

**Glad for
rødgrønn
resept** Side 72



Lærer evidensbasert
Tett samarbeid mellom utdanning og
praksis gir økt fag- og kunnskapsutvikling.
Side 48

**Alltid en
ledig seng**
Side 42



Sykepleien

NSF POLITKK: Oppvarmingen til vårens hete
forhandlinger er for lengst i gang i NSF.

14 | 2009

1. oktober
2009
97. årgang

Årets
fagblad
2009

Hva gjør psykisk syke i fengsel?

- Får ikke akutthjelp
- Legges på isolat
- Mange begår selvmord

Qlaira® – den første p-pillen
som gir naturlig østrogen¹

Nyhet!

09-09-0868 NO

Qlaira® inneholder østradiolvalerat som gir naturlig østrogen¹
og dienogest som har antiandrogen og antiproliferativ effekt²

- Liten påvirkning på metabolske og hemostatiske parametre^{3,4}
- God blødningskontroll - 20% opplever blødningsfrie perioder⁵
- Høy preventiv sikkerhet⁵

Referanser: **1)** SPC. **2)** Oettel M et al. Drugs Today 1995;31(7): 517-36. **3)** Parke S et al. Hum Reprod 2008; 23 (Suppl 1): i 78-i9. **4)** Parke S et al. Obstet Gynecol 2008;111(4)(Suppl):i2S-3S. **5)** Ahrendt HJ. et al. Contraception May 2009



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

Drammensveien 147 B - N-0212 Oslo
Tlf.: +47 24 11 18 00 - www.bayerscheringpharma.no

C Qlaira «Bayer AS»

Antikonseptjonsmiddel.

ATC-nr.: GO3A B.

TABLETTER, filmdrasjerte: Hver mørkegul tablett inneh.: Østradiolvalerat 3 mg, laktose. Hver mellomrød tablett inneh.: Østradiolvalerat 2 mg, dienogest 2 mg, laktose. Hver lysegul tablett inneh.: Østradiolvalerat 2 mg, dienogest 3 mg, laktose. Hver mørkerød tablett inneh.: Østradiolvalerat 1 mg, laktose. Hver hvit tablett (placebo) inneh.: Laktose. Fargestoff: Gult og rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). En pakning inneh. totalt 28 tabletter: 2 mørkegule, 5 mellomrøde, 17 lysegule, 2 mørkerøde og 2 hvite tabletter (placebo).

Indikasjoner: Oral antikonsepsjon.

Dosering: 1 tablett daglig tas i 28 etterfølgende dager, til omtrent samme tid hver dag. Neste brett påbegynnes uten pause mellom brettene. Tablettene tas om nødvendig med litt væske og i rekkefølgen som er angitt på brettet. Bortfallsblødning begynner normalt under inntak av de siste tablettene på brettet, men kan også starte etter at de første tablettene på neste brett er tatt. Behandlingen starter på menstruasjonsblødningens 1. dag. **Overgang fra andre prevensjonsmetoder:** P-piller: Oppstart dagen etter siste virksomme tablett av tidligere preparat. P-ring eller p-plaster: Oppstart dagen ring/plaster fjernes. Ved overgang fra preparat som kun inneholder progesteron til tilleggsprevensjon benyttes de første 9 dagene. Minipille: Oppstart hvilken som helst dag. Implantat eller spiral: Oppstart dagen implantat/spiral fjernes. Injeksjonspreparat: Oppstart når neste injeksjon skal administreres. **Oppstart etter abort/fødsel:** Abort 1. trimester: Behandlingen kan startes umiddelbart. Fødsel/abort 2. trimester: Oppstart dag 21-28 anbefales. Ved senere oppstart anbefales tilleggsprevensjon de første 9 dagene. Graviditet må ev. utelukkes før behandlingsstart, ellers må oppstart vente til 1. menstruasjon.

Kontraindikasjoner: Venetrombose, nåværende eller tidligere (dyp venetrombose, lungeemboli). Arterietrombose, nåværende eller tidligere (f.eks. myokardinfarkt) eller prodromaltilstander (f.eks. angina pectoris og forbigående iskemisk hjertesykdom). Nåværende eller tidligere cerebrovaskulær hendelse. En alvorlig eller flere risikofaktorer for venetrombose eller arterietrombose, som diabetes mellitus med vaskulære symptomer, alvorlig hypertensjon, alvorlig dyslipoproteinemi, Arvelig eller ervervet predisponering for vene- eller arterietrombose, f.eks. APC-resistens, antitrombin-III-mangel, protein C-mangel, protein S-mangel, hyperhomocysteinemi og antifosfolipidantistoffer (antikardiolipinantistoffer, lupusantikoagulanter). Pankreatitt eller tidligere pankreatitt assosiert med alvorlig hypertriglyseridemi. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdiene ikke er normale igjen. Tidligere eller nåværende levertumorer (god- eller ondartede). Kjente eller mistenkte maligniteter i genitale organer eller bryst, hvis disse påvirkes av kjønnshormoner. Ikke-diagnostisert vaginal blødning. Tidligere migrene med fokale neurologiske symptomer. Overfølsomhet for noen av hjelpestoffene. Hvis noen av disse tilstandene inntreffer, skal behandlingen seponeres.

Forsiktighetsregler: Ved forverring eller første forekomst av nedenfor nevnte tilstander/risikofaktorer skal seponering vurderes. Kombinasjons-p-pille er forbundet med økt risiko for venøs tromboembolisme (VTE), spesielt det første året, men risikoen er lavere enn ved graviditet. VTE er falt i 1-2% av tilfellene. Risiko for VTE øker med alder, positiv familiehistorie (VTE hos søsken eller foreldre i relativt ung alder), fedme (BMI >30 kg/m²), forlenget immobilisering, store kirurgiske inngrep, kirurgiske inngrep i bena eller alvorlige skader. I slike tilfeller bør bruken avbrytes (ved elektiv kirurgi minst 4 uker før), og ikke gjenopptas før 2 uker etter fullstendig remobilisering. Antitrombotisk behandling bør vurderes hvis p-pillen ikke ble seponert i forkant. Kombinasjons-p-piller er forbundet med økt risiko for arteriell tromboemboli (myokardinfarkt, forbigående iskemisk hjertesykdom) og cerebrovaskulær skade. Risikoen øker med alder, røyking (kvinner >35 år fratrædes å røyke), positiv familiehistorie (arteriell tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder), fedme, dyslipoproteinemi, hypertensjon, migrene, hjerteklaffsykdom og atrieflimmer. Behandling med antikoagulant må ev. vurderes. Ved mistanke om arvelig predisponering for VTE eller arteriell tromboemboli må spesialist avgjøre ev. bruk. Ved mistenkt eller bekreftet trombose må preparatet seponeres. Andre medisinske tilstander som er assosiert med karkomplikasjoner omfatter diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus (SLE), hemolytisk uremisk syndrom, kronisk inflammatorisk tarmsykdom (Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt) og sigdcelleanemi. Hyppigere og kraftigere migreneanfallet (kan være prodromalt stadium for cerebrovaskulær hendelse) kan være grunn til umiddelbar seponering. Noe økt risiko for brystkreft. Økt risiko forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. Levertumorer må vurderes som differensialdiagnose ved sterk smerte i øvre abdomen, forstørrelse av lever eller tegn på intraabdominal blødning. Kvinner med hypertriglyseridemi eller familier sykehistorie for dette, kan ha økt risiko for pankreatitt. Ved vedvarende økt blodtrykk bør behandlingen seponeres og hypertensjonen behandles. Bruken kan gjenopptas hvis normotensive verdier oppnås ved behandling med antihypertensiver. Følgende tilstander kan forekomme eller forverres ved graviditet eller bruk av kombinasjons-p-piller: Gulsott og/eller pruritus relatert til kolestase, gallessten, porfyri, SLE, hemolytisk uremisk syndrom, Sydenhams chorea, Herpes gestationis, otoskleroserelatert hørselstap. Tilbakevendende kolestatisk gulsott og/eller kolestaserelatert pruritus, som tidligere har forekommet under graviditet eller tidligere bruk av kjønnshormoner, krever at preparatet seponeres. Ved arvelig angioødem kan eksogene østrogen indusere eller forverre symptomene på angioødem. Ved akutt eller kronisk leverfunksjonsforstyrrelse seponeres preparatet inntil leverfunksjonsverdiene normaliseres. Kan påvirke perifer insulinresistens og glukosetoleranse, og diabetikere må følges opp nøye, særlig ved behandlingsstart. Forverring av endogen depresjon, epilepsi, Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt er sett. Kvinner med tendens til kløasme bør unngå sollys og UV-stråling. Nøye overvåking ved hjerte- eller nyredysfunksjon, da østrogen kan føre til væskeretensjon. Pasienter med terminal nyresvikt må overvåkes nøye, da nivået av sirkulerende østrogen kan være forhøyet etter administrering. Laktosemengden (<50 mg/tablett) bør tas hensyn til ved arvelige problemer med galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon og ved laktosefritt kosthold. Før behandling foretas grundig medisinsk undersøkelse (inkl. familier sykehistorie og risikofaktorer), blodtrykkmåling og graviditet må utelukkes. Senere

kontroller avgjøres ut fra etablert praksis og tilpasses individuelt. Antikonseptjonseffekten kan være redusert ved gastrointestinale forstyrrelser (f.eks. oppkast eller diaré) og tilleggsprevensjon må benyttes. Hvis tablettene tas mer enn 12 timer for sent, kan antikonseptjonen være redusert. Avhengig av når i syklusen tablettene glemmes, kan det være behov for tilleggsprevensjon (se pakningsvedlegg). Graviditet må utelukkes ved uteløst bortfallsblødning i 2 påfølgende sykluser, eller når tablettene glemmes og neste bortfallsblødning uteblir. Uregelmessige blødninger (sporblødning eller gjennombruddsblødninger) kan forekomme, særlig i løpet av de første månedene. Hvis uregelmessige blødninger vedvarer eller inntreffer etter menstruasjonsnykluser som før var regelmessige, bør ikke-hormonelle faktorer vurderes, og ondartet sykdom eller graviditet må utelukkes, ev. utskraping. Amenoré forekommer i ca. 15% av syklusene.

Interaksjoner: Foruten forbindelser angitt i interaksjonskapittelet kan følgende forbindelser gi økt clearance av kjønnshormoner: Primidon, felbammat, griseofulvin og johannesurt (prikkerperikum). Ved kortvarig behandling med disse og andre enzymindusere bør tilleggsprevensjon brukes i 14 dager etter avsluttet behandling. Ved samtidig rifampicinbruk bør barrieremetode benyttes i tillegg til kombinasjons-p-pille i hele perioden med rifampicinbehandling og i 28 dager etter seponering. Ved kronisk behandling med enzymindusere anbefales annen sikker ikke-hormonell antikonsepsjon. CYP 3A4-hemmere som antimykotika av azoltypen, cimetidin, verapamil, makrolider, diltiazem, antidepressiver og grapefruktjuice kan øke plasmanivået av dienogest. Nedsatt prevensjonseffekt er rapportert ved samtidig bruk av penicilliner eller tetracykliner. (!: GO3A A/AB)

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Skal ikke brukes under graviditet. Hvis graviditet oppstår skal behandlingen avsluttes umiddelbart. Overgang i morsmelk: Kan skilles ut i mengder som kan påvirke barnet. Kan gi redusert mengde og endret sammensetning av morsmelken. Anbefales ikke under amning.

Bivirkninger: Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Magesmerter inkl. abdominal oppblåsthet. Hud: Akne. Kjønnsganer/bryst: Amenoré, brystmerter inkl. plager/smerter i brystvortene, dysmenoré, intrasykliske blødninger (metroragi inkl. uregelmessig menstruasjon). Neurologiske: Hodepine inkl. spenningshodepine. Øvrige: Vektøkning. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Diaré, kvalme, oppkast. Hjerne/kar: Hypertensjon, migrene med og uten aura. Hud: Alopeci, pruritus inkl. generalisert og utslettspregnet, utslett inkl. makuløst. Infeksiøse: Soppinfeksjon, vaginal candidiasis, vaginal infeksjon. Kjønnsganer/bryst: Forstørrede bryster, brysttumorer, cervikal dysplasi, dysfunksjonell uterin blødning, dyspareuni, fibrocystisk brystsykdom, menoragi, menstruasjonsforstyrrelser, ovariecyste, bekkenmerter, premenstruelt syndrom, uterin leiomyom, spasmer i uterus, utflod, vaginal tørrhet. Neurologiske: Svimmelhet. Psykiske: Depresjon/nedsatt stemningsleie, nedsatt libido, psykisk lidelse, humørsvingninger. Stoffsifte/ernæring: Økt appetitt. Øvrige: Irritabilitet, ødem, vektnedgang. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/10000): Blod/lymfe: Lymfadenopati. Gastrointestinale: Konstipasjon, dyspepsi, gastroøsofagal refluks. Hjerne/kar: Blødende varicer, hetetokter, hypertensjon, vensmerter. Hud: Allergisk hudreaksjon inkl. allergisk dermatitt og urticaria, kløasme, dermatitt, hirsutisme, hypertrikose, nevrodematitt, pigmentforstyrrelser, seboré, hudlidelser inkl. stram hud. Infeksiøse: Candidiasis, Herpes simplex, antatt okulær histoplasmose, tinea versicolor, urinveisinfeksjon, bakteriell vaginose, vulvovaginal mykose. Kjønnsganer/bryst: Godartet brystneoplasme, brystcyste, blødning under samleie, galaktoré, genitalblødning, hypomenoré, forsinket menstruasjon, ruptur av ovariecyste, sviende følelse i vagina, uterin/vaginal blødning inkl. spotting, vaginal lukt, ubehag i vagina og vulva. Lever/galle: Forhøyet ALAT, fokal nodulær hyperplasi i lever. Muskel-skjelettsystemet: Ryggmerter, muskelspasmer, tungtetsfølelse. Neurologiske: Konsentrasjonsvansker, parestesi, vertigo. Psykiske: Affektabilitet, aggresjon, angst, dysfori, økt libido, nervøsitet, rastløshet, søvnforstyrrelser, stress. Stoffsifte/ernæring: Væskeretensjon, hypertriglyseridemi. Øye: Intoleranse for kontaktlinser. Øvrige: Brystmerter, «fatigue», utilpasshet. Alvorlige bivirkninger er: Venøs og arteriell tromboembolisk sykdom, hypertensjon, levertumor, kløasme, akutt eller kronisk leverfunksjonsforstyrrelse, indusjon eller forverring av symptomene på angioødem ved arvelig angioødem. Forekomst eller forverring av tilstander der årsakssammenhengen med kombinasjons-p-piller er usikker: Crohns sykdom, ulcerøs kolitt, epilepsi, migrene, endometriose, uterin myom, porfyri, SLE, Herpes gestationis, Sydenhams chorea, hemolytisk uremisk syndrom, kolestatisk gulsott. I tillegg er det rapportert erythema nodosum, erythema multiforme, brystsekresjon og hypersensitivitet under behandling med andre kombinasjons-p-piller som inneholder etinylestradiol. Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Kvalme, oppkast og, hos unge jenter, lett blødning fra skjeden. Behandling: Symptomatisk behandling. Intet spesifikt antidot. Se Giftinformasjonens anbefalinger GO3A side 8.

Egenskaper: Klassifisering: Kombinasjons-p-pille med østrogen- og progesteroneffekt. Virkningsmekanisme: Ovulasjonshemming, endringer i cervixsekretet og endometriet. Absorpsjon: Dienogest: Raskt og nesten fullstendig. T_{max}: 1 time (østradiolvalerat 2 mg, dienogest 3 mg). Absolutt biotilgjengelighet: Ca. 91%. Østradiol: Fullstendig, 3% av dosen er direkte biotilgjengelig i form av østradiol. Østradiol gjennomgår omfattende «first pass»-metabolisme, og en betydelig del metaboliseres i tynntarmens mucosa. Ca. 95% metaboliseres før systemisk sirkulasjon. Maks. serumkonsentrasjon: 70,6 pg/ml nås 1,5-12 timer etter tablettinntak (3 mg østradiolvalerat dag 1). Proteinbinding: Dienogest: Ca. 90% uspesifikt til albumin. Østradiol: 38% til SHBG, 60% til albumin. Fordeling: Dienogest: Distribusjonsvolum: 46 liter etter i.v. administrering av 85 µg 3H-dienogest. Østradiolvalerat: Distribusjonsvolum ca. 1,2 liter/kg etter i.v. administrering. Halveringstid: Dienogest: Ca. 11 timer. «Steady state» nås etter 3 dager (dienogest 3 mg, østradiolvalerat 2 mg). Total clearance etter i.v. administrering av 3H-dienogest er 5,1 liter/time. Østradiol: Halveringstid: Ca. 90 minutter. Etter oral administrering 13-20 timer. Metabolisme: Dienogest: Nesten fullstendig via hydroksylering og konjugasjon, hovedsakelig via CYP 3A4. Østradiolvalerat: Hovedmetabolittene er østron, østronsulfat og østronlukturonid. Utskillelse: Dienogest: 86% via urin og feces etter 6 dager. Østradiol: Hovedsakelig via urin, ca. 10% via feces.

Andre opplysninger: Kan påvirke resultatet av visse laboratorieundersøkelser, inkl. biokjemiske parametre for lever-, skjoldkjertel-, binyre- og nyrefunksjon, plasmakonsentrasjon av (transport-) proteiner, f.eks. kortikosteroidbindende globulin og lipid/lipoprotein-fraksjoner, parametre for karbohydratmetabolisme og parametre for koagulasjon og fibrinolyse.

Pakninger og priser: 3 x 28 stk. (blister) kr 351,-. Varenummer: O28371.

Sist endret: 17.08.2009. For fullstendig preparatomtale (SPC), se www.legemiddelverket.no/spc

Tryggere bruk av p-piller

- Alle p-piller av kombinasjonstypen gir en liten økning i risiko for blodpropp, og noen kvinner bør velge annen prevensjon
- Gundig vurdering av alle som skal begynne med p-piller, informasjon om bivirkninger og risikofaktorer, samt rask oppfølging ved mistanke om blodpropp er viktig

Ref. Statens Legemiddelverk



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

Sykepleien

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

E-post:

redaksjonen@sykepleien.no
interaktivt@sykepleien.no

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

Medarbeidere:

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

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

Journalist (vikar) Geir Arne Johansen
tlf. 22 04 33 67/92 23 84 94
geir.arne.johansen@sykepleien.no

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

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

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

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

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

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

Journalist/webredaktør Lily Kalvø
tlf. 22 04 33 66/91 79 50 50
lily.kalvo@sykepleien.no

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

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

Markedskonsulent, produkt: Lise Dyrkoren
tlf. 22 04 33 72/99 50 40 05
lise.dyrkoren@sykepleien.no

Markedskonsulent, stilling: Finn Simonsen
tlf. 22 04 33 52/91 68 46 64
finn.simonsen@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 sykepleierens interesser på dagsorden. Sykepleien skal delta i samfunnsdebatten og stimulere til engasjement og meningsbrytning. Sykepleien arbeider etter Vær Varsom-plakatens regler for god presseskikk. Den som mener seg rammet av urettmessig omtale oppfordres til å ta kontakt med redaksjonen. Brudd på pressens etiske retningslinjer, ifølge Vær Varsom-plakaten, kan klages inn for Pressens Faglige Utvalg. Sykepleien betinger seg retten til å lagre og utgi alt stoff som publiseres i elektronisk form.

Gjesteskribenter:



Arne Teige

Det er viktig å fange opp variasjonene som skjuler seg bak et gjennomsnittstall. I det metodiske hjørnet forklarer Teige hvordan man beregner variansen og standardavvik.



Berit Støre Brinchmann

På dilemmasidene fortelles historien om en terminal pasient som måtte flyttes på i helgene fordi avdelingen av økonomiske grunner ble gjort om til en femdøgnspost. Det opplevdes uverdig.



Anders Folkestad

Arbeidslivet er et virvar, like uoversiktlig som resten av livet. Og det er fullt av forskjeller. Den ferskeste er at kvinner er mye mer sykemeldte enn menn.



Espen H. Aspnes

Verkstedet handler om sporing, om hvordan man ved hjelp av teknologi kan spare verdifull tid som man bruker på å lete etter utstyr.



Sykepleien kommer denne gangen med Forskning og NSF Politikk.

Innhold

Sykepleien

AKSJONISTEN: «Å ivre for kommun

Hva skjer

- 7 Aksjonisten
- 8 Hva skjer — smånytt
- 10 Venter på dommen
- 11 Vil rendyrke høyskoler og universiteter
- 12 – Skrekken er å gi feil blod
- 16 Bedrer utskrivningsrutinene
- 18 – Bekrefter det vi visste
- 19 Vi bare spør Marte Gerhardsen

Der ute

- 32 Frykter at barn lager medisinsk utstyr
 - Krever bedre kontroll
 - Ikke akseptabelt
- 36 Helsepersonell skal se barna
- 38 Verkstedet
- 39 Min jobb
- 40 Øyeblikket
- 42 Brukerstyrt seng reddet ekteskapet
- 46 Sykepleiere forlater Steinkjer



Tema:

Pasienter bak murene

- 22 Fattigere og sykere
- 24 – Jeg burde vært på én institusjon
- 26 Bekymret for lav sykepleiebemanning
- 30 Justisdepartementet jobber med saken
- 30 5 på gangen

22



esammenslåing er i Norge å betrakte som sosialt selvmord.»

