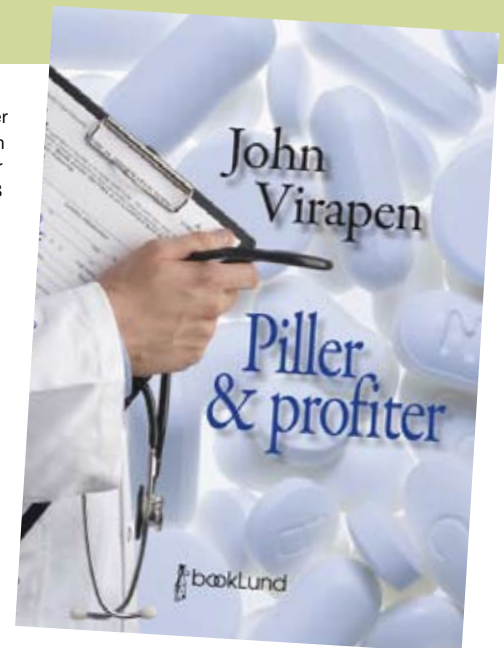
I 1990 skrev Lilly til amerikanske leger, for å berolige dem, etter at media hadde hevdet at Prozac kunne øke pasientenes tilbøyelighet til å begå selvmord: «Mer enn 11 000 personer deltok i kliniske forsøk med Prozac». Sannheten var at 786 forsøkspersoner fullførte forsøket som var grunnlaget for ordinerer av medisinen 54 millioner ganger, og med en omsetning på 500 millioner dollar. For å oppnå godkjenning bestakk Lilly myndighetenes ekspert

med 20 000 dollar og forskningsmidler. Ifølge forfatteren viste de siste forsøkene at SSRI-preparater, ett av dem Prozac, har mindre virkning enn placebo. Johannesurt eller fysisk aktivitet har større effekt. I en rettssak konkluderer den sakkyndige med at 250 000 mennesker har prøvd å ta livet sitt etter å ha brukt Prozac. 25 000 lyktes.

Egentlig er det to historier forfatteren skriver. Den ene om legemiddelindustriens kynisme og

korrupsjon. Den andre er deler av en selvbiografi. I det nåværende ekteskapet har han en sønn på fire år. Han bekymrer seg over hva sønnen og andre barn kan bli utsatt for fra legemiddelindustriens side. Han bruker all sin energi på å stoppe løgnene, korrupsjonen og svindelen. Han har tydelig samvittighetskvaler og skriver noen steder kort om sine søvnproblemer. Han kunne med fordel ha utbrodert sine kvaler og skrevet om hva slags forhold han nå har til alkohol. Leseren blir

Piller & profiler
Av John Virapen
227 sider
BookLund 2008
ISBN: 987-91-86420-78-9
Anmelder: Thore K. Aalberg
cand.polit. og homøopat



nysgjerrig på en mann som har tjent legemiddelindustrien gjennom en årrekke, og som nå angrer og beklager det han har vært med på.

Forordet er skrevet av en apoteker og medisinsjournalist, som ble overbevist om sannhetsgehalten i det Virapen fortalte. Forordet inneholder 15 referanser. Forfatterens drøyt 100 kildehenvisninger, sammen med hans åpenhet og ærlighet, gjør ham troverdig.

Boken hadde stått seg på å omtale færre legemidler, siden prosedyrene, markedsføringen og manipuleringen er det samme i alle firma. Det at han gjentar budskapet om alvorlige skader og dødsfall er på sin plass.

Han greier å forklare mange fenomen med stort sett gode analogier. De personlige passasjene i boken er de beste. Men samtidig er det et tankekors at forfatteren bruker flere sider på bruddstykker av et liv, når bokens tittel er «Piller og profiler». Innholdsfortegnelsen kunne med fordel ha blitt utstyrt med overskrifter, og en stikkordsliste savnes. Boken er skrevet i et enkelt og godt språk og har kun et par trykkfeil.



Den amerikanske forfatteren William Styron, best kjent for romanen «Sophies valg», døde i 2006, 81 år gammel. Hva døde han av?

Svar: Lungbetennelse



Det er så mye vi kan! Ti unge om å leve med sykdom og funksjonshemming

Av Jens O. Simensen

Tankevekkende

Omtale: Unge mennesker som på hver sin måte har måttet takle ekstra utfordringer i livet, i form av ulike sykdommer og funksjonshemninger, deler sine historier i denne boken. De forteller om rystende opplevelser, men også positive erfaringer med norsk helsevesen.



Utfordrende atferd og utviklingshemning - Atferdsanalytisk forståelse og behandling

Av Børge Holden

Alternativ til psykologi

Omtale: Nær halvparten av alle som har en utviklingshemning og som får en form for omsorgstjenester, har hva man kan kalle en problematisk eller utfordrende atferd. Psykolog Børge Holden tar i boken for seg årsakene til dette, og ser på ulike behandlingsperspektiver.



Med et slag - Hjerneforskerens reise fra hjerneslag til ny innsikt

Av Jill Bolte Taylor
Oversatt av Kirsti Vogt

Historien om et hjerneslag

Omtale: Forfatteren er utdannet neuroanatom, og underviser unge leger om menneskehjernen. En dag ble hun selv rammet av hjerneslag, og mistet i løpet av få timer evnen til å gå, snakke, lese, skrive eller huske.



Kvinnens arbeid

Av Karen Christensen
og Liv Johanne Syltevik
(red.)

Utfordrer mytene

Omtale: Bokens mange bidragsytere utfordrer mytene omkring arbeid som fenomen, gjennom forskningsbaserte bidrag. De illustrerer hvordan strukturelle og politiske styringsmekanismer påvirker individuelle handlinger, vekker motstand og protest, eller mottas på uventede måter.



En form for kjærlighet - fragmenter fra en psykoanalyse

Av Jørn-Kr. Jørgensen

Erfaringer fra psykoanalyse

Omtale: Jørgensen er forfatter, redaktør og informasjonsrådgiver. I denne boken gir han et personlig innblikk i hvordan han opplevde de ti årene han gikk i psykoanalyse.



Å se og å innse - om ulike former for evidens

Av Kari Martinsen og
Katie Eriksson

Om sannhetsverdier

Omtale: Bokens forfattere stiller spørsmål ved at begrepet evidens i dag er blitt snevret inn til en bruk forbeholdt naturvitenskapens tradisjoner, og medisinsk evidens spesielt. Aktuell for alle som tar høyskoleutdanning innen helse- og sosialfag.



Hva leser du nå?

– Akkurat nå leser jeg den siste boken i Stieg Larssons trilogi. Den heter «Luftslottet som sprengtes», sier **Susanne Glesnes**, sykepleier ved Røde Kors sykehjem i Bergen og tidligere EM-vinner i sandvolleyball.

– Det er en stund siden jeg leste de to første bøkene til Larsson, men jeg synes han har skrevet veldig godt

og fengende. Jeg gleder meg til å se filmatiseringen av «Menn som hater kvinner» på kino.

– Jeg er generelt glad i krim, og det blir ofte et naturlig valg når jeg skal koble av. Krim er lett og god underholdning.

Sykdommen som ikke fantes

Norsk-svenske Pelle Sandstrak reiser verden rundt med foredraget «Mr. Tourette og jeg». I boken med samme navn beskriver han hvordan det var å vokse opp med en sykdom ingen kjente til.

1 Hvorfor har du skrevet denne boken?

Fordi jeg på et tidspunkt i livet var så langt nede som det er mulig å komme i ung alder. Med denne boken ønsker jeg å si at det er mulig å bli frisk, så lenge man får hjelp og riktig behandling. I 1989 var jeg nittisju prosent handikappet. De tre resterende prosentene representerte håp. I dag er jeg så frisk som jeg vil bli. Man skal ikke bli for frisk heller, og jeg håper ikke jeg blir friskere enn jeg er nå. Jeg har forsøkt å skrive boken med en god porsjon humor. Det skrives så mange triste fortellinger. Vi trenger litt positivitet også.

2 Hvorfor bør den leses?

Den bør leses slik at folk kan få et innblikk i hva Tourettes syndrom er, og forhåpentlig la seg bevege gjennom humor og alvor. Boken forutsetter ikke at man trenger å kjenne til Tourettes på forhånd, det har jeg vært veldig bevisst på.

3 Hvem bør lese den?

Alle. Bokstavelig talt. Til nå er den oversatt til mange språk, og det er



spørsmål til Pelle Sandstrak

planer om en filmatisering, så boken er definitivt tiltenkt det brede publikum.

4 Hva liker du selv best ved boken?

Partiene hvor jeg skriver om min far. Han hadde lenge en teori om hva som kunne feile meg, men det var ingen som ville høre på ham. I 1979 fikk pappa beskjed fra legene om at Tourette ikke fantes her. Ti år senere fikk han bekreftet det motsatte. Jeg er veldig glad for at han rakk å oppleve å se at jeg fikk hjelp før han gikk bort.

5 Hva synes du boken mangler?

Den mangler noen av de mest absurde historiene fra livet mitt, som nok ingen ville trodd på. De falt bort under redigeringsprosessen med boken.

6 Hva er den siste fagboken du har lest?

«An Anthropologist on Mars», av nevrologen Oliver Sacks. Jeg leste den på flyet mellom Toronto og København.

7 Og siste skjønnlitterære?

Knut Hamsuns «Mysterier». Jeg har veldig sansen for Hamsun, og har likt ham i mange år. Faktisk har jeg sitert ham på følgende i boken min; «Jeg angrer ingenting av det jeg har gjort, jeg angrer dog på at jeg fortalte om det». Et annet Hamsun-sitat jeg dessverre kjenner meg litt for godt igjen i er: «Intet fornuftig, tenkende menneske kan forlate Christiania uten angst». Jeg har få gode minner fra den tiden jeg bodde i Oslo.

8 Hva inspirerer deg til å skrive?

Inspirasjonen ligger i å kunne berøre mennesker følelsesmessig. Jeg håper jeg kan nå mennesker gjennom boken på samme måte som jeg opplever å gjøre det fra scenen.

9 Hvilken bok drømmer du om å skrive?

Min neste bok. Den er ute om et års tid.

tekst **Geir Arne Johansen**
foto **Ann-Elin Wang**

På veggen



KUNSTNER:
JOHANNES STRAND

TITTEL:
BUSKA PÅ GRADDIS

FOTOGRAFI FRA BOKEN
«VER OG UVER»



UTRETTELIG: Johannes Strand fanger værphenomener i sin linse. Et fotoprojekt han aldri blir ferdig med.



TETT PÅ SÅRBARHETEN:

Når vi andre skalker alle glugger, og kryper sammen foran peisen, tar fotograf og sykepleier Johannes Strand kamera og stativ med seg og vandrer ut i landskapet, gjerne til fjells. Iført skinnlue og varmekjeledress. Været har i slike stunder ofte u foran seg. Det kan bli ensomt der ute, timevis i lag med kameraet.

– Det er ensomhet på en god måte. Uvær innebærer jo uhygge. Og det gir mulighet til å kjenne på egen sårbarhet. Jeg vil påstå at sårbarhet og livskvalitet henger veldig sammen.

Strand kjøpte sitt første speilreflekskamera for konfirmasjonspengene som 14-åring. Han fotograferte aktivt til han var ferdig med gymnaset. Så ble det en lang pause, frem til 2002.

37-åringen kommer opprinnelig fra Hamarøy i Nordland, men bor i Lødingen hvor han har etablert eget fotostudio ved siden av jobben som sykepleier i ambulansetjenesten.

– Jeg liker å jobbe i akuttjenesten. Her blir behovet for mine ferdigheter så tydelig.





TITTEL:
SAUEN OG VÆRØYA

Turene i nordnorsk vær og landskap med kamera har nå resultert i boka «Ver og Uver».

– Bokprosjektet er hundre prosent mitt eget. Den er utgitt på eget forlag, selvfinansiert, og jeg har gjort all layout selv. Jeg laget ikke denne boka primært for å selge mange bøker. Men det er selvfølgelig hyggelig om noen vil kjøpe den, sier han med et lunt smil.

De fleste fotografiene er i sort/hvitt, noen få har fått flere fargetoner.

– Jeg ønsket å gi bildene et kunstnerisk tilsnitt, og

jobber mye med å forenkle. Jeg utnytter fordelene til både manuelt og digitalt kamera. Bildene i boka er festet til analog film, det er det beste for vidvinkel. Jeg liker den kornete strukturen de får, forklarer fotografen.

Strand har alltid hatt høy terskel for å skrive på grunn av sin dysleksi. Denne har han overvunnet, og krydret boka med egen poesi. Her taler han om værrets virkning på en lun og direkte måte, ispedd ekte nordnorsk humor.

tekst og foto **Liv-Karin Edvardsen**



TITTEL:
NAUSTAN PÅ NES

Vil ha flere innspill om lok

– Sykepleien er en viktig bærebjelke i lokalsykehusene, slår Åse Senning og Sissel Alterskjær fast. De er begge med på å lage en strategi for lokalsykehusene i Helse Nord, og vil ha flere innspill fra sykepleiekolleger.

Helse Nord har satt ned en prosjektgruppe som skal lage en overordnet strategi for lokalsykehusene i Nord-Norge. Fram til september skal prosjektgruppen se på hvordan lokalsykehusene skal utvikle seg og hvilke tilbud de skal gi. De skal blant annet foreslå tiltak for å rekruttere og beholde fagfolk, og for samhandling med primærhelsetjenesten.

Strategien skal ut på høring før den vedtas i november. Det skal også arrangeres dialogmøter i Svolvær og Hammerfest i løpet av forsommeren.

– Vi har tidligere hatt mye fokus på enkeltproblemstillinger. Nå skal vi lage en helhetlig strategi for hvordan lokalsykehusene skal utvikle seg videre, og hvilke tilbud de skal gi. Selve lokalsykehusstrukturen skal ligge fast, sier prosjektleder Oddvar Larsen fra Helse Nord.

I midten av april arrangerte Helse Nord til et åpent dialogmøte i Mosjøen, der prosjektgruppa inviterte både fagfolk og kommunepolitikere til å komme med innspill.

Savner innspill

– Sykepleiefaget er viktig i dette arbeidet, slår sykepleierne Åse Senning og Sissel Alterskjær fast.

Senning er sykepleiefaglig rådgiver ved Helgelandssykehuset avdeling Sandnessjøen, Alterskjær sykepleier ved Helgelandssykehuset avdeling Rana. Begge sitter i prosjektgruppa, sammen med jordmor Mai Lis Klingan fra Kirkenes.

De savner flere innspill fra sykepleierkolleger.

– Leger har nok mer tradisjon for å engasjere seg faglig og ha posisjoner i denne typen arbeid. Men vikarlegene skifter ofte i nord. Da er det sykepleierne som blir nære og stabile for pasientene. Derfor er det viktig at deres stemmer blir hørt.

De to sykepleierne understreker at dette ikke er ei utredning som truer lokalsykehusenes framtid.

– Det er ikke noe skummelt ved det. Prosessen er åpen og dialogen med omverden er viktig.

Viktig utdanningsarena

Alterskjær understreker at lokalsykehusene også er en viktig arena for utdanning av alle typer helsepersonell.

– Vi må se utdanning i sammenheng med hva lokalsykehusene faktisk gjør. Dersom noen tilbud blir borte uten hensyn til hva fagplanene for utdanningene sier, er vi ikke lengre godkjent som praksisfelt. Det kan få ringvirkninger for kommunehelsetjenesten, sier hun.

Hun mener det også er ønskelig med mer spesialisert kompetanse for sykepleiere på lokalsykehus.

– Det er viktig med bredde, men vi kan ikke alle være poteter som kan litt av alt.

Samhandling

– Det har vært mange utredninger knyttet til lokalsykehus. Hvorfor enda en?

– I dette arbeidet er helheten viktig. Samhandlingsreformen er viktig for vårt arbeidet. Vi må

Sykehus i Nord

Det er ni lokalsykehus i Helse Nord:

- Helse Finnmark klinikk Kirkenes
- Helse Finnmark klinikk Hammerfest
- UNN Harstad
- UNN Narvik
- Nordlandssykehuset Vesterålen
- Nordlandssykehuset Lofoten i Gravdal
- Helgelandssykehuset Mo i Rana
- Helgelandssykehuset Sandnessjøen
- Helgelandssykehuset Mosjøen

Alle lokalsykehusene har kirurgisk akuttberedskap med unntak av Mosjøen. Alle har fødeavdeling med unntak av Mosjøen og Gravdal, der er det fødestue.

I tillegg har Helse Nord Universitetssykehuset UNN Tromsø og Nordlandssykehuset Bodø.

alsykehus



ØNSKER STRATEGI: Oddvar Larsen er prosjektleder arbeidet med å lage lokalsykehusstrategien til Helse Nord.

ajourføre i forhold til forutsetninger og føringer som kommer fra sentralt hold, sier prosjektleder Oddvar Larsen.

– Samhandling med primærhelsetjenesten bør forankres og kvalitetssikres bedre. En del av arbeidet er å få en oversikt over de ulike samhandlingstiltakene som er i gang i regionen, og se hvilke erfaringer de gir, sier Larsen.



VETERAN: Åse Senning har jobbet på lokalsykehus siden 80-tallet og har vært innom flere sykehus i nord. Hun er sykepleiefaglig rådgiver i Sandnessjøen.

– Hva betyr innspillene fra dialogmøtene i arbeidet videre?

– Vi noterer alt som kommer av innspill på dialogmøtene, og tar det med oss videre i arbeidet. Det er også et viktig poeng at hele prosjektgruppa er til stede og får høre de innspillene som kommer, sier Larsen.

Ikke vant med å bli hørt

– Vi er ikke vant til at Helse Nord hører på hva vi sier. Det er flott at de nå inviterer til dialogmøte, og jeg håper de er villig til å lytte.

Det sier Mildrid Søbstad, varaordfører i Vefsn kommune og sykepleier i kommunehelsetjenesten. Søbstad mener sentraliseringen av lokalsykehusene har gått for langt. Siden 2006 har sykehuset Helgelandsykehuset i Mosjøen vært uten akuttkirurgisk beredskap og fødeavdelingen er gjort om til fødestue. Søbstad er bekymret over konsekvensene.

– Som sykepleier i sykehjem ser jeg hva det gjør med syke eldre når de må fraktes over lengre avstander til sykehus. Vi ser at de skrives ut hurtigere, og for mange resulterer det i reinnleggelse. Befolkningen i regionen vår har ikke den samme tryggheten uten akuttkirurgisk beredskap hele døgnet, sier hun til Sykepleien.



VIL AKTIVISERE: Sissel Alterskjær vil ha flere innspill fra sykepleiekolleger til lokalsykehusstrategien. – Sykepleien er en viktig bærebjelke i lokalsykehusene, sier hun.



Medaljen for lang og tro tjeneste er et resultat av 30 års samspill

Nå får du den i ny drakt!

Medaljen ble innstiftet i 1888 og er en unik og tradisjonsrik påskjønnelse.

Mottakeren får nå med et stativ som kan benyttes til å stille ut Medaljen, og et ferdig innrammet diplom. Det følger også med et jakkemerke i sølv. Alt samlet i en ny og eksklusiv perm.

Både mottakere og givere av Medaljen setter stor pris på hedersbevisningen. Feiring av ansatte er en viktig del av miljøet og samholdet på en arbeidsplass, og oppfattes svært positivt både av omverdenen og ansatte i bedriften.

For mer informasjon, send e-post til norgesvel@norgesvel.no, ring 64 83 20 00 eller besøk www.norgesvel.no/medaljen



200 år

NORGESVEL
DET KONGELIGE SELSKAP FOR NORGES VEL

Nærkontakt med makta

Fylkeskontaktene i NSF er offensive overfor rikspolitikkerne om dagen. I Nordland og Aust-Agder har det vært møter på ministernivå, mens partiene blir kjørt hardt på likelønn av fylkeslederen i Oppland.

Samhandlingsreformen og likelønn er to stikkord for engasjementet til Norsk Sykepleierforbunds (NSF) fylkeskontorer for tiden. Og da er det, om ikke daglig kost, så muligens nokså naturlig, at slike store temaer også innebærer møter med sentrale politikere.

– En gruppe fylkesledere i NSF, internt kalt «the A-team», har fått i oppgave å jobbe mot politikerne og politiske partier, sier Laila Wilhelmsen, fylkesleder i Nordland.

Navarsete var svært lydhør og noterte så blekket sprutet.

Laila Wilhelmsen, fylkesleder i Nordland

I begynnelsen av mars hadde de celebrert besøk i Bodø av samferdselsminister Liv Signe Navarsete. Hun var egentlig i byen som minister, men ønsket samtidig å snakke med sykepleierne om likelønn og samhandlingsreformen, i egenskap av å være leder av Senterpartiet.

Noterte så blekket sprutet

Dermed tok Wilhelmsen henne med til sykehuset i Bodø, hvor Navarsete fikk snakke om likelønn med Trude Kristensen, en engasjert intensivsykepleier, og Merete Lian som er hovedtillitsvalgt for NSF ved sykehuset.

– Navarsete støtter fullt ut NSF's krav til handling i forhold til likelønnskommisjonens anbefaling, kan Wilhelmsen rapportere.

Videre fikk Sp-lederen høre solskinnshistorier om vellykkede

samhandlingsprosjekter fra Steigen og Brønnøysund kommune ved henholdsvis sykepleier Hilde Husøy og Gjertrud Krokaa. I tillegg sørget psykiatrisk sykepleier Kurt Lyngved for å gi en oppdatering på hvor psykiatrien i fylket står etter at opptrappingsplanen er avsluttet.

– Navarsete var svært lydhør og noterte så blekket sprutet. Hun var veldig glad for å høre at NSF støtter samhandlingsreformen fullt ut, og nikket ivrig da jeg sa at for å lykkes med reformen er regjeringen helt avhengig av NSF's deltakelse og innspill, forteller Wilhelmsen.