14 • 2009

1. oktober 2009 • 97. årgang

Fag og bøker

- 48 Fagartikkel: Samarbeider om fagutvikling
- 51 Fagartikkel: Gir god praksis
- 54 Forfatterintervju: Grethe Nordhelle
- 56 Det metodiske hjørnet
- 57 Bokanmeldelser
- 58 Ser resultater med egne øyne
- 60 Dødsfallene kunne vært forebygget
- 60 Quiz

Mennesker og meninger

- 62 Lisbeth Normann om forventninger etter valget
- 63 Meninger og siden sist
- 67 Minneord
- 68 Marianne Dæhlen og Åsmund Arup Seip om kompetanse for framtiden
- 70 Dilemma
- 72 Tett på: Per Fugelli
- 76 Hør her: Nilsen vs. Olander
- 78 Refleks: Anders Folkestad

- 79 Stillingsannonser
- 86 Meldinger, skoler og kurs

GJESTESKRIBENTEN

«Er fru Tårnfrid
meir ein realitet
enn ein parodi?»

Anders Folkestad

78



«Livet før og etter
den brukerstyrte
plassen er som
natt og dag.»

42

72





Treff 9 av 10 sykepleiere som vil skifte jobb!

- Så og si alle sykepleiere i Norge leser Sykepleien
- Bladet sendes ut ca hver 14. dag
- Stilingsannonsene legges på nett hver dag, og så kommer de i bladet
- Søkergaranti om man ikke får ansatt noen
- Vi lager også annonsene for kundene uten å ta betalt for det

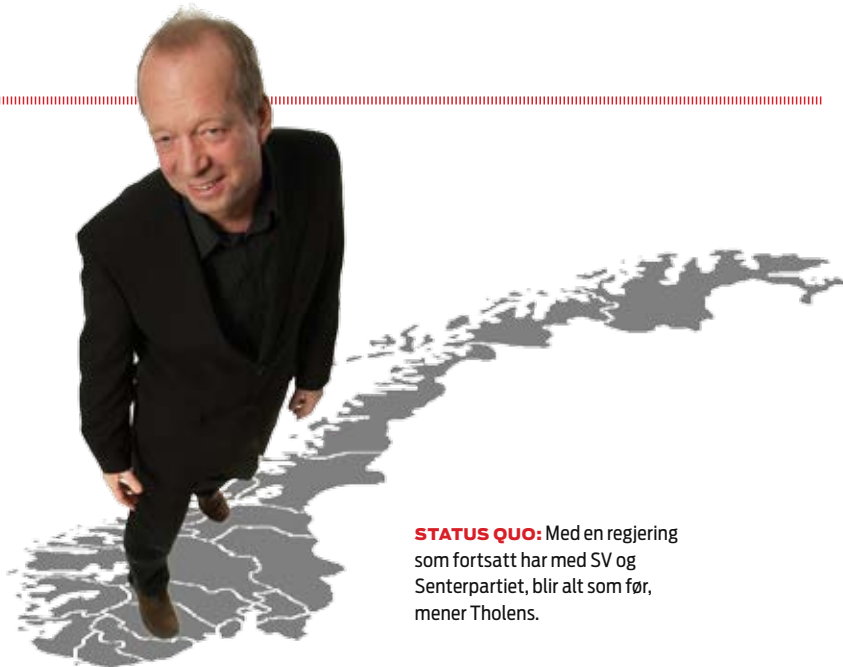
Kontakt Finn Simonsen på 22 04 33 52 eller finn.simonsen@sykepleien.no
(eller Ingunn Roald 22 04 33 70 ingunn.roald@sykepleien.no)

Barth Tholens om geografi

Stilling: Redaktør i Sykepleien

E-post: barth.tholens@sykepleien.no

Norge er altfor langt



STATUS QUO: Med en regjering som fortsatt har med SV og Senterpartiet, blir alt som før, mener Tholens.

Ikke skjønner jeg hvordan man skal få til den store samhandlingsreformen uten å gjøre noe med kommunelandskapet.

For en utlending burde et land som Norge egentlig være forbudt. Først skal du få tak i det norske språket. Men ikke før du har klart å bøye de uregelmessige verbene, så oppdager du at det i tillegg finnes flere dialekter du ikke skjønner noe særlig av. Så gjør du en iherdig innsats for å besøke alle de flotte stedene som pryder enhver Norges-kalender. Men du kan bruke halve livet på å oppdage Norge, for så å oppdage at du aldri har sett den andre halvparten. Norge er rett og slett et land det er umulig å få oversikt over.

Opprinnelig ville jeg helst ha slått sammen Norge, Sverige og Danmark. Samme kultur, samme tenkning, samme styresett. Tenk for et slagkraftig land det ville blitt – økonomisk, strategisk og på fotballbanen!

Men jeg skjønte fort at det var å begynne i den gale enden, siden Norge alene er delt opp i 430 miniputtstater som kaller seg kommuner. Mange av disse har så godt som ingen innbyggere. Men desto mer areal. Der Sverige på en mild måte har tvunget sine innbyggere til å bo litt tettere sammen for å kunne gi alle et tilfredsstillende tilbud, opprettholder Norge en idé om at alle skal kunne leve salig på hver sin knaus – uten at det skal gå nevneverdig

Jeg ville ha vært samhandlingsreformens største venn – om det ikke hadde vært for dette flokete, umulige Norgeskartet.

ut over servicen fra det offentlige. Dette heter distriktspolitikk og har et visst religiøst preg: Samme hvor mange vi er og hvor store helsebehov vi har, skal to brød, fem fisker og noen oljeplattformer være nok til å fø oss alle.

Nå skal det samhandles innen helsetjenestene. En helt nødvendig reform er på trappene og skal behandles i Stortinget allerede til høsten. Helseministeren ønsker først og fremst å styrke førstelinjetilbudet i kommunene. 20 prosent av midlene som i dag brukes av sykehusene, skal nå overføres til helsetiltak i kommunene.

Idéen er at pengene skal brukes mer effektivt på denne måten.

Kommunene skal i større grad kunne satse på forebygging, og det skal bli slutt på at sykehusene og kommunene skyver pasienten over til hverandre for å bli kvitt kostnaden. Hvis kommunehelsetjenesten fungerer optimalt, legene gjør sin jobb og fastsykepleieren er på plass, vil samfunnet som helhet bruke mindre penger på et bedre tilbud.

Jeg ville ha vært samhandlingsreformens største venn – om det ikke hadde vært for dette flokete, umulige norgeskartet. Riktignok har jeg stor sans for både nærhetsprinsippet og det kommunale selvstyret. Men det forutsetter at man har noe å styre. 162 av våre 430 kommuner teller i dag færre enn 3000 innbyggere. I 26 kommuner er folketallet lavere enn i en middels blokk i Groruddalen, det vil si under 1000.

Kan vi virkelig forvente at kommunene skal være i stand til å innfri de forventningene som ligger i Hanssens Samhandlingsreform så lenge de opptrer i Utsira-størrelse?

Neppe. Å ivre for kommunesammenslåing er i Norge å betrakte som sosialt selvmord. Men uansett alle fromme ønsker om å la Norge være uberørt av tidens tann, handler en nødvendig effektivisering av helsetjenestene i første rekke om penger og tall. For å gi det lokale helsetilbud et kraftig løft, slik reformen forutsetter, trengs større enheter enn vi har i dag. Kanskje helst med 20 000 innbyggere eller flere. Samhandling krever mer avanserte og fleksible organisasjoner enn det småkommuner kan hoste opp i dag. Selv om de sikkert forsøker så godt de kan.

Helseministeren feiget ut da Senterpartiets kommunalminister Kleppa satte foten ned for såkalte «helsekommuner». Slike virtuelle kommuner var Hanssens forsøk på å omgå kommunesammenslåinger. Det var meningen at kommunene skulle bli tvunget til samarbeid om et lokalt helsetilbud. Men etter Kleppas nei, er det hele likevel frivillig og opp til kommunene selv. Det høres unektelig slapt og lite energisk ut.

Norge skriker etter en kommunereform som sikrer oss bedre styringsmuligheter. Men med SV og Senterpartiet i regjeringen, vil det trolig forbli slik det var. Jeg er redd det vil gjøre at hele samhandlingsreformen kan bli hengende fast et sted mellom gode intensjoner og lokalnasjonalisme.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Barth Tholens'. The signature is fluid and cursive, written in a dark ink on a white background.



Mannlige sykepleierstudenter slutter og stryker

Nesten 40 prosent av menn på sykepleierstudiet faller av underveis. De stryker også oftere enn sine kvinnelige kolleger til avgangseksamen.

Seniorrådgiver i Norsk Sykepleierforbund, Jo Cranner, mener studiet trenger en modernisering og tror ikke studiet er tilpasset mange menns måte å tenke på.

38,9 prosent av alle menn slutter på sykepleierstudiet, mot 25,9 prosent kvinner. Blant disse stryker 12,1 prosent menn og 8,8 prosent kvinner.

– Det handler som regel om trivsel. De føler seg marginalisert i en kvinnedominert verden, sier Runar Bakken, førstelektor ved Høgskolen i Telemark.

4,9 **PROSENT** har det legemeldte sykefraværet økt med det siste året. – Den kraftige økningen må ses i sammenheng med at det kan være en større grad av usikkerhet knyttet til omstillinger, mener administrerende direktør Tor Saglie i Nav.

Skal forske på ECT

Elektrosjokkbehandling (ECT) har motstandere og tilhengere. Nå skal det forskes på langtidsvirkninger.

Siden 2004 har Haukeland sykehus gitt godt over fire tusen elektrosjokkbehandlinger til flere hundre pasienter. Bare i år har sykehuset gitt 600 ECT-behandlinger. Nå skal bivirkninger frem i lyset gjennom et forskningsprosjekt.

Forskerne vil finne ut om ECT gir bedre behandling av bipolar depresjon enn medikamenter, og om ECT skaper større hukommelsesvansker enn medikamentbehandling.



Fra venstre: Alexander Frodaseon, Ingrid Korneliussen, Olav Berg, Erlend Nitter. Foto: Kari Anne Dolonen.

800 studenter på Chateau Neuf

Studenter fra de fire sykepleierutdanningene i Oslo stod bak fagkonferansen som samlet rundt 800 studenter på Chateau Neuf i Oslo. Foredragene handlet om kjønnslemlestelse, Leger Uten Grenser sitt arbeid, likelønn og foredrag med Esben Esther Pirelli Benestad.

På kvelden ble det Quiz og moro på Betong. Til festen var også politihøgskolestudentene invitert.

Hva skjer

Les mer om:

- 10** Venter på dommen ›
- 11** – Sykepleie ut av universitetene ›
- 12** – Skrekken er å gi feil blod ›
- 16** Bedrer utskrivingsrutinene ›
- 18** – Bekrefter det vi visste ›

sykepleien.no

› Nye fag- og forskningsartikler på Sykepleiens nettside hver uke.



Vil ha rusiatri



– Rus og psykiatri bør i større grad organiseres sammen til «rusiatri», sa sosionom Thomas Kulbrandstad på det nordiske seminaret "Jeg fant, jeg fant..."

Han jobber ved Regionalt kompetansesenter for dobbeltdiagnose rus og psykiatri (RKDD), og presenterte en undersøkelse gjort blant kommuner i Hedmark og Oppland.

I 30 av 48 kommuner som svarte sa de ansatte at de vil ha:

- › Flere og mer fleksible døgnplasser.
- › Fleksible og tilgjengelig tilbud på hjul, – ambulante tjenester som tar ansvar og gir hjelp når det i en periode står på som verst.
- › Veiledning og kompetansebygging i kommunene.
- › Kommunene må styrkes, mer spesialisthelsetjeneste må ut i kommunene, samtidig som tilbudet i spesialisthelsetjenesten ikke raseres.
- › Rus og psykiatri bør i større grad organiseres sammen – til «rusiatri».
- › Spesialisthelsetjenesten må kjempe sammen med kommunene for mer ressurser.

3 000 sykepleiere søkes

Forskere i Bergen trenger sykepleiere. Andre runde i studien om å kartlegge sammenhenger mellom turnusarbeid og helseproblemer skal starte opp. Forskerne sender i slutten av oktober ut oppfølgingsundersøkelsen til de vel 2 000 sykepleierne som deltok i første runde. I tillegg sendes det ut brev til 3 000 nyutdannede sykepleiere fra hele landet.

– For meg er det viktig med god oppslutning for å få best mulig forskningsresultater. Jeg håper så mange som mulig tar seg tid til å delta, sier prosjektleder Nils Magerøy.

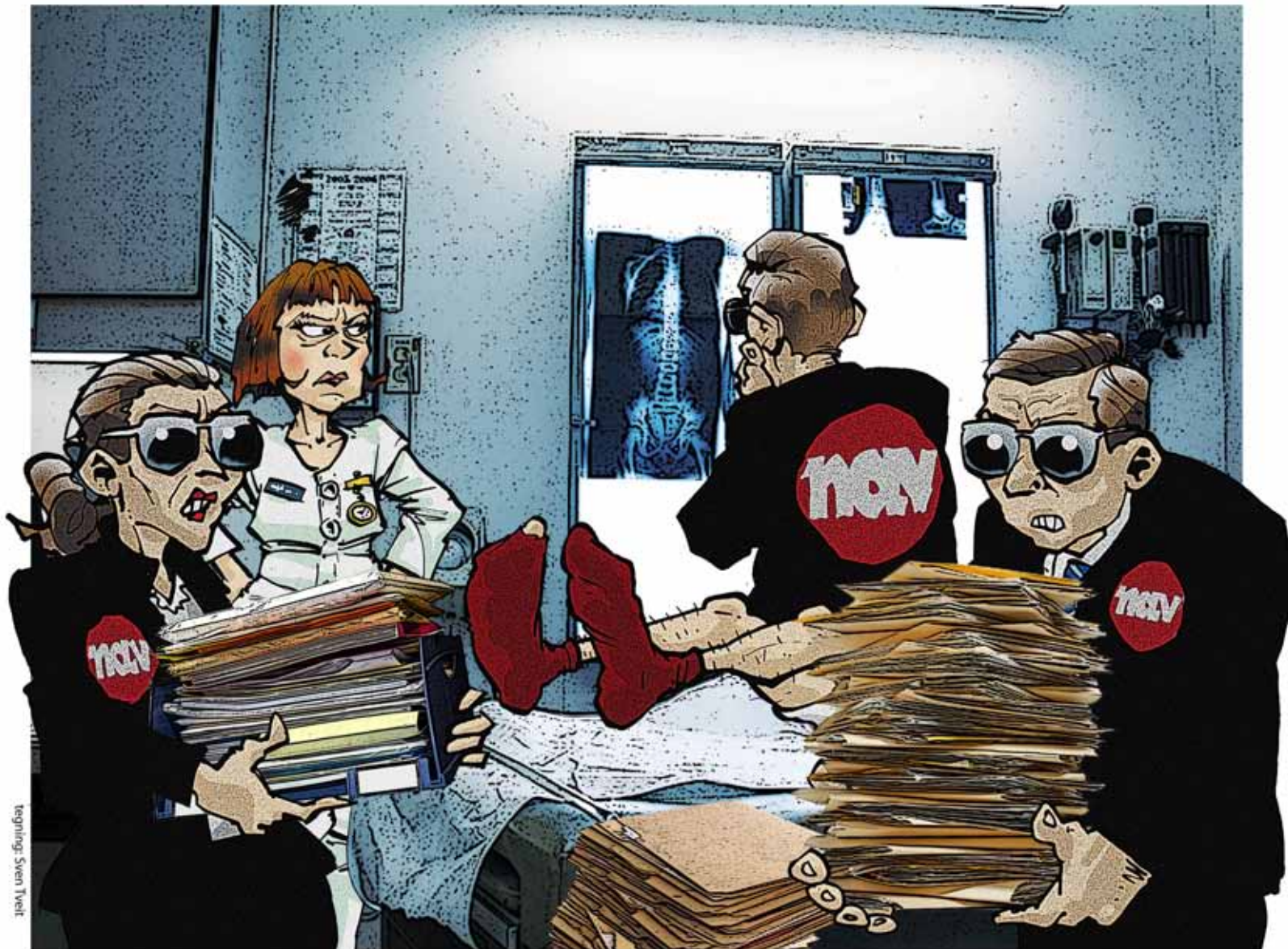
Har du spørsmål kan du ta kontakt på mail: Nils.Mageroy@isf.uib.no eller på telefon: 55 58 60 98



Mangler penger til lønn

Helse Førde er i en svært presset situasjon og går mot et underskudd på 95 millioner kroner for 2009. – I ytterste konsekvens kan det føre til at Helse Førde ikke har midler til å betale ut lønn til ansatte, sier økonomidirektør Tom Hansen. Helse Førde skal nå i dialog med Helse Vest.



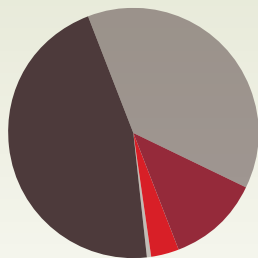


tegnings: Sven Tveit

NAV GRANSKER PASIENTJOURNALER: Er de virkelig så syke?

Halvparten venter over en måned

Ventetid til poliklinisk psykiatrisk utredning/behandling i 2008 etter at henvising er fattet er:



- 1-30 dager: 46.1 %
- 31-90 dager: 38.0 %
- 91-180 dager: 12.0 %
- 185-365 dager: 3,4 %
- mer enn 365 dager: 0,5 %

Kilde: Samdata/Sintef

Brystkreft anerkjent som yrkesskade i Danmark

Danske sykepleiere som har fått brystkreft kan få diagnosen godkjent som yrkesskade dersom de har jobbet natt mer enn 20 år.

Det danske Arbeidstilsynet komite for yrkesskader har siden november 2007 anerkjent brystkreft blant nattarbeidere som yrkesskade.

20 års grensen skyldes at forskningen som er gjort på emnet viser økt forekomst blant de som har jobbet natt mellom 20 og 30 år.

Verken Norge eller Sverige har brystkreft på listen over godkjente yrkesskader.



Gravide står i jobb

Kommunal Kompetanse har tildelt Sykehuset Innlandet Tynset arbeidsmiljøprisen 2009 for prosjektet «Gravide arbeidstakere». Prosjektet viser at tilrettelegging og individuell oppfølging av gravide arbeidstakere har en meget positiv effekt på sykefraværet.

Tidligere gikk den gravide ved sykehuset ut i sykemelding, helt eller delvis, i uke 19 og etter prosjektets slutt viste resultatene at de gravide i snitt sto i jobb til uke 30. Dette har ført til en besparelse på i underkant av 1,2 millioner kroner.

Meninger fra www.sykepleien.no

Helsefarlig arbeidspress



» Jeg skjønner bare ikke poeget med arbeidstilsynet og kampanjer som «God vakt».

» Hele innlegget finner du på: www.sykepleien.no_debatt

– Det handler om makt

» Har jobbet på SIA/Ahus flere år, men har aldri opplevd at det i vår avdeling har vært noen maktkamp. Men jeg skjønner legenes frustrasjon.

» Hele innlegget finner du på: www.sykepleien.no_debatt

Venter på dommen

I sju dager var Brandvold-saken tema i Oslo tingrett. Om en uke faller dommen. Den gir svaret på om NSF's generalsekretær ble usaklig oppsagt.

Tekst og foto Marit Fonn

Ellen Beccer Brandvold ble oppsagt fra stillingen som generalsekretær 18. november i 2008. Begrunnelsen var manglende samarbeids- og lederegenskaper og mangel på tillit. I desember stevnet Brandvold Norsk Sykepleierforbund (NSF) for retten for usaklig og ugyldig oppsigelse.

Rettsaken startet 10. september. I sju dager forklarte partene og mange vitner seg. Opprinnelig var 35 innkalt, men 11 frafalt underveis.

Kjent

Brandvold var godt kjent for dem som ansatte henne. I seks år satt hun i NSF's forbundsstyre. Hun og forbundsleder Lisbeth Normann ble kjent da de var oversykepleiere på hver sin avdeling på Rikshospitalet.

– Vi fant tonen umiddelbart. Begge var genuint opptatt av sykepleietjenesten. Vi hadde store visjoner og ønsket å skrive historie. Dessverre skriver vi nå en annen historie enn den vi ønsket, sa Brandvold.

Hun var sterkt ønsket som generalsekretær, men før ansettelsen diskuterte forbundsstyret om Brandvold ville klare overgangen fra politikk til administrasjon. Normann sa hun satte sin prestisje i å ansette Brandvold.

– Hva føler du i dag? spurte advokaten.

– Det var en feilansettelse, svarte Normann.

Kritiske til formen

Brandvold tiltrådte 25. mars 2008. I april kom den første klagen. Fire avdelingsledere i NSF for-

talte at det først og fremst var formen hennes de reagerte på.

Hun skal blant annet ha kritisert ansatte i andres påhør og irettesatt forbundsleder. Avdelingssjefene mente at Brandvold var for opptatt av detaljer og interne rutiner.

– Hun var mer opptatt av regelstyring enn de store strategiske utfordringene, sa en av dem.

To hadde vurdert å slutte på grunn av samarbeidsproblemene. Økonomisjefen sa opp to måneder etter at Brandvold tiltrådte.

– Jeg tror ikke jeg hadde sluttet i NSF hvis ikke vi hadde fått ny generalsekretær, sa hun.

Upopulært med ny kost

Brandvolds advokat Kaj Bjørnstad mente at NSF har gjort betydelige saksbehandlingsfeil. Han savnet skriftlig dokumentasjon fra møtene om Brandvold, som han mente foregikk bak hennes rygg.

Bjørnstad mente at forbundslederen har en stor del av ansvaret for hvordan konflikten utviklet seg. Han viste til at Normann ikke ga konkrete tilbakemeldinger om klagen til Brandvold selv.

Advokaten kalte Brandvold for «ryddejente»:

– En ny kost kom virvlende inn. Det ble ikke bare oppfattet som positivt.

Bjørnstad antydte at det var lite populært i NSF's administrasjon at Brandvold stilte spørsmål om rutiner, utenlandsreiser og representasjon.

Han fant det ikke bevist at Brandvold ikke har gjort jobben sin. Hendelsene er ikke graverende nok. Brandvold fikk aldri en reell sjanse til å forsvare seg mot klagen.

– Siste utvei

NSF's advokat Knut Smedsrud viste til at oppsigelsen var aller siste utvei. Han sa at NSF var en veldrevet organisasjon som ikke trengte opprydding. Han mente at Brandvold utvilsomt kan gjøre en god lederjobb, men at hun for NSF ble en dårlig leder.

Det største problemet var hennes rolleforståelse. Det er forbundsleder som er på toppen i NSF, påpekte han.

– Men Brandvold tok opp kampen om makten.

At saken dreier seg om en konflikt mellom to sterke kvinner, slik motparten mente, tok han avstand fra.

– Det er funksjonen og rollen det handler om.

Smedsrud viste til at Normann hadde tatt opp Brandvolds lederstil gang på gang, og at en leder på dette nivå forstår hvis man vil.

Tilbake til NSF?

Saken er spesiell i rettssammenheng. Oppsigelsessaker med toppledere kommer sjelden til rettsalen. Derfor kunne ikke advokatene vise til mye relevant rettspraksis.

Vinner Brandvold saken, ønsker hun å fortsette som generalsekretær. NSF mener det uansett er urimelig at hun kommer tilbake etter alt som har skjedd. Brandvold krever erstatning og oppreisning, men tallfestet ikke kravet.

Dommen kan ankes til lagmannsretten. Men begge parter venter på utfallet før de avgjør om det er aktuelt. ■■■



USAKLIG: Ellen Beccer Brandvold og hennes advokat Kaj Bjørnstad mener NSF har gjort betydelige saksbehandlingsfeil og at oppsigelsen er usaklig.



PRESSET: Etter hvert som klagen kom, følte Lisbeth Normann et økende press på å handle. – Men oppsigelse var siste utvei.

Vil rendyrke høyskoler og universiteter

Frank Aarebrot vil ha grunnutdanning i sykepleie ut av universitetene. Anders Folkestad tror professoren har hatt en dårlig dag på jobben.

Tekst Kari Anne Dolonen Foto Marit Fonn

NRK Rogaland slo nylig stort opp at professor og velkjent valgkommentator Frank Aarebrot ved Universitetet i Bergen (UiB), ville kaste ut sykepleierutdanningen og lærerutdanningen fra universitetene. Han siteres på at Universitetet i Stavanger vil få høyere status dersom det rendyrker seg selv og ikke tar inn profesjonsutdanninger.

Denne uttalelsen provoserte Unioleder Anders Folkestad.

– Det er mulig han har hatt en litt dårlig dag på jobben. Å si at lærerutdanningen og sykepleierutdanningen ikke har noe på universitetene å gjøre, og at disse utdanningene senker statusen til universitetene, mener jeg er feil, sier Folkestad.

I dag er sykepleierutdanninger lagt under Universitetet i Stavanger, Tromsø og Agder.

Har ikke sagt det

Aarebrot, som er professor ved Institutt for sammenlignende politikk, mener at han er feiltolket i NRK.

Det er riktig at Aarebrot mener at det er uklokt å innlemme bachelorutdanninger i universitetene.

– Høyskolene bør rendyrke sin oppgave, det samme bør universitetene. Når universitetene tar opp bachelorutdanninger blir det suppe av hele greia, sier han til Sykepleien.

– Hvorfor det?

– Det stilles blant annet forskjellige krav til en høyskolelektor fremfor en universitetsansatt. En høyskolelektor i en profesjonsutdanning skal undervise studenter som utfører ett bestemt arbeid når de er ferdig. En universitetsansatt er ansatt på bakgrunn av sin vitenskapelige produksjon og

andre faglige krav. Når du innenfor samme arbeidssted får forskjellige krav til undervisningsstaben, så fører det til uro og konflikter, sier han.

Han mener derfor det er bedre at høyskolene rendyrker sin oppgave og at universitetene gjør det samme.

Samarbeid

Sykepleiere som skal ta en master eller doktorgrad er imidlertid hjertelig velkommen til universitetene.

– For at sykepleiere og lærere som tar utdanning over bachelorgrad skal få den anerkjennelsen høyere grader gir, bør høyskolenivå og universitetsnivå skilles ad. Sykepleiere som tar master eller doktorgrad vil da få undervisning på samme nivå som alle andre som tar høyere grad, sier han.

Får et poeng

– Aarebrot har et poeng når det gjelder arbeidsdeling. Det er fornuftig at universitetene har ansvaret for de lengste utdanningene og forskerutdanningene. Men han glemmer at universitetene i dag har mange bachelorutdanninger. De vil han neppe kaste ut. Det



SUPPE: Professor Frank Aarebrot mener bachelorutdanning i universiteter blir en rotete blanding og at det skaper konflikter mellom de ansatte.

viktigste er at man ender opp med gode fagfolk. Jeg er imidlertid enig i at og høyskolene heller må være gode høyskoler enn kopiuniversitet, sier Anders Folkestad.

Gamle myter

– Jeg opplever at Aarebrot uttalelse er både foreldet og forstenet i denne saken. Han er jo som vanlig skarp i sine uttalelser, men her burde han ta en i titt i universitet- og høyskoleloven. Utdannings- og institusjonstyper i

«Nå må Aarebrot justere kartet sitt etter terrenget.» *Unni Hembre*

høyere utdanning er likestilte, sier nestleder i NSF, Unni Hembre.

Hembre mener han også bør legge seg på minnet at bachelor-, mastergrads- og PhD- studier finnes både på universiteter og høyskoler i flere fag.

– For eksempel kan sykepleiere gå hele utdanningsløpet fra bachelor til PhD. ved Universitetet i Tromsø. Nå må Aarebrot justere kartet sitt etter terrenget. Eller er det slik at man også innen akademia føler seg truet når kvinnedominerte utdanninger kommer inn på det som har vært menns domene, og at dette er vikarierende argumenter? undrer Hembre. ■■■

– Skrekken er å gi feil blod

Helsepersonell skader pasientene. I Bergen øver leger og sykepleiere på å hindre at det skjer.

Tekst og foto **Marit Fonn**

Avviksrapportene viser at feil skjer. – I halvparten av tilfellene ender avvik opp med pasientskade, sier Guttorm Brattebø, seksjonsoverlege ved Akuttmedisinsk seksjon på Haukeland sykehus.

Og noen ganger dør pasienter av feil.

– Skadene har alltid flere årsaker. Vi kan sjelden si at akkurat det eller det svikter.

Den som sto nærmest pasienten da det skjedde – ofte en sykepleier eller en lege – blir gjerne skyteskiven. Og den som føler at hun eller han har sviktet.

I 2005 startet Høgskolen i Bergen, Universitetet i Bergen og Helse Bergen et samarbeid for å øke pasientsikkerheten.

Når det haster

Målet er å hindre at uønskede hendelser skal skje. Små team trener på oppgaver som er basert på virkelige hendelser.

– Stikkord er tverrfaglighet og integrering. Vi blir jo aldri bedre enn det svakeste ledd. Sykepleiere og leger skal lære å samarbeide, sier Marit Breivik, som er høyskolelektor og intensivsykepleier.

Det er også Tone Johnsgaard.

hus, som blir brukt i øvingen:

Begge historiene handler om eldre kvinner som kommer fra postoperativ til en vanlig post.

Den første pasienten har ramlet ned en trapp. Personalet tror hun har brukket ryggen, men røntgenbildene er ikke klare. Hun ligger på rygg med nakkekrage. Men så blir hun kvalm og vil kaste opp. Da vil hun snu seg på siden. Men det er jo ikke lurt fordi hun har en mulig ryggskade. Pasienten blir liggende på ryggen. Hun kaster opp og dør på grunn av aspirering til lungene.

Den andre er forvirret, kanskje dement. Hun har operert lårhalsen. På post får hun vondt i hoften og får smertestillende. Postpersonalet får melding om at hun skal få blod. Blodet kommer. Men det har skjedd en forbytning av pasientjournaler på rommet da blodet ble bestilt. Blod og pasientjournal stemmer, men ikke blodproduktet og pasientens navn. Det kunne man funnet ut ved å sjekke identitetsbåndet med navn og fødselsnummer. Hun får feil blod, og blir dårlig. Det er livstruende, men hun overlever.

Én av tre oppdager ikke feilen

Når teamene øver, vet de at dette har skjedd i virkeligheten.

– Mange sier de føler det ubehagelig når de øver. De er usikre på hva som er rett å gjøre. De får beskjed om at den første pasienten skal ligge på rygg, men har lyst til å gjøre noe, forteller Breivik.

Omtrent ett av tre team oppdager ikke at den andre pasienten får feil blod.

Deltakerne i teamet kjenner ikke hverandre fra før, men det er en del av øvelsen. – Hvis vi selv fikk velge hvem vi vil jobbe med, ville alt vært herlighet og glede. Men sånn er det jo ikke. Her må de trene med folk de aldri har sett og møtt, sier Breivik.

Dynamikken i teamet varierer fra gruppe til gruppe.

– Noen tar styring, men det varierer hvem. Sykepleierne forventer gjerne at legen sier noe. Men hvis det ikke skjer, tar

gjerningen en annen i teamet ansvar.

– Sykepleiere kvier seg gjerne for å kritisere legen?

– Ja, sier Johnsgaard.

– Og yngre kvier seg for å si fra til eldre, sier Brattebø.

Hele seansen tar under en time.

Ekte blod

Tre til fem måneder etter øvelsene har de samlet gruppene igjen. Da har sykepleierne fortalt om flere eksempler på hendelser der det nesten har gått galt. Bare én dag før hadde det skjedd en identitetsforveksling. Feil pasient holdt på å bli operert.

– De syntes det var skremmende. Men de sa øvelsene hadde vært nyttig og at de handlet på en annen måte enn de tror de ville gjort uten simuleringen, sier Breivik.

De tre har lagt vekt på at øvelsen, som er frivillig, skal la seg gjennomføre i hverdagen. Det må være kort vei, så det er lett å stikke av fra arbeidet. Øvelsen krever ikke avansert utstyr. Omgivelser og utstyr er kjent. Teamene likner teamene de arbeider i til daglig.

Blodposer utgått på dato gjør simuleringen realistisk.

– Simulering som metode vet vi er bra. Har vi råd til ikke å lære av virkeligheten? spør Brattebø.

Må forme de unge

Pasientskader rammer ikke bare udyktige helsearbeidere.

– Vi kan heller ikke si at det skyldes dårlig organisering. Man kan komme på en ortopedisk avdeling som oser av system og orden, mens det 20 meter unna er en post som ikke har like gode system eller samarbeider godt, sier Brattebø.

Det dreier seg mest om kultur.

– Dermed er det vanskelig å ta tak i. Her er mange usynlige snubletråder.

Brattebø påpeker at tverrfaglighet er nødvendig.

– Vi kommer ikke i mål om legen sitter alene og spekulerer over ting. Poenget er å komme i riktig spor tidlig – før man er altfor sosialisert inn i egen profesjon. Vi blir jo formet i vår egen kultur etter hvert. De unge er ubesudlet. De har et åpent sinn og en sunn innstilling til avvik.

«Vi kan sjelden si at akkurat det eller det svikter»

Guttorm Brattebø

– Dette involverer spesielt anestesiv-, intensiv- og operasjonssykepleiere, sier hun.

For det er særlig i akuttmedisin og ved kirurgiske inngrep at feil kan medføre svært alvorlige komplikasjoner. Marginene er små og tidspresset stort.

Teamene består av medisinerstudenter, assistentlege og sykepleiere i videreutdanning.

– Det nye er at vi simulerer tverrfaglig og bruker ekte hendelser. Det øker motivasjonen, sier Breivik.

Gir feil blod

Det er de to hendelsene fra norske syke-

«Man må ikke lese seg blind på prosedyrer. Det finnes ikke regler for alt.»

Guttorm Brattebø

– Ikke straff dem som sier fra!

Skal feilene føre til færre skader, må ikke helsepersonell som sier fra bli straffet. De tre etterlyser åpenhet. De har liten tro på et system utelukkende basert på anonyme meldinger.

Det må være lov å si til hverandre underveis at «du glemte», eller «du burde ikke gjøre det sånn».

– Så kan det bli bedre neste gang. Det handler ikke om meg alene, men om oss, fordi jeg er del av et team, sier Brattebø.

Når en feil skjer, er det flere som kan oppdage den, slik at den ikke fører til skade.

Skrekken

Tiden fra feilen oppstår til skade skjer, kan i noen situasjoner være svært kort.

– Skrekken er å gi feil blod til pasienten, sier Breivik.

Andre ganger er det mindre akutt. Blir det forordnet feil medisin eller feil dose, har man mer tid på seg til å rette opp feilen.

– Samarbeider leger og sykepleiere for dårlig ute i sykehusene?

– Ja! sier alle tre uten å nøle.

– Man må ikke lese seg blind på prosedyrer. Det finnes ikke regler for alt, påpeker Brattebø, som har 20 års erfaring fra klinikken.

Lot bananskallet ligge

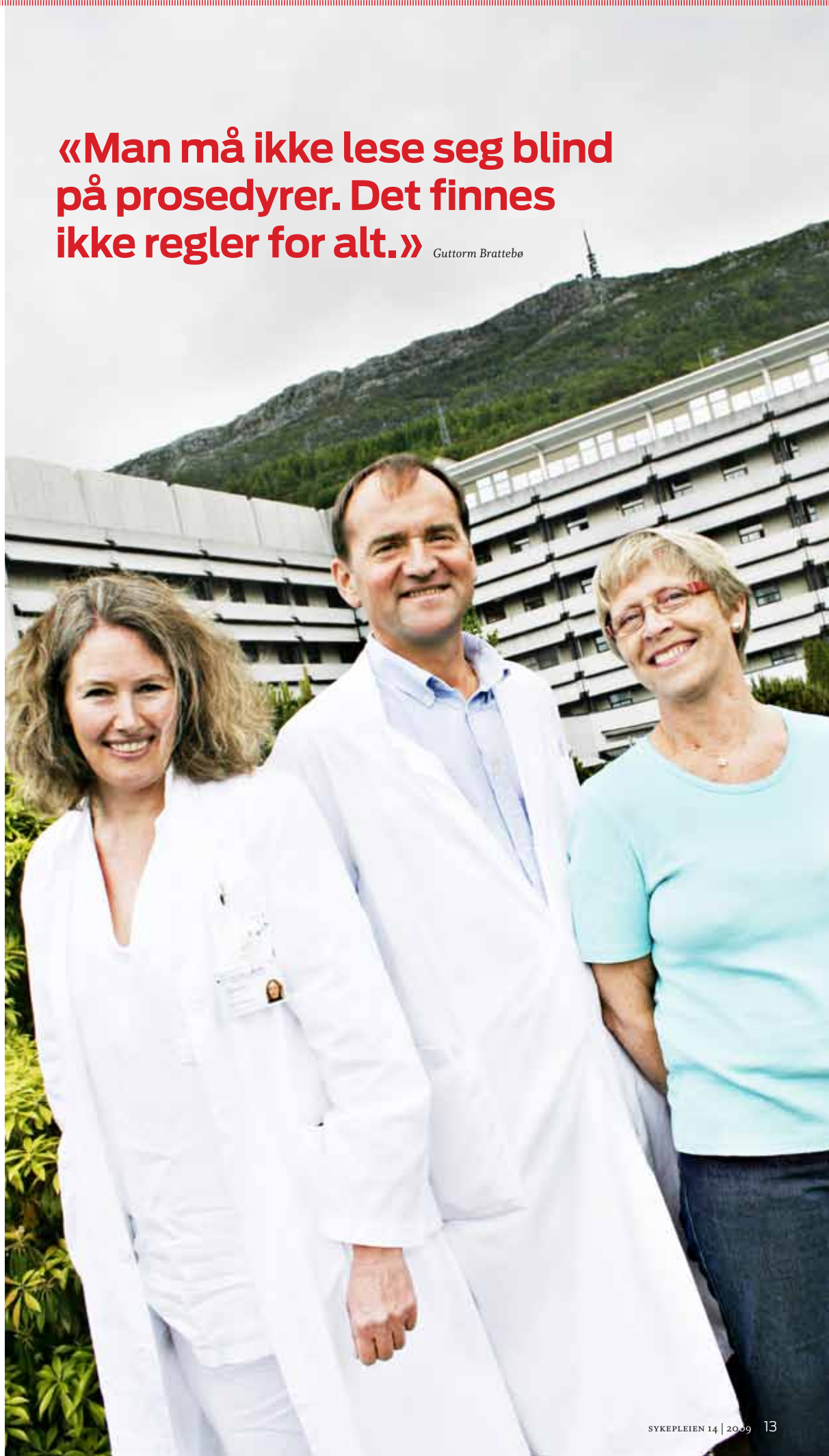
Avvik-systemet er vel og bra, men like viktig er det å bruke hodet. Brattebø forklarer med en bananskall-historie:

Sykehuset vil spare på vasken. I trappen ligger det berømte bananskallet. En ansatt skriver avvik på renholdet, og påpeker fare for at noen kan gli og falle. Men vedkommende gjør ikke noe med bananskallet. I mellomtiden har en annen «gått på trynet» på bananskallet.

– Dette er det såkalte keltersyndromet – det er ikke mitt bord. Dessverre er det altfor utbredt. Det ønsker vi å komme bort fra, sier Brattebø.

De er glade for at arbeidsgiveren gir penger til prosjektet. På den annen side er bedre pasientsikkerhet svært lønnsomt både for sykehuset og pasientene. ■■■

EKTE: Tone Johnsgaard, Guttorm Brattebø og Marit Breivik sørger for realistiske øvelser, basert på virkelige hendelser.



A TARGINIQ «mundipharma»

Analgetikum ved sterke smerter.

ATC-nr.: N02AA55

DEPOTTABLETTER 5 mg/2,5 mg, 10 mg/5 mg, 20 mg/10 mg og 40 mg/20 mg: Hver tablett inneholder: Oksykodonhydroklorid tilsv. oksykodon 4,5 mg, resp. 9 mg, 18 mg og 36 mg, naloksonhydrokloriddihydrat tilsv. nalokson 2,25 mg, resp. 4,5 mg, 9 mg og 18 mg, laktosemonohydrat 71,8 mg, resp. 64,3 mg, 54,5 mg og 109 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: 5 mg/2,5 mg: Brilljantblått FCF (E 133), titandioksid (E 171). 10 mg/5 mg: Titandioksid (E 171). 20 mg/10 mg og 40 mg/20 mg: Jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Sterke smerter som kun kan behandles tilfredsstillende med opioide analgetika. Opioidantagonisten nalokson er tilsatt for å forhindre opioidindusert obstipasjon ved å blokkere oksykodons virkning på opioidreseptorer lokalt i tarmen.

Dosering: Tilpasses smerteintensitet og pasientens følsomhet. Voksne: Den analgetiske effekten er ekvivalent med depotformuleringer av oksykodon. Vanlig startdose ved første gangs bruk av opioider er 10 mg/5 mg hver 12. time. Pasienter som allerede får opioider kan starte med en høyere dose, avhengig av tidligere erfaring med opioider. 5 mg/2,5 mg er tiltenkt dosetitrering ved oppstart av opioidbehandling og individuell dosejustering. Maks. døgndose er 80 mg/40 mg oksykodonhydroklorid/naloksonhydroklorid. Ved behov for høyere doser bør det i tillegg gis oksykodondepot til samme tidspunkt. Maks. døgndose er 400 mg oksykodondepot. Naloksons gunstige effekt på tarmfunksjonen kan da reduseres. Preparatet er ikke tiltenkt behandling av gjennombruddssmerter. Behov for analgetika med umiddelbar frisetting som akuttmedisin mot gjennombruddssmerter, kan derfor oppstå. En enkeltdose akuttmedisin bør tilsvare en sjettedel av den ekvivalente døgndosen av oksykodonhydroklorid. Behov for akuttmedisin >2 ganger daglig er vanligvis en indikasjon på at dosen bør økes. Doseøkning bør foretas hver eller annenhver dag, med 5 mg/2,5 mg, eller ved behov 10 mg/5 mg oksykodonhydroklorid/naloksonhydroklorid 2 ganger daglig, til en stabil dose nås. Målet er dosering hver 12. time som kan opprettholde adekvat analgesi, med bruk av så lite akuttmedisin som mulig. Hos enkelte pasienter kan asymmetrisk dosering tilpasses smertemønsteret være gunstig. Skal ikke brukes lengre enn absolutt nødvendig. Behov for langtids smertebehandling krever grundig og regelmessig vurdering. Når pasienten ikke lenger har behov for opioidbehandling anbefales det at dosen nedtrappes gradvis. **Tablettene skal svelges hele og ikke deles, tygges eller knuses**, da dette medfører raskere frisetting av virkestoffene og absorpsjon av en potensielt dødelig oksykodondose. Etter seponering, med påfølgende bytte til et annet opioid, kan forverring av tarmfunksjon forventes.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene, enhver situasjon hvor opioider er kontraindisert, alvorlig respirasjonsdepresjon med hypoksi og/eller hyperkapni, alvorlig kronisk obstruktiv lungesykdom, cor pulmonale, akutt alvorlig bronkialastma, ikke-opioidindusert paralytisk ileus, moderat til alvorlig nedsatt leverfunksjon.