Navarsete var også enig da Wilhelmsen pekte på at Bjarne Håkon Hanssens forslag om flere leger til

sykehjemmene også bør omfatte flere sykepleiere.

– Er det ikke tilstrekkelig med sykepleiere der til å iverksette legenes forordninger, observere og evaluere virkningen av behandlingen, se og ivareta hele mennesket innenfor diagnosen, ja, så har vi ikke kommet noe lengre, sa hun til en nikkende Navarsete.

Alvorsprat med finansministeren

Finansminister Kristin Halvorsen var på besøk hos Aust-Agder SV i slutten av februar, og benyttet anledningen til å invitere NSF til å snakke om likelønn og annet som opptar medlemmene.

På sykehuset i Arendal møtte hun blant annet hovedtillitsvalgt Heidi Helene Stykkes som kunne avsløre at sykepleierne der går på akkord med seg selv og daglig bryter bestemmel-

sene knyttet til arbeids- og hviletid.

– Målsettingen ved Sørlandet Sykehus er at det innen 2010 ikke skal være mindre enn 50 prosents stillinger, men jeg konstaterer at utviklingen går i motsatt retning, sier hun til Sykepleien.

Stykket ba finansministeren sørge for å prioritere tiltak som ikke bare er brannsløkkende, men som også har en langtidsvirkende effekt for kvinneyrkene.

– Det var et konstruktivt møte. Halvorsen lyttet og uttrykte forståelse for synspunktene våre. Hun lovet at hvis de kommer i posisjon, skal likelønn være et satsingsområde. Det gjenstår å se om det blir fulgt opp, sier Stykkes.

Vil forplikte likelønnspratet

I Oppland har fylkesleder Jette Struck henvendt seg til stortingspolitikere via telefon og e-post. Hun har ennå ikke hatt nærkontakt med dem i form av møter, men målet hennes er konkret nok: Hun ønsker forpliktende formuleringer i partiprogrammene til regjeringspartiene.

– Sp er på en måte sikret, så de bruker jeg ikke energi på. Men SV har jeg hatt mye kontakt med siden de hadde landsmøte først. Nå har jeg fått bekreftelse på at de har tatt inn formuleringen min. Arbeiderpartiet er derimot en kjempe-nøtt å knekke i og med deres tette forhold til LO, sier Struck.

Hun forteller at Arbeiderpartiets forslag nå er banket til behandling på landsmøtet, foreløpig uten formuleringen hun ønsker, men saken er ennå ikke tapt.

– Jeg forsøker å få dem til å lansere et endringsforslag på landsmøtet i slutten av april, så jeg har ikke mye tid, sier fylkeslederen for hun haster inn til et møte.



ALVORSPRAT: Her får finansminister Kristin Halvorsen høre hvor skoen trykker for Aust-Agder-sykepleierne Heidi Helene Stykkes (i midten) og Mona Blix. De er hovedtillitsvalgte ved henholdsvis sykehuset i Arendal og psykiatri ved Sørlandet Sykehus.

En halvtime kortere arbeidstid

Regjeringen foreslår å likestille skift og turnus. – En seier, sier NSF-leder Lisbeth Normann. Men hun skal fortsette å kjempe for nattarbeiderne som ikke er inkludert i forslaget.

– Dette er et langt skritt i riktig retning og viktig for likestillingen, sier Lisbeth Normann, leder i Norsk Sykepleierforbund (NSF).

Men NSF er ikke helt i mål: Det er fortsatt en kamp å kjempe for sykepleiere som er i fast nattarbeid. De er ikke omfattet av regjeringens forslag.

– Vi skal jobbe hardt for å få politikerne med oss. Vi vil ha flertall i Stortinget for å inkludere nattsykepleierne, sier Normann.

Hun ser likevel regjeringens utspill som en seier.

– NSF har jobbet iherdig med denne saken i nesten 20 år. Nå fortjener regjeringen ros for sitt forslag.

Stortinget skal behandle saken før sommeren. Forslaget krever en endring i arbeidsmiljøloven.

Langvarig kampsak

Likestilling av skift- og turnusarbeid har vært en kampsak for NSF i 15 år. Mange politikere har i årenes løp snakket pent om saken,

men vedtakene har manglet.

25. mars meddelte altså regjeringen at den ønsker å redusere arbeidstiden for ansatte som jobber tredelt turnus.

Ifølge Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID) vil over 30 000 arbeidstakere få redusert arbeidstiden. De fleste av disse jobber på sykehusene.

Først i Holden-utvalget

Skift/turnusutvalget, som ble ledet av økonomiprofessor Steinar Holden, la fram sin utredning 3. oktober 2008. Den har siden vært på høring.

Ifølge forslaget fra AID vil det innføres en gradvis kompensasjon for ubekvem arbeidstid for skift- og turnusarbeidere som arbeider minst hver tredje helg. Jo flere ubekvemme vakter, desto mer blir arbeidstiden redusert.

Fra mai 2010?

Når lovendringen er vedtatt av Stortinget, vil regjeringen fastsette



MØRKET: Sykepleiere i fast nattarbeid omfattes ikke av det nye forslaget. Arkivfoto: Bo Mathisen.

når lovendringen skal tre i kraft. Det kan eksempelvis bli 1.1.2010, men det vil AID ikke bekrefte.

Lovendringen må følges opp i tariffavtaler, for de fleste har i dag tariffavtaler som sikrer arbeidstakerne kortere arbeidstid enn det loven krever. I praksis vil dette kunne bety at sykepleierne først vil nyte godt av kortere arbeidstid fra 1. mai 2010, som er tiden for tariffforhandlingene. Men dette er fortsatt uklart.

Teller ett kvarter mer

For dem som jobber tredelt turnus, vil arbeidstiden reduseres på denne måten: Hver time natt vil telle som en time og et kvarter. En time helg vil telle som en time og ti minutter.

Ifølge AID vil helsearbeiderne i helseforetakene få redusert arbeidstiden sin i gjennomsnitt med en



ENDELIG: Lisbeth Normann er mest glad. Foto: Marit Fonn

halv time i uken. Noen vil få den redusert enda mer. Ingen vil komme dårligere ut enn i dag.

Ingen reduksjon for nattevaktene

Regjeringens forslag omfatter altså ikke dem som bare jobber natt. Argumentet er at det er vekslingen mellom natt- og dagarbeid som er ulempen.



Samles for å reflektere

De er som regel eneste sykepleier på vakt. Å få møtes og reflektere kritisk over arbeidet de utfører gjør dem bedre, mener sykepleiere i Midt-Troms.

Inne på møterommet på Sørreisa sykehjem i Midt-Troms sitter ni sykepleiere rundt et bord. Temaet

for samtalen er bruk av pleieplaner og utfordringer knyttet til skrøpelige eldre og kronisk syke pasien-

ter. Ute laver våt og tung snø ned denne marsettermiddagen. Inne går debatten friskt over bordet.

– Hvilken rolle skal dere som sykepleiere ha i forhold til skrøpelige eldre som trenger kompleks pleie,



BEDRE SAMMEN: Vibecke Andreassen, Linda Lange og Tove Utmo jobber ved samme institusjon og er glade over mulighetene veiledningsprosjektet gir til å treffes og dele kritisk refleksjon. Det gjør dem til bedre sykepleiere, mener de.

spør prosjektleder May Wenche Undheim.

Dansk forbilde

De ni sykepleierne er med i veiledningsprosjektet «Din kunnskap – pasientenes sikkerhet – et prosjekt om sykepleie og fagidentitet».

Fram til 2010 skal sykepleierne møtes til veiledningstimer 15 ganger, der de blir utfordret på ulike faglige problemstillinger.

– Prosjektet er hentet fra Dansk Sygeplejeråd, som gjennomførte et slikt prosjekt for fire år siden. De har delt sine erfaringer med

Dette reduserer angsten. Vi blir tryggere i faget, og kan senke skuldrene litt.

Jorun Westad

oss, og vi har tilpasset opplegget deres til norske forhold og norsk lovverk, forteller Undheim.

Sykepleiemøtet tilbake

Ideen til å gjennomføre et slikt prosjekt i Norge kom fra NSF Troms. Målet er å styrke sykepleieidentiteten.

– Sykepleiere i kommunene er ofte alene, blant annet i etiske dilemmaer, og det er lite midler til kurs og skoling. Her tar vi tilbake det gamle sykepleiemøtet. Det har i stor grad smuldret bort i mange kommuner, og blitt erstattet av tverrfaglige personalmøter. Men de gir ikke de samme mulighetene til ren sykepleiefaglig refleksjon, sier Hanne Marit Bergland, leder for NSF Troms.

De ni sykepleierne rundt bordet i Sørreisa jobber alle ved samme institusjon, men det er sjelden de treffes på jobb. Som regel er det kun en sykepleier på vakt på hvert skift. Det begrenser mulighetene for faglige debatter.

– Hverdagen er heseblesende og travel. Vi er alene på vakt, og må fortløpende gjøre vurderinger alene, påpeker Mona Alfredsen.

Rett tid og sted

Rundt bordet går debatten om sykepleiernes rolle hos de skrapelige eldre.

– Vi må stole på at våre medarbeidere har kompetanse til å se når det er nødvendig å hente oss. Det er viktig at vi kommer tidlig nok inn i situasjoner som krever sykepleiefaglig kompetanse, understreker en av dem.

Fylkesleder Hanne Marit Bergland påpeker at sykepleiere ofte bruker arbeidstiden til flere oppgaver enn de rent sykepleiefaglige.

– Det er viktig for sikkerheten til pasientene at sykepleierne får



LOS: May Wenche Undheim er leder for prosjektet «Din kunnskap – pasientenes sikkerhet – et prosjekt om sykepleie og fagidentitet», og loser sykepleierne i Sørreisa gjennom 15 veiledningstimer.

bruke sin kompetanse på rett tid og sted. Derfor er det viktig å skape bevissthet om hva sykepleierens kompetanse innebærer, og hva andre faggrupper ikke dekker. Sykepleierne må kunne argumentere for hvor deres kompetanse skal brukes til beste for pasientene, sier Bergland.

– Andre faggrupper er blitt sterkere, og de er flere på vakt samtidig, mens vi som regel står alene med det sykepleiefaglige ansvaret. Det kan oppleves tøft, medgir sykepleier Tone Thomassen Furøy i Sørreisa.

Rundt bordet har alle kjent på angsten for at noe skal gå galt når de er alene med ansvaret. Og alle i gruppa opplever at veiledningen gjør dem tryggere.

– Vi har virkelig savnet et møte- sted som dette, der vi kan treffes og diskutere faglige problemstillinger, sier Tone Thomassen Furøy.

– Dette reduserer angsten. Vi blir tryggere i faget, og kan senke



Fakta

- Prosjektet «Din kunnskap – pasientenes sikkerhet – prosjekt om sykepleie og fagidentitet» er et samarbeid mellom NSF, Universitetet i Tromsø, avdeling for helsefag, Studiesentret Finnsnes A/S, LØKTA og de fem kommunene Bardu, Dyrøy, Lenvik, Målselv og Sørreisa, samt Fylkesmannen i Troms.
- Både fylkeskontoret, fagavdelingen og sentralt fagforum i NSF samarbeider om prosjektet.
- Hensikten er å styrke og synliggjøre sykepleiernes fagidentitet.
- Også avdelingslederne er med på veiledningsmøtene.
- Prosjektet skal avsluttes i 2010.



ALENE: Med bare en sykepleier på en travel vakt er det mange avgjørelser som må tas raskt og liten mulighet til å rådføre seg med kolleger. Linda Lange har akkurat startet vakta si, og gir en hjelpende hånd og hyggelige ord til Agna Thomassen (til venstre) og Anne-Grethe Øvermo Mathisen på Sørreisa sykehjem i Midt-Troms.

skuldrene litt. Dyktighet som sykepleier handler ikke bare om teknikk, men også om muligheten til å reflektere, påpeker Jorunn Westad.

Pleieplaner må oppdateres

Debatten går om pleieplaner, om de lages, om de ajourføres, og hvem som skal ha ansvaret for dem.

– En pleieplan er et bindende dokument. Men den mister verdien når den ikke blir oppdatert,

– Hvilke konsekvenser får det for pleien, spør Undheim.

– Det kan jo få fatale følger dersom opplysninger ikke blir ajourført. Særlig blir det farlig når det kommer nye ansatte. Planen er et godt og trygt redskap å ha, men da er forutsetningen at du vet at den til enhver tid er oppdatert, sier Mona Alfreksen.

Fremhever tittel

Sykepleierne i Sørreisa har begynt å øve seg på å framheve at de er

som setter spørsmålsteget ved at sykepleierne presenterer seg med tittel. Fagidentiteten til sykepleiere i spesialisthelsetjenesten er nok sterkere enn den er i kommunene, påpeker Linda Bergli.

Flere av dem mener det fortsatt finnes en del som mener at det er mer status å jobbe i spesialisthelsetjenesten enn i eldreomsorgen.

– Det er nok vanskeligere å holde på stoltheten over faget sitt når man er alene på vakt. Derfor er det viktig å styrke fagidentiteten. Jeg tror slike møteplasser som dette er et viktig skritt, sier Undheim.

Fylkesleder Hanne Marit Bergland tror veiledningsmøtene vil gjøre sykepleierne tydeligere på egen profesjon. Hun mener det også er viktig i forhold til den kommende samhandlingsreformen.

Mer enn kaffekalas

Rundt møtebordet i Sørreisa går veiledningen mot slutten. May Wenche Undheim trekker

fram pleieplanen igjen.

– Som utenforstående opplever jeg at pleieplan kan være et godt redskap. Det syns jeg dere skal jobbe videre med. Det er sykepleiere som bør lage pleieplanen, men ikke nødvendigvis dere som skal utføre alt.

Undheim har tro på at veiledningen skal føre til kvalitetssikring hos sykepleierne.

– Men da må det være mer enn kaffekalas og hyggelig prat rundt bordet. Skal dette lykkes, må veiledningen inneholde reelle, kritiske refleksjoner, slik at det gir faglig utvikling, understreker hun.

Til neste gang de møtes skal sykepleierne skrive ned hva de brukte tiden på siste vakt, og de skal drøfte påstanden «vi prioriterer arbeidet ut fra faglige argumenter».

– Disse møtene bidrar til mer åpenhet. Det gjør det lettere for oss å prate og dele erfaringer. Vi får utviklet vår kompetanse som sykepleiere. Det gjør det også tryggere for pasientene, sier Vibecke Andreassen.

Det må være mer enn kaffekalas og hyggelig prat rundt bordet.

May Wenche Undheim

påpeker Jorunn Westad.

– Hvorfor blir ikke det gjort da, spør May Wenche Undheim.

– Det er sjelden vi får tid til å sette oss ned å skrive. Da må vi forlate pleien, og det handler som regel om tid, kommer det unisont rundt bordet.

sykepleiere. Etter første veiledningsmøte bestemte de seg for å presentere seg som sykepleiere når de tar telefonen, enten de snakker med pårørende eller andre ansatte i helsevesenet. Men det føles ikke like enkelt og naturlig for alle.

– Men på sykehus er det ingen

Folket vil ha likelønn

Likelønn er viktigere enn utvidet svangerskapspermisjon, viser ny spørreundersøkelse.

Hele 82 prosent av de spurte oppgir at likelønn er det viktigste for å oppnå likestilling. Bare 8 prosent mener at utvidet svangerskapspermisjon er viktigere. Det kommer frem i en landsomfattende spørreundersøkelse TNS Gallup har gjort for Norsk Sykepleierforbund (NSF) blant den norske befolkningen.

Viktigste likestillingstiltak

– Folk er opptatt av likelønn, og undersøkelsen vår viser helt tydelig at folk ser likelønn som et langt viktigere likestillingstiltak enn utvidet svangerskapspermisjon. Det er dermed ikke riktig, som enkelte politikere hevder, at utvidet svangerskapspermisjon er det viktigste likestillingsspørsmålet nå, sier forbundsleder i NSF, Lisbeth Normann.

Ifølge forbundslederen samsvarer undersøkelsen bra med hva NSFs medlemmer samt en rekke eksperter sier; nemlig at lønn for arbeid av samme verdi er dagens største likestillingsutfordring.

– Folk ser urettferdigheten i at kvinner med opp til fire års utdanning og jobb i offentlig sektor, skal tjene 80 prosent av hva menn med tilsvarende utdanning gjør. Vi har forsøkt å jevne dette ut gjennom lønnsforhandlinger i 20 år, uten å lykkes.

Nå etterlyser Sykepleierforbundet handling.

Stoler på Arbeiderpartiet

– Statsråd Bjarne Håkon Hanssen bør snarest komme på banen med kreative forslag for å beholde og å rekruttere sykepleiere, for å løse utfordringene, særlig i eldreomsorgen. Mens kunnskapsminister Bård Vegar Solhjell nå har kommet med gode utspill som økt lønn og avkortet studielån for å hente inn flere lærere, sitter Hanssen på gjerdet og tror at dette skal løse seg selv, sier Normann, og legger til:

– Vi mener likelønn er ett av flere gode forslag for rekruttering, samt at det i god Ap-ånd utjevner urettferdigheter blant kjønnene.

I spørreundersøkelsen setter 31 prosent av de spurte sin lit til at nettopp Arbeiderpartiet skal gjennomføre likelønn.

– Ja, Ap sitter i regjeringsposisjon og har alle muligheter til å vedta dette, påpeker Normann.

– I en nylig publisert holdningsundersøkelse kårer folket sykepleier til det viktigste yrket. Hva tenker du om det?

– Det var et svært hyggelig resultat, men sykepleiere kan ikke leve av godt omdømme alene. Og Hanssen kan ikke tro at sykepleierne kommer løpende til av den grunn.

art 9509
kr 349,-
Inkl. mva



Etterspurt lenge
www.Health-Workers.com
...nå er den her!



Sjokolade/
Aqua



Aqua/
Eggplant



Rød/
Sort



Stålgrå/
Lys rosa



Hvit/
Hvit



Ny katalog
...kommer snart!

Den nye katalogen vår lanseres i mai. Friskere og stiligere arbeidstøy enn noen gang før!

Forhåndsbestill i dag!
GRATIS KATALOG
www.Health-Workers.com
Tel 33 48 60 50.

Health+Workers
www.Health-Workers.com



Monica W Nortvedt,
Senter for kunnskapsbasert
praksis, Høgskolen i Bergen og



Gro Jamtvedt,
Nasjonalt kunnskapscenter
for helsetjenesten

Kunnskapsbasert praksis handler om å bruke eksisterende forskning, ikke å forske selv.

Engasjerer og provoserer

En kliniker som sammen med god forskningsbasert kunnskap bruker sin kliniske erfaring og aktivt innhenter og møter pasients verdier og preferanser, arbeider kunnskapsbasert. Dette støttes av pasienter og klinikere, men provoserer noen akademikere i helsefagene.

Pasienter og brukere av helsetjenester ønsker å bli mottatt med respekt, og de forventer å få pleie og behandling av god kvalitet. De forventer videre at unødvendige undersøkelser og komplikasjoner, for eksempel infeksjoner, unngås. Helsepersonell ønsker å gi pasientene den beste pleien og behandlingen, og det er derfor vanskelig å forstå at studier viser at 30–40 prosent av pasientene ikke får behandling i henhold til vitenskapelig dokumentasjon og at 20–25 prosent av all behandling er unødvendig, eller skadelig (1,2). Det er beregnet at cirka 2000 norske pasienter dør årlig, og at 15.000 pasienter får varige skader av feilbehandling (3). Noe av dette skyldes utilsiktede hendelser, og noe skyldes at vi handler uten å være oppdatert. Undersøkelser gjennomført både i Helse Vest og Helse Sør-Øst bekrefter at det er store forbedringspotensialer også i Norge. Sykepleiere er den største profesjonen i helsetjenesten. Som profesjonsutøvere påvirker vi pasientresultat og system, og vi bør bruke dette bevisst til pasientenes beste. Det er derfor av vesentlig betydning at sykepleiere har den nødvendige kompetansen til å utøve god sykepleie innbefattet evne til å ta

velinformerte beslutninger. Dette er kjernen i kunnskapsbasert praksis.

I vekst

Konseptet kunnskapsbasert praksis har hatt en vekst både internasjonalt, og i Norge. I utgangspunktet ble dette initiert innen medisin da en så at svært lite av medisinsk praksis var tuftet på pålitelig kunnskap. Både fysioterapeuter (4, 5), ergoterapeuter (6) og sykepleiere (7,8) har imidlertid bidratt til en mer helsefaglig vinkling av konseptet. I dag snakker man også om kunnskapsbasert utdanning, kriminalomsorg, sosialfag, ingeniørfag, fredsarbeid og så videre. Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten og Senter for kunnskapsbasert praksis ved Høgskolen i Bergen har sentrale nasjonale roller i å fremme kunnskapsbasert praksis og forvaltning, blant annet ved å produsere kunnskapsoppsummeringer, etablere helsebiblioteket og utvikle utdanninger på ulike nivåer, inkludert masternivå. I tillegg jobber alle de regionale helseforetakene aktivt for å fremme kunnskapsbasert praksis og både Helse-Vest og Helse Sør-Øst har dette som strategisk satsingsområde.

Norsk sykepleieforbund (NSF), Norsk Fysioterapeutforbund, Ergoterapeutforbundet og Radio-grafforbundet, med sine tilhørende fagtidsskrift, har markert seg aktivt innen kunnskapsbasert praksis via temanummer, prosjekter, konferanser og kurs. I 2007 ble vi inviterte av NSF til å skrive en arbeidsbok som skulle være en hjelp for sykepleiere til å komme i gang med å arbeide kunnskapsbasert. Da boken ble publisert høsten 2007 ble den distribuert gratis til 15 000 sykepleiere, og den ble svært godt mottatt. I ettertid er den trykket i nytt opplag på 5000 eksemplarer, og boken er basis for nettkurset www.kunnskapsbasertpraksis.no som ligger gratis på internett. Ressursene som er utviklet brukes i praksis, og i utdanning av helsepersonell, både på bachelor- og mastergradsnivå.