Δ Forsiktighetsregler: Ikke egnet til behandling av abstinenssymptomer. Ved parenteralt, intranasalt eller oralt misbruk hos individer som er avhengige av opioidagonister, som heroin, morfin eller metadon, forventes uttalte abstinenssymptomer, pga. av naloksons opioidreseptorantagonistegenskaper. Ethvert misbruk hos stoffmisbrukere frarådes på det sterkeste. Anbefales ikke til barn <18 år pga. manglende sikkerhets- og effektdata. Det foreligger ingen klinisk erfaring hos pasienter med kreft relatert til peritoneal karsinomatose eller med subokklusivt syndrom ved fremskredne stadier av gastrointestinal kreft og bekkenkreft. Bruk i denne pasientgruppen er derfor ikke anbefalt. Største risiko ved opioider er respirasjonsdepresjon. Det bør utvises forsiktighet hos eldre eller svake pasienter, ved opioidindusert paralytisk ileus, alvorlig nedsatt lungefunksjon, myksødem, hypotyreose, Addisons sykdom (binyrebarkinsuffisiens), toksisk psykose, gallestein, prostatahypertrofi, alkoholisme, delirium tremens, pankreatitt, hypotensjon, hypertensjon, underliggende hjerte- eller karsykdom, hodeskader (pga. fare for økt intrakranielt trykk), epileptisk sykdom/disposisjon for krampet, ved bruk av MAO-hemmere og ved lett nedsatt lever- eller nyrefunksjon. Grundig medisinsk overvåking er spesielt nødvendig ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Diaré kan anses som en mulig bivirkning av nalokson. Etter langtidsbehandling med høye opioiddoser kan overgang til Targiniq innledningsvis utløse abstinenssymptomer som kan kreve spesifikk oppfølging. Ved langtidsbruk kan det utvikles toleranse som krever høyere doser for å opprettholde ønsket analgetisk effekt. Kronisk bruk kan medføre fysisk avhengighet. Det er fare for utvikling av psykologisk avhengighet overfor opioidanalgetika. Bør brukes med spesiell forsiktighet hos pasienter med alkohol- og legemiddelmisbruk i anamnesen. Oksykodon har en misbruksprofil tilsvarende andre sterke opioidagonister. Abstinenssymptomer kan oppstå ved brå seponering. Anbefales ikke til preoperativt bruk eller de første 12-24 timer postoperativt. Avhengig av kirurgitype og -omfang, anestesiprosedyre, annen samtidig medisinering og pasientens tilstand, er nøyaktig tid for oppstart av postoperativ behandling avhengig av en grundig individuell nytte-risikovurdering. Den tomme tablettmatriksen kan sees i avføringen. Kan påvirke evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner, spesielt ved behandlingsstart, etter doseøkning eller bytte av legemiddel og i kombinasjon med andre CNS-hemmende midler.

Interaksjoner: Substanser med CNS-hemmende effekt (f.eks. alkohol, andre opioider, sedativa, hypnotika, antidepressiver, sovemedisiner, fentiaziner, antipsykotika, antihistaminer og antiemetika) kan gi økt CNS-hemmende effekt (f.eks. respirasjonsdepresjon). Klinisk relevante endringer i INR kan forekomme ved samtidig bruk av kumarinantikoagulantia. (I: N02A opioider)

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Oksykodon og nalokson passerer placenta. Langtidsbruk av oksykodon under graviditet kan gi abstinenssymptomer hos nyfødte. Gitt under fødsel kan oksykodon utløse respirasjonshemning hos nyfødte. Skal kun brukes under graviditet hvis nytte oppveier mulig risiko for barnet. *Overgang i morsmelk:* Oksykodon går over, nalokson ukjent. Amning bør avbrytes under behandling.

Bivirkninger: Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Magesmerter, diaré, munntørhet, flatulens, oppkast, kvalme. Hjerne/kar: Blodtrykksfall. Hud: Kløe, hudreaksjoner, svetting. Luftveier: Rhinoré, gjesping. Muskel-skjelettsystemet: Muskelspasmer, muskelrykninger, myalgi. Nevrologiske: Hodepine, sedasjon, tremor. Psykiske: Angst, rastløshet. Stoffskifte/ernæring: Nedsatt/tap av appetitt. Øre: Vertigo. Øvrige: Abstinenssyndrom, kulde- og varmfølelse, frysninger, astenitilstander. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Hjerne/kar: Angina pectoris ved koronarsykdom i anamnesen, palpitasjoner, blodtrykksøkning. Immunsystemet: Overfølsomhet. Kjønnorganer/bryst: Erektile dysfunksjoner. Luftveier: Dyspné. Nevrologiske: Oppmerksomhetsforstyrrelser, parestesi, taleforstyrrelser. Psykiske: Unormal tankegang, forvirring, depresjon, hallusinasjoner. Øye: Synsforstyrrelser. Øvrige: Brystmerter, søvnløshet, sykdomsfølelse, perifert ødem, ulykkeskader. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Nevrologiske: Krampet (spesielt ved epileptisk sykdom eller disposisjon for krampet). Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent: Gastrointestinale: Forstoppelse. Lever/galle: Galleveiskolikk. Nevrologiske: Synkope. Bivirkninger av oksykodon alene: Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Forstoppelse, oppkast, kvalme. Hud: Kløe. Nevrologiske: Sedasjon (fra søvnighet til nedsatt bevissthetsnivå), svimmelhet, hodepine. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Hikke, dyspepsi. Luftveier: Dyspné. Nevrologiske: Synkope, parestesi. Nyre/urinveier: Urinretensjon, dysuri, akutt vannlatingsbehov. Psykiske: Endret stemningsleie og personlighetsforandring (f.eks. depresjon, eufori), nedsatt aktivitet, psykomotorisk hyperaktivitet, uro, nervøsitet, søvnløshet, tankeforstyrrelser, forvirring. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Munnsår, stomatitt. Hjerne/kar: Takykardi, vasodilatasjon. Lever/galle: Galleveiskolikk. Luftveier: Dysfoni, hoste. Nevrologiske: Migrene, dysgeusi, hypertoni, ufrivillige muskelsammentrekninger, hypoestesi, koordinasjonsforstyrrelser. Psykiske: Persepsjonsforstyrrelser (f.eks. hallusinasjon, derealisasjon), nedsatt libido. Øre: Nedsatt hørsel. Øvrige: Smerter, ødem. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Gastrointestinale: Melena, tannsykdom, tannkjøttblødning, dysfagi. Hud: Tørr hud. Infeksiøse: Herpes simplex. Kjønnorganer/bryst: Amenoré. Psykiske: Psykologisk avhengighet. Stoffskifte/ernæring: Dehydrering, økt appetitt. Øvrige: Vektøkning, vekttap, tørste. Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent: Gastrointestinale: Ileus. Hud: Urticaria. Immunsystemet: Anafylaktisk reaksjon. Lever/galle: Økte leverenzymmer. Luftveier: Respirasjonsdepresjon, bronkialspasmer, undertrykket hosterefleks. Øye: Miose. Øvrige: Legemiddeltoleranse, spasmer i glatt muskulatur.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Oksykodon kan gi miøse, respirasjonsdepresjon, søvnighet til apati, slapphet i skjelettmuskulatur, bradykardi, hypotensjon, i alvorligere tilfeller koma, ikke-kardiogent lungeødem og sirkulasjonssvikt, ev. med et fatalt utfall. Behandling: Opioidantagonister (f.eks. nalokson 0,4-2 mg i.v.) med 2-3 minutters mellomrom, etter behov, ev. infusjon med 2 mg nalokson i 500 ml 0,9% natriumklorid eller 5% dekstrose (0,004 mg/ml nalokson) med en hastighet tilpasset tidligere bolusdoser og pasientens respons. Ventrikulærmassing kan vurderes. Støttetiltak (kunstig åndedrett, oksygen, karkontraherende midler og infusjoner) ved behov, for å håndtere sirkulatorisk sjokk. Hjertestans eller arytmier kan kreve hjertemassasje eller defibrillering. Se Giftinformasjonens anbefalinger for oksykodon N02A A05 side d.

Egenskaper: Klassifisering: Naturlig opiumsalkaloid kombinert med opioidreseptorantagonist. Virkningsmekanisme: Oksykodon og nalokson har affinitet til opioide kappa-, mu- og deltareseptorer i hjerne, ryggmarg og perifere organer (f.eks. tarm). Opioidreseptorantagonisten oksykodon gir smertelindring ved binding til endogene opioidreseptorer i CNS. Nalokson er en ren antagonist som virker på alle typer opioidreseptorer. Grunnet uttalt «first pass»-metabolisme etter oral administrering er en klinisk relevant systemisk effekt av nalokson lite sannsynlig. Ved lokal kompetitiv antagonisme av den opioidreseptormedierte oksykodoneffekten i tarm reduserer nalokson opioidinduserte tarmfunksjonsforstyrrelser. Absorpsjon: Biotilgjengelighet 87%, nalokson <3%. Proteinbinding: Ca. 45%. Fordeling: Distribueres i hele kroppen. Metabolisme: I lever. Utskillelse: I urin og feces.

Pakninger og priser:

5 mg/2,5 mg: 28 stk. (endose) 310,80. 98 stk. (endose) 930,20.

10 mg/5 mg: 28 stk. (endose) 310,80. 98 stk. (endose) 952,00.

20 mg/10 mg: 28 stk. (endose) 562,30. 98 stk. (endose) 1824,60.

40 mg/20 mg: 28 stk. (endose) 1406,20. 98 stk. (endose) 4523,90.

Refusjon: § 3a, ref §2, refusjonskode 71 eller 90.

Sist endret: 06.08.2009

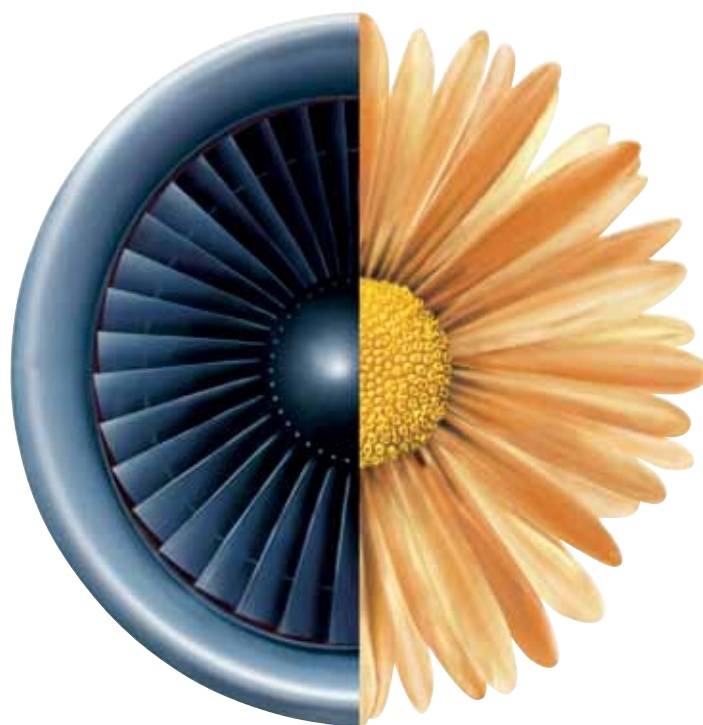
For fullstendig preparatomtale (SPC), se www.legemiddelverket.no/spc



Mundipharma AS • Vollsveien 13c • 1366 Lysaker • Telefon: 67 51 89 00 • Telefaks: 67 51 89 01 • www.mundipharma.no

NYHET!

**EFFEKTIV
MOT STERKE
SMERTER**



Bevarer
naturlig
tarmfunksjon

 **TARGINIQ**[®]
oksykodon/nalokson

TIL HVEM?

Til pasienter med sterke smerter som kun kan behandles tilfredsstillende med opioide analgetika.

HVORFOR?

Opioidantagonisten nalokson er tilsatt for å forhindre opioidindusert obstipasjon. Nalokson blokkerer oksykodons virkning på opioidreseptorer lokalt i tarmen.



www.mundipharma.no

Bedrer utskrivingsrutinene

Line Hurup Thomsen har jobbet som sykepleier i kommunen i åtte år. Derfor vet hun hva sykehuset kan bli flinkere til når pasientene skal skrives ut.

tekst **Eivor Hofstad** foto **Erik M. Sundt**

Line Hurup Thomsen er en av de fem sykepleierne som har fått tittelen «praksiskonsulent» i Stavanger. 20 prosent av tiden sin er de på en tildelt klinikk på sykehuset, resten i sin opprinnelige stilling i kommunen. Thomsen har i prosjektperioden fått ny jobb ved geriatrisk akutt sengepost på sykehuset, men da hun startet som praksiskonsulent, var det et krav at hun var sykepleier i kommunen.

– Tanken er at vi kjenner hverdagen i kommunen og kan fortelle sykepleierne ved sykehuset hva som er viktig å huske på, sier Thomsen.

Samtidig har praksiskonsulentene intervjuet sykepleierne ved sykehuset for å få vite hva de synes er viktige fokusområder og hva sykepleiere i kommunen bør gjøre.

Praksiskonsulentene har fått ansvaret for å forbedre områder som angår samarbeidet mellom kommune og sykehus. Innskriving fra kommunen til sykehus, inntakssamtale og videre

utskrivingsrutinene fra sykehus, og har tatt utgangspunkt i hvordan det fungerer på tre sengeposter som i dag har en høy andel kommunale pasienter. De ligger under medisinsk klinikk, kirurgisk klinikk og klinikk for blod- og kreftsykdommer (KBK).

– Sykepleiere på sykehus har det travelt, og det er lett å glemme at pasienter skal følges videre opp når de kommer ut av sykehus. På sykehuset er alt organisert med god tilgang på leger, medisinsk-teknisk utstyr, medisiner og lignende. Sykepleierne i kommunen har ikke denne tilgangen og er derfor mer sårbare. Pasientene blir derfor avhengige av at alt er klarert på forhånd når de kommer hjem igjen, sier Thomsen.

I hjemmesykepleien opplevde hun at pasienter med nydiagnostisert diabetes kom hjem uten insulin klokken ni om kvelden, etter at apoteket var stengt.

– Da måtte vi bare få lagt dem inn på sykehu-

ter og utskrivingsrapport følger pasienten ved utskrivelse. Mens det er kommunens ansvar å sørge for de tekniske hjelpemidlene.

– Sykepleierne på sykehuset må ha rutiner som kvalitetssikrer sykehusets ansvar. Det er også viktig med god kontakt mellom leddene slik at en kan avklare hvem som tar ansvaret for hva, råder Thomsen.

På KBK var det mye som allerede var bra, fant Thomsen ut da hun gjorde sine før-målinger.

– Det er tradisjon i kreftsykepleie å tenke forløp. På KBKs sengeposter hadde de tverrfaglige møter og laget sjekklister. De var engasjerte i utskrivingsprosessen, sier hun.

Men hun fant allikevel forbedringspotensial etter å ha sjekket fem journaler på hver av de tre sengepostene.

– Det var mye som ikke var dokumentert i journalene av ting som skulle vært gjort. Spørsmålet er om dette var avvik eller bare ikke notert, sier hun.

Tiltakene har hun akkurat startet med. Hun har fått laget en veiledende behandlingsplan i elektronisk versjon til DIPS. Den kalles «sjekkliste utskrivning av pasient», og Thomsen minner stadig sykepleiere rundt omkring på sykehusets sengeposter om at den finnes.

Hun vurderer også å ta i bruk en type konvolutt som noen praksiskonsulentkollegaer i Vestfold har laget.

«Det er lett å glemme at pasienter skal følges videre opp når de kommer ut av sykehus»

planlegging i sykehjem er blant temaene som blir tatt opp.

Line Hurup Thomsen har sett nærmere på

set igjen, forteller hun.

Det er eksempelvis sykehusets ansvar å påse at behandlingshjelpemidler, medisiner, resep-



SER VIDERE: Line Hurup Thomsen synes det har vært kjempespennende og utviklende å være praksiskonsulent. – Vi får større vidvinkel på helsevesenet og får påvirket prosesser, sier hun.

– Her krysser en av viktige sjekkpunkter som skal gjøres i forbindelse med utskrivingsdagen. Hvis sjekkpunktet ikke krysses av, må det begrunnes. Inni konvolutten legges alle papirene til pasientene. Denne konvolutten får pasienten med seg i hånden når vedkommende utskrives fra sykehuset, forteller Thomsen.

– Vil du måle om tiltakene faktisk fører til mindre reinnleggelser?

– Nei, men jeg har tenkt å måle når nye rutiner er blitt kjent. Da vil jeg sjekke om jeg kan se endringer i journalene, basert på en matrise

jeg har utarbeidet med forhåndsdefinerte krav.

Hun synes sykepleiere absolutt bør gjøre noe når de ser at det er en svikt i behandlingsforløpet.

– Praksiskonsulentenes ulike prosjekter handler om å ordne det slik at det blir systemavhengig og ikke personavhengig at pasienten får et godt behandlingsforløp. Sykepleiere må løfte blikket. Vi må kunne se lenger enn vår egen sengepost eller kommunale avdeling, for å sikre at pasienten har det bra, sier Thomsen. ■■■

Sykepleiere som praksiskonsulenter

VED STAVANGER universitetssykehus har sykepleiere fra ulike rogalandskommuner jobbet en dag i uka for å bedre samarbeidet mellom første og andrelinjetjenesten. Legene i Stavanger har hatt praksiskonsulentordning i ti år. I januar til neste år har ordningen vart i to år for sykepleiere.

Praksiskonsulentene jobber med forbedringsprosjekt og bidrar til å løse problemer som oppstår i samhandlingen. De gjør før-målinger, forbedringstiltak og etter-målinger. Sykepleierne kan være praksiskonsulenter i maks fire år. Praksiskonsulentordning finnes også ved Sykehuset Vestfold.

Har du tenkt over hvor mange timer om dagen du står og går på hardt underlag? Dette sliter på rygg, ledd og føtter og kan føre til smerter og plager.

MBT er den originale masai-skoen. Vi bruker betydelige ressurser på produktutvikling og forskning. MBT avlaster ledd, trener kjernemuskulatur og bedrer kroppsholdning.



- effekt dokumentert gjennom seriøse, uavhengige studier.
- flere millioner fornøyde brukere verden over.



physiological footwear

www.mbt.no

Nyhet!**LEVENDE VEIVISER
RUSMIDDELPOLITISK
HANDLINGSPLAN** Kommunetorget.no

– Bekrefter det vi visste

Over 70 prosent av utviklingshemmede som får psykofarmaka, har ikke noen psykiatrisk diagnose.

Tekst **Kari Anne Dolonen**

Legeforeningens tidsskrift publiserte nylig en studie som viste kun 27 prosent av utviklingshemmede som fikk psykofarmaka, hadde en psykiatrisk diagnose. Det betyr at over 70 prosent får medisiner med store bivirkninger uten at det er gjort en ordentlig utredning.

– Studien er en erkjennelse av at denne pasientgruppen ikke får den helsetjenesten de behøver. De får heller ikke den helsetjenesten de har krav på, sier 2. nestleder i NSF, Jan Erik Nilsen.

Det kommer også frem at

blitt bedre for disse pasientene.

– Kommuner har ikke vært flinke nok til å ansette og rekruttere fagfolk med riktig kompetanse for å ta seg av disse pasientene. Mange har psykiske lidelser i tillegg til fysiske plager. Det gir et komplekst sykdomsbilde som krever høy kompetanse for å skille ut hva som er hva. Det er også en utfordring for leger å henvise dem til riktig behandlingsledd, sier Nilsen.

Samhandlingsreformen er regjeringens store satsning de neste årene.

«Behovene til denne gruppen må løftes frem»

mangel på kunnskap om miljøterapeutiske tiltak kan være én årsak til at en bruker psykofarmaka for å regulere atferd.

Mangler riktig kompetanse

Ifølge Nilsen bekrefter denne undersøkelsen at tingenes tilstand mange steder ikke har

– Jeg tror det er viktig at behovene til denne gruppen må løftes frem. De sitter nederst på stigen og har vanskelig for å tale egen sak, sier han.

Funn

- › 43 prosent av deltakerne (50 personer) brukte psykofarmaka.
- › Av de 28 som brukte antipsykotika, var 20 alvorlig utviklingshemmet og åtte hadde en mild eller moderat grad av utviklingshemning.
- › Det var fastlegen som hadde forskrevet de fleste medikamentene, og kun 27 prosent som fikk psykofarmaka hadde en psykiatrisk diagnose. ■■

Undersøkelsen

Undersøkelsen hadde 116 deltakere, og hadde til hensikt å kartlegge psykofarmakabruken hos beboerne 10–20 år etter den store utflyttingen fra sentralinstitusjon til åpen omsorg i perioden 1984–94.

Marte Gerhardsen

Alder: 37 år

Aktuell som: Generalsekretær i Care

BAKGRUNN:

I år går midlene fra tv-aksjonen til hjelpeorganisasjonen Care, som gir bistand til fattige kvinner. 18. oktober er dagen da millionene skal sannes. Aksjonen er støttet av både Unio og Norsk Sykepleierforbund (NSF). Det er Marte Gerhardsen glad for. Hun ønsker å ha enda mer med sykepleierne å gjøre – etter aksjonen.

Gir penger til kvinnene

Hvorfor er det best å hjelpe kvinner?

– I de fleste land der vi jobber har jenter og kvinner en tøffere hverdag enn gutter og menn. Og kvinner bruker penger på dem rundt seg.

Til hva?

– Bedre mat, helse og skolegang.

Stoler dere ikke på menn?

– He-he. Gir du en dollar til en kvinne, går 90 prosent til familien. En mann gir bare 30 prosent. Men vi må ha menn med på laget.

Hvordan?

– Når vi går inn i en landsby og lager kvinnegrupper, må vi først få tillatelse fra menn. Og vi må ha dialog underveis slik at mennene skjønner at det er best for alle at kvinner får inntekt.

Er det greit å tigge folk om penger?

– Jaaaa! Det med tv-aksjonen er unikt for Norge. Jeg blir stolt når 100 000 mennesker bruker av fritiden sin og ringer på alle dørene i landet.

NRK har fått refs for ukritisk journalistikk i tidligere tv-aksjoner. Ser du problemet?

– Jeg opplever NRK som veldig profesjonell. Når vi er ute og reiser, vil de ikke styres. De ønsker å gjøre en god, journalistisk jobb.

Hvor skal pengene gå?

– Til sju land i Afrika. Og Bangladesh, Sri Lanka, Burma og Afghanistan. Vi har jobbet i disse landene i mange år.

Har du reist mye selv?

– En del. Men jeg har små barn og det begrenser litt. Veldig, veldig mange kvinner forteller hvordan livene deres er blitt annerledes etter at de har fått inntekt og utdanning.