Kritikken

Kritikk mot kunnskapsbasert praksis er løftet fram av flere i Norge (9-12) og noen kritikere har gått så langt som til å hevde at kunnskapsbasert praksis passer best for tvangsnevrotikere, personer som underkaster seg og for dem som er oppatt av en instrumentell praksis (13-15).

www.sykepleien.no

Les mer og finn
litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:

Kunnskapsbasert sykepleie
Kunnskapsbasert praksis
Forskning



ERFARING TELLER: En erfaren sykepleier kan tilpasse forskningsbasert kunnskap i møte med den enkelte pasient i klinikken. Arkivfoto: Erik M. Sundt

Noe av dette løftes også fram i en nylig publisert artikkel i Sykepleien Forskning der første kapittel i arbeidsboken «Å arbeide og undervise kunnskapsbasert» (8) er blitt utsatt for det forfatterne kaller en dekonstruktiv nærløsning (15). Mange av de kritiske påstandene er ikke i tråd med det som er formidlet innen feltet, men innleggene løfter også fram aktuelle problemstillinger som vi håper vi kan fortsette å diskutere. I denne artikkelen ønsker vi å tydeliggjøre anvendelsen av kunnskapsbasert praksis ved å:

- klargjøre forholdet mellom Evidence-Based Practice og kunnskapsbasert praksis
 - belyse hvordan ulike kunnskapskilder inngår i kunnskapsbasert praksis
 - utdype hvorfor en randomisert kontrollert studie regnes som det mest robuste forskningsdesign for å vurdere effekten av tiltak
 - formidle tanker om hvordan konseptet utvikler seg
- Er det forskjell på Evidence-Based Practice og kunnskapsbasert praksis?

Vi definerer kunnskapsbasert praksis slik: «Å utøve kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen».

Randi Aas Wagø drøfter kunnskapsbasert praksis i et intervju i Ergoterapeuten, desember 2008 (12). Intervjuet trekker fram mange gode problemstillinger, men vi ønsker å kommentere det hun sier om forholdet mellom Evidence-Based Practice og kunnskapsbasert praksis. Aas hevder at det internasjonale begrepet Evidence-Based Practice kun omfatter en bestemt type effektivitetsforskning, og innebærer bruk av forskningsbasert kunnskap alene. Hun sier videre at man for å demme opp for kritikken i Norge har valgt å utvide begrepet til kunnskapsbasert praksis som også omfatter erfaringsbasert kunnskap og brukerens egen kunnskap. Forholdet mellom disse to begrepene er blitt løftet fram av flere, og vi velger derfor å forsøke å oppklare dette på nytt.

Definisjonen

I Norge har man valgt å oversette Evidens-Based Practice til kunn-

skapsbasert praksis (16), men de to begrepene har samme definisjon. Den norske definisjonen av kunnskapsbasert praksis er altså oversatt og utviklet fra internasjonale definisjoner av Evidence-Based Practice. Alle de sentrale definisjonene trekker fram at praksis er basert på flere kilder enn forskningsbasert kunnskap. Dette gjelder både innen medisin, sykepleie og innen fysio- og ergoterapi, slik for eksempel Bennett skriver i sin artikkel om kunnskapsbasert ergoterapi: «in this sense, research evidence is just one factor informing clinical decision making» (17). Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten og Senter for kunnskapsbasert praksis bruker derfor Evidence-Based Practice og kunnskapsbasert praksis synonymt. Imidlertid har vi aldri satt likhetstegn mellom «evidens» og «kunnskap». Kunnskap er et videre begrep og dekker mer enn evidens. I tråd med kunnskapsdirektøren i Storbritannia, Muir Gray som beskriver evidens som «knowledge produced by research» (18), likestiller vi «evidens» med «forskningsbasert kunnskap». Både i Storbritannia og i Norge fortolkes evidens som bredere enn bevis. Forskningsbasert kunn-

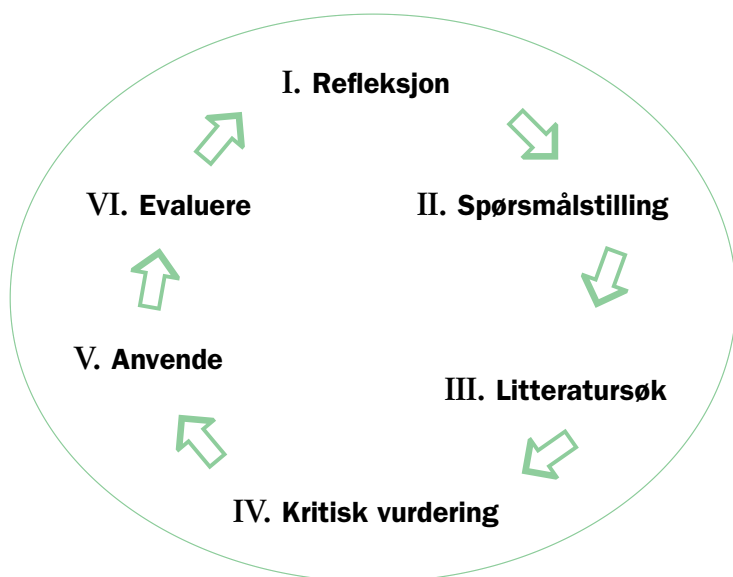
skap handler om mye mer enn det som kan bevises, og forskningsbasert kunnskap kan genereres gjennom ulike metodiske tilnærminger og perspektiver, både kvalitative og kvantitative metoder. De kan på ulike måter bidra til en kunnskapsbasert praksis. Det finnes selvsagt også andre former for kunnskap som er viktig i en god fagutøvelse, for eksempel erfaringskunnskap og relasjonskunnskap.

Videre i det aktuelle intervjuet påpeker Aas at feltet kunnskapsbasert praksis, slik det presenteres i Norge, ikke har bidratt til noe når det gjelder klinisk skjønn og brukerkunnskap (12). Vi forstår at dette er områder innen kunnskapsbasert praksis som kan utdypes, og som kan vektlegges sterkere.

Forskningsbasert kunnskap

Selv om begrepet kunnskapsbasert praksis er relativt nytt, har alle helsefagene lenge vært opptatt av forholdet mellom teori og praksis. Professor Marit Kirkevold skrev i 1996 boken Vitenskap for praksis der hun på en oversiktlig måte bidrar til en økt innsikt om sammenhengen mellom vitenskapelig kunnskap og praksis i sykepleien

Figur 1: Trinnene i kunnskapsbasert praksis



(19). Hun ønsket med denne boken å øke mulighetene for at vitenskapelig kunnskap kan brukes på en fornuftig måte til å fremme praksis. I boken skiller Kirkevold mellom vurderingskompetanse og anvendelseskompetanse. Med vurderingskompetanse menes å kunne lese og forstå vitenskapelig kunnskap, kritisk vurdere denne og foreta en bedømmelse av kunnskapen. Med anvendelseskompetanse menes å kunne velge relevant kunnskap i forhold til foreliggende situasjon, tolke situasjonen opp mot teori og utforme handlinger og tilnæringsmåter med utgangspunkt i vitenskapelig kunnskap (19).

Arbeidsprosessen

Vi presenterer prosessen med å arbeide kunnskapsbasert som en sirkel

med seks trinn (figur 1). Vurderingskompetanse og anvendelseskompetanse, slik Kirkevold beskriver det, kan brukes til å illustrere noe av den kompetansen man trenger i denne prosessen. Vurderingskompetansen utvikles og brukes i trinn to til trinn fire i sirkelen, og anvendelseskompetanse er nødvendig når en skal bruke den forskningsbaserte kunnskapen sammen med andre former for kunnskap og verdier i konkrete situasjoner (trinn fem). Dette er en kompleks handling som utdanning og praksis sammen bidrar til å bygge kompetanse i. Fordi vi har sett behovet for å øke vurderingskompetansen i medisin og helsefagene har vi fokusert på å bygge slik kompetanse ved å utvikle undervisningsmateriell og trene studenter og helsepersonell i å finne og vurdere forskningsbasert

kunnskap. Men vi er også opptatt av å utvikle og formidle ulike modeller for anvendelse i praksis. Anvendelseskompetanse må imidlertid primært læres i de fagspesifikke utdanningene, samt i praksis.

Modellen vår inneholder ulike kunnskapskilder; forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap, samt kontekst (figur 2). Den presenteres som en statisk modell der kildene synes å ha like stor tyngde eller betydning. Som vi påpeker i boken, vil imidlertid ulike pasientmøter føre til at kildenes vektning varierer. Heggen og Engebretsen (15) har, via det de kaller dekonstruert lesning, funnet ut at vi har laget et hierarki av disse kildene med en rangering der forskningsbasert kunnskap rangeres øverst, og brukerkunnskap lavest. Det er mulig at vi har et unyansert språk i boken, men denne rangeringen står vi faktisk ikke for. Det vil alltid, i konkrete situasjoner være noen kunnskapskilder som veier tyngre enn andre, uten at man på generelt grunnlag kan si at en type kunnskap er mer verdifull enn en annen. Vi vil her gi noen eksempler på ulike situasjoner og måter å anvende kunnskapen på.

Konkrete situasjoner

Kunnskapsbasert klinisk praksis handler om å håndtere forskningsbasert kunnskap i møter med individuelle pasienter og brukere. Den samme forskningsbaserte kunnskapen kan føre til ulike beslutninger i ulike kliniske situasjoner. Forskning viser for eksempel at pasienter bør mobiliseres raskt etter et hjerteinfarkt, i motsetning til tidligere der

man rådet pasientene til å holde seg mer i ro. En erfaren sykepleier kan likevel vurdere at pasienten ikke skal mobiliseres den aktuelle dagen. I denne situasjonen er det den kliniske erfaringen og ekspertisen som har avgjørende betydning for utfallet. Andre ganger kan pasienten selv, til tross for å være informert om viktigheten av tidlig mobilisering, velge å holde sengen. I denne situasjonen er det pasientens preferanser som blir vektlagt. Så lenge beslutningene er velinformerte vil vi si at det er kunnskapsbasert praksis. Forskningsbasert kunnskap alene skal ikke diktere praksis, men informere denne. I disse eksemplene er forskningsbasert kunnskap en basis, men praksis kan og bør variere på grunn av pasientens situasjon. Generelt å oppmuntre pasienten til å holde seg mest mulig i ro etter et hjerteinfarkt vil ikke være kunnskapsbasert praksis.

Beslutninger på generelt grunnlag

Når man skal utvikle kunnskapsbaserte prosedyrer, nasjonale retningslinjer eller bidra til kunnskapsbasert helsepolitikk kan man involvere kliniske eksperter og representanter for pasienter i arbeidet. Disse vil bidra med erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap. Hvorvidt denne kunnskapen vil ha betydning for anbefalingene som formuleres vil variere, men det vil alltid være et samspill mellom kvaliteten på forskningen, klinisk erfaring, overførbarhet, kostnader, mulige bivirkninger og pasienterfaringer. Det samme gjelder i situasjoner hvor man tilpasser internasjonale retningslinjer til nasjonale eller lokale forhold, og dersom helsedirektøren for eksempel

Forskningsbasert kunnskap alene skal ikke diktere praksis, men informere denne.

Figur 2: Modell for kunnskapsbasert praksis (35)



skal iverksette et tiltak for å redusere røyking i befolkningen. Ved viktige prioriteringer i helsetjenesten, som for eksempel ved innføring av ny og kostbar teknologi i sykehus, har Norge etablert et nasjonalt råd for kvalitet og prioriteringer som skal hjelpe helsetjenesten til å ta slike kollektive beslutninger, www.kvalitetogprioritering.no I rådet sitter både ledere, eksperter og pasienter.

Forskningsbasert kunnskap

Kunnskapsbasert praksis handler om å bruke eksisterende forskning, ikke å forske selv. Men det er likevel viktig å forske på kunnskapsbasert praksis som konsept, og på problemstillinger knyttet til hver av kunnskapskildene i modellen. Det finnes i dag mye forskningsbasert kunnskap om hvordan erfaring utvikles i ulike

helsefag. Likeledes er forskning om betydningen av kontekst for praksis viktig, – og forskning om hvordan brukerkunnskap og brukermedvirkning kan fremmes. På den måten kan forskningsbasert kunnskap om klinisk erfaring og brukermedvirkning bidra til bedre forståelse og anvendelse av kunnskapsbasert praksis.

Forskere innenfor kunnskapsbasert praksis er spesielt opptatt av å generere kunnskap om anvendelse og evaluering av praksis (trinn 5 og 6) (figur 1). Innen flere helsefag er barrierer og motivasjonsfaktorer for kunnskapsbasert praksis etter hvert godt beskrevet (20-23). Neste steg er at man utvikler og evaluerer ulike måter å fremme kunnskapsbasert praksis i medisin og helsefagene, for eksempel ved å evaluere effekten av kurs og opplæring, implementering

av retningslinjer med mer (24-27). EPOC-gruppen i Cochrane Collaboration oppsummerer slike studier, www.epoc.cochrane.org. Stipendiat-er og Mastergradsstudenter ved HiB vil spesielt prioritere slike spørsmål i sine prosjektoppgaver.

Helsearbeidere har en samlet kompetanse som omfatter holdninger, ferdigheter og kunnskap innen mange fagområder. Som nyansatt eller student i for eksempel arbeid med ungdom og seksualitet, vil det være naturlig å stille seg spørsmål av generell art slik som; «Hvilke kjønnsykdommer finnes blant ungdom i Norge?», eller «Hva er klamydia?». Slike spørsmål kaller vi bakgrunns-spørsmål og de gir generell kunnskap om en tilstand eller sykdom (7-8). Eksempler på fagfelt som bidrar til bakgrunnskunnskap hos en sykepleiestudent inkluderer sykepleieteori, etikk, psykologi, fysiologi, sykdomslære, samfunnskunnskap og administrasjon. Etter hvert som man får mer erfaring, vil bakgrunnskunnskapen være integrert og man vil være bedre i stand til å stille fokuserte kliniske spørsmål som kan formuleres slik: «Er gratis utdeling av kondomer et effektivt tiltak for å forebygge klamydia blant ungdom?» eller «Hvorfor er det så vanskelig å få ungdommer til å bruke kondom?». Dette kaller vi forgrunns-spørsmål. Når man setter seg inn i et nytt fagfelt, eller er student, vil man ha flere bakgrunns-spørsmål enn forgrunns-spørsmål. De første trinnene i kunnskapsbasert praksis hjelper oss til å få svar på forgrunns-spørsmål, og det er spesielt i anvendelsen (i trinn fem), at bakgrunnskunnska-pen er essensiell. Både kvalitative

og kvantitative forskningsmetoder kan bidra til forgrunns- og bakgrunnskunnskap (28). Å syntetisere bakgrunns og forgrunnskunnskap, erfaring og brukermedvirkning i den gitte situasjonen krever anvendelseskompetanse. Dette er å sette modellen for kunnskapsbasert praksis sammen.

Randomiserte kontrollerte studier (RCT)

Alle forskningsmetodiske tilnærming-er kan i prinsippet bidra i kunnskapsbasert praksis, det handler om å finne forskningen som besvarer det kliniske spørsmålet. Ulike typer spørsmål belyses av ulike forskningsmetoder. Innen kunnskapsbasert praksis har imidlertid spørsmål om effekt av tiltak en sentral plass. Dette er kanskje en av helsetjenestens viktigste spørsmål. Råd og virkemidler fra helsepersonell griper inn i menneskers liv for å påvirke et sykdomsforløp eller forebygge problemer, og vi bør unngå å gjøre mer skade enn gagn. Vi har dessverre flere eksempler på at velmenende tiltak faktisk kan skade, jamfør råd om å la spedbarn sove på magen og utstrakt bruk av sengeleie ved ulike tilstander. Sykepleiefaglig forskning og fokus har imidlertid bidratt til en økende erkjennelse av at andre spørsmål og metodiske tilnærming-er, spesielt kvalitativ forskning, kan bidra til bedre forståelse og praksis. For eksempel har kvalitativ forskning bidratt til at man i dag bedre forstår hvordan det oppleves å få og leve med en alvorlig kreftsykdom, og slik forskning har bidratt til forbedring av helsetjenesten. Betydningen av kvalitativ forskning illustreres

Tabell 1: En rangert oversikt over hvilke studier som egner seg best til å svare på effektspørsmål www.cebm.net

LEVEL	
1a	SR (with homogeneity*) of RCTs
1b	Individual RCT (with narrow Confidence Interval†)
1c	All or none§
2a	SR (with homogeneity*) of cohort studies
2b	Individual cohort study (including low quality RCT; e.g., <80% follow-up)
2c	«Outcomes» Research; Ecological studies
3a	SR (with homogeneity*) of case-control studies
3b	Individual Case-Control Study
4	Case-series (and poor quality cohort and case-control studies§§)
5	Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or «first principles»

også ved at cirka en fjerdedel av alle sammendragene som er publisert i tidsskriftet Evidence-Based Nursing er rapportering av studier som har brukt kvalitative metoder. Man er også blitt mer og mer opptatt av å utvikle gode metoder for å syntetisere kvalitativ forskning for å kunne utvikle ny kumulativ kunnskap (29).

Cochrane Collaboration og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har begrenset sine kunnskapsoppsummeringer til primært å dekke effektspørsmål. Randomiserte kontrollerte studier (RCT) representerer den mest robuste fremgangsmåten for å vurdere effekten av et tiltak, det være seg forebygging, behandling, rehabilitering eller organisering av tjenester. Dette har nok vært medvirkende til at RCT-studier er blitt fremhevet som gullstandard

innen kunnskapsbasert praksis. Alle effektspørsmål kan imidlertid ikke besvares av slike studier. Vi har flere eksempler på at RCTer kan være både uetiske, upraktiske eller ufor-svarlige å gjennomføre (30).

Gjennom et eksempel vil vi illustrere et effektspørsmål besvart med ulike metodiske tilnærminger og vise grunnen til at man innen denne tradisjonen er enige om at de kan rangeres i et hierarki (tabell1).

Eksempel

Et foreldrepar med barn med kolikk oppsøker helsestasjonen og ber helsesøster om råd. Foreldrene spør om hun vil anbefale å gå til kiropraktor for plagene. Her er de tre alternative kildene helsesøsteren vet om og kan basere informasjonen sin på:

- Kunnskap på nivå 5 (tabell 1): på

et seminar har helsesøsteren hørt en kjent kiropraktor snakke varmt om sin behandling av barn med kolikk. Kiropraktoren har meget god erfaring med dette og har mange overbevisende eksempler.

- Kunnskap på nivå 2b (tabell 1). Hun har lest en studie der effekt av kiropraktorbehandling på kolikk er systematisk målt ved at plager før og etter behandling er registrert hos alle barn gjennom tre måneder. Denne studien viser at 70 prosent av barna har tydelig reduksjon av plager etter behandlingen.
 - Kunnskap på nivå 1b (tabell 1). Hun har også lest en studie som har tilfeldig fordelt barn med kolikk til to grupper. Den ene gruppen har fått kiropraktorbehandling og i den andre gruppen ble barna bare holdt av en pleier i like lang tid som behandlingen varte. Foreldre visste ikke om barnet hadde fått kiropraktorbehandling eller ei. Resultatene viste at de som fikk kiropraktorbehandling hadde betydelig reduksjon i plager fra kolikk. Men studien viste også at barna som bare ble holdt hadde like stor forbedring (31). Denne studien som er utført i Norge, viser altså at kiropraktorbehandlingen ikke hadde bedre effekt enn ingen behandling.
- En dyktig helsesøster må kunne vurdere hvilke av disse kildene hun primært vil støtte seg til i sin informasjon og rådgivning. Hun bør vite at med erfaring alene som veiviser kan man se effekt av tiltak som ikke er reelle, og at før- og ettermålin-

ger også er beheftet med feilkilder (32,33). Styrken ved en RCT er at man sammenligner utfallet i to grupper som er så like som mulig (på grunn av den tilfeldige fordelingen), bortsett fra tiltaket som gis. Randomiseringen sikrer også at andre faktorer som kan påvirke utfallet blir likt fordelt i de to gruppene. Dermed kan man i etterkant tilskrive en eventuell forskjell i utfallet, det tiltaket som er studert, i dette tilfellet behandling av kiropraktor. Hvis vi med enda større sikkerhet skal si at tiltaket virker på utfallet vi er interessert i, bør flere gode studier vise det samme, og helst bør studiene være vurdert og sammenstilt i en god systematisk oversikt (kunnskap på nivå 1a). «Evidensbevegelsen» er blitt oppfattet som om den fremhever en type kunnskap som viktigere enn andre, og at RCT er gullstandard. Vi har utallige ganger presisert at RCT ikke passer til å besvare alle typer spørsmål og at hierarkiet som vi også her har forsøkt å beskrive, handler om effektspørsmål. Vi, og også andre, se for eksempel www.cebm.net, jobber med å utvikle og formidle «hierarkier» også innenfor andre typer spørsmål.

Økningen av RCT innen helsefagene, der man studerer effekt av ikke-farmakologiske tiltak, slikt som trening, gruppeveiledning, ernæring med mere, viser at mange slike tiltak har minst like god effekt som medikamentell behandling, – og dessuten mindre bivirkninger. Dette aktualiserer vår plikt som helsearbeider til å sørge for at denne forskningen kommer pasienten til gode.

Vi jobber for å gi pasienter, sykepleiere og andre helseprofesjoner mer makt og innflytelse.

Fra Kunnskapsbasert praksis til «Evidence-informed patient choice»

Kunnskapsbasert praksis har bidratt til at forskningsbasert kunnskap er blitt lettere tilgjengelig og forståelig for utøvende helsepersonell, og til at kunnskapen kan understøtte beslutninger. Internasjonalt snakker man mer og mer om Evidence-Informed Decisions i stedet for Evidens-Based Practice. Å bruke dette begrepet tydeliggjør at forskningsbasert kunnskap skal understøtte og informere praksis,

men at praksis ikke bør baseres på denne kilden alene. På norsk oversettes «Evidence-Informed Decisions» ofte til «velinformerte beslutninger».

«Make everything open to everyone» er et prinsipp vi jobber for innen kunnskapsbasert praksis, og dette prinsippet har bidratt til at helseinformasjon er blitt lettere tilgjengelig både for helsepersonell og for brukere av helsetjenesten. Vi og mange andre jobber med å videreutvikle konseptet som internasjonalt

kalles «evidence-informed patient choice» ved å involvere pasienter og pasientforeninger i Norge, og ved å utvikle kunnskapsbasert pasientinformasjon. «Evidence-informed patient choice» kombinerer prinsippene fra kunnskapsbasert praksis og pasientsentrerte helsetjenester. Vårt mål er at helsetjenestens virkemidler og forskningsaktivitet i større grad skal påvirkes av brukerne av tjenestene. Dette vil også etter spørre mer helsefaglig forskning slik noen

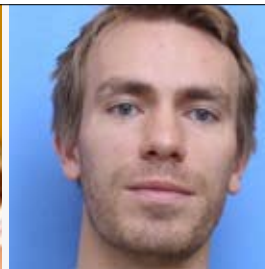
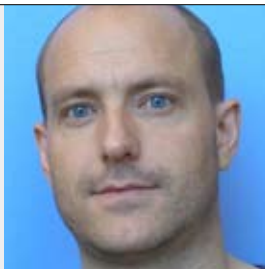
studier allerede har vist (34).

Etter vår mening er kunnskapsbasert praksis egnet for de faglige bevisste og for fagutøvere som ikke er villige til å underkaste seg. Vi jobber for å gi pasienter, sykepleiere og andre helseprofesjoner mer makt og innflytelse, og vi hevder at ved å sette flere i stand til å etterspørre, vurdere og bruke forskningsbasert kunnskap, flyttes makt nedover i hierarkiet. Kanskje det er dette som provoserer noen akademikere?

LITTERATUR

1. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keeseey J, Hicks J, DeCristofaro A, Kerr EA. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med* 2003;348:2681-83.
2. Grol R. Improving the quality of medical care: building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction. *JAMA* 2001;286:2578-85.
3. Hjort PE. Uheldige hendelser i helsetjenesten – en lære-, tenke- og faktabok. Gyldendal Norsk Forlag AS 2007.
4. Herbert R, Jamtvedt G, Mead J, Hagen KB. Practical evidence-based physiotherapy. London: Elsevier 2005.
5. Jamtvedt G, Hagen KB, Bjørndal A. Kunnskapsbasert fysioterapi – Metoder og arbeidsmåter. Gyldendal Akademisk 2003.
6. Bennett S, Tooth L, McKenna K et al. Perceptions of evidence-based practice: A survey of Australian Occupational Therapists. *Australian Occupational Therapy Journal* 2003;50:13-22.
7. DiCenso A, Guyatt G, Ciliska D. Evidence-based nursing, A guide to clinical practice. Elsevier Mosby 2005.
8. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Reinart LM. Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere. NSF Oslo 2007.
9. Ekland TJ. Evidensbasert praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 2008;45: 406-407.
10. Martinsen K. Samtalen, skjønn og evidensen. Akribe 2005.
11. Ekeli BV. Evidensbasert praksis. Snublestein i arbeidet for bedre kvalitet i helsetjenesten? *Eureka* 2/2002, Høgskolen i Tromsø.
12. Wågø Aas R. Æresforeleser ved fagkongressen i Bergen 2009. Vi trenger en opprydning i ergoterapifaget. Intervjuet av Eide, Lena Christina. *Ergoterapeuten* 2008;11:4-6.
13. Hofstad E. Frykter gammeldags praksis. *Sykepleien* 2008; 9: 66.
14. Hofstad E. Evidensialismen – en totalitær ideologi. *Sykepleien* 2008; 9: 64-65.
15. Heggen K, et al. Dekonstruktiv lesing. *Sykepleien Forskning* 2009; 1 :28-33
16. Bjørndal A, Flottorp S, Klovning A. Medisinsk kunnskapshåndtering. Gyldendal Akademisk 2000.
17. Bennett S, Bennett JW. The process of evidence-based practice in occupational therapy: Informing clinical decisions. *Australian Occupational Therapy Journal* 2000;47:171-180.
18. Gray JAM. Best current evidence strategy. Consultation paper. Oxford: Connecting for Health, NHS, 2006.
19. Kirkevoed K. Vitenskap for praksis? *Ad Notam Gyldendal*1996.
20. Bridges PH, Bierema LL, Valentine T. The propensity to adopt evidence-based practice among physical therapists. *BMC Health Serv Res* 2007;7:103.
21. Metcalfe C, Lewin R, Wisher S. Barriers to implementing the evidence base in four NHS therapies. *Physiotherapy* 2001; 87:441-443.
22. Upton D, Upton P. Knowledge and use of evidence-based practice by allied health and health science professionals in the United Kingdom. *J Allied Health* 2006;35:127-133.
23. Grol R, Wensing M. What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *Med J Aust* 2004;180:57-60.
24. Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, Mowatt G, Fraser C, Bero L et al. Changing provider behaviour: an overview of systematic reviews of interventions. *Med Care* 2001;39:112-45.
25. Wensing M, Wollersheim H, Grol R. Organizational interventions to implement improvements in patient care: a structured review of reviews. *Implement Sci* 2006; 1:2.
26. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003;362:1225-30.
27. van der Wees PJ, Jamtvedt G, Rebeck T, de Bie RA, Dekker J, Hendriks EJ. Multifaceted strategies may increase implementation of physiotherapy clinical guidelines: a systematic review. *Aust J Physiother* 2008;54:233-41.
28. Newman M, Thompson C, Roberts AP. Helping practitioners understand the contribution of qualitative research to evidence-based practice. *Evid Based Nurs* 2006;9:4-7
29. Flemming K. The synthesis of qualitative research and evidence-based nursing. *Evid Based Nurs* 2007;10:68-71.
30. Black N. Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care. *BMJ* 1996;312:1215-8.
31. E Olafsdottir, S Forshei, G Fluge and T Markestad. Randomised controlled trial of infantile colic treated with chiropractic spinal manipulation. *Arch Dis Child* 2001;84:138-141.
32. Polit FP, Beck CT. *Essentials of Nursing Research –Methods, Appraisal, and Utilization*. London Lippincott Williams and Wilkins (six edition) 2006.
33. Guyatt G, Rennie D, (editors). *Users' Guides to the Medical Literature: A Manual for Evidence-Based Clinical Practice*. Chicago: American Medical Association, 2008.
34. Tallon D, Chard J, Dieppe P. Exploring the priorities of patients with osteoarthritis of the knee. *Arthritis Care Res* 2000;13:312-19.
35. Jamtvedt G. Hva er kunnskapsbasert praksis? [online 01.01.2007] Nasjonal kunnskapssenter for helsetjenesten.

Førsteamanuensis, Brynjar Foss, universitetslektor, Elisabeth Harbin og stipendiat, Lars Rune Sæterdal, Institutt for helsefag, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger



Mer enn støttefag

Solide basiskunnskaper i anatomi og fysiologi er nødvendig for å utøve sykepleiefaget.

I Sykepleien 2/09 kan vi lese om deltidssykepleierstudenter ved Høgskolen i Oslo (HiO) som selv fikk velge hva de ville skrive om i sin anatomi og fysiologieksamen. Sammen med rammeplanens vage formuleringer viser dette tydelig at det trengs en avklaring av de biologiske fagenes betydning i sykepleierutdanningen og yrkesutøvelsen.

Ifølge rammeplanen skal man etter endt sykepleierutdanning ha kompetanse til å «informere, undervise og veilede pasienter og pårørende om problemer og behov ...» og «drive helseopplysning ...». Om de medisinske og naturvitenskapelige emner står det videre at hensikten med disse er blant annet «å få kunnskap om kroppens fysiologi ...» og at «kunnskap om menneskets normale utvikling og sykdomsprosesser er nødvendig for at en sykepleier skal kunne observere og i samarbeid med andre iverksette forebyggende, behandlende, lindrende og rehabiliterende tiltak».

Behov for presisering

Rammeplanen beskriver i høyeste grad en vag forståelse av relevansen til de biologiske fagene for sykepleiere. Dette kan gi store sprik i fortolkningen av fagenes verdi og i verste fall føre til en direkte undervurdering av fagenes relevans. Derfor er det behov for en presisering av de biologiske fagenes betydning for sykepleiere. Det er neppe feil å hevde at anatomi og fysiologi er støttefag for andre emner i sykepleierutdanningen. Men vår påstand er at det blir en for snever betegnelse, ikke minst på grunn av den raske medisinske utviklingen og det informasjons- og kunnskapssamfunnet vi er en del av.

Helt grunnleggende

Sykepleie er et yrke der man arbeider med mennesker. Mer presist kan vi si at sykepleie er et yrke der man jobber med syke og lidende mennesker eller med å forebygge at mennesker blir syke eller sykere. For å kunne lykkes i dette arbeidet, kreves det solide basiskunnskaper. Sykepleie er tverrfaglig og «grunnmuren» består i stor grad av kunnskaper om menneskekroppens anatomi og fysiologi. Svikter grunnmuren

Lite er så avslørende som et møte med fagpersoner med manglende basiskunnskaper.

vakler og eventuelt raser hele huset. Overført til sykepleie betyr dette at man neppe kan bli en god yrkesutøver uten nettopp inngående kunnskaper om kroppens oppbygning og funksjon. Å stå faglig støtt gir sykepleieren økt pasientsikkerhet, faglig identitet og yrkesstolthet.

Yrkesutøvelse

De biologiske fagene er utgangspunkt for flere andre emner som inngår i utdanningen. Dette er opplagt med hensyn til farmakologi og sykdomslære, men også i forhold til klassiske sykepleieroppgaver, som for eksempel observasjon av pasienter eller forebygging av komplikasjoner. Hvordan kan sykepleier tolke pasientobservasjoner, forstå medisinske beskrivelser eller vurdere om avvikende prøvesvar er «normale» i forhold til pasientens diagnose/ behandling, eller om det

er noe man bør reagere umiddelbart på, dersom de ikke forstår den fysiologiske sammenhengen?

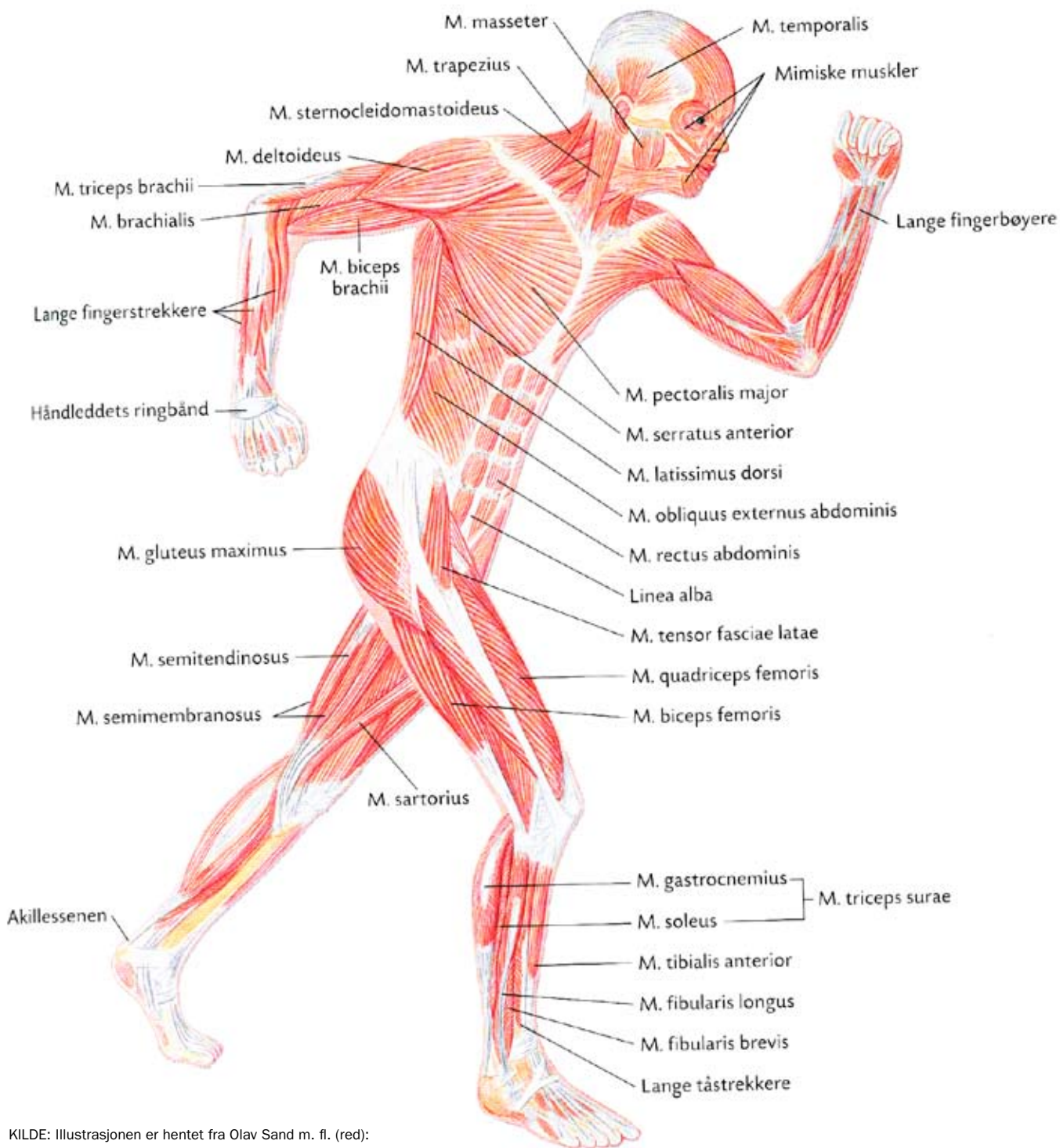
Også i forbindelse med prosedyrer som sprøytesetting, nedlegging av sonde eller betjening av avansert medisinsk utstyr, er sykepleierens anatomi- og fysiologikunnskaper avgjørende for pasientens velvære og sikkerhet. Det samme gjelder ved administrering av legemidler og observasjon av effekt og eventuelle bivirkninger, for eksempel det å se sammenhengen mellom pasientens bruk av vanndrivende medikamenter, forstyrrelse av elektrolyttbalansen og arytmi.

Pasientundervisning

En annen sentral sykepleieroppgave handler om å undervise/veilede pasienter i forhold til å ta vare på egen helse. Hvordan kan man forklare eller lære en pasient noe man ikke selv forstår eller behersker? Tillit er en grunnleggende faktor i relasjonen mellom sykepleier og pasient, eventuelt pårørende. Vi vil hevde at denne tilliten i stor grad er bygd på pasienten/pårørendes opplevelse av sykepleierens faglige kompetanse. Selvsagt vil denne kompetansen bestå av flere komponenter, men sykepleierens basiskunnskaper om menneskekroppen er en grunnleggende stein i det tverrfaglige byggverket sykepleiefaget består av. Lite er så avslørende som et møte med fagpersoner med manglende basiskunnskaper.

Sykepleie er ikke bare et tverrfaglig fag, men handler i stor grad om å samarbeide tverrfaglig i team bestående av ulike profesjoner. Kvaliteten på dette samarbeidet er blant annet avhengig av at partene deler en felles kunnskapsbase, inkludert anatomi og fysiologi.

Man skal videre ikke undervurdere det faktum



KILDE: Illustrasjonen er hentet fra Olav Sand m. fl. (red): «Menneskekroppen. Fysiologi og Anatomi». Gyldendal Norsk Forlag 2006.

at helsevesenet kontinuerlig utfordres av nye medisiner og behandlingsformer. Medisinsk nyvinning bygger likevel på den samme grunnleggende anatomi og fysiologi. For å få kvalitet i helsevesenet, kreves det derfor kompetente sykepleiere som evner å anvende fysiologisk kunnskap. Behovet for slike sykepleiere blir det ikke mindre av i fremtiden!

Fremtidens utfordringer

Vi lever i et samfunn med tilgang på enorme mengder informasjon og kunnskap. Det er mulig å skaffe seg svært god informasjon om det aller meste, samtidig som utfordringen med å skille god og veldokumentert viten fra spekulasjon og synsing øker. Pasienten kan ha skaffet seg mye kunnskap (rett eller gal) om sympto-

mer og sykdomsbilde allerede før kontakt med helsevesenet. Ofte enn før kommer pasienten til legen og har stilt sin egen diagnose, gjerne en diagnose legen ikke nødvendigvis kjenner særlig godt. I informasjonssamfunnet trenger sykepleiere to former for kunnskap; direkte fagkunnskap, og kunnskap om kunnskapen. La oss begynne med det første: Sykepleiere må

være faglig teoretisk kompetente for å kunne informere og diskutere med pasient og pårørende om symptomer, sykdom og behandling på en slik måte at det både informerer og vekker tillit. Alle mennesker har et forhold til sin egen kropp, men ikke alle har en medisinsk tilnærming. Derfor vil det «friske mennesket» ofte være utgangspunktet for samtaler. Vi må i denne sammenheng ikke glemme at både farmakologi og patologi er anvendt fysiologi. Med andre ord; en godt fysiologisk skolert sykepleier vil være bedre rustet til å informere og diskutere faglige utfordringer med pasient/pårørende. For det andre må sykepleiere i stadig større grad, i tråd med tilgangen på kunnskap, være i stand til å skille svada fra dokumentert helsekunnskap samt være i stand til å ha et kritisk blikk på den kunnskap som presenteres i massemedia til enhver tid. Mye av kunnskapen som er lettest tilgjengelig via massemedia og internett, er ofte forenklinger og spekulasjoner, unyansert presentert, men som likevel fremstår som «sannheter». Dette må Helse-Norge forholde seg til. Det betyr i praksis at dette må også sykepleiere forholde seg til når jobbsituasjonen krever det. Igjen innebærer det at sykepleierne våre må være grundig skolerte i basalfagene.

Undervurdert

De biologiske fagene er undervurderte i norsk sykepleierutdanning sammenlignet med flere andre land. Ser vi til for eksempel Australia står de naturvitenskapelige fagene mye sterkere. Det gis flere timer undervisning, det inngår obligatoriske laboratoriekurs og pensum er betraktelig mer omfattende enn det som etter vårt kjennskap tilbys i Norge. Skal vi som driver med sykepleierutdanning øke våre studenters kompetanse og dyktighet, må vi styrke de bio-

De biologiske fagene er undervurderte i norsk sykepleierutdanning sammenlignet med flere andre land.

logiske fagene. Ifølge rammeplanen er anatomi, fysiologi og biokjemi tildelt 12 studiepoeng av et studium på 180 poeng. Dette innfrir på ingen måte de faglige kravene man må kunne stille til sykepleierne innen grunnleggende biologiske fag. Derfor må institusjonene jobbe for bedre forhold for de biologiske fagene mot myndighetene, og særlig i utarbeidelsen av nye

rammeplaner. Men vel så viktig er det å jobbe for disse fagene internt i institusjonen når det gjelder fordelingen av studiepoeng, pensumvalg og evalueringsformer.

Kvalitetssikring

Den faglige forbedringen og kvalitetssikringen av de biologiske fagene i sykepleierutdanningen kan økes på ulike måter. I denne sammenheng kan et virkemiddel være å innføre forkunnskapskrav i for eksempel kjemi eller biologi, gi forkurs i disse fagene og/eller benytte bedre læremidler enn det som er praksis i dag, for eksempel litteratur med større faglig bredde og dybde. Vi stiller oss spørrende til om en eksamensordning der studenter selv kan plukke ut en mindre del av et grunnleggende emne kvalitetssikrer sykepleierstudentenes biologiske kunnskapsnivå. Samtidig er vi bekymret for at HiO ikke er den eneste institusjonen som undervurderer de biologiske fagenes betydning i sykepleierutdanningen og yrkesutøvelsen.

Vi må ikke glemme at sykepleierens hovedfunksjon i tillegg til å lindre symptomer, er å forebygge eller gjenopprette fysiologisk ubalanse. Grunnleggende fysiologikunnskap kan derfor ikke undervurderes.