Noe som har gjort ekstra inntrykk?

– I Rwanda møtte jeg en kvinne som var utrolig fattig. Hun hadde ikke nok mat til ungene og den ene var syk. Hun var redd hver kveld fordi hun ikke klarte å ta vare på ungene sine. Ingen skal ha det sånn i 2009.

Men sånn vil fortsatt mange ha det?

– Jo, men med tv-aksjonen kan vi hjelpe veldig mange til mer verdighet.

Care er en av verdens største hjelpeorganisasjoner. Hva er fordelene?

– Det fins mye kompetanse og erfaring, så vi kan lære av hverandre.

Ulemper?

– Vi er politisk og religiøst nøytral, og det er en fordel. utfordringen er at vi må være forsiktig med hva vi sier. Sier jeg noe negativt om Afghanistan, kan det få konsekvenser for kollegene mine der. Det gjør at vi ikke kan være så fritalende. Andre kan være mer høyllytt.

Har du noen hjertebarn?

– Det som opprører meg mest er at hvert minutt dør en kvinne i forbindelse med svangerskap og fødsel. 80 prosent kunne vært reddet med enkle midler.

Hva betyr det at sykepleierne støtter tv-aksjonen?

– Jeg er spesielt glad for den støtten fordi de har kompetanse om det vi jobber for. Og det er et yrke med mange kvinner. Det er av stor verdi at kvinner i Norge engasjerer seg for kvinner som har det tøffere enn oss.

Hva ønsker du av sykepleierne?

– At mange melder seg som bøssebærere. Jeg håper også på et faglig samarbeid med NSF etterpå. Sykepleierne er jo opptatt av mødrehelse og engasjerer seg internasjonalt allerede.

Hva liker du best med Care?

– At målet er at kvinnene skal klare seg selv. Dessverre er det en del bistand som skaper passive mottakere.

Hva skal du gjøre den 18. oktober?

– Gå med bøsse. Slenge innom NRK. Og den 19. skal jeg sove.

Tekst Marit Fonn Foto Erik M. Sundt



INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning i ferdigfylt sprøyte 25 mg og 50 mg: Hver ferdigfylt sprøyte inneholder: Etanercept 25 mg, resp 50 mg, sakkarose, natriumklorid, L-argininhydroklorid, natriumdihydrogenfosfatdihydrat, dinatriumhydrogenfosfatdihydrat, vann til injeksjonsvæsker. I) **PULVER OG VÆSKE TIL INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 25 mg:** Hvert sett inneholder: I) Hetteglass: Etanercept 25 mg, sakkarose, trometamol. II) Ferdigfylt sprøyte: Vann til injeksjonsvæsker. **PULVER OG VÆSKE TIL INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 25 mg/ml til barn:** Hvert sett inneholder: I) Hetteglass: Etanercept 25 mg, sakkarose, trometamol. II) Ferdigfylt sprøyte: Vann til injeksjonsvæsker, benzylalkohol. **Indikasjoner: 25 mg:** Behandling av aktiv polyartikulær juvenil idiopatisk artritt hos barn og ungdom 4-17 år som har en inadekvat respons på eller er intolerant for metotreksat. Preparatet er ikke undersøkt hos barn <4 år. Behandling av aktiv og progressiv psoriasisartritt hos voksne når respons på tidligere sykdomsmodifiserende antirevmatiske behandling ikke har vært tilstrekkelig. Behandling av voksne med alvorlig aktiv Bekhterevs sykdom (ankyloserende spondylitt) som ikke har respondert på konvensjonell terapi. **25 mg og 50 mg:** Etanercept i kombinasjon med metotreksat er indisert for behandling av moderat til alvorlig, aktiv revmatoid artritt hos voksne når responsen på sykdomsmodifiserende antirevmatiske legemidler, inkl. metotreksat (hvis ikke kontraindisert), har vært inadekvat. Etanercept kan gis som monoterapi ved metotreksatintoleranse eller når fortsatt behandling med metotreksat er uhensiktsmessig. Etanercept er også indisert for behandling av alvorlig, aktiv og progredierende revmatoid artritt hos voksne som ikke tidligere er behandlet med metotreksat. Etanercept gitt alene eller i kombinasjon med metotreksat er vist å redusere progresjonshastighet av leddskade målt ved røntgen og bedrer fysisk funksjon. Behandling av voksne med moderat til alvorlig plakkpsoriasis, som ikke har respondert på eller er intolerant overfor annen systemisk behandling, inkl. ciklosporin, metotreksat eller PUVA, eller hvor slik behandling er kontraindisert. Behandling av kronisk alvorlig plakkpsoriasis hos barn 8 år og ungdom som er utilstrekkelig kontrollert på eller er intolerant overfor annen systemisk behandling eller lysterapi. **Dosering:** Hvert hetteglass skal rekonstitueres med vann til injeksjonsvæsker 1 ml for bruk. Ferdigfylt sprøyte er til engangsbruk til pasienter som veier >62,5 kg. Hetteglass 25 mg er tilgjengelig for administrering av doser <25 mg. **Voksne: Revmatoid artritt:** Anbefalt dose 25 mg 2 ganger pr. uke som s.c. injeksjon. Alternativt er det vist at 50 mg 1 gang pr. uke er sikkert og effektivt. Plakkpsoriasis: Anbefalt dose 25 mg 2 ganger pr. uke eller 50 mg 1 gang pr. uke. Alternativt kan 50 mg gis 2 ganger pr. uke i opptil 12 uker, om nødvendig etterfulgt av en dose på 25 mg 2 ganger pr. uke eller 50 mg 1 gang pr. uke. Behandling bør fortsette til remisjon oppnås, i opptil 24 uker. Behandlingen bør seponeres hos pasienter som ikke responderer etter 12 uker. Dersom gjentatt behandling er indisert, bør ovennevnte retningslinjer mht. behandlingsvarighet følges. Dosen bør være 25 mg 2 ganger pr. uke eller 50 mg 1 gang pr. uke. **Psoriasisartritt og Bekhterevs sykdom (ankyloserende spondylitt):** Anbefalt dose 25 mg 2 ganger pr. uke eller 50 mg 1 gang pr. uke. **Eldre (65 år):** Dosestilpasning er ikke nødvendig. **Barn 4 år og ungdom: Juvenil idiopatisk artritt:** 0,4 mg/kg (maks. 25 mg pr. dose), gitt 2 ganger pr. uke som en s.c. injeksjon med et 3-4 dagers intervall mellom dosene. **Barn 8 år og ungdom: Pediatrisk plakkpsoriasis:** 0,8 mg/kg (opp til maks. 50 mg pr. dose) 1 gang pr. uke i inntil 24 uker. Behandling bør avsluttes hos pasienter som ikke viser respons etter 12 uker. Hvis gjentatt behandling er indisert, bør ovennevnte retningslinjer mht. behandlingsvarighet og dosering følges. Dosen bør være 0,8 mg/kg (maks. 50 mg pr. dose) 1 gang pr. uke. **Nedsatt lever- og nyrefunksjon:** Dosestilpasning er ikke nødvendig. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdstoffene. Sepsis eller risiko for utvikling av sepsis. Behandling skal ikke initieres hos pasienter med aktive infeksjoner inkl. kroniske eller lokaliserte infeksjoner. Pulver og væske til injeksjonsvæske 25 mg/ml til barn, må ikke gis til for tidlig fødte barn eller nyfødte, da oppløsningsvæskene inneholder benzylalkohol, som kan forårsake forgiftninger og anafylaktiske reaksjoner hos spedbarn og barn opp til 3 år. **Forsiktighetsregler:** Pasienter skal utredes for infeksjoner før, under og etter etanerceptbehandling, i tillegg til betraktning av gjennomsnittlig eliminasjonshalveringstid er ca. 70 timer (7-300 timer). Alvorlige infeksjoner, sepsis, tuberkulose og andre opportunistiske infeksjoner er rapportert, og noen av disse har vært dødelige. Pasienter som utvikler en ny infeksjon under behandling må overvåkes nøye. Dersom pasienten utvikler en alvorlig infeksjon, bør behandlingen avsluttes. Forsiktighet bør utvises ved tidligere gjentatte eller kroniske infeksjoner eller underliggende tilstander som kan disponere for infeksjoner, f.eks. fremskreden eller dårlig kontrollert diabetes. Tilfeller av aktiv tuberkulose, inkl. milær tuberkulose og tuberkulose med ekstrapulmonal lokalisering er rapportert. Før oppstart med etanercept skal alle pasienter utredes for både aktiv og inaktiv (latent) tuberkulose. Utredningen skal inkl. en detaljert anamnese med tidligere tuberkulose, mulig tidligere kontakt med tuberkulose og tidligere og/eller nåværende immunsuppressiv behandling. Pasierende «screening»-tester, f.eks. tuberkulintest og røntgenbilde av brystet, bør utføres på alle pasienter (lokale retningslinjer kan forekomme). Vær oppmerksom på risikoen for falske negative resultater av tuberkulintest, spesielt hos alvorlig syke eller immunsupprimerte pasienter. Dersom aktiv tuberkulose diagnostiseres, skal behandlingen med etanercept ikke igangsettes. Dersom latent tuberkulose diagnostiseres må behandling for latent tuberkulose startes i overensstemmelse med lokale retningslinjer, før oppstart med etanercept. I denne situasjonen skal nytte/risiko-forholdet ved etanerceptbehandling vurderes nøye. Alle pasienter skal oppfordres til å søke råd fra lege dersom tegn/symptomer på tuberkulose oppstår (f.eks. vedvarende hoste, svinn/vekttap, svak feber) under eller etter etanerceptbehandling. Reaktivering av hepatitt B-virus (HBV) er sett hos kroniske bærere av viruset. Pasienter med risiko for HBV-infeksjon skal undersøkes for tidligere HBV-infeksjon for initiert behandling. Forsiktighet skal utvises ved behandling av identifiserte HBV-bærere og pasientene skal overvåkes mht. tegn/symptomer på aktiv HBV-infeksjon. Hvis nødvendig skal antiviral behandling igangsettes. Forverring av hepatitt C er rapportert. Samtidig administrering av etanercept og anakinra er assosiert med økt risiko for alvorlige infeksjoner og nøytropeni. Kombinasjonen har ikke vist økte kliniske fordeler og anbefales derfor ikke. Allergiske reaksjoner, inkl. angioødem og urticaria, er rapportert. Dersom alvorlig allergisk eller anafylaktisk reaksjon oppstår, bør behandlingen avbrytes umiddelbart og nødvendig behandling igangsettes. Det er ukjent om preparatet kan redusere kroppens forsvar mot infeksjoner. Det er observert tilfeller av lymfom (sjelden). Pasienter med revmatoid artritt med langvarig, svært aktiv inflammatorisk sykdom har økt underliggende risiko for lymfom, hvilket kompliserer risikoestimeringen. Mulig risiko for å utvikle lymfom eller andre maligniteter kan ikke utelukkes med nåværende kunnskap. Sikkerhet og effekt hos pasienter med immunsuppressjon eller kroniske infeksjoner er ikke vurdert. Det er rapportert om sjeldne tilfeller av pancytopeni og svært sjeldne tilfeller av aplastisk anemi. Forsiktighet bør utvises ved behandling av pasienter som tidligere har hatt blod dyskrasi. Pasienten skal informeres om å ta omgående kontakt med lege ved utvikling av tegn og symptomer på blod dyskrasi eller infeksjoner (f.eks. vedvarende feber, sår hals, blåmerker, blødning, blekhet). Pasienten bør undersøkes øyeblikkelig, inkl. full blodtelling. Ved bekreftet blod dyskrasi bør preparatet seponeres. Det er rapportert om sjeldne tilfeller av CNS-demyeliniseringsforstyrrelser. Ved forskningstil pasienter med eksisterende eller begynnende CNS-demyeliniserings sykdommer, eller til pasienter med antatt økt risiko for dette, bør nytte-risikoforholdet vurderes, inkl. neurologisk vurdering. Det bør utvises forsiktighet ved kongestiv hjertesvikt (CHF). Det er rapportert om forverring av CHF ved behandling med etanercept. Pasienter med eksponering for varicellavirus bør midlertidig avslutte behandling og vurderes for profylaktisk behandling med Varicella zoster immunoglobulin. Det anbefales at pasienter med juvenil idiopatisk artritt om mulig immuniseres iht. gjeldende immuniseringsretningslinjer før behandling igangsettes. Behandling med etanercept kan føre til dannelse av autoimmune antistoffer. Sikkerhetsprofilen av etanercept gitt i kombinasjon med metotreksat tilsvarende profiler rapportert med etanercept eller metotreksat alene. Langtidsstudier mht. sikkerheten av kombinasjonen pågår. Langvarig sikkerhet ved kombinasjon med andre sykdomsmodifiserende antirevmatiske legemidler er ikke fastslått. Bruk i kombinasjon med andre systemiske behandlinger eller lysbehandling for psoriasis er ikke undersøkt. Preparatet er ikke vist å være effektivt behandling ved Wegeners granulomatose og anbefales derfor ikke. **Interaksjoner:** Kan tas sammen med glukokortikoider, salisylater (med unntak av sulfasalazin), ikke-steroid antiinflammatoriske legemidler (NSAIDs), analgetika, metotreksat, digoksin og warfarin. Voksne som fikk etanercept som tilleggsbehandling til et regime med stabil sulfasalazindosering, opplevde nedgang i gjennomsnittlig antall hvite blodceller sammenlignet med de pasientene som ble behandlet med kun etanercept eller sulfasalazin. Klinisk signifikans er ukjent. Levende vaksiner bør ikke gis samtidig. Kombinasjonsbehandling med etanercept og anakinra er ikke anbefalt. Samtidig bruk av abatacept har vist økt forekomst av alvorlige uønskede hendelser. Kombinasjonen har ikke vist økt klinisk nytte og anbefales ikke. **Graviditet/Amming: Overgang i placenta:** Ukjent. Bruk til gravide anbefales ikke. Fertile kvinner bør frarådes graviditet under behandling. **Overgang i morsmelk:** Ukjent. Ettersom immunoglobuliner utskilles i morsmelk, bør en enten avslutte ammingen eller avbryte behandlingen. **Bivirkninger:** Reaksjoner på injeksjonsstedet (inkl. blødninger, hematom, erytem, kløe, smerte og hevelse) er meget vanlig (>10%). Disse opptrer vanligvis i første måned og varer i gjennomsnitt 3-5 dager. Infeksjoner (inkl. øvre luftveisinfeksjoner, bronkitt, cystitt og hudinfeksjoner) er også meget vanlig (>10%). **Hyppige (>1/100):** Hud: Kløe. Øvrige: Allergiske reaksjoner, feber. Antistoffer mot etanercept er detektert i sera hos noen pasienter. Antistoffene er ikke-nøytraliserende og vanligvis forbigående. **Mindre hyppige:** Blod: Trombocytopeni. Hud: Angioødem, urticaria, utslett, psoriasislignende utslett og psoriasis (inkl. nytt utbrudd og pustulær, hovedsakelig i håndflater og på føtsåler). Luftveier: Interstitiell lungesykdom, inkl. pneumonitt og pulmonal fibrose. Øvrige: Alvorlige infeksjoner (inkl. pneumoni, cellulitt, septisk artritt, sepsis). **Sjeldne (<1/1000):** Blod: Anemi, leukopeni, nøytropeni, pancytopeni. Hud: Kutan vaskulitt (inkl. leukocytoklastisk vaskulitt), Stevens-Johnsons syndrom, erythema multiforme. Subakutt kutan lupus erythematosus, diskoid lupus erythematosus, lupus-lignende syndrom. Lever: Økte nivåer av leverenzymmer. Sentralnervesystemet: Krampor, CNS-demyeliniseringsforstyrrelser som f.eks. optikusnevritt og transvers myelitt. Øvrige: Tuberkulose. Alvorlige allergiske eller anafylaktiske reaksjoner. Aplastisk anemi er sett meget sjeldent. Hos pasienter med revmatoid artritt, psoriasisartritt, Bekhterevs sykdom (ankyloserende spondylitt) og plakkpsoriasis er følgende alvorlige bivirkninger sett: Malignitet, astma, infeksjoner, hjertesvikt, hjerteinfarkt, myokard iskemi, brystmerter, synkope, cerebral iskemi, hyper- og hypotensjon, kolecystitt, pankreatitt, gastrointestinale blødninger, bursitt, konfusjon, depresjon, dyspnoe, abnormal tilheling, nyreinsuffisians, nyresten, dyp venetrombose, lungeemboli, membranøs glomerulonefritt, polymyositt, tromboflebit, leverskade, leukopeni, parese, parestesi, vertigo, allergisk alveolitt, angioødem, skleritt, benfrakturer, lymfadenopati, ulcerøs kolitt og intestinal obstruksjon. **Svært sjeldne (<1/10 000):** Hud: Toksik epidermal nekrolyse. **Ukjent:** Øvrige: Makrofag aktiveringssyndrom, ANCA (antinytrofil cytoplasmaantistoff) positiv vaskulitt. Det er ukjent hvordan langtidsbehandling påvirker utviklingen av autoimmune sykdommer. Det er rapportert om pasienter, inkl. de med positiv revmatoid faktor, som har utviklet sjeldne tilfeller av andre autoantistoffer i forbindelse med lupus-lignende syndrom eller utslett, som ved klinisk presentasjon og biopsi svarer til subakutt kutan lupus eller diskoid lupus. Generelt er bivirkningene hos barn med juvenil idiopatisk artritt og plakkpsoriasis av samme type og frekvens som sett hos voksne. Infeksjoner sett i studier med pasienter med juvenil idiopatisk artritt (2-18 år) er generelt milde til moderate og i samsvar med infeksjoner vanligvis sett hos polikliniske barnepopulasjoner. **Overdosering/Forgiftning: Symptomer:** Det er ikke observert dosebegrensende toksisitet. Høyeste dosenivå som er vurdert er i.v. startdose på 32 mg/m² etterfulgt av s.c. doser på 16 mg/m² gitt 2 ganger pr. uke. **Behandling:** Intet kjent antidot. **Egenskaper: Klassifisering:** Human tumornekrosefaktorreseptor p75 Fc fusjonsprotein. **Virkningsmekanisme:** Kompetitiv hemming av binding av tumornekrosefaktor (TNF) til reseptorer på celleoverflaten, noe som hemmer TNF-medierte cellulære respons. Påvirker også biologiske responser kontrollert av andre molekylære undergrupper (f.eks. cytokiner, adhesjonsmolekyler eller proteinaser) som er indusert eller regulert av TNF. **Absorpsjon:** Absorberes sakte fra injeksjonsstedet, maks. plasmakonsentrasjon etter ca. 48 timer. Absolutt biotilgjengelighet er 76%. Med 2 ukentlige doser forventes ca. dobbelt så høy «steady state»-konsentrasjon sammenlignet med en enkeltdose. **Fordeling:** Distribusjonsvolumet ved «steady state» er 10,4 liter. **Halveringstid:** Ca. 70 timer. **Clearance:** 0,066 liter/time. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap 2-8°C. Må ikke fryses. Kjemisk og fysisk stabilitet under bruk er vist for 48 timer ved 2-8°C. Fra et mikrobiologisk synspunkt bør preparatet anvendes umiddelbart etter tilberedning. Dersom det ikke brukes umiddelbart, er oppbevaringstider under bruk brukerens ansvar og bør normalt ikke overskride 6 timer ved 2-8°C, med mindre tilberedningen er gjort under kontrollerte og validerte aseptiske forhold. **Pulver og væske til injeksjonsvæske 25 mg/ml til barn:** Kjemisk og fysisk stabilitet etter rekonstituering er vist for 14 dager ved 2-8°C. Fra et mikrobiologisk synspunkt kan preparatet lagres i maks. 14 dager ved 2-8°C etter rekonstituering. **Pakninger og priser: Injeksjonsvæske: 25 mg:** Ferdigfylt sprøyte: 4 stk. kr 5317,40. **50 mg:** Ferdigfylt sprøyte: 4 stk. kr 10393,50. **Pulver og væske til injeksjonsvæske: 25 mg:** 4 sett kr 5317,40. **25 mg/ml til barn:** 4 sett kr 5317,40.

GLA'NYHET!

Enbrel

– eneste biologiske legemiddel godkjent for barn med alvorlig plakk psoriasis!

- Statistisk signifikant og klinisk meningsfull bedring allerede etter 2 uker¹
- 7 av 10 barn oppnår PASI 75 etter 36 uker¹
- 63 % bedring i livskvalitet etter 36 uker¹
- Ingen nye bivirkninger¹
- 8 års erfaring i behandling av barneleddgikt

Paller AS, et al. N Engl J Med . 2008;358.241 -5



M090217.END.NO

Wyeth[®]



Tema **Psykisk helse i fengsel**

- 24 «Jeg burde vært på én institusjon» ›
- 26 Bekymret for lav sykepleierbemanning ›
- 30 Justisdepartementet jobber med saken ›

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers** Foto **Bo Mathisen**



FARLIG OG SYK: Bjørn Isaksen (foran) føler seg som en kasteball mellom psykiatri og fengsel. Psykiatrisk sykepleier Freddy Støvind (bak) mener han burde hatt et annet tilbud enn han har i dag.

Psykisk syke bak murene:

For syke og

Innsatte i fengsel er statistisk sett sykere enn andre borgere, og har samme rett på helsetjenester som de utenfor.

Men flere fengsler sliter med underbemanning og møter stengte dører i spesialhelsetjenesten. Ved Ila har innsatte blitt satt på isolatcelle i dager og uker – i påvente av akutt plass i psykiatrien.

for friske



SAMTALER: Sykepleiere i fengsel tilsvarer hjemmesykepleiere i kommunene. De kan tilby samtaler, men ikke terapi.

«Jeg burde vært på én institusjon.

Bjørn Isaksen, forvaringsdomt og psykisk syk

– Dette er den ytterste konsekvens, sier sykepleier Freddy Støvind og kikker inn en sprekk til det nakne, kvadratiske rommet i kjelleren på avdeling G på Ila fengsel, forvarings- og sikringsanstalt.

Freddy Støvind er psykiatrisk sykepleier og har jobbet på Ila i fem og et halvt år. En vanlig arbeidsdag for ham innebærer ikke veldig ofte at han må stå slik og snakke med pasienten gjennom en tre centimeter bred åpning i veggen.

Men det hender. Og det hender også at noen av dem som sitter der inne er psykisk syke og skulle vært et helt annet sted.

Ingen har oversikt over hvor mange innsatte som per i dag har så store psykiske problemer at de ikke burde sitte i fengsel. Justisdepartementet jobber i disse dager med å få disse tallene på bordet. Fengselsdirektøren på Ila har tidligere gått ut og sagt fra at det bare i hans fengsel sitter mellom 6 og 9 fanger som egentlig er for syke til å sone der.

– Her inne må vi drive sykepleie på fengslets premisser. Sikkerheten kommer først, sier sykepleier Freddy Støvind.

Farligere – og sykere

Ila er et fengsel med høyt sikkerhetsnivå. Det betyr doble, høye gjerder med piggetråd. Det betyr at tytterporterer slår tungt i før man kommer til selve fengselsbygget. Det betyr at alle dører er låst – hele tiden. Bak dørene, inne på de seks kvadratmeter store cellene, sitter noen av landets farligste menn. Gjennomsnitts soningstid for innsatte her er ni år.

Tar man statistikken nærmere i øyesyn, er det ikke bare de farligste, de som har begått drap, overgrep eller smuglet narkotika, som sitter her. Tallene forteller også at de er blant de

« Dette er den ytterste konsekvens.

Freddy Støvind, sykepleier

sykeste, fattigste og lavest utdannede. For mange startet tilløpet til fengselstilværelsen allerede i barndommen. Statistisk sett har innsatte – og det gjelder ikke bare for Ila, men for fengsler i hele landet – en opphopning av både sosiale og helsemessige problemer:

- › 30 prosent av de innsatte har vært barnevernsklienter
- › 30 prosent har opplevd å ha nær familie i fengsel
- › 40 prosent har ungdomsskolen som lengste fullførte utdanning
- › 40 prosent lever under fattigdomsgrensen
- › 60 prosent er rusmisbrukere
- › 50 prosent har kroniske sykdommer

– De sammensatte problemene gjør at vi som sykepleiere er helt avhengig av å jobbe tverrfaglig, sier Hilde Rosenlund.

Hun er psykiatrisk sykepleier og leder av helseavdelingen ved Ila. I staben har hun fem sykepleiere, som alle har videreutdanning i psykisk helsearbeid.

18 av landets største fengsler har en egen helseavdeling – de mindre fengslene har det ikke. Sykepleierne utgjør grunnstammen i helseavdelingene, i 2007 var det rundt 80 årsverk i landets fengsler.

– Slik vi oppfatter det, kan det se ut som at de som sitter i fengsel er en sårbar gruppe som har større behov for helsetjenester enn resten av befolkningen. Ifølge loven skal de ha samme tilgang på helsetjenester som de som er utenfor.

– Har de det?

– Innenfor noen områder vil jeg si at innsatte får like gode helsetjenester. Men når det gjelder psykisk sykdom, kan det være vanskelig å få riktig behandling ved akutte tilfeller.

Fengselsdirektøren ved Ila har ved tidligere anledninger varslet fra om uholdbare forhold for syke innsatte. Helseavdelingen har rapportert inn til Helsedirektoratet at de har måttet isolere psykisk syke i uker i påvente av akutt plass i spesialisthelsetjenesten.

De har varslet, uten at det har skjedd merkbare endringer.

Bjørn Isaksen – et akutt tilfelle

Bjørn Isaksen har ofte vært et akutt tilfelle. Han er innsatt, dømt til forvaring for voldshandlinger. I perioder blir han utagerende, voldelig, hører stemmer. Han er regnet som en av de farlige. Og syke.

Nå kommer han luntende innover korridoren i toppetasjen – som tilhører helseavdelingen. Ved siden av ham går en ung kvinne med lys hestehale og perler i ørene. Betjent, ifølge ansatte. Blåskjorte, ifølge innsatte.

Han har bedt om en samtale med sykepleier Freddy Støvind. De to har tidligere hatt jevnlig samtaler over lang tid, men så har det vært stopp ganske lenge. I mellomtiden har han gått til psykiater.



SYKEPLEIERJOB: Sikkerheten kommer først, sykepleien i andre rekke. Slik er arbeidsdagen for sykepleier Freddy Støvind på Ila fengsel, forvarings- og sikringsanstalt.

Fengselsfakta

- › Det finnes i alt 49 fengsler i Norge.
- › 3349 personer satt daglig i fengsel i 2007.
- › 63 prosent av fengselsplassene i Norge er i fengsel med høyt sikkerhetsnivå. 20 prosent av plassene er i to- eller firemannsrom.
- › I et fengsel med høyt sikkerhetsnivå får man ringe i tjuve minutter per uke, og ha besøk en time per uke.

Soningsformer:

- › fengsel med høyt sikkerhetsnivå
- › fengsel med lavt sikkerhetsnivå
- › overgangsbolig
- › institusjon eller sykehus
- › soning utenfor fengsel – hjemmesonings
- › soning utenfor fengsel med elektronisk kontroll – hjemmesonings
- › samfunnsstraff

– Setter du på vann? spør Bjørn Isaksen og setter seg inne på samtalerommet. Betjenten venter på gangen utenfor. Over plastkrus med pulverkaffe kommer det: Han vil slutte hos psykiateren, og gjenoppta samtale med sykepleieren.

– Kan du si litt om hva som har skjedd? spør Freddy Støvind.

– Det har vært så ustabil, psykiateren har hatt ferier og kurs, så det har blitt for lang tid mellom hver samtale. Og timene har blitt kortet av. 50 minutter har blitt til 25-30 minutter. Det blir for lite, sier Bjørn Isaksen.

For syk – og for frisk

Flere innsatte ved Ila får antipsykotiske medisiner. Da kan de sitte i fengsel. Blir de psykotiske, skal de ha behandling i spesialisthelsetjenesten.

Bjørn Isaksen kjempet i fjor høst for å bli overført til Regional sikkerhetsavdeling på Dikemark. Han fikk beskjed om at han var så syk at han skulle sone der. Men de hadde ikke plass, og ukene gikk, mens Bjørn ble dårligere og dårligere. I den perioden var han ut og inn av isolasjon. Etter ett års ventetid, fikk han plass i desember 2008. Etter to og en halv måned var han tilbake på Ila.

Han mener at han er for syk til å sitte i fengsel, og at han trenger behandling utover samtale annenhver uke. Problemet er at Regional sikkerhetsavdeling har få plasser, og må prioritere knallhardt.

– Det mangler et tilbud til slike som Bjørn Isaksen. Han er for syk til å sitte i fengsel, men ikke syk nok til å få plass på Regional sikkerhetsavdeling, medgir Freddy Støvind.

Betjentene, men ikke sykepleierne, har, ifølge straffelovens paragraf 38, anledning til å bruke tvangsmidler for å få kontroll på en situasjon. Blir en innsatt utagerende, kan han i ytterste konsekvens bli satt på isolat eller lagt i belter.

Bjørn Isaksen har sittet på isolat mange ganger.



– Brudd på menneskerettighetene

Bruk av isolat og belteseng i fengsel, er ikke behandling, og er ikke regulert etter psykisk helsevernloven, slik som i psykiatriske institusjoner. I fengselet er det betjentene som vurderer hvem som må roes, og på hvilken måte. Helsepersonell kommer inn i situasjonen i ettertid.

Amnesty International har flere ganger gått ut og kritisert Norge for å bryte menneskerettighetene når det gjelder behandlingen av psykisk syke i fengsel. I en rapport til FNs menneskerettsråd uttales blant annet:

« Vi har hatt en innsatt som ble liggende åtte døgn i sikkerhets-seng.

Hilde Rosenlund, leder helseavdelingen ved Ila fengsel, forvarings- og sikringsanstalt



HAR VARSLET: Hilde Rosenlund er psykiatrisk sykepleier og leder helseavdelingen ved Ila. Hun har varslet fra om vansker med å få akutt plass for psykisk syke innsatte.

«Å plassere mentalt syke personer i fengsel og isolasjon, uten adgang til nødvendig behandling av spesialister og relevante institusjoner i helsevesenet, er brudd på FNs standard minimumsregler for behandling av fanger. Det er også brudd på nasjonal lov. Allikevel skjer det stadig i norske fengsler. ... Direktøren for Ila fengsel har offentlig kritisert forholdene for psykisk syke i fengslene og mener at mellom seks og åtte fanger ved Ila trenger psykiatrisk behandling. Trolig er antallet på landsbasis mye høyere».

– Kasteballer

Rita Bråten, nestleder i Norsk Fengsels- og friomsorgsforbund, liker ikke situasjonen:

– Det er et stort problem at det sitter psykisk syke i kriminalomsorgen som ikke burde sitte der. De små fengslene har ikke helseavdelinger, og helseavdelingene i de større fengslene har ikke personell som er spesialutdannet innen psykiatri.

– Jeg vet at særlig Oslo fengsel sliter med problemer med psykisk syke innsatte. Mange er for syke for fengsel, men ikke syke nok til akuttinnleggelse. Ila er også et klassisk eksempel, innsatte får opphold på Dikemark for å bli tvangsmedisinert, for det kan de ikke gjøre inne i fengsel, så kjøres de tilbake til Ila, før de blir så dårlige at de igjen må overføres til Dikemark. Også Trondheim fengsel sliter med innsatte som blir kasteball mellom kriminalomsorgen og psykiatrien, sier hun.

Åtte døgn i belter

– Vi har hatt en innsatt som ble liggende åtte døgn i sikkerhets-seng fordi vi ikke hadde et annet tilbud, forteller Hilde Rosenlund.

Om kort tid skal helseavdelingen, Rådet for psykisk helse og representanter fra spesialisthelsetjenesten ha et møte for å se hva som kan gjøres med situasjonen.

– Disse pasientene trenger noen ganger et behandlingstilbud som har høyere sikkerhetsnivå enn en vanlig akuttpsykiatrisk avdeling.

Bekymret for lav sykepleierbemanning

15 av 45 fengsler mener de har for få sykepleierstillinger i forhold til behovet.

I en rapport fra fengslene til Helsedirektoratet, er det flere som er bekymret for forholdet mellom behov og bemanning, spesielt i forhold til antallet sykepleiere.

15 av 45 fengsler mener de har for få sykepleiere. Syv fengsler mener de har for få leger, og ett fengsel mener

de har behov for fysioterapeuter.

Åtte fengsler er bekymret over tilbudet fra spesialisthelsetjenesten i forhold til psykiatri og tilgang til psykologer. Bare halvparten av fengslene hadde i 2007 inngått avtale med DPS eller med en psykiatrisk sykehusavdeling. Helse- og omsorgsdepartementet pålegger helseforetakene å ha samarbeidsavtaler omkring psykiatriske problemstillinger.

I 2007 var det ifølge rapporten vel 80 sykepleieårsverk i fengselshelsetjenesten. Samme år hadde fengslene til sammen plass til 3029 innsatte.

«Innslaget av sykepleiere med spesi-

alkompetanse i psykiatrisk sykepleie er svært begrenset og tilbudet fra psykiatere og psykologer ikke tilstrekkelig», skriver Helsedirektoratet i rapporten, og konkluderer med at bekymringsmeldingene fra fengselshelsetjenestene må tas på alvor.

To år etter bekymringsmeldingene medgir divisjonsdirektør Jon Hilmar Iversen at situasjonen er den samme:

– Dette er fortsatt situasjonen når det gjelder tilbudet om psykisk helsehjelp og psykisk helsevern i fengslene, sier han.

– Det er viktig at kommunene og helseforetakene sørger for at den veksten i

helsetilbudet som Opptappingsplanen for psykisk helse har medvirket til også kommer innsatte i fengsel til gode. Tilbudet må styrkes og opprettholdes selv om selve Opptappingsplanen er avsluttet og pengene nå går via rammene til kommunene og helseforetakene, sier Iversen.

– Mange innsatte i fengsel trenger psykisk helsehjelp både fra kommunen og fra spesialisthelsetjenesten, derfor er det viktig å få til gode samhandlingsavtaler om et helhetlig tilbud i fengselet og gjøre det mulig å komme til poliklinikk og sykehus når det trengs, sier han.

Bevisstløs i gjerningsøyeblikket?

Personer som er psykisk utviklingshemmet i stor grad, eller som erklæres psykotiske eller bevisstløse i gjerningsøyeblikket, kan ikke idømmes straff. De kan imidlertid idømmes overføring til tvungent psykisk helsevern eller til tvungen omsorg.

Forvaring er en tidsbestemt straffereaksjon, og idømmes når retten mener ordinær fengselsstraff ikke er tilstrekkelig for å beskytte samfunnet, og når faren for gjentakelse vurderes som stor. Idømmes for alvorlig kriminalitet som alvorlig voldsforbrytelse, seksualforbrytelse, frihetsberøvelse, ildspåsettelse, grovt ran eller annen forbrytelse som krenker andres liv, helse eller frihet.

UTE PÅ PRØVE: Terje Jenssen har sittet i flere fengsler, og er kritisk til helsetilbudet han har fått. - Jeg takker verken helsepersonell eller betjenter for at jeg er i live i dag, sier han.



Ila klaget Regional sikkerhetsavdeling ved Dikemark inn for Helsetilsynet for halvannet år siden, etter at tre innsatte ble vurdert som alvorlig sinnslidende og psykotiske av fengselslegen, uten at de fikk plass.

Ikke terapi

– Hva kan sykepleiere i fengsel tilby denne pasientgruppen?
– Vi kan blant annet tilby støttesamtaler, og mange spør etter det. Samtidig er vi bevisst på at vi ikke skal gå ut over vårt faglige kompetanseområde. Vi tilbyr ikke terapi. Det er viktig å ha klare rammer for hva vi kan tilby og hva som er legens oppgave eller hva som er spesialisthelsetjenestens oppgave, sier Rosenlund.

– Vi kan mye om reaksjoner på kriser. Det er ikke slik at alle som er i fengsel har en psykisk sykdom, men veldig mange har en krisereaksjon. Gjennom utdanningen kan vi noe om begge deler. Vi forsøker å forklare andrelinjetjenesten at vi kun kan tilby helsehjelp på linje med hjemmesykepleie inne i fengselet, sier hun.

Ingen oversikt

Hvor mange av landets innsatte som er gråsonetilfeller som Bjørn Isaksen, er det ingen som vet.

Per i dag finnes det ingen oversikt over hvor mange i norske fengsler som har behov for psykiatrisk behandling. Det er heller ingen oversikt over hvilke psykiatriske diagnoser de har. Tall fra USA og Storbritannia viser imidlertid at innsatte har to til fire ganger oftere psykiatriske lidelser og alvorlig depresjon, og ti ganger så ofte antisosiale personlighetstrekk enn befolkningen ellers.

« Til slutt sa jeg til en betjent at jeg tenkte på å ta livet mitt. Da ble jeg satt på isolat. *Terje Jenssen, prøveløslatt og ansatt på Wayback*

Neste år starter derfor en norsk studie som for første gang i historien skal kartlegge den psykiske helsetilstanden hos norske fanger. Forarbeidene til kartleggingen viser til at utenlandske studier viser at innsatte med psykiske lidelser som regel har flere psykiatriske diagnoser, og at de begår flere lovbrudd og av mer voldelig karakter.

Screeener 800 fanger

Den norske studien skal gå over tre år, og screene 800 innsatte fra hele landet for blant annet personlighetsforstyrrelser, ADHD, kognitive evner og avvik – og suicidal atferd. For selv om det ikke finnes noen større systematisk kartlegging av norske innsattes mentale helse, taler selvmordsstatistikken et tydelig språk:

Selvmordsraten i fengslene er hele fire ganger høyere enn i befolkningen ellers. En studie viser at de fleste selvmordene skjedde i løpet av de tre første månedene i fengsel, 28 prosent tok livet av seg den første uken, og 12 prosent i løpet av de to første dagene. Hengning på cella er vanligst, men også kutting, kvelning, insulinavbrudd og ildspåsettelse er metoder som har vært brukt.





TAKKER: Ali venter på løslatelsen, og trenger hjelp fra sykepleier underveis. Han takker for hjelpen han får.

«De aller fleste sliter med en stor sosial tapsliste og betydelige sosiale, helsemessige og eksistensielle problemer før de kommer i fengsel. *Yngve Hammerlin, forsker på selvmord i fengsler*

Flere selvmord

Yngve Hammerlin regnes for å være Norges fremste forsker på selvmord i fengslene. Denne måneden kommer han med forskningsrapporten og boka «Selvmord og selvmordsnærhet i fengsel – selvmordsforebyggende arbeid i fengsel.»

Tall fra 1990 til og med 2007, viser at det ble begått 59 selvmord i norske fengsler i denne perioden. Tre av disse var kvinner.

Antallet selvmord i norske fengsler har økt hvert tiår siden 60-tallet, men det har også antallet innsatte gjort.

Hammerlin poengterer at selvmordsproblematikken ikke bare må reduseres ved å telle antall døde, men ses i forhold til selvmordsforsøk og selvskader.

– Ethvert selvmord er et selvmord for mye – vi må ikke bare telle opp antall døde når vi studerer selvmordsproblematikken. Vi må ta tak i de grunnleggende problemstillingene, og se på hvilke livsvilkår innsatte har både i og utenfor fengslet.

– Ikke bare et helseproblem

Selvmordsproblematikken i norske fengsler er komplekst, sier Hammerlin.

Hammerlin understreker at selvmord i fengsel heller ikke

bare må forstås som et helseproblem.

– Selvmord i fengsel må også forstås og forklares som et eksistensielt og sosialt spørsmål. Diverse levekårsundersøkelser om fangebefolkningen viser dette. Det gjelder også for dem som bryter livet i fengslene. De aller fleste sliter med en stor sosial tapsliste og betydelige sosiale, helsemessige og eksistensielle problemer før de kommer i fengsel.

– Fængselsoppholdet – som i seg selv er en stor påkjenning gjennom dets restriktive kontroll- og sikkerhetsorientering – skaper også store problemer for mange fanger. Dette gjelder ikke minst varetektfengslingen. Tre av fire som begår selvmord i fengsel sitter i varetekt. I tillegg har enkelte begått svært belastende kriminelle handlinger som i seg selv skaper betydelige problemer for den enkelte. Dette gjelder ikke minst de som har begått drap eller drapsforsøk, sier han.

– Det er gjort et omfattende arbeid med å kartlegge og forstå problematikken selvmord i fengsler i Norge, sier Hammerlin. Han har forsket på feltet siden tidlig på 80-tallet.

– *Hvordan er selvmordsstatistikken i norske fengsler, sammenlignet med andre land?*

– Vi kan ikke uten videre og uten kritiske refleksjoner sammen-

« Innsatte får opphold på Dikemark for å bli tvangsmedisinert, for det kan de ikke gjøre inne i fengsel.

Rita Bråten, nestleder i Norsk Fengsels- og friomsorgsforbund

ligne direkte med andre land, for fengselsystemene er så forskjellige. Vi må ta tak i de problemene vi har her, for så å studere det konkret sett i lys av norske forhold, sier Hammerlin.

Straffet for selvmordstanker

Terje Jenssen smiler i sola. Han står ute på verandaen i det lille, hvite huset som stiftelsen Wayback leier på Rodeløkka i Oslo.

Wayback, som jobber med å få fanger tilbake til samfunnet igjen etter soning, er jobben til Terje Jenssen nå. Han er ute på prøve, etter flere år i fengsel – de siste på Ullersmo. Denne høsten kan han feire tre år som rusfri, etter to tiår som heroinist. Som tung rusmisbruker i fengsel har han vært mye syk.

– Jeg var i veldig dårlig form i en periode. Jeg var inn og ut hos fengselslegen, uten at det hjalp. Jeg ble fortvilet og etter hvert deprimert. Til slutt sa jeg til en betjent at jeg tenkte på å ta livet mitt.

– Reaksjonen på det, var at jeg ble satt på isolat. Jeg måtte kle av meg alle klærne, ett og ett, mens to betjenter sto og så på. Så ble jeg låst inne. Jeg fikk straffen fordi de vurderte at jeg var til fare for meg selv eller andre, men jeg ble ikke noe friskere av å bli isolert. Det var et fortvilet rop om hjelp. Betjentene tror alltid at man faker syk, at man egentlig bare tenker på å rømme.

Underlegen som syk

– Alle smerter og plager du har, oppleves mye mer intenst når du sitter alene på et seks kvadratmeter stort rom – og du føler deg veldig underlegen når du blir syk i fengselet, sier han.

I ettertid er Terje glad han overlevde, for han var langt nede.

– Men jeg kan ikke takke verken betjenter eller helsepersonell i fengselet for det, sier han. Nå sitter han som brukerrepresentant i flere utvalg og referansegrupper som jobber for å forbedre innsatte og nylig løslattes levevilkår.

4 år – 40 flyttinger

Møtet mellom Bjørn Isaksen og Freddy Støvind oppe på samtalerommet er i ferd med å avsluttes. De diskuterer medisinene Bjørn står på, og blir enige om at Freddy gir fengselslegen beskjed om hva som har blitt sagt.

Bjørn Isaksen er inne i en roligere periode nå, men både han og Freddy Støvind vet at det kan komme situasjoner hvor han blir voldelig igjen.

– Da er det inn på isolat, sier Bjørn Isaksen.

– Jeg burde vært på en institusjon i lengre tid. Jeg har vært kasball mellom institusjoner i 13 år, bare de siste fire årene har jeg hatt 40 flyttinger. Det er en ekstra belastning, sier han.