Fagnotiser

Melder færre bivirkninger

Antallet bivirkningsmeldinger fra leger har gått ned med over 20 prosent siden 2005. I 2008 sendte leger inn om lag 1 150 meldinger, mot 1 250 året før. Det gir grunn til bekymring, mener Hanne Stenberg-Nilsen i Regionale Legemiddelinformasjonsentre (Relis), som tror en av årsakene kan være at legene ikke tar seg tid til å rapportere om bivirkninger i en travel hverdag. I tillegg kan meldeordningen slik den er i dag, med forskjellige meldeordninger for bivirkninger fra legemidler og andre typer produkter, virke forvirrende, mener hun. Nå vurderes forskjellige tiltak for å få legene til å rapportere mer. Kilde: Dagens Medisin



Leketerapi på Ullevål

Barn som av ulike årsaker er lenge på sykehus, har behov for å gi uttrykk for hvordan de har det. Ifølge leketerapeut Mette Egenæss kan nettopp lek gi dem muligheten til det. Som en av fire førskolelærere med spesialkompetanse ved Ullevål, tilbyr hun barn et fristed uten fokus på sykdom. Det er ikke uvanlig at barnets sykdom gjenspeiler seg i leken, men det skjer i så fall på barnets premisser, sier hun. Nye medisinske ord og uttrykk blir ofte nevnt gjennom lek og samtaler med barna. Vi er her for å hjelpe barnet og familien til gode opplevelser og mestring i en sykehushverdag, sier Egenæss. Kilde: ullevaal.no

Fikk pris for psykisk helsearbeid

Lørenskog kommune har blitt tildelt Kreativitetsprisen 2008 for sin seriøse, brede og mangfoldige satsing på psykisk helse over flere år. Prisen deles årlig ut for å hedre den som står bak den beste markeringen av Verdensdagen for psykisk helse. Ifølge koordinator for Verdensdagen, Torodd Eriksen, har kommunen gjennom en årrekke markert seg som et foregangssamfunn i det psykiske helsearbeidet. «Kommunen er et fellesskap. Ingen får gode helse av å være på utsiden, snarere tvert imot; det produserer dårlige helse og mistrivsel», sa ordfører Åge Tovan, da han på vegne av kommunen mottok prisen, som var et maleri. Kilde: Mental Helse



Storstilt pasientundersøkelse ved Haukeland

Som første sykehus i landet foretok Haukeland universitetssjukehus i løpet av den 16. april, eller det såkalte «Helsedøgnet», en kartlegging av livsstilen blant 2 000 pasienter. Kosthold, røyke- og alkoholvaner, samt fysisk aktivitet var blant faktorene som ble registrert. Disse risikofaktorene er ifølge overlege Svein Skjøtskift viktige i forhold til både sykdomsutviklingen og behandlingen av en rekke akutte og kroniske sykdommer og skader. For å kunne gi optimal behandling, må sykehuset vite mest mulig om pasientene, opplyser han. Kartleggingen ble utført av sykepleierstudenter, og de første resultatene vil bli lagt frem på en internasjonal konferanse i regi av Verdens helseorganisasjon (WHO) i begynnelsen av mai. Kilde: Helse Bergen

Eli Haukås Bergstøl

Lørdag 28. mars fikk vi den ufattelige triste beskjeden om at vår kjære kollega og gode venn, Eli Haukås Bergstøl, døde i natt. Selv om vi visste at Eli var alvorlig syk, kom dette altfor brått på oss alle. Det er ikke mange ukene siden hun var iblant oss på jobb på kirurgisk poliklinikk, SiV Tønsberg. Heldige er vi som fikk kjenne henne. Savnet vil bli stort.

Eli kom til Sandefjord sykehus, urologisk avdeling, i 1982. De urologiske pasientene var de som sto hennes hjerte nærmest. Etter mange år på sengepost fortsatte hun å hjelpe disse pasientene på poliklinikken, først i Sandefjord og de siste årene i Tønsberg. Pasientene fikk god kontakt med, og tiltro til Eli, også på hennes fridager var det mange som lurte på hvor den blide trønderjenta var. Mange vil savne henne i tiden som kommer.

Eli var en utrolig kunnskapsrik sykepleier. Hun var hele tiden opptatt av å videreutvikle sin kunnskap og dele den med oss andre. Studenter som fikk Eli som veileder var heldige.

Det var alltid liv og humor der Eli var. Hennes faste kommentar var: «Jeg blir aldri sint, bare engasjert!» Og engasjert var hun. Hun var tillitsvalgt for Sykepleierforbundet, leder av lokalgruppen for urologiske sykepleiere, medlem av hygienekomiteen, aktiv i arrangementskomiteen for flere nasjonale konferanser, og pådriver i forhold til sykepleiedokumentasjon.

Ikke bare vi sykepleiere, men også andre yrkesgrupper hadde stor respekt for Elis kunnskap og engasjement. Eli var ikke bare vår kollega, men også en god venn. Å komme til Elis dekkede bord var en opplevelse. Alt var gjennomtenkt, både mat og oppdekking. Vi følte oss alltid velkommen. Sammen med sin Svein hadde hun skapt et varmt og levende hjem både inne og ute. Huset og hagen utviklet seg fra år til år og var en perle i Mårveien.

Eli og Sveins gutter, Tormod og Eivind, var alltid midtpunkt i livet, og vi fikk følge med fra sidelinjen helt fra de var små. Våre tanker går nå til de som sitter igjen.

Vi minnes henne med glede.

På vegne av venner og kolleger,
Dagrun, Eli, Kari Helene, Ellen og Kirsten.

Randi Markestad

Det var med sorg vi mottok budskapet om at Randi Markestad var død den 12. februar. Vi visste at Randi var syk, men at det skulle få en slik utgang var et stort sjokk for oss alle. Mannen, Per, ringte oss kollegene samme dag og fortalte hva som hadde hendt.

Det er ufattelig at vi aldri skal få jobbe sammen med Randi mer. Randi har vært sykepleier på sykehuset på Gjøvik i mer enn 30 år. Flesteparten av disse årene har hun vært på intensivavdelingen. Hun tok videreutdanning i intensivsykepleie og har vært trofast mot faget sitt i alle år.

Randi har vært en dyktig sykepleier som har vist stor omsorg for pasienter og pårørende. Hun satt inne med gode kunnskaper og var aldri redd for å ta i et tak.

Travelt som det kan være til tider på en intensivavdeling, klarte hun alltid å være positiv og vise ståpå-vilje, alltid blid og opplagt. Hun likte å ha mye å gjøre og fikk arbeidsoppgavene unna. Hun var bestandig rolig og hadde et godt overblikk.

Randi så betydningen av å ha det ryddig og ordentlig rundt seg. Når vi

Erik Johan Hoff

Erik Johan Hoff døde 27. mars 2009, 55 år gammel. Som kolleger fulgte vi Eriks kamp mot de aggressive kreftcellene på nært hold. Han selv bevarte håpet til det siste, han var åpen og hadde en ukuelig vilje til å se fremover, oppriktig interessert i oss som kollegaer og hvordan vi hadde det. Til slutt måtte han gi etter for kreften, sterk i troen på en som hadde beseiret døden.

Erik ble ansatt som høyskolelektor ved Diakonhjemmet høgskoles avdeling for sykepleie i 2003. Han hadde bred og mangeårig klinisk erfaring innen psykisk helsearbeid fra Ullevål sykehus, Vinderen psykiatriske klinikk, og Lovisenberg Diakonale Sykehus. Eriks hovedfagsemne i diakoni helsefag var åndelig omsorg i akuttpsykiatrien, hvor han tok utgangspunkt i en kvalitativ pasientundersøkelse. Han arbeidet fem år som sognediakon i den norske kirke, Røa menighet.

I de siste årene arbeidet Erik engasjert med prosjektet: Sykehjem som læringsarena for sykepleiestudenter. Hensikten med prosjektet var å styrke sykepleieveilederens faglige og pedagogiske kompetanse i møte med sykepleiestudentenes læringsbehov i praksisperioden. I forordet til prosjektrapporten, som er dedikert til ham, står det at Erik Johan Hoff var den personen som initierte prosjektet i samarbeid med praksisfeltet. Hans positive bidrag var preget av gode faglige og fremtidsrettede begrunnelser, og vil styrke sykehjemmets kompetanse i veiledning av sykepleiestudenter i praksis. Hans livstid ble altfor kort, men vi som lever videre kan minnes ham ved å fylle vår tid med omsorg for andre.

Erik Johan Hoff vil bli husket som en vennlig, imøtekommende person som alltid hadde tid til den som trengte det. Han hadde tilsynelatende et hav av tid, alltid et vennlig ord og en vennlig tanke til en kollega. Ikke visste noen at hans tilmålte tid på jorden skulle bli så kort.

Våre tanker går til hans kone Karin og deres tre barn.

Vi lyser fred over hans minne.

Kolleger ved Diakonhjemmet høgskole
Liv Wergeland Sørbye

tok over pasienter som Randi hadde hatt ansvaret for, visste vi at alt var gjort.

Vi er mange kolleger som har jobbet sammen med Randi i mange år. Mange vakter på dag, kveld og natt. Vi jobber nært sammen og blir godt kjent med hverandre. Jobben er vår andre familie. Den daglige kontakten vi har med livets realiteter gjør noe med oss som kolleger, samholdet oss imellom er viktig, og vi er til stor støtte og hjelp for hverandre.

Randi har vært god å ha som kollega. Vi vil savne latteren og humoren og den lette tonen vi hadde når vi jobbet sammen, og ikke minst den «breie» totendialekta.

De fleste av oss var til stede under begravelsen og fikk ta del i en fin og verdig seremoni, både i kirken og på Ås kommunelokale.

Vi er takknemlige for alle årene vi har hatt i lag. Savnet etter Randi er stort, og våre tanker går til den nærmeste familien, spesielt til Per, Maren og Even.

Fra kolleger og venner på intensivavdelingen, Sykehuset Innlandet Gjøvik

Marie Aakre om sivil ulydighet

Leder, Rådet for sykepleieetikk, skriver hver måned i Sykepleien

Alder: 60 år

Fra: Trondheim

Utdannet sykepleierleder, -lærer og -veileder



Papirløs helsehjelp?

Det ligger dypt i sykepleiens etiske retningslinjer at alle som trenger det skal få helsehjelp. Selv om politikere og jurister kanskje mener noe annet.

Kronprinsessen fortalte nylig om at hun støtter Kirkens Bymisjons helsetilbud til papirløse immigranter. Andre humanitære organisasjoner har med etisk begrunnelse gjort det samme. Helsearbeidere stiller opp for mennesker som ikke har klart definerte rettigheter til helsetjenester. Noen betrakter dette som sivil ulydighet, andre er ikke i tvil om at den etiske forpliktelse legitimerer nødvendig helsehjelp til alle som trenger det.

Antallet papirløse immigranter i Norge anslås til å være rundt 18 000. Det råder usikkerhet rundt helsepersonells adgang til å gi dem helsehjelp. De har etter pasientrettighetsloven rett til øyeblikkelig hjelp, men rettigheter ved øvrige behov er uklare. Et hovedproblem er hvem som skal betale for helsehjelpen. Saken reiser både juridiske og etiske spørsmål. Sykepleiere kan møte betydelige etiske dilemmaer i møte med denne gruppe mennesker

Hva sier sykepleieetikken?

Sykepleierens grunnleggende profesjonelle ansvar er overfor mennesker som har behov for sykepleie. Sykepleieren har sin del av samfunnets ansvar for å initiere og støtte opp om tiltak for å dekke befolkningens helsemessige og sosiale behov, særlig i forhold til utsatte gruppers behov.

Per Nordtvedt (2) sier at sykepleiens etikk har to grunnleggende kjennetegn. For det første det politisk definerte mandat, et samfunnsmandat til å hjelpe mennesket, sykt eller friskt, med å ta omsorg for seg selv eller å kompensere for en slik omsorg der den mangler. Mandatet er altruistisk, det vil si at sykepleiere skal hjelpe mennesker for menneskets egen skyld. Sykepleiens profesjonsetikk skal sikre at sykepleieren ikke misbruker sin stilling, øver skade på pasienten eller driver urettmessig forskjellsbehandling.

For det andre peker han på det erfaringsbaserte mandat, det vil si den naturlige berørthet som

skjer i møtet med den enkelte når etiske verdier i pasientbehandling og omsorg står på spill og er truet. Det dreier seg om å oppleve andre menneskers sykdomssituasjon som et krav om hjelp, lindring og ivaretagelse, og det dreier seg om å kunne forstå andre menneskers situasjonsopplevelse som syke eller pleietrengende.

Behovet for sykepleie er universelt. Sykepleie viser respekt for og ytes til alle mennesker, uavhengig av alder, hudfarge, trosoppfatning, kultur, funksjonshemming eller sykdom, kjønn, seksuell legning, nasjonalitet, politisk oppfatning, etnisk bakgrunn eller sosial status. (1. ICN's etiske regler for sykepleiere). Gjelder ikke dette i møte med papirløse immigranter fra ulike nasjoner og kulturer? Papirløse immigranter kan representere alle disse benevnelse. Jeg har møtt temaet i kreftomsorgen, i møte med kirkeasylanter og barn i flyktningmottak der barnekonvensjonen ikke

Sykepleiere gjør ikke forskjell på mennesker som har behov for sykepleie.

har legitimitet. Vi har hørt helsesøstre og andre i kommunale helsetjenester fortelle at de ikke kan gi forebyggende helsehjelp eller praktisk bistand ved for eksempel insulinbehandling. Dette berører både unge, gamle, traumatiserte psykisk syke, kronisk syke, alvorlig syke og døende mennesker.

Sykepleiens etiske grunnlag er formulert slik:

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet. Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter.

Det etiske grunnlaget er tydelig. Det setter re-

spekten for mennesket og det enkelte menneskets iboende og ukrenkelige verdi foran både politiske og økonomiske hensyn. Sykepleiere gjør ikke forskjell på mennesker som har behov for sykepleie. Det tilligger profesjonen å tilby kompetent helsehjelp uansett hvem den andre er. Sykepleiere skal skape et miljø der menneskerettighetene og enkeltmenneskets, familiens og samfunnets verdier, skikker og tro respekteres.

Mister sin autonomi

Verdighet gjelder alle mennesker, og intensjonen om likeverd og rettfærdighet tilligger den etiske fordring. I norsk kultur preger det autonome menneske vår tids markører for et menneskeverdige liv. Det autonome menneskeverdets uttrykk er selvstendighet, der språk og uttrykksevne bidrar til å kunne ivareta egne interesser og være handlekraftig. Men autonomi gir få beskyttende rammer, skriver Sidsel Roalkvam i boken «Godt, rett, rettfærdig, etikk for sykepleiere» (3).

Sykepleiere møter ofte mennesker når de har mistet noe av sin autonomi, og når de ikke kan ivareta sitt eget beste. Selv den mest autonome tilskrives sitt verd fra andres anerkjennende blikk, en bekreftelse som forteller oss hvem vi er. Menneskeverdet er avhengig av å komme til uttrykk i samhandling mellom mennesker for ikke å bli en abstrakt størrelse. Menneskeverd kan tilskrives og avskrives. Papirløse immigranter er mennesker som i utsatt grad har mistet sin autonomi og medbestemmelsesrett.

Barmhjertighet som førende prinsipp

Moralsk praksis er barmhjertig praksis. Barmhjertighetsprinsippet uttrykker i sin opprinnelse det beste innenfor helsetjenestens tradisjon, en forpliktelse til omsorg for de syke og svakeste i samfunnet. Begrepet knyttes til nødssituasjonen og til handlingene som blir gitt. Det er det enkelte



Til refleksjon

- Har du som sykepleier måttet avvise mennesker fordi de ikke har rett til din faglige hjelp?
- Hvis du har møtt mennesker du ikke har lov til å hjelpe, hvordan løste du ditt dilemma?
- Hva kan vi sykepleiere bidra med for å sikre nødvendig helsehjelp til papirløse immigranter?

Send din mening på epost interaktivt@sykepleien.no, eller skriv til 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.

menneskets hjelpeløshet, sårbarhet og lidelse som definerer det moralske ansvar. Prinsippet uttrykker en individuell forpliktelse overfor den som lider. Essensen i prinsippet om barmhjertighet handler om å la seg berøre, og å gripe appellen som går ut fra den andre uten tanke på den risiko som ligger i å la seg involvere.

Begrepet har vært førende for profesjonsetikken både for leger og sykepleiere, og er det fortsatt. Barmhjertighet bør ikke begrenses av nasjonale, kulturelle, juridiske eller økonomiske grenser.

Etisk uholdbart

Usikkerhet rundt vår adgang til å yte nødvendig helsehjelp til en gruppe mennesker begrunnet med innvandringspolitiske rammer og lønnsomhetskrav er etisk uholdbart og svært bekymringsfullt. Der det humanitære handlingsrom blir for trangt må vi melde fra. Nødvendig helsehjelp betyr velbegrunnede tjenester. Hvis mennesker faller utenfor denne definisjonen kan resultatet bli at krenkelser og respektløshet settes i system. Mange etiske dilemmaer oppstår i møte med mennesker som må avvises, overses eller ikke tillates nødvendig hjelp.

Juridisk tvilsomt

Dette er en bekymringsmelding. Grunnleggende etiske føringer for sykepleiere og helsetjenester



generelt ser i noen situasjoner ikke ut til å ivaretas ved gjeldende juridiske føringer. Norge er et rikt land, og det er dessverre ingen garanti for barmhjertighet. Det er grunn til å spørre hvilke kulturer og nasjoner som overhodet kan ha mulighet til å gi helsehjelp til utsatte grupper hvis ikke vi kan det.

I så fall er det trolig at den normative kapital er en større mangelvare enn den økonomiske. Den norske filosofen Hans Skjervheim ville nok ha kalt dette for en feilslutning eller et instrumentalistisk mistak basert på en tro på at samme målestokk kan anvendes for både praktiske handlinger i det moralske feltet og pragmatiske instrumentelle handlinger der fokus kun er på måloppnåelse.

Når flere humanitære organisasjoner finner det nødvendig å etablere tilbud på tross av rådende regelverk, er dette viktige signaler om trange vilkår for moralsk praksis.

SÅRBAR: Sykepleiere møter ofte mennesker når de er i en sårbar situasjon og ikke kan ivareta sitt eget beste. Arkivfoto: Marit Fonn

LITTERATUR

- 1: Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og ICN etiske regler. NSF 2007
- 2: Nordtvedt P. (2008) Sykepleiens grunnlag, historie, fag og etikk. Universitetsforlaget
- 3: Roaldkvam, S. (2007) Godt, rett, rettferdig, etikk for sykepleiere Akribe forlag
- 4: Skjervheim, S. (2001) Deltakar og tilskodar og andre essays. Idé og tanke Aschehoug, Oslo.
- 5: Stortingsmelding 26. 1999 – 2000 Om verdier for den norske helsetenesta
- 6: Arne Johan Vetlesen: Hva er etikk? Universitetsforlaget

77 kjønnsnøytrale forslag



Sykepleiens lesere har talt. Jordmødre og helsesøstre kan velge og vrake blant henholdsvis 40 og 37 forslag til kjønnsnøytrale stillingstitler.

Mange av forslagene ble foreslått av flere, blant annet ble **fødsels-sykepleier** foreslått 13 ganger for jordmor mens **helsesykepleier**

ble foreslått 17 ganger for helsesøster. Sykepleien har oversendt alle navneforslag til lederne for

helsesøstre og jordmødrene, til bruk i en eventuell diskusjon om tittelendring.

– Vår holdning er klar: Vi ønsker ikke å endre en tittel som er så godt forankret og tradisjonell som jordmor, sier leder i jordmorforbundet, Eva Sommerseth.

Helsesøstre er mer åpne for å diskutere saken:

– Noen forslag er verdt å ta med seg videre, mens andre vil vi fort legge bort. For

eksempel blir «helseforebygger» et slikt ord. Det kan først høres fint ut, men blir helt feil når vi tenker på at det faktisk er «uhelse», ikke helse, vi skal forebygge, sier Astrid Grydland Ersvik, leder av landsgruppa til helsesøstre i Norsk Sykepleierforbund (NSF).

Medlemmene bestemmer

Helsesøstergruppa skal på sin ge-

neralforsamling 15.–17. april

avgjøre om styrets anbefaling

om å utrede en sak om kjønnsnøytrale stillingstitler til neste generalforsamling, skal følges.

– Vi har altså ikke bestemt at tittelen skal endres, det er det medlemmene som skal gjøre gjennom avstemning på generalforsamlingen, understreker Ersvik.

– Mange ønsker seg «sykepleier» i tittelen, i likhet med mange andre videreutdanninger.

Hva tenker du om det?

– Det er jo det ideelle, men det er ikke sikkert det lar seg gjøre. En god tittel må være både kort og selvforklarende. Det er hovedutfordringen.

Ersvik legger til at det hadde vært spennende om de i en eventuell navneutredningsprosess også hører hva barn og unge synes er et godt navn.

Generasjonsskifte

Blant forslagsstillerne har en av helsesøstre uttalt at hun oppfatter helsesøstertittelen som tantete og umoderne, mens en annen sier

hun oppfatter den som mindre faglig og stadig må forklare at hun faktisk er sykepleier med videreutdanning.

– Hva sier du til det?

– Vi er klar over at mange har disse oppfatningene. Det har kanskje noe med et generasjonsskifte å gjøre. De yngre sier de kvier seg for å si at de er helsesøstre, og nesten skjemmes over tittelen, samtidig som mange av de eldre helsesøstre er stolte av tittelen. Men vi har også godt modne

helsesøstre som ønsker en mer oppdatert tittel.

I dette nummeret av Sykepleien

har helsesøster Ola Berglund et leserinnlegg på trykk, der han mener

at titteldiskusjonen er som å spise desserten før suppen. Han synes den hører fremtiden

til, når viktigere ting har blitt løst, som sykdommer, fattigdom og krig.

– Er du enig i at dette er en luksusdebatt vi ikke har tid til å ta nå?

– Han har et poeng. Dette er ikke den viktigste debatten vi har, men den har rulla og gått i mange år. Kanskje er tiden moden for å gjøre noe med det nå.

FOSTER-
EKSORSIST

BARSEL-
BOSS

NATAL-
NAVIGATØR

FOSTERLOS

FØDSELS-
KAPTEIN

HELSE-
TERAPEUT

Helsesøster vant 500

Vi utlovet en premie på 500 kroner til en tilfeldig forslagsstiller. Det ble helsesøster Rannveig T. Eide som ble trukket ut. Hun håper at hun om en stund kan titulere seg som enten helseterapeut, helsepedagog, sunnhetssykepleier eller helsesykepleier.

Gjesteskribent Anders Folkestad

Yrke: Leiar i Unio

E-post: anders.folkestad@unio.no



Låg status på toalettet

Det var laurdag, og saman med gode vener var eg i hyggeleg lag på ein restaurant. Og som gjerne er tilfelle ved slike høve, måtte eg ein tur «ut».

Etter mykje leitning fann eg fram til toalettet og steig inn. Ingen andre menn, ikkje pissoar, men ein flokk med damer. Blikka var tydelege: Ut! Du er på feil plass. Ei av damene tok meg i forsvar: «Det er fellestolettet her». Utestaden var altså ekstra moderne. Dessutan gjorde også andre menn sin entré etter kvart. Og eg kunne slappe av.