Avdeling G

Det er mange dører som må låses opp og igjen for å komme seg



Fengselsfakta

Fra sikring til forvaring

Straffebestemmelsene om forvaring ble gjort gjeldende fra 1. januar 2002, og erstattet det som tidligere ble kalt sikring. Lovbrytere som er utilregnelige skal ikke lenger idømmes en reaksjon som innebærer plassering i fengsel. Straffedømte som er tilregnelige, men i fare for å begå nye alvorlige straffbare handlinger, kan på visse vilkår idømmes forvaring i fengsel. Problemet er at mange forvaringsdømte har psykiske lidelser, noen alvorlige

fra Ilas helseavdeling i øverste etasje, til avdeling G, som ligger i kjelleren.

Freddy Støvind er ikke bare glad for å vise frem sikkerhetscellene og beltesengen som ligger innerst, nederst i fengselet.

– Så lenge jeg har jobbet her, kan jeg huske to tilfeller hvor reimsenga har blitt brukt. Mitt inntrykk er at betjentene kvier seg for å bruke den. At man tas ut fra fellesskapet blir oftere brukt ved utagering, sier han.

På veggen utenfor sikkerhetscellen på avdeling G, henger et oppslag som forteller hvordan innsatte skal tas ut av fellesskapet og inn på isolat:

Den innsatte skal kles naken og sjekkes i hårbunn, skjegg og armhuler før han får en pyjamas og blir innelåst. Hver halve time skal den innsatte ha tilsyn. Videre står det at «når den innsatte tilsees, skal en være sikker på at denne er i live og at alt er i orden.»

Mat serveres gjennom en egen luke ved gulvet.

Sikkerhetscellene er strippet for løse gjenstander, og toalettet er et hull i gulvet, sengen er en tynn madrass. Et vindu oppunder taket, en liten luke i døren, og en glipe i veggen, på hver sin side av den tunge jerndøren. Glipen er stor nok til at hender kan berøre hverandre fra hver sin side av veggen, men ikke stor nok til at en hånd kan gripe noe på andre siden.

Som sykepleier har ikke Freddy Støvind noe å gjøre med selve gjennomføringen av straffetiltakene. I instruksjonen står det at betjentene skal ringe helseavdelingen dersom de er usikker på den innsattes helsetilstand.

Freddy Støvind legger hendene over den smale åpningen i veggen på sikkerhetscellen.

– Det er klart, det er en spesiell side ved denne jobben, at man av og til må drive sykepleie gjennom en tre centimeter bred sprekk. Til forskjell fra psykiatrien, er ikke fengselet en behandlingstilstand. Men mange som sitter her, er psykisk syke, sier han.





EGET STED: En arbeidsgruppe under Justisdepartementet utreder behovet for egne avdelinger for psykisk syke.

Jobber med saken

Egne avdelinger for de sykeste innsatte – det kan bli virkeligheten om noen år.

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers** Foto **Bo Mathisen**

Justisdepartementet har satt ned en arbeidsgruppe som skal se på behovet og muligheten for å etablere såkalte ressursavdelinger for de dårligst fungerende innsatte i norske fengsler.

Avdeling inne i fengselet

Arbeidsgruppa leverer ikke rapport til departementet før 1. november, men etter det Sykepleien kjenner til, vil gruppa anbefale at det etableres egne fengselsavdelinger for innsatte med psykisk sykdom og alvorlige personlighetsavvik.

Farlige innsatte med alvorlige, psykiske lidelser, psykiske utviklingshemmede som fungerer dårlig i fengsel, suicidale innsatte, innsatte med paranoid beredskap og innsatte som blir psykotiske av å være i fengsel, men som klarer

å takle dette i psykiatriske avdelinger – dette er, etter det Sykepleien erfarer, eksempler på grupper dette soningstilbudet kan bli aktuelt for. Tanken er at disse avdelingene skal ligge på fengselsområdet.

Størst behov på Østlandet

Arbeidsgruppa har foretatt en kartlegging for å få oversikt over hvor mange innsatte som i dag er for syke til å fungere i et fengsel, men som likevel er tilregnelige. Dette tallet er foreløpig ikke klart, men arbeidsgruppa vil sannsynligvis konkludere med at behovet for ressursavdelinger er størst på Østlandet, og at det kan være aktuelt også i fengslene i større byer som Trondheim og Bergen. ■■■

5 på gangen

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers**

– Tror du psykisk syke innsatte får et like godt helse-tilbud som andre?



Pelle Slagsvold, psykiatrisk sykepleier ved 24-7, psykiatrisk tilbud til rusmisbrukere i Oslo

– Nei, det tror jeg ikke. Jeg tror innsatte opplever DPS-ene og psykisk helsehjelp som lite tilgjengelig. Jeg tror også at en del blir mistenkeliggjort – at de prøver å unndra straff ved å påberope seg psykiske problemer. Mange innsatte er også utlendinger, og språkbarrieren kan være et hinder for å få hjelp til psykiske plager.



Morten Leivseth, psykiatrisk sykepleier i Tromsø kommune

– Jeg tror et er delt. De fengslene som har godt samarbeidsklima og god helsetjeneste kan ha det bedre enn om de hadde vært hjemme. Det krever skolerte fengselsbetjenter som har fokus på både psykisk og somatisk helse. I de fengslene hvor fengselslegen blir overstyrt av kriminalomsorgen, kan det få livsfarlige utfall.



Unn Elisabeth Hammer-vold – leder i faggruppen for psykiatriske sykepleiere

– Nei. Helsetilbud har ikke bare med den kompetansen som leger og sykepleiere har. At den innsatte ikke har nettverk, venner og fritidsaktiviteter betyr mye. Vi vet at mange innsatte er psykiske syke, og at det har vært for få ansatte med kompetanse på psykisk sykdom.



Øyvind Hansen, akuttpsykiatrisk post, psykoseenheten, Sykehuset Tønsberg

– Jeg tror ikke det, de har ikke den samme kompetansen eller bemanningen inne i et fengsel som på en psykiatrisk institusjon. Jeg tror heller ikke omgivelsene gjør den psykisk syke friskere. Men psykisk sykdom er et vidt begrep. Er det er snakk om en alvorlig psykisk lidelse, bør man være på en institusjon, men det må selvsagt vurderes individuelt.



Nina Gjerde, psykiatrisk sykepleier Vindern DPS, enhet for døgn og ambulant behandling

– Jeg tviler på det. Jeg tror fokus i et fengsel ligger mer på hva vedkommende har gjort, enn å se hele mennesket. Men det viktigste tror jeg er at det er for få ansatte, men de som er der gjør nok en god jobb ut fra forutsetningene.

Slik stresser jeg ned i en hektisk hverdag

Naturens egen "stress ned" medisin!

Det er en kjensgjerning.... Vi har alle i perioder alt for mye å gjøre. Jobb, husarbeid, unger, trening og venninner. Jeg blir stresset bare av å tenke på det, og jeg er neppe den eneste!

Det startet med en diskusjon i venninnegjengen. Vi var skjønt enig om at presset på oss jenter er stort, og at vi i perioder har alt for mye å gjøre. Da er det lett å bli stresset, og når vi stresser for mye har vi lettere for å legge på oss, få mer rynker og problemer med å sove. Alle synes at jo mer vi stresser, desto vanskeligere er det å roe ned når kvelden kommer. En venninne kunne fortelle at hun hadde funnet redningen; naturens egen løsning for stressede jenter som oss.

Roer Kroppen fra Living North er små kapsler som inneholder en kombinasjon av humle, kamille og sitronmelisse. Urtene er kjent for sin beroligende virkning, og har vært brukt til avslapningsmedisin i mange generasjoner. I tillegg inneholder Roer Kroppen magnesium

og utvalget B-vitaminer som er viktig for å motvirke stress og hjelper musklene til å slappe av. Det kan jo på ingen måte ta bort bekymringer, men det løser opp spenninger og gjør at stresset slipper taket.

Jeg bruker Roer Kroppen i de mest hektiske periodene i livet mitt - ikke mens jeg er gravid eller ammer, men ellers når jeg trenger det. Da kjenner jeg allerede etter første kvelden at musklene slapper bedre av, og at søvnen kommer fortere.

Det er deilig å våkne opp, og virkelig kjenne seg uthvilt. Da takler man ofte stresset bedre også. Bare prøv selv ;-))

Mvh
Mona

Monas "stress ned" tips

1. SENK NOEN AV KRAVENE TIL DEG SELV. Selv om vi skal være dyktige, trenger ikke alt å være perfekt alltid.

2. TA EN KAPSEL ROER KROPPEN I DE MEST HEKTISKE PERIODENE. Når kvelden kommer bør du avslutte alle aktiviteter, ta en kopp urte-te og en kapsel Roer Kroppen. Den unike sammensetning av urter vil effektivt løse opp spenninger, og gjør at stresset slipper taket.

3. GLED DEG TIL Å VÅKNE UTHVILT. Nå får du en god natt, og da er sjansen større for at du får en god dag også.

KONKURRANSE
KJENNER DU NOEN SOM FORTJENER Å STRESSE NED?
20 vinnere får gi bort "Roer Kroppen" på vår regning. Send sms ROER til 1963, og få konkurransereglene.



Roer Kroppen fra Living North inneholder en unik kombinasjon av de nordiske urtene humle og kamille, som i tillegg til sitronmelisse gir en lett avslappende effekt. Roer Kroppen inneholder også magnesium og utvalgte B-vitaminer som er viktig for å motvirke stress og hjelper musklene til å slappe av.



Naturlig tilskudd av ro

Nordiske sykepleiere vil hjelpe papirløse

De etiske rådene til sykepleierorganisasjonene i Norden har gått sammen om en formulering angående asylsøkere og papirløses rett til pleie og omsorg. Den består av tre punkter:



MARIE AAKRE: Jobber for etisk sykepleie.

- › Sykepleiere skal handle i henhold til sykepleiernes internasjonale etiske kode (ICNs).
- › Menneskers rett til omsorg er styrende i henhold til menneskerettighetene, noe som innebærer at sykepleiere alltid tilbyr pleie og omsorg til dem som behøver det, uansett rettslig status.
- › Sykepleiere oppfordres til å protestere og reagere når mennesker nektes pleie og omsorg.

Marie Aakre har underskrevet på vegne av Norsk Sykepleierforbund og sier til Sykepleien at hun håper uttalelsen vil føre til at sykepleiere og andre vil kjenne seg fri til å møte mennesker med behov for helsehjelp uavhengig av rettslig status.

Sykepleier uten grenser

I midten av september fikk Leger uten grenser i Danmark ny president. Valget falt på sykepleieren Jesper H.L. Jørgensen. Han er 38 år og har jobbet som sykepleier i Afghanistan, Russland, Somalia, Sudan, Malawi, Mosambik, India, Brasil og Albania.



Jesper HL Jørgensen har vært tilknyttet Leger uten grenser i mange år. I 2001 fikk han blant annet Florence Nightingale-medaljen for sitt arbeid med tuberkulosepasienter i russiske fengsler.



– Import av helsepersonell er omvendt bistand

– Det er et nasjonalt ansvar å utdanne nok helsefagarbeidere til å ta seg av utfordringen med stadig flere eldre. Import av helsepersonell fra regioner utenfor Europa vil fjerne viktige ressurser fra fattige land og fungere som omvendt bistand til rike land, sier helsedirektør Bjørn-Inge Larsen.

Dette var blant temaene da Larsen nylig deltok på det 59. regionalakademimøtet i Verdens helseorganisasjons europaregion (WHO EURO) i København. Styret i WHO skal i januar 2010 ta stilling til et utkast til globale retningslinjer for internasjonal rekruttering av helsepersonell.

Kilde: Helsedirektoratet

Der ute

Les mer om:

- 36** Barn som pårørende i Bodø ›
- 42** Brukerstyrt seng på Jæren DPS ›
- 46** Sykepleiere forlater Steinkjer ›



sykepleien.no

- › Ahus får pålegg fra Arbeidstilsynet for brudd på arbeidsmiljøloven.



Frykter at

Vet du hvor uniformen din er laget? Eller hvor bandasjer og kirurgiske instrumenter er produsert?

Tekst **Kari Anne Dolonen** Foto **Erik Sundt**

Legeforeningen sendte nylig et brev til Helse- og omsorgsdepartementet hvor de ber regjeringen om å lovfeste etisk handel i innkjøpsordninger for medisinsk utstyr. I dag finnes en veileder som er retningsgivende. Det er for vagt, mener Legeforeningen som gjerne vil ha NSF med seg i saken for å sikre etisk handel.

Forutsetter etikk

Gunn Goksøyr er ledende spesialsykepleier på dagkirurgisk senter ved Oslo Universitetsykehus, Ullevål.

I mange år har hun tatt seg av innkjøp av medisinsk utstyr ved avdelingen. I hyllene på kontoret hennes står mange kataloger på rekke og rad. Det er ut ifra disse bøkene hun foretar sine bestillinger.

– Tidligere forhandlet vi selv frem avtaler direkte med leverandørene. I dag er det anbudsrunder med utprøving av utstyr for hele helseregionen. Det blir inngått innkjøpsavtaler med leverandørene sentralt som gjelder i fire år. Når en avtale er inngått, forholder jeg meg lojalt til det. Jeg forutsetter at de som har vurdert utstyret også har tatt hensyn til det etiske aspektet, sier Goksøyr.

Ser bra ut

Hun har selv vært på besøk på flere store tyske fabrikker som produserer medisinsk utstyr. Alt så bra ut der.

Men ..., sier hun og tar en liten pause – Også disse fabrikkene har samarbeidspartnere i Østen.

Goksøyr understreker at det ikke behøver å bety at noen i produksjonskjeden driver med barnearbeid eller annen utbytting av arbeidstakere.

– Problemet er at det er vanskelig å kontrollere hva som skjer, og ikke minst hos underleverandørene i lavkostland, sier hun.

– Ville du blitt overrasket om utstyr som ble brukt ved Ullevål var produsert på uetisk vis?

– Nei, sier hun.

– Hvordan kan vi få bukt med uetisk produksjon av medisinsk utstyr?

– Bedre kontroll. I anbudsutlysninger må kravene

barn lager medisinsk utstyr



GUNN GOKSØR er ledende spesialsykepleier ved dagkirurgisk senter ved Oslo Universitetsykehus, Ullevål.

være krystallklare. Vi vil ikke ha produkter på norske sykehus som ikke er produsert på etisk måte. Enten det gjelder dårlige arbeidsforhold, barnarbeid, eller ved utslipp av kjemikalier som forurenser miljøet og gjør lokalbefolkningen syke, sier hun.

Bruk vett

Goksør tror helsevesenet speiler samfunnet ellers.

– Det er pengene som rår. Man får stort sett det man betaler for. Hvis en fin kirurgisk saks koster 50 kroner, tenker jeg at noe må være galt. Det er sunn fornuft. Faren er stor for at saksen enten er av dårlig kvalitet, eller at den er produsert av barnarbeidere eller på annet uetisk vis, sier hun.

Goksør mener helsevesenet ikke bør få ned sine kostnader på bekostning av fattige land.

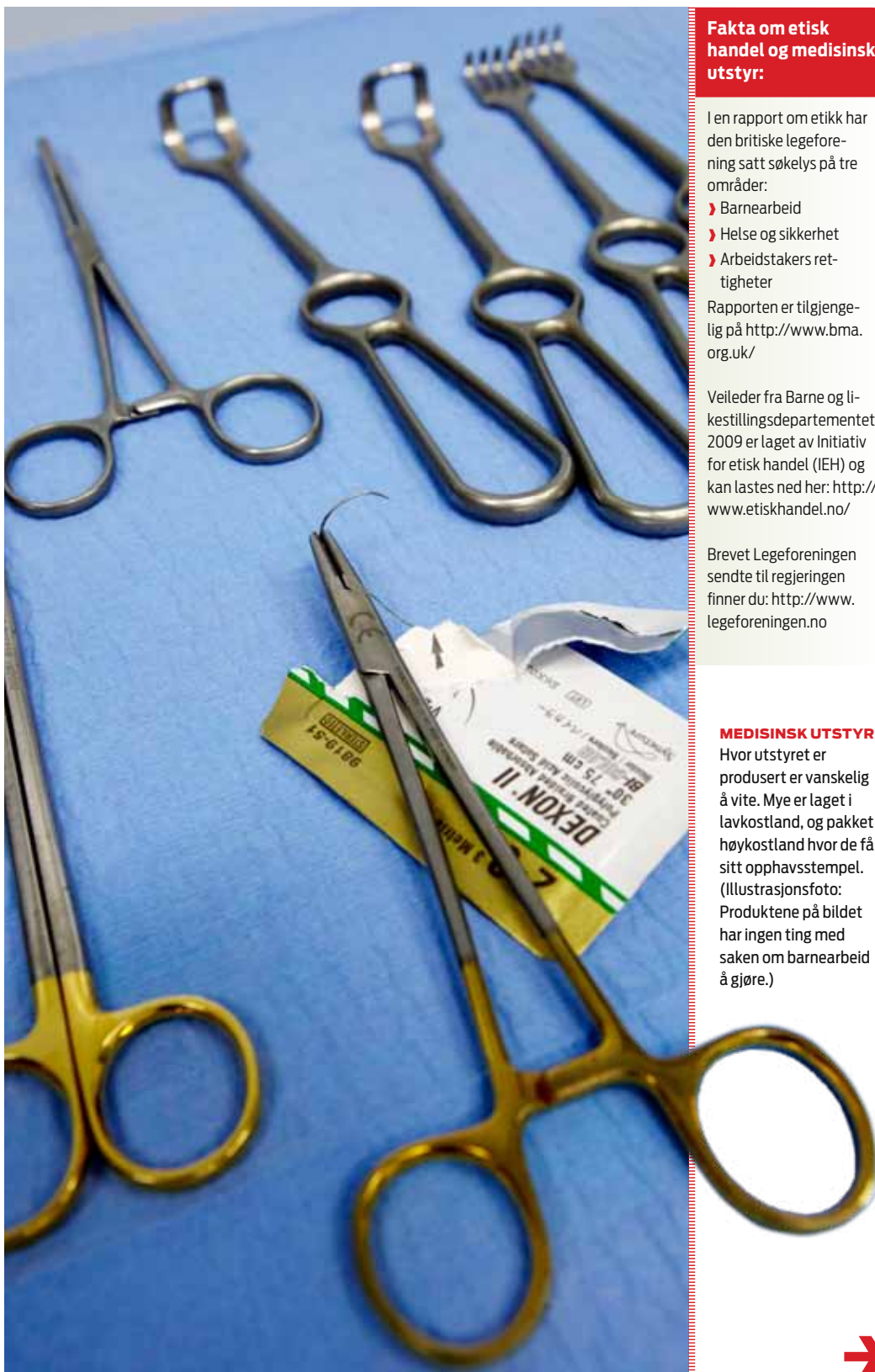
– Jeg synes det er forkastelig.

De siste årene er det satt mer fokus på etisk handel og forurensing. Det mener Goksør har hjulpet på folks bevissthet.

– I tillegg har anbudene ført til at det er lettere å få innsikt. Jeg tror også at de store seriøse firmaene er redde for å bli tatt dersom deres produksjon skjer ved å utnytte andre. En skandale kan fort koste dem dyrt, sier hun.

Helse Sør-Øst RHF reviderer i disse dager sine etiske retningslinjer for innkjøpsarbeidet i regionen. Bakgrunnen er et styrevedtak på at: «alt innkjøpsarbeid skal være preget av høy etisk standard der rollen som pådriver for miljøkrav og en etisk leverandørkjede er tydelig».

«Vanskelig å kontrollere hva som skjer»



Fakta om etisk handel og medisinsk utstyr:

I en rapport om etikk har den britiske legeforening satt søkelys på tre områder:

- › Barnarbeid
- › Helse og sikkerhet
- › Arbeidstakers rettigheter

Rapporten er tilgjengelig på <http://www.bma.org.uk/>

Veileder fra Barne og likestillingsdepartementet 2009 er laget av Initiativ for etisk handel (IEH) og kan lastes ned her: <http://www.etiskhandel.no/>

Brevet Legeforeningen sendte til regjeringen finner du: <http://www.legeforeningen.no>

MEDISINSK UTSTYR:

Hvor utstyret er produsert er vanskelig å vite. Mye er laget i lavkostland, og pakket i høykostland hvor de får sitt opphavsstempel. (Illustrasjonsfoto: Produktene på bildet har ingen ting med saken om barnarbeid å gjøre.)



Krever bedre kontroll

– Å si at det er for vanskelig å følge hele produksjonsleddet, er for enkelt, sier president i Legeforeningen, Torunn Janbu (bildet).



Et hav av produsenter forsyner norske sykehus med utstyr. Helsesektoren er også blitt opptatt av priser. Anbudsløst og produsenter velger stadig oftere å legge produksjon av utstyr til land man vet er risikofullt når det gjelder barnearbeid. Om etikken ivaretas på produksjonssiden er ofte vanskelig å sjekke. Det står heller ikke på utstyret hvor det er laget.

Hvordan kan da sykepleiere og andre helsearbeidere være trygge på at utstyret de bruker er produsert på etisk vis? Å finne et godt svar på spørsmålet er tilnærmet umulig. Det har gjort at Legeforeningen vil ha bedre kontroll, og politikere må mer aktivt på banen.

I 2007 ble det skandale i Sverige da dokumentarfilmen «Vita rockar och vassa saxar» ble vist. Filmen avslørte hvordan tekstiler og enkelt medisinsk utstyr ble produsert hos indiske og pakistanske leverandører til svensk helsevesen.

Er kontrollen god nok?

Terje Skansen er administrerende direktør i Helseforetakenes innkjøpsservice (Hinas). Sykehusene kjøper riktignok selv inn sitt medisinske utstyr, men det er Hinas som forhandler frem rammeavtalene.

– Hvordan sjekker dere at utstyr lages på en etisk måte?