Heilt til neste episode, ved vasken – etter å ha vore inn bak ei av dei delvis gjennomskytlege dodørene:

«Å, så lei eg er av dårleg lønn og låg status», freste dama ved sidan av meg. Temmeleg høglydt. «Eg veit kven du er, og no må noko skje», heldt ho fram, lett aggressivt. Ho tok seg litt i det, og la pliktskuldig til: «Det er ikkje berre di skuld altså...». Før eg vart omringa av fleire damer. Dei ville diskutere. Dei ville klargjere situasjonen. Både kvinner og menn stussa nok litt då dei opna dodøra, og kom inn til eit slags speakers' corner.

Ho som starta diskusjonen gjorde det klart at ho var stolt av yrket sitt som sjukepleiar. «Eg veit at eg har eit viktig arbeid, men no er eg på veg ut.» Ho jobba halv tid som sjukepleiar, og halv tid i ei anna stilling. Litt meir etterutdanning, så var ho ute av helsetenesta og over i «det private», som ho sa. Veninna var førskulelærer og kjende seg visst endå mindre verdsett. «Hyggelege ord frå stressa foreldre er vel og bra, men eg kan ikkje leve av det», slo ho ilt fast. «Dessutan er det nesten som om dei ser ned på meg fordi eg gidd å overta ansvaret for ungene deira.»

Fleire blanda seg i diskusjonen, som etter kvart flytta seg frå toalettet til barområdet. Helsesektoren var godt representert, men også andre grupper blant velferdsstatens frontsoldatar tok ordet. Det var jo litt smigrande å bli omringa av feststemte damer, men det var tydeleg at dei berre delvis såg på meg som ein alliert.

«Eg er så drittlei av alle kampanjane og annonsane som reklamerer for interessant utdanning og spennande jobbar. Det er å undervurdere oss. Det er berre eit bevis på dårleg lønn og låg status. Viss desse jobbane er så viktige og vanskelege som dei seier, kan dei jammen betale skikkeleg. Det osar dobbeltmoral av desse kampanjane. Og fagforeiningane er også med på galeien», blei det slått fast. Til heiarop frå dei andre.

Eg veit kven du er, og no må noko skje!

Ei røyst tok til motmæle: «Vi kan jo ikkje klage og syte oss til høgre status. Og det må jo ikkje bli slik at vi knapt vågar å seie at vi trivst i jobben. Då blir det i alle fall uråd å snu trenden. Vi kan i alle fall ikkje berre skulde på alle andre, men gå litt i oss sjølve også», meinte ho. Eg trur ho var nokså fersk i yrkeslivet.

Eg forstod at her var det berre å vise kvitt flagg, takke for praten og ønske hyggeleg kveld vidare. Vi skilde lag i god stemning, men eg

hørde at diskusjonen heldt fram, og at skotsmåla berre var sånn passe.

Min eigen festlyd hadde fått med seg at eg hadde blitt omringa av kritikarar. Også her var diagnosen klar: Dårleg lønn og låg status går hand i hand. Men det var store sprik i synspunkt på årsaker, og dermed også på kva som kan gjerast. Somme hevda hardnakka at dei store yrka i offentleg sektor var dømt til å vere taparar. Systemet tvingar det fram. Kollektive avtalar, tronge budsjett og gamle tradisjonar fører til at utdanningsgruppene alltid blir ofra i det store økonomiske og politiske spelet.

Har vi proletarisert oss inn i både låg lønn og låg status, var eit spørsmål som blei reist, og som blei hengande i lufta.

I ettertid har eg tenkt meir på toalettdiskusjonen. Det er bra med klar tale. Og det er opplagt at damene hadde viktige poeng og peika på sentrale dilemma. Det største dilemmaet er at eit samfunn som gjerne vil rose seg av å vere likestilt, er så langt unna likelønn.

Spørsmålet er om lønnskamp og statuskamp kan foreinast. Eller endå meir krevjande – er det mogeleg å drive lønnskamp og samtidig samarbeide med dei som i praksis helde lønna nede? Altså styresmaktene og/eller arbeidsgjevarane.

Og kor lenge kan samfunnet klamre seg til dagens praksis der kvinners arbeid med menneske blir dårlegare verdsett enn menns arbeid med «ting og tang»? Er kjønnsnøytrale toalett ein veg å gå? Der blir det i alle fall diskusjon, er mi erfaring.

SYKEPLEIENS ØVRIGE GJESTESKRIBENTER I 2009:



Camilla Crone Leinebø
Student



Martine Aurdal
Leder av samfunnsavdelingen i Dagbladet



Gørril Gabrielsen
Sykepleier



Trude Aarnes
Jordmor og privatpraktiserende sexolog



Jon Hustad
Journalist i Dag og Tid



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



redaksjonssjef
Bjørn Arild Østby
tlf. 22 04 33 59
bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

MAGASINET



Journalist/gruppeleder
Marit Fonn
tlf. 22 04 33 68
marit.fonn@sykepleien.no



Journalist (vikar)
Geir Arne Johansen
tlf. 22 04 33 67
geir.arne.johansen@sykepleien.no



Journalist
Eivor Hofstad
tlf. 22 04 33 71
eivor.hofstad@sykepleien.no



Journalist
Susanne Dietrichson
tlf. 22 04 33 53
susanne.dietrichson@sykepleien.no



Fagredaktør
Torhild Apall Dybvik
tlf. 22 04 33 76
torhild.apall@sykepleien.no

JOBB



Journalist/gruppeleder
Ann-Kristin Bloch Helmers
tlf. 22 04 33 73
annkristin.helmers@sykepleien.no



Journalist
Kari Anne Dolonen
tlf. 22 04 33 69
kari.anne.dolonen@sykepleien.no

SykepleienForskning



Redaktør
Anners Lerdal
tlf. 22 04 33 63
anners.lerdal@hibu.no

NETT



Journalist/webredaktør
Lily Kalvo
tlf. 22 04 33 66
lily.kalvo@sykepleien.no

DESK/LAYOUT



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



Grafisk formgiver
Hege Holt
tlf. 22 04 33 57
hege.holt@sykepleien.no



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



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

ANNONSER



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



Markedskonsulent, produkt
Lise Dyrkoren
tlf. 22 04 33 72
lise.dyrkoren@sykepleien.no



Markedskonsulent, stilling
Finn Simonsen
tlf. 22 04 33 52
finn.simonsen@sykepleien.no

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

Sykepleiens oppdrager-oppgåve

Innlegget frå Nils Gunnerød i nr. 5/09 vedrørende BCG-vaksinasjon var bra. Flott observert at bildet i Sykepleien ikkje viste intrakutan BCG-vaksinasjon, men intramuskulær injeksjon (som ikkje er aktuelt ved denne vaksinen). Dessuten vart det kommentert at vaksinatøren hadde ringar og skitne negler!

Redaktør Barth Tholens i Sykepleien beklaga første del av innlegget. Men redaktøren skriv til det siste: «Smykker og ringar er tydeligvis en del av hverdagen i helsetjenesten. Her er det nok ikke vi som må ta selvkritikk».

Er Sykepleien blitt så fjern frå kvardagen i helsevesenet at de ikkje reagerer på dette, sjø om det sansynlegvis ikkje er Sykepleiens tilsatte som sat og vaksinerte? De sender dette ut til helsearbeidarar utan ein kritisk merknad om at dette ikkje er helsetenesta verdig.

Sykepleien har vel ei oppdragar-oppgåve? Eller?

Medlem 133843



Vondt å lese om utstøtt sykepleier

Gjennom et langt liv har jeg erfart hvor lett det er å trø feil. Noen ganger kan feilene gjenopprettes raskt, andre tar det lengre tid å bearbeide. Når jeg har opplevd tøffe ting i livet, har gode venner og kollegaer vært der for meg.

I jobb som psykiatrisk sykepleier og ruskonsulent, oppfordrer jeg mine pasienter og deres familier til å oppsøke gode venner eller kollegaer for å slippe å gå alene med smerten og skammen. Det gjorde derfor vondt å lese i Sykepleien 5/09 om sykepleieren som blir avvist og utstøtt!

Sykepleiere skal være utdannet til å bruke sitt «kliniske blikk» i et forsøk på å lese hele bildet. Jeg synes det er skremmende at enkelte sykepleiere våger å være selvgode når en kollega «mister fotfestet for en stund».

Mitt håp er at ansatte i helsevesenet klarer å tenke at misbruk av alkohol, tabletter eller andre rusmidler er et uttrykk for at «noe» er vanskelig for vedkommende!

Du som tok kontakt med «Sykepleien» viser at du allerede er i gang med bearbeiding. Hev blikket, se framover og tilgi deg selv!

Til dere som dømmer, vil jeg si: Det er ikke for sent å strekke ut en hånd!

Åse Christiansen, medl.nr. 88500

God tilgang på prevensjon er ingenting å angre på!

Stor takk til gjesteskribent Trude Aarnes for flott innlegg i Sykepleien nr. 6/09 om «angrepillen»! Eg er svært enig i at det er seksualfientlege haldningar som ligg bak det å gjera tilgangen på denne typen prevensjon vanskeleg. Det skal ikkje vere for lett!!

Same argumentasjonen låg bak motstanden mot medikamentell abort. Den gong medikamentell abort vart eit alternativ, var eit av argumenta mot dette at: «no vert det altfor enkelt».

MEN: Eg meiner at ordet «angrepille» også har eit snev av moralisme og skam i seg! Kva er det vi angrar på? Å angre på at ein ikkje brukte prevensjon er greit, men er ikkje dette også å angre på sexen?

Språk er makt. Eg likar betre uttrykket «nødprensjon», men skulle gjerne hatt eit endå betre ord. Eit anna uttrykk er «dagen derpå-pille». Men er ikkje også dagen derpå noko som minnar om at ting skulle vore ugjørt?

Andre medikament vert nevnt med sine namn eller virkestoff. Til dømes er Paracet omtala som Paracet eller Paracetamol, ikkje som «hovudverk-medisin» eller «bakrus-medisin» for den del. Så kanskje angrepille/nødprensjon kunne vore kalla med sitt rette namn. Eller kunne det heite «høgdose-p-pille»?

Her er nok fleire spørsmål enn svar! Ballen er kasta!

Målfrid Utne, sjukepleiar

Sykepleien 08/09

Omstridte hender

Dersom regjeringen har skaffet 10 000 nye omsorgshender, hvor er de?

Nå tjener vi nok

Ikke det at det er galt å jobbe for økt lønn, men hvis vi skal greie å holde på de sykepleierne vi har, så må vi gjøre noe med arbeidsforholdene våre I DAG! Vi kan ikke bare sitte og vente på (jobbe for) at vi får dekket lønnsgapet slik at rekrutteringen forhåpentligvis øker fremover. Vi må i tillegg sørge for at vi ikke mister like mange sykepleiere mens vi venter.

Arbeidsforholdene er på kanten av hva som er forsvarlig mange steder, og grensene blir stadig tøyd. Kontinuiteten i pleien er satt på

prøve, både på grunn av mangel på faglært personell, og at pasienter blir plassert der det tilfeldigvis er en ledig plass. Tiden strekker ikke til. Prosedyrer går foran helhetlig pleie. Kommunikasjon og pasientkontakt blir satt til side for at vi skal rekke å komme gjennom dagen uten å etterlate for mye å gjøre til de som kommer på neste vakt.

Jeg ble ikke sykepleier på grunn av lønna, jeg valgte det på bakgrunn av betydningen av det vi gjør. Men når jeg nå stadig oftere føler at jeg ikke har hatt tid nok til

pasientene mine, så er det naturlig å vurdere om veien framover burde være en annen. Å reise hjem med dårlig samvittighet fordi jeg glemte det vannglasset jeg lovet å komme med, fordi pasientene ikke fikk nattmedisinene før klokka 22.30, eller at jeg måtte la to pasienter ligge fordi det ikke var tid til å mobilisere. Og i tillegg våkne med dårlig magesfølelse fordi man vet det kommer til å bli travelt. Man ber om at man skal komme helskinnet gjennom dagen, og oppdage komplikasjoner i tide. Kort sammenfattet;

Det er uverdigg for oss sykepleiere å måtte jobbe mot vår egen samvittighet hver eneste dag!

Vi vil ha tid til pasientene våre, og mulighet til å utføre jobben vår på en god og faglig forsvarlig måte! Så nå er tiden inne for å fokusere på bedre arbeidsvilkår!

Mvh. «irritert på all praten om likelønn»,
Dina Hedlund

Les også Dina Hedlunds brev til helseministeren:

Åpent brev til Bjarne Håkon Hanssen

Jeg er en sykepleier med mye på hjertet. Når man på jobb, daglig, føler all frustrasjonen som bygger seg opp, blir man litt lei, og kjemper med å holde motivasjonen oppe. Et intenst ønske om å føle meg trygg på jobb igjen, og ikke minst øke pasientsikkerheten, ble bakgrunnen for dette brevet.

Først vil jeg si at alle innsparingene som nå skjer kunne vært på en mindre skala hvis kommunen hadde tatt sin del av støtten.

På ortopedisk avdeling har vi perioder hvor ferdigbehandlede pasienter liggende alt fra én til åtte uker lenger enn nødvendig, fordi de venter på sykehjems plass! Dette er dårlig økonomi, og kunne vært unngått hvis kommunen hadde fått krav om å utvide i takt med det økte behovet. Spesialisthelsetjenesten påkrevdes å bli mer effektive og behandle flere på kortere tid. Dette krever at sykehjem og hjemmesykepleie styrkes parallelt. Vi føler at vi jobber motstrøms! Kommunene må presses! Jeg skulle gjerne sett tall på hvor mye det koster sykehusene å ha ferdigbehandlede pasienter liggende i løpet av et år, og hvor mange nedbemannede stillinger dette tilsvarer årlig.

Jeg har skjont det sånn at vi skal tjene mest mulig. Det vil si, at vi skal behandle så mange elektive

pasienter vi kan, for å holde inntektene oppe. Og selvsagt skal vi det! Ventelistene skal ned, og den generelle befolkningen vil få det bedre! MEN ... det er noe jeg ikke skjønner. For at vi skal kunne ta inn elektive pasienter, må vi ha plasser til å ta imot disse. Hver gang budsjettet går med underskudd, blir pasientantallet redusert, og mulighetene til å ta imot elektive blir betraktelig mindre. Og dermed også inntektene. Vi har per i dag akkurat blitt redusert til 24 senger. Hadde 28 for kun kort tid siden. På 28 senger hadde vi mellom to og fire listepasienter daglig. Hva gjør vi nå med fire senger færre? Ø-hjelps-pasientene slutter ikke å komme bare fordi sengeantallet reduseres! Dilemma: Enten må planlagte operasjoner utsettes, eller så må ø-hjelps-pasientene legges på andre avdelinger. Noe som fører til dårligere kontinuitet i pleien, og antakelig flere liggedøgn for pasienten.

Jeg spurte en gang hvorfor vi ikke kunne få beholde de 50 sengene vi hadde for et par år siden, og svaret jeg fikk var at helseforetaket ikke hadde råd til å ha så mange ansatte! Hvorfor ses ikke utgiftene i sammenheng med inntektene? Jeg er overbevist om at økonomibalansen da ville vært betraktelig bedre. Vi har en drøss med meget dyktige kirurger og ortopedier på huset, og

hva med å utnytte dette?

Jeg mener også mye ville vært spart hvis det hadde vært økt fokus på arbeidsmiljø. Det er store utskiftninger i posten, og en god del sykdom. Informasjon om hvorfor ting blir gjort, hva som ligger bak avgjørelser som blir tatt, og tall som dokumenterer dette, ville mest sannsynlig økt forutsigbarheten og dermed aksepten for endringene. Det er utrolig viktig at vi som går på gulvet føler at vi blir hørt, at vi alle er på lag, at de som sitter i ledelsen faktisk jobber MED og FOR oss, og ikke MOT.

Det går sjelden en dag uten at noen prater om nedskjæringene som må komme, og mange lurer på om det ikke er en i det administrative/ på ledernivå som må gå snart. Hvorfor skal det hver gang være oss som utfører sykepleien det skal gå ut over? Vi får snart ikke blitt færre. Når jeg er på jobb, så føler jeg at det er litt tilfeldig hvem som får god nok sykepleie. Og hvis det skjer komplikasjoner så tenker jeg ofte at det var flaks som gjorde at vi oppdaget det tidnok. Dette er absolutt det mest nedverdiggende en sykepleier kan oppleve! Vi er faglig dyktige, og vi er bevisste på hva jobben vår innebærer. Det er den absolutt verste situasjonen du kan tenke deg, når du ikke får gjort jobben din godt nok! Det er UVERDIG å måtte prioritere hvilke

pasienter som skal få den pleien de har krav på og trenger. Vi jobber mot samvittigheten vår hver eneste dag! Det sliter oss ut. Ikke en dag går jeg hjem og føler jeg har gjort en god nok jobb.

Vi lurer også på om det blir gjort en systematisk nedleggelse av sykehusene i innlandsområdet, for så å kunne sentralisere og lage ett stort sykehus? Hvis det er tilfelle vil det være mest realt om de ansvarlige kan stå fram og stå for det de gjør! Vi føler at vi systematisk brytes ned psykisk. Det tas litt her og litt der hele tiden, noe som verken gir oss mulighet eller ork til å protestere. Vi må vel ha like stor rett til å si fra som en hvilken som helst annen arbeidsplass? Vi føler oss overkjørt. Det går ikke en uke uten at jeg tenker på at jeg skulle sagt fra til media. Men jeg innrømmer at jeg er redd. Redd for konsekvensene. Kanskje er tiden inne for å svelge den kamelen nå.

Vi trenger sårt litt stabilitet, forutsigbarhet og gode arbeidsforhold ... er det for mye forlangt?

Det kan bli for mye, selv for de sterke ... derfor har jeg sagt opp min stilling på sykehuset, for en jobb som kan ta meg opp og fram – på sikt.

Mvh. Dina Hedlund

Dette vil jeg ikke være med på!

I Sykepleien 3/2009 står det på side 33 at NSF gjorde et vedtak 4. februar om å gi 85 000 kroner til gjenoppbygging av helsetjenesten i Gaza. Jeg har ingen tro på at de pengene kommer sivilbefolkningen til gode.

Jeg har lest i statusrapporten 2006 at forbundet blant annet skal fremme internasjonal forståelse og solidaritet. Når jeg leser hva Marit Fonn skriver i sine artikler i Sykepleien 1/2009, side 8 og 9, samt Sykepleien 3/2009, side 30–32, kan jeg ikke forstå at disse tekstene kan bidra til internasjonal forståelse og solidaritet. Etter mitt skjønn er disse artiklene veldig ensidige i sin framstilling av hvem som lider. De tar ikke for seg hvordan barna

i Sederot er blitt traumatisert etter raketangrep fra araberne gjennom de siste åtte årene. Israel er det eneste landet i Midtøsten som har en demokratisk styreform. Da er det rart at så mange medier, inklusiv Sykepleien, viser svært liten interesse for å se krigen fra Israels side.

Jeg savner en artikkel som omhandler alt det hjelpearbeidet som Israel har bidratt med for å hjelpe sivilbefolkningen i Gaza. De har kjørt inn mange tonn med mat og hjelpemidler, samtidig som de har fraktet skadde arabere til Israelske sykehus for behandling.

Jeg vil ikke være med på den linja som NSF har valgt, og derfor har jeg nå sagt opp mitt medlemskap.

Reidun Sløgedal, Lyngdal

Til gjesteskribent Martine Aurdal

Jeg er enig med deg i at et hodeplagg ikke er avgjørende for om politifolk er profesjonelle eller ikke. Men etter min oppfatning mister du litt essensen i den praktiske utøvelsen av politityrket. Helgefyll, husbråk og generell konflikthåndtering fyller mesteparten av arbeidsdagen til «det synlige politiet» eller skal jeg si «de operative enhetene». I en konflikt er det allerede vanskelig med en nøytral uniform, hvis det er noe som heter det, å fremstå nøytral. Med det sagt vil en uniformert politibetjent med en religiøs ytring potensielt skape en eskalering av situasjonen de står i. Dette kan være å bryte opp en voldelig konflikt i Oslo sentrum med radikale nasjonalister som er beruset. Da kan denne politibetjente med hijab utsette seg selv og kollegers liv og helse for fare. Det er da viktig med et nøytralt tjenesteantrekk for å minimere risikoen for å bli utsatt for vold. Det er riktig det du sier at Norge er en smeltedigel av forskjellige raser, kulturer, religioner og livssyn. Det er nettopp derfor det er så utrolig viktig at politiet forholder seg nøytralt for å løse sitt oppdrag med å opprettholde lov og

orden. Og forholde seg nøytralt i alle konfliktsituasjoner.

Videre er spørsmålet om det var en rød tråd mellom Mor Teresa og religiøse plagg i politiet? Hennes hverdag og politiets hverdag er som natt og dag, og i mine øyne ikke sammenliknbar. Misforstå meg rett når jeg sier; Om Mor Teresa hadde gått med hijab i stedet for et katolsk nonneslør tror jeg ikke hun hadde blitt stemplet negativt. Tvert imot tror jeg hun hadde skapt et positivt bilde av muslimer, som allerede er negativt omtalt grunnet medias fokus på radikale islamister.

En politibetjent er ikke et altruistisk folkeslag så vidt jeg vet, men tjenestemenn som rår over en av statens sterkeste maktmidler, nemlig politimakt. Dette er et maktmiddel som må respekteres og brukes med omhu. Og ikke styres av en idealistisk tankegang der alle kommer overens med alle. Her må vi tenke realistisk og tenke sikkerhet i et yrke som allerede er konfliktfylt fra før av.

Med vennlig hilsen Paal Kevin Donovan, sykepleierstudent

Når først forskningen skal ha et navn ...

I Sykepleien nr. 5/09, Tema Forskning, kunne vi lese om navnestrid i Helse Størst. Begrepet «sykepleieforskning» oppfattes problematisk, og man vurderer å bytte det ut med «tværfaglig» eller «flerfaglig» forskning. Diskusjonen burde være interessant da det rører ved vår faglige integritet.

Tankene går tilbake til tiden som nyutdannet sykepleier hvor jeg spurte meg selv hva sykepleie egentlig var. Jeg opplevde det forvirrende at kunnskapen jeg tilegnet meg i grunnutdanningen var kompetanse innhentet fra en lang rekke støttedisipliner. I mitt arbeid som sykepleier har jeg imidlertid likevel utviklet en faglig integritet hvor sykepleie for meg står for evnen til å anvende elementene av ulike kunnskaper i omgang med pasienter som hver og en representerer en uhyre kompleksitet. Slik er sykepleie selve evnen til å integrere ulike kunnskaper hensiktsmessig i et praktisk virke.

Da jeg senere avla mastergrad i helsevitenskap og fikk jobb med fokus på fagutvikling og forskning, beholdt jeg min sykepleieridentitet. Bakgrunnen som sykepleier gir meg en klar styrke i å finne kliniske problemstillinger som bør analyseres systematisk. Likevel er jeg særdeles ubekvem med å bruke begrepet sykepleieforskning om det jeg gjør, og jeg skal kort redegjøre for hvorfor.

I praktisk klinisk virksomhet har kunnskapsutvikling nesten alltid relevans for mer enn én yrkesgruppe. Ved å bruke begrepet sykepleieforskning om kunnskap av generell verdi for i neste omgang å publisere i sykepleietidsskrift, maler vi oss inn i et hjørne hvor vi ikke når de leserne forskningen vår har verdi for. Sykepleiere som forsker gjør derfor klokt i å bli antatt i journaler som følger tema snarere enn profesjon.

Av artikkelen fremgår at man vurderer begreper som tværfaglig og flerfaglig forskning. Er det forskningen som er tværfaglig eller ønsker

man å få frem dens relevans for et bredere publikum? Tverrfaglig forskning kan bety at flere faggrupper er involvert i samme prosjekt. Dette er jo ofte også tilfelle, men tværfaglighet involverer faglig interaksjon av høyere orden enn at forskerne har ulike faglige bakgrunn.

Jeg hilser en klargjørende debatt om begrepsbruk velkommen og håper sykepleieforskning i fremtiden forbeholdes det relativt begrensede volum forskning som kun har relevans for sykepleie. Samtidig håper jeg at de som er toneangivende for forskning i helsevesenet unngår å vikle oss inn i nye begreper som gir feil assosiasjoner til vår virksomhet. Begrepet helsefaglig forskning er allerede i ferd med å bli innarbeidet som et tydelig og dekkende begrep for det meste av forskningen sykepleiere er involvert i. Det er også på sin plass å minne om den nylig vedtatte helseforskningsloven hvor begrepsparet medisinsk og helsefaglig forskning er uløselig knyttet sammen. Slik bør det forbli.

Avslutningsvis vil jeg trekke frem et eksempel på hvordan sykepleierstempleet også kan bli en klamp om foten i den virkelige verden. Jeg sendte i fjor inn et paper til et internasjonalt tidsskrift hvor jeg naivt nok førte opp forkortelsen vår RN foran MSc. At paperet ble avvist er ikke oppsiktsvekkende, men mer reviewers kommentar om at jeg heller burde prøve å få det antatt i et sykepleietidsskrift. Dette trenger selvsagt ikke være utslag av publication bias, men til orientering var ikke sykepleie nevnt med et ord i paperet som omhandler kunnskap relevant for alle profesjoner involvert i behandling av pasientgruppen. Man svelger da tungt, fjerner de to bokstavene og sender manuskriptet til et nytt temaspesifikt tidsskrift. Det er forskerens plikt å skrive godt nok til å nå sitt publikum, ikke kreere et.

Magnus Strømmen, forskningssykepleier, St. Olavs Hospital

Må jeg skifte fagforening?

Jeg er lavt lønnet! Jeg er sykepleier! Jeg har ikke bart ... men mest av alt er jeg forbannet. Hvorfor skal mine penger, som jeg sliter sammen på nattevakter gå til fordummende reklamekampanjer som koster millioner?

Jeg har tatt et yrkesvalg i voksen alder. Gikk stolt ut av sykepleieskolen for et år siden, tre måneder før jeg ble 50 år. I min gamle karriere var jeg art director, utdannet på Westerdals. Med 25 års fartstid i bransjen og gullblyanter i bagasen mener jeg at «bartekampanjen» er feilslått.

Gjennom hele 60-, 70-, 80- og

90-tallet har lønnsgapet mellom teknologi og omsorgsyrke holdt seg konstant. Ingen av NSF's kampanjer har ført til at sykepleiere henter inn på lønnen til andre akademiker. Hvorfor?

Jeg mener at feilen ligger i at NSF kjønnsgeneraliserer en hel yrkesgruppe, og konserverer begrepet «kvinneyrke» for fremtiden. Ingen annen faggruppe, lærer, lege, ingeniør, veterinær ville publisert den samme kampanjen. Vi er sykepleiere, mannlige og kvinnelige sykepleiere som gjør en viktig, vanskelig og tøff jobb!

Jeg vil at NSF skal jobbe for at sykepleiere, kvinner OG menn, skal



få den lønnen de fortjener. Streike! Nekt å ta blodprøvetakingsjobben fra bioteknikerne! Nekt å jobbe i brøkdelsstillinger. Glem kjønnsdebatten, den kjempes på andre arenaer og har ikke noe med yrket sykepleier å gjøre!

Og til sist: La oss sykepleiere slippe husmorreklamen som ligger innenfor plasten til bladet Sykepleien!

Med vennlig hilsen Michael Råberg, stolt sykepleier og kjønnsnøytral (på jobben i hvert fall)

Lønnsoppgjør og streik – vi trenger nye strategier

Nå nærmer det seg et nytt lønnsoppgjør, og i år som tidligere ligger det i kortene at vi må slippe streikevåpenet for likelønn i «det likestilte Norge». Og som før forbereder nok staten, som endelig budsjettansvarlig, (de sviktende) argumentene for tvungen lønnsnemnd på oppdrag for sine arbeidsgiverorganisasjoner KS, Spekter og Oslo kommune.

La oss utnytte det at det er valgår, og tvinge politikere til å gjøre alvor av snakket om at likelønn er valgkampsak. Personlig har jeg mest erfaring fra sykehus, og har sett hvordan streiker har blitt møtt med tvungen lønnsnemnd og desinformasjon fra arbeidsgiverne, for å sette oss i et dårlig lys. Dette har gjentatt seg flere ganger, og jeg mener det er klart at vi trenger å forsøke å ramme arbeidsgiver på en ny måte, samt motvirke svartmaling av oss selv i media. La oss ramme Spekter rett i lomdeboka, ved å ta ut en begrenset mengde personale der det virkelig svir; i første rekke dagkirurgi og poliklinikker, som i hovedsak har pasienter med relativt lav alvorlighetsgrad og lite akutte behandlingsbehov, med polikliniske dispensasjoner for en del kronikere. Signaliser med én gang at neste ut er pasienthoteller, med

satt dato for denne opptrappingen. På den måten får sykehusene muligheter til å forberede nedtrapping i aktivitet slik at de som trenger det kan overføres til de langt dyrere sengeplassene på vanlige poster.

Vi må også kreve at sykehusenes etterslep på budsjetter kompenseres av staten, slik at ikke pasienter og ansatte rammes av kutt som følge av kostnader for å oppnå rettferdig lønn, når staten selv sitter med ansvaret.

Slik tar vi ut lite personale, streikekassa varer lenger, og hvis vi er offensive i media kan vi synliggjøre små konsekvenser for å oppnå viktige samfunnsprosmål. I Norge er folk flest positive til streik, og vi må vite å utnytte dette for alt det er verdt i et oppgjør som sammenfaller med valg. Etter den statlige overtakelsen av sykehusene møtte vi en ny kultur fra arbeidsgiveren Navo, nåværende Spekter. Da trenger vi å møte dem med nye strategier, og samtidig vise at Spekter = Staten = Storting og regjering.

Våg å kjempe, våg å vinne! God kamp, alle!

Håvard Stormoen Aslesen, sykepleierstudent og streikeaktivist

Dikt om god sykepleie

Jeg er kunnskap
Jeg er fundamentet
og søker kontinuerlig etter den beste løsningen
Jeg har viten til å fortelle deg om din sykdom
og innsikt i hva som skjer

Jeg er omsorg
Jeg tar vare på deg
og gir deg trygghet i en ofte utrygg situasjon
Jeg hører hva du ønsker
og pleier deg med varsom hand

Jeg er respekt
Jeg tar hensyn til deg
og dine verdier og følelser
Jeg anerkjenner deg som min likemann
og hører på deg og godtar dine avgjørelser

Jeg er kommunikasjon
Jeg snakker med deg
og lytter til deg
jeg informerer deg
og forteller deg om det du bør vite

Jeg er forståelse
Jeg viser skjønn
og forsøker å sette meg inn i din situasjon
Jeg dømmer deg ikke
og hjelper deg med å holde håpet oppe

«Vanskelige» pasientsituasjoner

Temaet i Sykepleien nr. 04/2009 er «mykt yrke, brutal hverdag». Etter å ha jobbet noen måneder med fordypningsoppgave i kreftsykepleie hvor temaet mitt har vært «å være i krevende relasjoner», får jeg et behov for å komme med en kommentar. Jeg savner noe vesentlig hver gang det skrives om temaet, både i dette nummeret, og i tidligere utgivelser. Det jeg savner er fokus på bearbeiding og forståelse av sykepleieres egne negative følelser som oppstår i møte med de vanskelige situasjonene.

Å skrive om vanskelige pasientsituasjoner er ikke så enkelt, da «vanskelig» er individuelt og ikke et begrep som kan måles på linje med for eksempel «håp» og «livskvalitet». Kanskje det også er derfor få skriver om det. Ikke bare i Norge men fra flere land har jeg funnet lite sykepleielitteratur med fokus på de vanskelighetene som utfordrende oppførsel forårsaker for sykepleierne. Anthony Harrison og Chris Hart (2006) fra Storbritannia sier at årsaken synes å være at det i mange år har vært problematisk for de fleste sykepleiere å innrømme at de synes det er vanskelig å hankses med kravene enten når det gjelder arbeidet

generelt, eller i en spesiell pasientsituasjon. Ulla Holm (2005) sier at negative følelser i helsevesenet undertrykkes, og at myten om at sykepleieren bare får lov til å føle «fine», oppbyggelige følelser som medfølelse, hjelpsomhet, omtanke og sympati, lever i beste velgående i helsetjenesten.

Jeg synes mye av det jeg leser bekrefter dette. For eksempel sier Hilde Fryberg Eilertsen i Sykepleiens artikkel at det alltid er en årsak til negativ oppførsel, og at «... vi som sykepleiere skal vite hvordan vi skal takle dette». Det har hun jo rett i! Samtidig tror jeg at når det kun poengteres at sykepleiere skal takle og løse de vanskelige situasjonene, fortrenses de negative følelsene som oppstår i møte med krevende oppførsel. Det er så ensidig fokusering på det gode, det fine, det beste! Jeg tror at forventningene fra utdanningen, fra yrkesorganisasjonen, fra arbeidsmiljøet, fra helsetjenesten – og ikke minst egne forventninger (som kan være skapt via de nevnte organisasjoner), fører til at sykepleieres negative følelser undertrykkes. Jette Joost Michaelsen (2001) mener at fordi sykepleie er organisert i byråkratiske orga-



Faksimile fra Sykepleien nr 4/09

nisasjoner og er en hjelpedisiplin til legevitenskapen, fortrenses de emosjonelle aspektene. Verken i grunnutdanningen eller ute i praksis er det tradisjon for å bearbeide og forstå egne kompliserte følelser som vanskelige pasienter vekker. Hun sier at det kanskje skyldes at kvinner tradisjonelt ivaretar det usynlige og lavtlønnede emosjonelle arbeidet.

Av disse årsaker er det etter min mening stort behov for videre forskning omkring, og fokus på temaet. Jeg tror at det i helsetjenesten behøves en endring fra sykepleieres fokus på sterke, gode opplevelser med pasienten, og å skulle takle alt som er vanskelig, til fokus på å bearbeide og forstå egne kompliserte følelser. Når ICNs etiske retningslinjer sier at lærere og forskere bør fremme betydningen av egen helse og vise forholdet dette har til andre verdier, bør temaet tas

på alvor både i grunnutdanningen og ute i praksis. Ulla Holm mener også at det bør gis økt prestisje til hjelperens kompetanse både innenfor utdannelsen og yrkesutøvelsen når det gjelder å håndtere de følelsesmessige sidene i kontakten med pasienter. Det bør ikke være noe motsetningsforhold mellom bevisstgjøring av negative følelser og sykepleieres fundamentale plikt til å vise omsorg med dem som lider. Jeg tror at økt fokus og oppmerksomhet på dette vil bidra til økt kunnskap om hvordan krevende og vanskelige pasientsituasjoner best kan håndteres. Slik tror jeg sykepleieres urealistiske krav til følelsesmessig involvering i pasienten vil dempes, og at arbeidet vil oppleves mer meningsfullt ved at vi blir bedre i stand til å være i krevende relasjoner.

Av Karin Sjøe, kreftsykepleier



En helhetlig eldreomsorg

Det er en stor og viktig oppgave for vårt velferdssamfunn å sørge for at eldre mennesker får så god, tilpasset og tilstrekkelig hjelp som mulig. Bestemmelsene i sosialtjenesteloven og kommunehelseloven gir lovfestede rettigheter både til sykehjem og en hel rekke andre tjenestetilbud. Mange eldre får god omsorg, men vi hører stadig om mennesker som ikke får den hjelpen de trenger. Det må vi aldri tåle! Når slikt skjer må man straks undersøke hva som har sviktet, slik at svakhetene øyeblikkelig kan rettes opp. Samtidig er det viktig er det å lære av de kommunene som har klart å gi eldre et godt og helhetlig tilbud.

Det er derfor merkelig å være vitne til hvordan Frp tilnærmer seg utfordringene i eldreomsorgen. Ifølge partiets mange utspill har ingenting skjedd under den rødgrønne regjeringen, og bare Frp kommer til makta vil alt gå på skinner. Når partiet på denne måten svartmaler hele eldreomsorgen og påstår at ingenting har blitt bedre, unndrar man seg muligheten til å identifisere de ulike faktorene som er viktige for å lykkes; økonomiske forhold, kvaliteten på ledelse og personale, boforhold og grad av tilpassede tilbud. Det kan for øvrig være nyttig å se hvordan partiet håndterer utfordringene der de allerede har makta. Som kjent styrer Frp i Oslo sammen med Høyre, og partiet har i seks år hatt eldrebyråden i hovedstaden. Nylig kunne Aftenposten melde at 250 sykehjemsplasser i Oslo kommune står tomme, mens 266 eldre har fått avslag på søknad om plass. Dessuten er det mange eldre som ikke har søkt fordi de har fått beskjed om at de vil få avslag. Det er også mangel på omsorgsboliger med døgnkontinuerlig tilsyn. Antall klager fra eldre på helse- og velferdstilbud i kommunen er doblet det siste året. Frp har med andre ord ingen grunn til å slå seg for brystet når det gjelder eldrepolitikken i Oslo, som partiet

altså har hatt ansvar for i flere år.

Da Stoltenberg-regjeringen overtok i 2005, viste det seg at antall årsverk i omsorgssektoren hadde gått ned med 1600 årsverk sammenlignet med året før. Derfor satte den rødgrønne regjeringen seg et mål om 10 000 flere årsverk i den kommunale pleie- og omsorgssektoren innen utgangen av 2009. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at årsverkinnsatsen i de kommunale omsorgstjenestene økte med cirka 6100 nye årsverk i 2006 og 5000 i 2007. Samtidig har regjeringen gjort det klart at innsatsen i eldreomsorgen skal styrkes ytterligere. I forbindelse med samsamlingsreformen har helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen pekt på viktige tiltak for å bedre eldreomsorgen. Mange eldre har et sammensatt sykdomsbilde, og statsråden har tatt til orde for at de økonomiske ressursene i større grad må rettes inn mot primærhelsetjenesten i kommunene, for blant annet å bedre legetilbudet for den eldre befolkningen. Regjeringen har som mål at det skal etableres 12 000 nye omsorgsplasser innen år 2015. Derfor ble det i 2008 opprettet en statlig ordning med øremerkede midler til investeringstilskudd gjennom Husbanken for bygging av omsorgsboliger og sykehjemsplasser. Gjennom tiltakspakken som regjeringen nylig la fram, er tilskuddet for 2009 økt ytterligere, tilsvarende 1500 nye enheter.

Om få år vil den første store etterkrigs generasjonen være pensjonister. Det betyr økte utfordringer for eldreomsorgen med større krav til bredde og kvalitet. Selv har jeg tenkt at vi antakelig trenger et nytt syn på eldre mennesker. I tillegg til å se behovet for pleie, mat og medisiner, må vi begynne å se på eldre som hele mennesker, med ulike og sammensatte behov. Det betyr at vi ikke bare trenger flere hender i eldreomsorgen, men også større variasjon i bakgrunn og ut-



Arkivfoto: Tarej Ekenes Krogh

FLERE OG FLERE: Eldrebølgen kommer, med de utfordringer det fører med seg. Vi trenger et nytt syn på eldre mennesker, mener Tove Karoline Knutsen

dannelse hos dem som skal arbeide med eldre. Et tilstrekkelig antall leger, sykepleiere og hjelpepleiere er avgjørende, men vi trenger også miljøarbeidere, ergoterapeuter og andre som kan bidra til å berike de eldres hverdag. Eldre mennesker har også behov for å ha det vakkert rundt seg, ha mulighet til kulturopplevelser, være en del av samfunnet og bli møtt med respekt og verdighet. Framtidens eldreomsorg må bygge på følgende erkjennelse: vi er hele mennesker livet igjennom – fra vugge til grav.

Tove Karoline Knutsen,
stortingsrepresentant (AP)

Har du
kommentarer?

Delta med dine
meninger på
www.sykepleien.no



tekst **Eivor Hofstad**

Ta vår aktuelle og nådeløse kunnskapsquiz!

1 Hva kommer egentlig ordet migrene av?

- A: Hele hodet
- B: Halve hodet
- C: Bankende hode

2 Hva gjør en urinator?

- A: Tisser
- B: Sjekker urinprøver
- C: Dykker

3 Hvilket av disse landene hadde lavest legemiddelforbruk per innbygger i 2008?

- A: Norge
- B: Danmark
- C: Finland

4 I Norge fordøyde vi drøyt 1400 døgndoser med legemidler per 1000 innbygger i 2008. Hvor mye mer tok svenskene?

- A: Nesten 300 døgndoser
- B: Nesten 650 døgndoser
- C: Nesten 1000 døgndoser

5 Hvem er leder for fagetisk råd i Sykepleierforbundet?

- A: Marianne Aulie
- B: Marie Aakre
- C: Marit Fonn

6 Hva skyldes den seksuelt overførbare sykdommen klamydia?

- A: Bakterier
- B: Virus
- C: En mellomting av virus og bakterier

7 Hva kan klamydia føre til?

- A: Infertilitet
- B: Kjønnsvorter
- C: A, T, C og G

8 Hvordan gjøres korrekt hjerte- og lungeredning?

- A: Først 30 hjertekompresjoner, så to innblåsninger og så videre
- B: Først to innblåsninger, så 30 hjertekompresjoner og så videre
- C: Først en innblåsning, så tre hjertekompresjoner og så videre

9 Hvor mange prosent av sykepleiere med autorisasjon i Norge er menn?

- A: 5 prosent
- B: 11 prosent
- C: 21 prosent

10 Hva er coccyx?

- A: Runde bakterier
- B: Sneglehuset i indre øret
- C: Halebeinet



URINATOR: Er dette en urinator i aksjon? Foto: Colourbox

😊 **10 poeng:** Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)

😊 **6-9 poeng:** Lovende. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.

😐 **3-5 poeng:** Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?

😞 **0-2 poeng:** Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

Svar: 1B Halve hodet (av gresk: hemitrania), 2 C dykker (latin), «Urna» kommer antakelig fra vanninnblåsninger, 3 B 11 prosent, 10 C halebeinet, 4C nesten 1000 døgndoser, 5B Marie Aakre, 6C en mikroorganisme som er mellom virus og bakterier, 7A infertilitet, 8A først 30 hjertekompresjoner, så to innblåsninger, 9 B 11 prosent, 10 C halebeinet



PSYKIATRI: Rønvik statsasyl ved Bodø stod ferdig i 1902, og ble da kalt «verdens nordligste sindsygeasyl». Anlegget har et svært spesielt arkitektonisk uttrykk, noe som blant annet de steinkledde fasadene bidrar sterkt til. Nå er deler av anlegget foreslått vernet.

«Verdens nordligste sindsygeasyl»

Rønvik asyl ved Bodø har en stor symbolverdi som et av de første eksemplene på et statlig engasjement for regional utjevning.

Den 22. september 1902 kunne Rønvik sindsygeasyl ta imot de første pasientene, i første omgang pasienter fra Nord-Norge som hadde hatt tilholdssted ved asyl sør i landet. Asylet var planlagt for 230 pasienter, men fikk raskt et stort overbelegg av kronisk syke.

På begynnelsen av forrige århundre ble de sinnssyke oppfattet som en gruppe samfunnet hadde spesielt behov for å skjerme seg

fra, og motsatt, som trengte å bli skjermet fra samfunnet. Det var en generell tro på at skjerming av denne type pasienter var nødvendig og at behandling var mulig gjennom å etablere store institusjoner. Asylet som en isolert institusjon, et samfunn i miniatyr, eksisterte som hovedmodell for psykiatriske institusjoner fram til etterkrigstida.

Asylet ved Bodø praktiserte «åpen-dør-systemet», som var

den rådende ideologi innen norsk psykiatri rundt 1900. Asylet skulle være en medisinsk anstalt, et sinnssykeasyl, ikke et fengsel. Behandlingsmetodene var få og lite effektive, og var for det meste beroligende sovemedisin. I de første åra bestod behandlingen av arbeidsterapi og moralsk påvirkning. Medisinene var stort sett brom, kloral og opium.

De ansatte hadde harde arbeidsvilkår, med lite anledning til privatliv. Pleierne eller vokterne sov dels sammen med pasientene, dels på egne to- og tremannsrom. Disse værelsene lå inne på avdelingen.

I 1909 ble en pleier knivstukket

og drept av en pasient som hadde klart å lure med seg en kniv fra arbeidsstua. (Svein Fygle: «Marmor og menneskeskjebner. Rønvik

Pleierne eller vokterne sov dels sammen med pasientene, dels på egne to- og tremannsrom.

asyl/Rønvik sykehus 1902-1962»).

Nå ønsker Helse- og omsorgsdepartementet å verne deler av Rønvik. Vernet omfatter blant annet det sentrale anlegget fra første byggetrinn.

Forbundsleder Lisbeth Normann



Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no

Følger spesialistgodkjenning med argusøyne

Som organisasjon vil vi følge arbeidet med spesialistgodkjenning opp mot aktuelle myndigheter tett.

Forbundsledelsen har siden i høst vært på reise i landets fylker, og på den måten fått treffe mange av Norsk Sykepleierforbunds medlemmer. Vi er blitt presentert for et mangfold av gode faglige prosjekter som drives av engasjerte og faglig dyktige sykepleiere. Dette har gitt oss inspirasjon i vårt videre fagpolitiske arbeid.

På flere av de medlemsmøtene vi har deltatt på, har vi fått spørsmål om hvordan NSF arbeider for å sikre myndighetsgodkjenning av spesialsykepleiere. Jeg vil derfor benytte anledningen til å formidle informasjon om arbeidet, som flere faggrupper og medlemmer har nedlagt mye ressurser i.

NSF har over lang tid hatt fokus på å sikre myndighetsgodkjenning av spesialsykepleiere ved en spesialistgodkjenning. I tråd med landsmøtets vedtak i 2007, er arbeidet videreført på ulike måter. Høsten 2008 ble det startet et samarbeidsprosjekt mellom NSF, Anestesisykepleiernes landsgruppe av NSF (ALNSF) og sykehuset Østfold. Prosjektet er en videreføring av arbeidet med spesialistgodkjenning. Det er definert noen

hovedområder for arbeidet hvor blant annet prosedyrer knyttet til legemiddelhåndtering i henhold til ny forskrift er et eksempel. For NSF er dette et viktig pilotarbeid med overføringsverdi til andre aktuelle faggrupper og foretak innen organisering, systemutvikling, kompetanse og kvalitetssikring.

Et annet eksempel er Landsgruppen av Helse-søstre (LAH) som i samarbeid med NSF planlegger et prosjekt knyttet til pilothelsestasjoner. Prosjektet har sitt utspring i arbeidet med spesialistgodkjenning for helsesøstre, hvor det skisseres et fast opplegg for etterutdanning, veiledning og fagutvikling.

Nylig har NSF og aktuelle faggrupper gitt tilsvaret på høring vedrørende spesialistgodkjenning § 53 som omfatter leger, optikere og tannleger. I denne høringen ble det beskrevet at eventuelt innføring av spesialistgodkjenning for andre autoriserte helsepersonellgrupper vil bli foretatt ved en egen gjennomgang på et senere tidspunkt. For NSF var det viktig å fremheve tidligere pilotarbeid som er gjennomført av ALNSF i regi

av NSF og at spesialistgodkjenning omfatter flere typer spesialutdanning slik som for eksempel helsesøsterutdanning, utdanning innen operasjonssykepleie, intensivsykepleie og psykiatrisk sykepleie. NSF mener at myndighetsgodkjenning er et myndighetsansvar, og at utvikling av spesialistgodkjenning for sykepleiere må skje i nært samarbeid med organisasjonen.

Helsetjenesten fremover har stort behov for sykepleiere med spesialkompetanse. Ved å utvikle mastergradsprogrammer i sykepleie sikres dybdekompetanse som gjør sykepleiere i stand til å etterspørre, formidle og integrere forskningsresultater i klinisk arbeid. Vår holdning er at bevisst satsing på fagutvikling og forskning gir grunnlag for kunnskapsbasert praksis som hever kvaliteten i helsetjenesten. Et viktig bidrag innen kunnskapsutvikling er utarbeidelse av nye lærebøker, og det er en glede at NSF i regi av Akribe forlag kan holde et høyt faglig og kvalitativt nivå på bokutgivelser. Det er planlagt en oppdatert versjon av læreboken «Anestesisykepleie» i høst hvor også «Jordmorboken» er planlagt utgitt. Læreverket i «Intensivsykepleie» er planlagt å være ferdig våren 2010. Tilsvarende er lærebøker innen kreftsykepleie og diabetes snart klare for å utgis.

Det er viktig at vi står sammen som en tydelig, modig og stolt aktør i det utfordrende arbeidet vi har foran oss. Som organisasjon vil vi følge arbeidet med spesialistgodkjenning opp mot aktuelle myndigheter samtidig som vi viderefører og utvikler gode prosjekter som et ledd i arbeidet med kvalitetsforbedring i helsetjenesten. Jeg er stolt av å være leder for så mange kompetente og entusiastiske medlemmer og ønsker oss alle lykke til i det videre arbeidet.



SPESIALIST: Norman trekker frem et prosjekt for anestesisykepleiere som eksempel på hvordan NSF jobber for spesialistgodkjenning, i samarbeid med faggruppen i dette tilfellet Sykehuset Østfold. Arkivfoto: Stig Weston.



Et dårlig arbeidsmiljø som ble bra

På lungeavdelingen (S404) på nye Ahus har sykepleierne en gladmelding å fortelle. De har klart å skape et arbeidsmiljø som de er veldig stolte av. Og med god grunn.

Fra å ha høy turnover, mange sykemeldinger, uerfarne vikarer og flere internkonflikter, har avdelingen nå et inkluderende og godt arbeidsmiljø. Avdelingen med et negativt omdømme, har blitt til en avdeling hvor folk ønsker å jobbe.

Tøff jobb

Sykepleierne på lungeavdelingen har en emosjonell tøff jobb. Pasientgruppen er krevende med sykdommer som lungekreft, kols eller tuberkulose. I tillegg til sykepleie av somatiske lidelser, er det mye psykiatri involvert i jobben. Pusteproblemer gjør pasientene redde. De trenger personell som har kompetanse på opplevelsen av å være lungesyk og som har tid til å holde dem i hånda en gang iblant.

Omorganisering

22. desember 2007, det vil si før nye Ahus ble åpnet, ble det bestemt at to lungeavdelinger skulle slås sammen til én. De to avdelingene hadde ikke samarbeidet noe særlig tidligere, de hadde hatt ulike funksjoner, og det var alt annet enn enkelt å sammenmelte to arbeidskulturer. Den ene avdelingen hadde drevet mest med utredning, mens den andre var en lungeavdeling med intermedier.

– Omorganiseringen gjorde oss veldig utrygge. Vi følte oss som gjester i den nye avdelingen og ble pålagt å bruke medisinsk teknisk utstyr som vi ikke hadde erfaring med. Vi følte at vi ikke strakk til i jobben vår, sier

Cathrine Lunde, sykepleier og tillitsvalgt i NSF.

– I tillegg var det svært hektisk på den tiden. Det var alltid fullt korridorbelegg med minst fire pasienter på gangen. Vi hadde flere hjelpepleiere enn sykepleiere på typiske sykepleieoppgaver. Hverdagen var særdeles stressende, og det var lite tid til opplæring og veiledning. Folk sluttet an mass, fortsetter Hege Karlsen, seksjonssykepleier.

Vendepunktet

Nye Ahus ble åpnet 1. oktober 2008. Det ble begynnelsen på en snuoperasjon i lungeavdelingen. På et personalmøte ble alle de gjenværende ansatte enige om å bruke anledningen til også å tenke nytt i de nye omgivelsene. Målet var å skape en god fagavdeling med motiverte ansatte og et godt arbeidsmiljø.

Til tross for en del tekniske startproblemer på sykehuset, ble andre problemer løst fortløpende. Lungeutredningen fikk lokaler i sengeområdet og ble en integrert del av miljøet. Det resulterte i bedre informasjonsflyt og samarbeid. Flere sykepleiere ble ansatt. Det ble innført faglunsjer hver tirsdag, internundervisning hver onsdag og fredagskaffe. I tillegg ble to fagdager innlemmet som en del av turnusen i løpet av året.

– Vi setter stor pris på at fagutvikling nå er blitt systematisert. Det gjør jobben vår mer spennende, og vi føler at vi takler arbeidsoppgavene



GLADE KOLLEGER: På lungeavdelingen ved Ahus har kreative tiltak bidratt til et bedre arbeidsmiljø og godt rykte. Fra venstre: seksjonssykepleier Hege Karlsen, fagutviklingssykepleier Cathrine Stenbrenden, sykepleier og tillitsvalgt i NSF Cathrine Lunde og verneombud Inger Lene Brovold, som har vært aktive i dette arbeidet. Foto: NSF

bedre, mener Cathrine Lunde.

– Jeg opplever at sykepleierne er blitt mye tryggere, og at det er mindre spørsmål om veiledning, forteller Cathrine Stenbrenden, fagutviklingssykepleier.

Ny arbeidskultur

Det har også vært et mål å lage en bedre arbeidskultur. Alle skal bli sett og hørt. De ansatte blir oppmuntret til å fokusere på det positive, og si ifra på en skikkelig måte om det som ikke fungerer. Tillitsvalgt, fagsykepleieren, verneombudet og seksjonssykepleieren er i daglig dialog. De er alle enige om at god kommunikasjon og mer tilstedeværelse av lederen ute i avdelingen har skapt større trivsel.

– Hege har lagt om lederstilen. Vi føler at hun setter seg inn i arbeids-

situasjonen vår og tar tak i eventuelle frustrasjoner før de får bygget seg opp, sier verneombud Inger Lene Brovold.

– Nesten alle stillinger er besatt. Sykepleierstudenter gir positive tilbakemeldinger på praksisplassene og står i kø for å få sommerjobb her. Klart vi synes det er gøy, sier Cathrine Lunde.

– Vi er stolte av hva vi har fått til, men vi vet at et godt arbeidsmiljø er noe vi må jobbe kontinuerlig med. Nå har for eksempel Cathrine Lunde sørget for at vi er blitt sponset med skrittellere av LHL. Vi skal lage internkonkurranse med månedlige premier til den som går mest. Her skjer det stadig noe, avslutter Hege Karlsen med et smil.

Av NFSs kommunikasjonsavdeling



Seier i skift-/turnus-saken

«Dette er en viktig likestillingspolitisk merkesak» sa arbeids- og inkluderingsminister Dag Terje Andersen da han kunngjorde at regjeringen foreslår å likestille skift og turnus. Vi slutter oss helhjertet til hans ord. Over 30 000 arbeidstakere vil få en reduksjon i arbeidstiden

De fleste av disse arbeider på sykehusene. Sykepleiere er hovedgruppa. For NSF er det all grunn til å slå på stortromma og innkassere seieren i denne viktige prinsipielle saken.

Mer rettferdig og nøytral ordning

Dagens regulering av arbeidstiden for skift- og turnusarbeidere er basert på arbeidstidsordningene i industrien. Den nye ordningen innebærer at arbeidstidsreduksjonen knyttes opp mot uavhengige og kjønnsnøytrale kriterier. En times arbeid på søndag og helligdag vil bli regnet som en time og ti minutter, mens en times arbeid om natten vil bli regnet som en time og femten minutter. Dette inkluderer også deltidsarbeidende. Forutsetningen er at arbeidstakerens turnusplan inneholder både dag-, kvelds- og nattevakter i tillegg til søndagsarbeid minst hver tredje søndag.

Nattevaktene

I vår høringsuttalelse argumenterte NSF for at også rene nattevaktstillinger bør omfattes av arbeidstidsreduksjonen. Forskning har dokumentert den helsemessige belastningen av nattearbeid. Det er derfor urimelig om arbeidstakere i faste nattevaktstillinger blir stående igjen i den gamle trappetrinnsmodellen. Dette kan føre til *økt* deltid, på tvers av intensjonene med forslaget.

Det er vanlig å organisere turnus rundt deltid ved å bruke faste kvelds- og nattevaktstillinger i kombinasjon med både todelt og tredelt turnus. Dersom de nye reglene derimot omfatter alle typer skift og turnus, vil det trolig stimulere til å organisere turnuser i helsesektoren bort fra faste nattevakter og mer over på tredelt turnus. Dette vil være et viktig virkemiddel for å få *flere heltidsansatte* i denne sektoren.

Selv om nattevaktstillinger ikke

omfattes av foreliggende forslag, noterer vi oss med forventning at departementet i proposisjon skriver at de vil se nærmere på denne problemstillingen.

Arbeidsorganisering

Med forslaget håper departementet å redusere omfanget av uønsket deltid, blant annet ved gjøre det mer attraktivt å jobbe natt og helg. Likestillingen av skift og turnus vil medføre en ny måte å organisere arbeidstiden på i helsesektoren. På sikt har vi forventninger til at dette fører til at sykepleiere kan stå i arbeidet frem til pensjonsalder, men det gjenstår å se hvordan dette gjennomføres i helsesektoren. Det er bra at departementet tar sikte på en evaluering av den nye ordningen, i tråd med høringsuttalelsen fra NSF. Dersom det er vanskelig å organisere turnuser på en måte som unngår helsebelastninger i form av lange nattevakter, kort hviletid og

ubiologiske springskift – noe som skift/turnusutvalget omtaler som konsekvenser av dårlig arbeidsorganisering – kan det foreliggende lovfor-slaget være i uoverensstemmelse med likestillingsloven.

Gordisk knute

Skiftarbeiderne fikk redusert arbeidstid allerede i 1949. Det er nå grundig dokumentert at det ikke er noen forskjell i belastninger ved å jobbe henholdsvis tredelt turnus og helkontinuerlig skift. Rundt 60 prosent av våre medlemmer arbeider turnus, og for NSF har denne saken stått høyt på agendaen siden 1994. I 1996 fastslo likestillingsombudet at manglende likestilling av disse to arbeidstidsordningene er indirekte kjønnsdiskriminering. Det er derfor særdeles tilfredsstillende at regjeringen nå endelig har funnet tiden inne til å skjære gjennom.

Og mens vi gleder oss over denne viktige likestillingspolitiske arbeids-tidsreformen, som regjeringen nå foreslår, er det å håpe at den hand-lekraft regjeringen her demonstrerer kan få overslagseffekter. Den neste gordiske knute regjeringen kan løse handler om likelønn. Vi venter spent!

E-info vil gi bedre barselomsorg

Nå skal det utvikles løsninger for elektronisk informasjonsutveksling mellom helsestasjoner, fastlege og sykehus.

Elin-h-prosjektet skal utarbeide standarder for blant annet elektroniske fødselsepikriser.

Helsestasjons- og skolehelsetjenestens samfunnsmandat er å drive helsefremmende og forebyggende

arbeid til gravide og barn og unge fra 0 – 20 år. I forbindelse med barselomsorg er helsestasjonene viktige for å etablere tidlig kontakt med barnet og foreldrene. Barseltiden på sykehus har gått sterkt ned. Det betyr at de kommunale helsestasjonene må gi mer og tidligere oppfølging enn før. Per i dag mottar ikke helsestasjonene fødselsepikriser elektronisk, noe som medfører at det kan ta flere uker før viktig informasjon er tilgjengelig. De første møtene baseres på mangelfulle opplysninger om mor og barn.

Dette kan bli bedre med elektroniske virkemidler, noe også regjeringen foreslår i Stortingsmelding nr. 12 (2008 – 2009).

Argumenter for å etablere og ta i bruk elektroniske løsninger er:

- Nødvendig infrastruktur, som Norsk helsenett, er allerede etablert og kan tas i bruk.
- Nye retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn, for oppfølging av vekt og lengde, samt amming, krever tidlig kontakt med helsesøster/jordmor

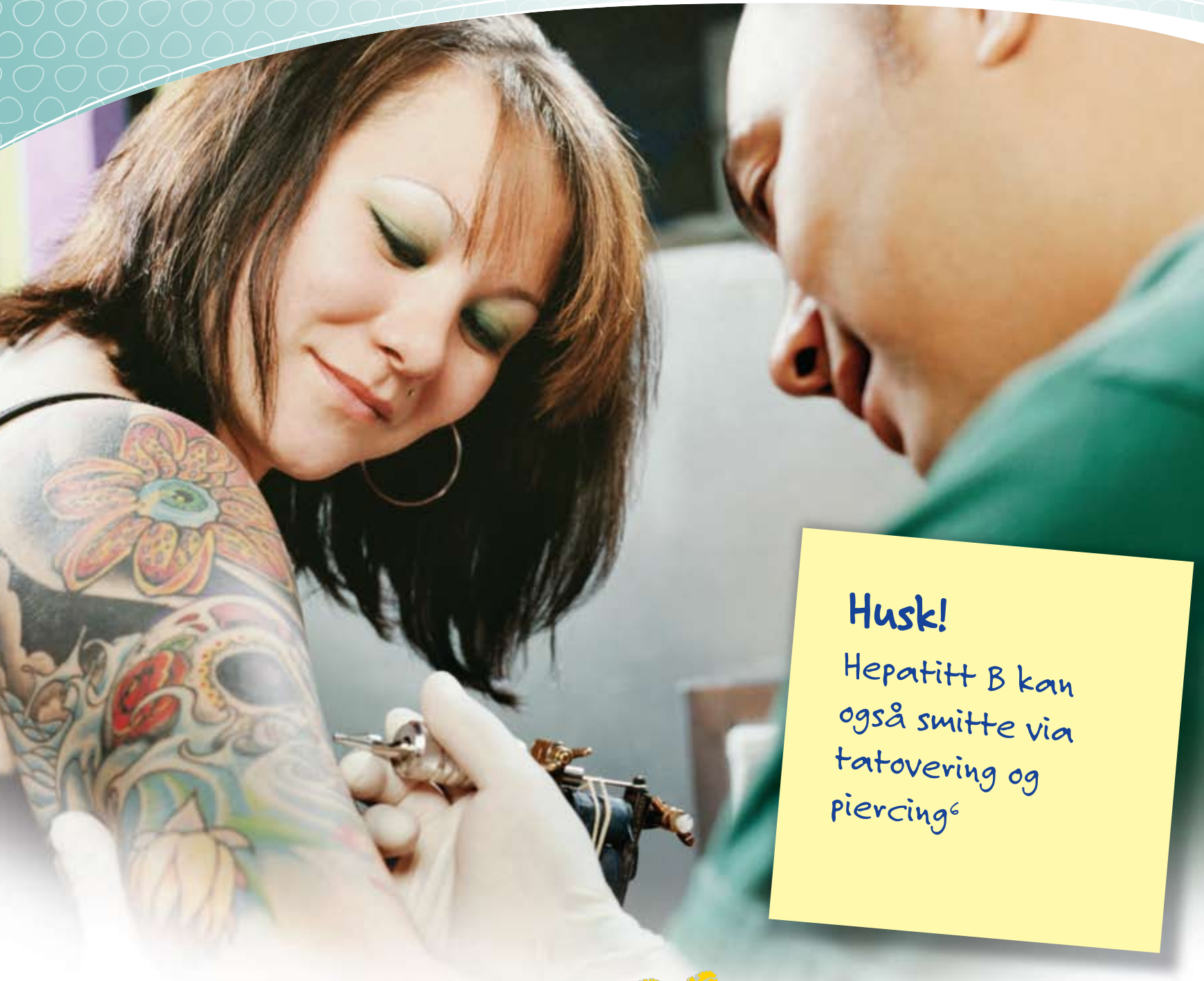
- Faren for overføringsfeil eller feiltolkning av informasjon reduseres
- Manuelt arbeid med papirer og registrering blir mindre
- Raskere og bedre kvalitet på oppfølgingen av mor og barn
- Bedre beslutningsgrunnlag for behandling

Elin-h-prosjektet vil bli organisert i et for- og et hovedprosjekt. Forprosjektet er finansiert av Helse-direktoratet, Innovasjon Norge, Stavanger kommune og NSF.

Av NFSs kommunikasjonsavdeling

Twinrix®

– eneste vaksine som beskytter mot hepatitt A og B livet ut!^{7,8}



Husk!
Hepatitt B kan også smitte via tatovering og piercing⁶

- Du trenger ikke reise langt for å bli utsatt for økt risiko for hepatitt A – nylig er hepatitt A-epidemi påvist i Latvia og Tsjekkia³
- Hepatitt B er en alvorlig sykdom som kan smitte via blod, spytt, tatovering, piercing og ubeskyttet sex^{1,4,5,6}



■ Lav smitterisiko
■ Mellomstor og høy smitterisiko for hepatitt A og/eller B
WHO 2008² og FHI 2009²



Praktisk nyhet fra Antibac.



Nå lanserer vi de populære Antibac Overflateservietter i en mindre boks med 70 servietter.

Boksen har en minimal åpning og praktisk lukkemekanisme for at serviettene skal beholde fuktigheten og ikke bli tørre.

Vi har også utviklet en elegant borddispenser for denne boksen. Den kan festes med dobbeltsidig tape eller skrues fast til underlaget slik at boksen holder seg på fast plass. Det er en praktisk løsning når det er mange brukere.

Tilfredsstillere EN 1275, EN 1276, EN 1650, EN 1040 og EN 13697 og er CE merket.

Alle Antibac våtservietter for hånd og overflate, Antibac flytende hånddesinfeksjon og den berøringsfrie dispensereren er nå tilgjengelig for alle helseforetakene i Helse Sør-Øst.

VI TAR RENHET PÅ ALVOR

Kemetyl Norge AS, tlf 64 98 08 01 www.antibac.no