– Vi har med dette i anbudsvilkårene og kontraktene som vi inngår. Vi har for eksempel rett til å dra til fabrikker og produsenter for å sjekke forholdene, sier han.

– Har dere gjort det?

– Nei. Ikke enda, men det kan være vi gjør det etter hvert, sier Skansen.

Regjeringen kom i 2007 med en handlingsplan om etisk handel.

– Det har gjort at fokus er blitt mye tydeligere

på dette punktet. For innkjøperne i sykehus er dette også et kjærkomment dokument, sier han.

Ingen garanti

Selv om Hinas-direktør Skansen mener fokus på etisk handel er styrket de siste årene, kan han ikke love at medisinsk utstyr laget av barnearbeidere ikke finnes på norske sykehus.

– Det finnes et hav av produsenter og underleverandører. Vi er imidlertid ekstra oppmerksomme om det skulle komme anbud fra ukjente firma med uslælige priser. Det er som regel en indikator på at ikke alt er som det bør, sier han.

– Kan dere kreve at utstyr merkes med hvor de kommer fra?

– Nei, men i kontraktsforhandlingene kan vi drøfte disse tingene. Jeg etterlyser imidlertid fokus på hvordan leverandørene tenker.

Vanskelig å sjekke

Å vinne anbud er viktig. Det gjør at mange setter ut produksjonen av utstyr til lavkostland.

– Det gjør det vanskelig for oss å håndtere etikken i produksjonen. Etersom anbud og pris blir viktigere og viktigere, er dette en kjempetvilling, sier generalsekretær i Leverandørforeningen for helsesektoren, Knut Løvdal.

Han understreker at organisasjonen er opptatt av dette, men at det er vanskelig å håndtere i praksis.

– Vi klarer kanskje å holde oversikt to-tre ledd bakover i en produksjon, men så er det vanskelig, sier han.

Legene i front

Den europeiske legeforening (CPME) vedtok i juni i år at alle medlemslandene skulle legge press på egne regjeringer for å sikre etisk handel av medisinsk utstyr. Den norske Legefore-

ning har derfor sendt et brev til regjeringen.

– Vi må ha på plass retningslinjer om etisk handel som er obligatoriske å følge, ikke frivillig. Veilederen som Barne- og likestillingsdepartementet kom med i 2009, er god, sier president i Legeforeningen, Torunn Janbu.

– Hva slags utstyr er det dere frykter kan være produsert av barn?

– Ut ifra det vi vet ble avdekket i Sverige, handler det om tekstiler, engangsutstyr og enklere kirurgisk utstyr.

Janbu er ikke for boikott dersom det avdekkes forhold som bryter med etiske regler.

– Barnearbeid foregår i land med fattigdom og nød. Folk som er villige til å jobbe under helsefarlige forhold har det vanskelig i utgangspunktet. Fjerner vi arbeidsplassene deres i tillegg gjør vi en vanskelig situasjon enda verre. Vi bør heller gå inn der slike forhold avdekkes og bidra til at forholdene blir bedre, sier hun.

– Hva kan gjøres?

– Vi har sendt brev til Helse- og omsorgsdepartementet. Jeg vil oppfordre andre organisasjoner til å gjøre det samme. Hvis NSF for eksempel sendte et brev hvor de støtter vårt forslag, ville det vært bra. Jo flere vi er, dess mer press kan vi legge på myndighetene. Det er der hovedansvaret ligger, sier hun.

Tar utfordringen

I en kommentar til Janbus utspill bekrefter nestleder Unni Hembre at NSF tar utfordringen og at de støtter Legeforeningens initiativ.

– Dette er et meget bra tiltak som øker bevisstheten vår på et viktig område. Etisk handel er noe som NSF allerede har fokus på. Vi forutsetter at det vi handler inn av produkter er et resultat av etisk handel. Det er viktig at vi hele tiden blir minnet om hvor viktig dette er. ■■■

Ikke akseptabelt

NSF-leder Lisbeth Normann mener det ikke kan være personalets eller pasientenes ansvar å tenke på om utstyret de bruker er produsert på etisk vis.

– Ledelsen må sørge for å ha et etisk regelverk som sikrer rutinene på dette, sier hun.

Normann mener det burde være et legitimt krav å kunne be om at utstyr er merket med produksjonsland.

– Nettopp for å dokumentere at varen ikke er produsert av barn eller av arbeidere som ikke har tilfredsstillende arbeidsvilkår.

– Hvem mener NSF har ansvaret for å sørge for at uetisk fremstilte produkter ikke kommer inn på norske sykehus?

– Det er ledelsen ute i virksomhetene. Vi skal sørge for at NSF som organisasjon har et etisk regelverk som sikrer at vi har orden «i eget hus». Når det gjelder

etisk handel er dette et viktig prinsipp for NSF fordi vi, i solidaritet, med arbeidere i andre land skal jobbe for at arbeids- og lønnsvilkårene er gode. Uansett i hvilken del av verden man jobber. Det betyr at vi ikke kan tolerere sosial dumping eller barnearbeid.

Ikke glem bort
de gode HMS-idéene

KARSTEN MO PHOTO - STUDIO SINJOR

men;

Meld deg på KLPs Arbeidsmiljøpris 2009 og kampen om 100.000 kroner. KLP ønsker å vise frem de gode HMS-idéene som kan inspirere og være til nytte for andre. Derfor deler vi ut hvert år tre priser på 100.000 kroner. Vi premierer de beste prosjektene for bedre arbeidsmiljø innen helseforetak, kommuner og bedrifter.

Har du vært med på et godt prosjekt?
Gå inn på www.klp.no/arbeidsmiljopris
Det er enkelt å delta, meld deg på i dag!

klp
for dagene som kommer

Amalie Heldahl var trygg på at noen passet på mamma da hun var syk.

Lovendring:

Helsepersonell skal se barna

Barn som pårørende:

- › 1. januar 2010 endres helsepersonelloven, slik at helsepersonell får en plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende.
- › Loven gjelder barn der en av foreldrene får helsehjelp for psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet, og alvorlig somatisk sykdom og skade.
- › I praksis betyr det at helsepersonell skal avklare om pasienten har barn, og samtale med pasientens om barnets behov for informasjon og oppfølging.
- › Helsepersonell skal også bidra til at barnet og personer som har omsorg for barnet gis informasjon om pasientens sykdomstilstand, i tråd med reglene om taushetsplikt.
- › Helseforetakene pålegges å ha barneansvarlig personell.

Stua her ligner på der du var da du var syk, mamma, sier ni år gamle Amalie Heldahl.

Hun sitter i en dyp sofa og tegner. På dagligstua på D-posten ved Salten psykiatriske senter ved Nordlandssykehuset i Bodø er også mamma Elisabeth Heldahl og sykepleier Hilde Lorentzen. De diskuterer brosjyrer om barn som pårørende.

For ett år siden var Heldahl innlagt ved ei annen avdeling på sykehuset. Nå er hun ansatt i 20 prosent stilling som erfaringskonsulent, og jobber med barn som pårørende. Etter nyttår blir helsepersonelloven endret. Barn får sterkere rettigheter som pårørende, og helseforetakene blir pålagt å ha barneansvarlig personell.

– På vår avdeling er det fast rutine å spørre pasientene om de har barn og i så fall hvem som tar seg av barnet mens foreldrene er innlagt, forteller sykepleier og barneansvarlig Hilde Lorentzen til Sykepleien.

Skolering av barneansvarlige

Dagen før, på et møterom på Nordlandssykehuset avdeling somatikk, sitter åtte ansatte rundt et bord og lytter mens prosjektleder Bjørg Eva Skogøy forteller om den forestående lovendringen. Alle åtte har vært med i ei ressursgruppe i regi av Kreftforeninga, og er aktuelle som barneansvarlige. Bjørg Eva Skogøy leder prosjektet «Føre var», som bistår med implementering av den nye loven i Helse Nord. Nordlandssykehuset vil få rundt 40 barneansvarlige, og skal ha en til

to ved hver enhet. Utover høsten vil de barneansvarlige ved sykehuset få tilbud om skolering.

– Tidligere har ikke helseforetakene klart å følge opp barn som pårørende godt nok. Arbeidet har vært preget av ildsjeler og enkeltstående prosjekter, og har manglet rutiner og helhet, forteller Skogøy til deltakerne.

Samtale med foreldrene

På mange avdelinger er det sykepleiere som er utnevnt som barneansvarlige.

– I mange tilfeller vil det være best at det er foreldre eller kjente omsorgspersoner som snakker med barna. De barneansvarliges rolle er å sørge for at barna får informasjon, og diskutere med foreldrene hva de skal si og hvordan. For en forelder som selv er i krise er det ikke alltid like lett å vite hvordan man skal håndtere det. Den nye loven sier at de har krav på omfattende støtte og hjelp for å få det til, forteller Skogøy.

Men det er ikke bare de barneansvarlige som berøres av loven. Alt helsepersonell får en plikt til å identifisere barns behov.

– Det skal legges avgjørende vekt på i hvilken grad helsetilstanden til foreldrene er egnet til å skape usikkerhet, sårbarhet og frykt hos barnet. Helsepersonell skal ha lav terskel for å sette i gang undersøkelser, understreker Skogøy overfor deltakerne i møterommet.

En av deltakerne er sykepleier Gøril Johnsen, assisterende enhetsleder ved kirurgisk avdeling. Hun har jobbet mye

med barn som pårørende til kreftpasienter. Nå blir hun gjerne barneansvarlig ved sin avdeling.

– Vi skal veilede foreldrene. Derfor er det viktig å få en god relasjon, sier hun til Sykepleien.

Rådet hennes er:

– Gi av deg sjøl, og spør pasientene hvordan de har det og hva de trenger hjelp til. Vi må huske at mange av disse kom til en rutineundersøkelse som endte med at livet ble snudd totalt på hodet. Oppi dette skal de også ta stilling til hvordan de skal informere barna, sier hun.

Forebygge lidelser hos barna

I sofaen på D-posten er Amalie Heldahl i gang med å fargelegge tegningen av seg selv med klare, glade farger.

– Det ser ut som du har en bra dag på dette bildet, smiler mamma.

Amalie vet at mamma har vært psykisk syk, og de har snakket om hva depresjon er. Da hun ble syk, tok Elisabeth Heldahl selv opp forholdet til ungene med personalet.

– For mine barn var det viktig å se med egne øyne at jeg hadde ei seng, at jeg fikk se tv, og vite at noen passet på meg og ga meg mat. Det var ikke inngående forklaring av diagnosen de trengte, forteller hun.

Prosjektleder Bjørg Eva Skogøy understreker at forebygging er et viktig mål med lovendringen.

– Vi vet at en tredjedel av dem som har foreldre med rus eller psykiske lidelser selv utvikler langvarige og alvorlige vansker, mens en tredjedel



ERFARING: Elisabeth Heldahl (i midten) har selv vært psykisk syk, og tok da opp datteren Amalies situasjon. Nå jobber hun som erfaringskonsulent, med barn som pårørende, sammen med sykepleier Hilde Lorentzen.

får forbigående psykiske vansker. Det å få kunnskap og informasjon kan hjelpe barnet til å forstå. Dermed kan det forebygge psykiske vansker seinere i livet.

Barneansvarlig Hilde Lorentzen har flere ganger møtt pasienter som har vokst opp med psykisk syke foreldre.

– Jeg har opplevd pasienter som har spurt «hvorfor var det ingen som pratet med meg da jeg var liten? Hvorfor var det ingen som gjorde noe?» En del sliter med angst etter at foreldrene har vært syke, forteller hun.

Informasjon og taushet

Lovteksten slår fast at informasjon skal gis innenfor rammene av taushetsplikten.

– Men hva hvis foreldrene ikke ønsker at barna skal informeres?

– En viktig rolle for alt helsepersonell er å bevisstgjøre og informere foreldrene om at barna trenger ekstra hjelp. Det er lett å tenke at man skal skåne ungene, men det er viktig å spørre foreldrene om hva de tror gagnar barnet best på lang sikt? De barneansvarlige kan tilby seg å være til stede når de skal snakke, og i noen tilfeller kan de selv samtale med barna, sier Bjørg Eva Skogøy.

– Det er også mulig å bekrefte det barnet allerede vet, uten å bryte med taushetsplikten.

«En del sliter med angst etter at foreldrene har vært syke» Hilde Lorentzen

Barneansvarlig Hilde Lorentzen mener de fleste pasientene vil bidra til det beste for barnet.

– Foreldre kan være skeptiske første gang temaet kommer på banen. Da er det min oppgave å hjelpe dem til å se barnets behov. Når vi har diskutert litt, ser de fleste det rasjonelle i å informere barnet, sier hun.

– Er det grenser for hva man bør fortelle barn?

– Vi bør ikke gi informasjon som kan bekymre barn unødvendig. Selvmordsforsøk kan være ekstra vanskelig. Dersom barnet har vært til stede og funnet forelderen, er det viktig å forebygge traumer og la barnet få snakke om opplevelsen. Hvis en av foreldrene har kreft og skal dø, er det viktig å vurdere hvilket tidspunkt man forteller hva. Men det er umulig å lage ei oppskriftsliste. Det vil variere med situasjon og alder, understreker Bjørg Eva Skogøy.

Ikke ekstra penger eller tid

Første januar skal alle avdelingene ha barneansvarlige på plass. Men det følger ingen

ressurser med, verken i form av stillinger eller penger. Jobben kommer på toppen av andre oppgaver. Bjørg Eva Skogøy medgir at det kan være ei utfordring.

– De barneansvarlige vil også trenge mer kompetanse, både kunnskap om å snakke med barn i ulike aldre, og om grensene i forhold til for eksempel barnevernsloven. Helsepersonell skal ikke ta på seg ansvar som andre tjenester har, men henvise til andre, slik at barn og foreldre får den hjelpen de trenger, påpeker hun.

På stua er Amalie ferdig med å fargelegge, og klar for å dra hjem sammen med mamma. Elisabeth Heldahl pakker sammen, og skal fortsette brosjyrearbeidet neste arbeidsdag.

– Ta foreldrene på alvor når de er bekymra for ungene sine. Det er lett å få dårlig samvittighet som forelder når man sliter psykisk. Akkurat det kan være vanskelig å snakke om, er hennes råd til de barneansvarlige. ■■■

Tekst **Birgit Røe Mathisen** Foto **Thor-Wiggo Skille**

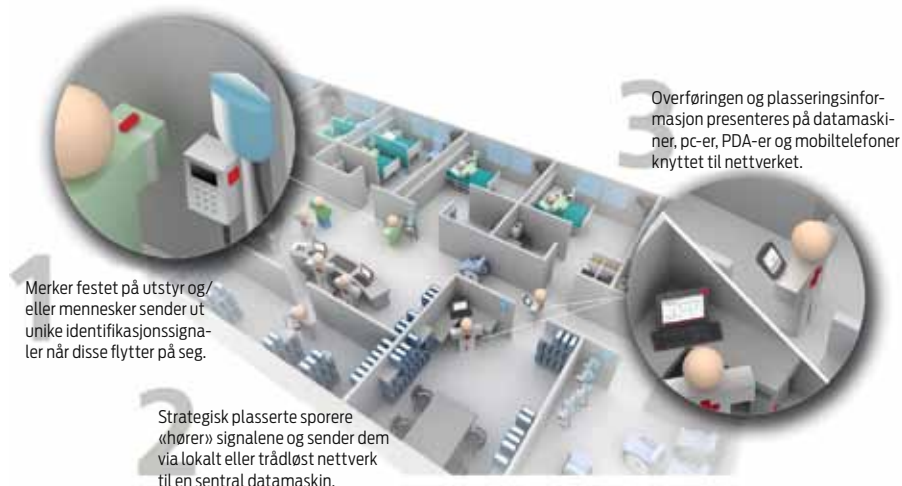


Espen Helge Aspnes er seniorrådgiver i Sintef og innovasjonsrådgiver for InnoMed i Midt-Norge. E-post: EspenHelge.H.Aspnes@sintef.no

I serien «Verkstedet» ser han på tekniske nyvinninger i helsetjenesten.

Norsk sporingsteknologi i verdensklasse

Ved hjelp av ultralyd blir det nå lettere for sykepleiere å finne både pasienter og utstyr. Teknologien er utviklet av en norsk bedrift.



Sonitor Technologies AS i Oslo har utviklet såkalt RTLS (Real Time Location Systems) teknologi. Systemet for sporing har et stort potensial i helse- og omsorgssektoren. Det scorer meget høyt i sammenlignende tester med andre produkter.

Mye leting

På nittitallet registrerte legen Ole B. Hovind at det var mye frustrasjon i helsetjenesten over at pasientjournaler og mobilt medisinsk utstyr ofte var vanskelig å finne når man hadde bruk for det. Mye kostbar tid ble brukt på leting. Hovind mente at det måtte gå an å utvikle en teknologi der utstyret fikk spesielle merker (tags) som kunne spores og posisjon (i rom og etasje) angis ved behov. Sonitor, som ble etablert i 1997 på grunnlag av Hovinds ideer, satset på ultralyd som teknologiplattform. Ultralyd gjør det mulig å oppnå stor nøyaktighet, akkurat som flaggermusen bruker ultralyd for å «se» og navigere med stor presisjon i mørket.

Bedre ressursutnyttelse

Sporing av utstyr kan gi betydelige besparelser. Man unngår å sløse bort tid på leting etter utstyr. Tendensen til å anskaffe mer utstyr enn nødvendig for å «gardere» at man har utstyr tilgjengelig ved behov, reduseres.

Sporing kan også gi bedre mulighet for sambruk av utstyr på tvers av avdelinger og unngå hamstring innen avdelinger. Det gir mindre død kapital i form av utstyr som utnyttes lite.

Teknologi for lokalisering av personer og utstyr er også blitt benyttet i forskningsprosjekt for å optimalisere pasientflyt, eksempelvis få til god logistikk gjennom anestesi/innledning, operasjon og oppvåkning/recovery.

I USA har man dokumentert langt bedre pasientflyt når pasienter er blitt utstyrt med «tags» slik at man har kunnet «følge» dem bedre gjennom behandlingsforløpet. (Dette var hovedoppslag i tidsskriftet

«Advance for Nurses» i California og Northern Nevada 7. sept.)

Ikke profet i eget land

Mange private sykehus i blant annet USA har investert i den norske teknologien, men Sonitor har foreløpig ikke blitt profet i eget land.

Hos oss er det en tendens til å fokusere mer på investeringskostnader enn å se på potensial for innsparinger over tid. I Norge kommer også piggene fort ut når teknologi foreslås brukt til sporing av personer. Hensyn til personvern, personlig integritet og etikk synes å veie tyngre opp mot mulig nytteverdi hos oss enn i mange andre land. På en workshop i London om omsorgsteknologi denne sommeren, viste Mark E. Rodgers fra Samarion Inc. i USA at de har utviklet løsninger for blant annet å forebygge fallskader og for å spore opp demente «på vandring». Basisteknologien som ble benyttet for sporing av demente var fra norske Sonitor.

Finner personalet

Med den nøyaktighet som teknologien nå kan gi, er det også relativt enkelt å etablere system for varsling dersom en beboer ligger på gulvet etter for eksempel et fall. I USA brukes teknologien også for å spore personale. Når en pasient eller beboer trykker på knappen for å få assistanse, vil den som er nærmest, eller kanskje også kjenner personen best, primært bli tilkalt.

Hindrer smittespredning

I de siste årene med utbrudd av sykdommer som SARS, fugleinfluensa og nå svineinfluensa, er det kommet opp flere interessante ideer om hvordan sporingsteknologi kan benyttes for å forebygge eller hindre smittespredning. Teknologien kan benyttes til å overvåke at hygienrutiner som håndvask overholdes eller til å hindre nærkontakt med smittebærere. Og den kan brukes til å registrere hvilke personer smittebærere kan ha vært i nærkontakt med inne på en institusjon.



SPOR: Pasienter utstyrt med «tags» kan lettere følges gjennom behandlingsforløpet.

Ekspertpanel:



Bodil Bach er utdannet sykepleier og arbeider som rådgiver ved Nasjonalt Senter for Telemedisin. E-post: bodil.bach@telemed.no



Terje Anderssen er anestesisykepleier med fagansvar Anestesiservice på Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet. E-post: terje.anderssen@rikshospitalet.no



Brita Noorland er anestesisykepleier på Bærum Sykehus. E-post: noorland@online.no

Katrine Langemyr Larsen

Alder: 33 år

Yrke: Sykepleier

Jobber: Lunge og infeksjonsavdelingen, Diakonhjemmet i Oslo

Har verdens beste jobb!

– Jeg elsker jobben min, faktisk.

Det fineste jeg har opplevd på jobb var da en dame som hadde vært veldig syk, veldig lenge gikk ut gjennom døren på sine egne ben. Da følte jeg at jeg hadde bidratt med noe viktig.

Jeg er sykepleier på en travel avdeling. Jobben består i å ivareta pasientenes behov, dele ut medisiner, forberede utskrivelser, koordinere med bydelen hvis pasienten skal videre til en ny institusjon, og tverrfaglig samarbeid med fysioterapeut, sosionom og lege.

Dagen min begynner med morgenmøte, her fordeler vi hvem som har ansvar for hvilke pasienter. Jeg er primærkontakt for noen pasienter, så da har jeg gjerne ansvar for disse og noen til. Deretter har vi det vi kaller «stille rapportering» hvor vi leser oss opp på pasientene; hvem er de, hvorfor er de lagt inn, hva trenger de og så videre. Dette tar lang tid for meg fordi jeg er såpass ny. Jeg synes det er vanskelig å vite hva som er viktigst, så jeg leser absolutt alt om pasienten. Og jeg leser rapporten fra siste vakt, behandlingsplanen og informasjon om hva som skal tas opp på visitten.

Deretter går jeg til medisinrommet og klargjør for medisinrunder. På medisinrunden hilser jeg på alle pasientene mine og prøver å få oversikt over hva jeg kan gjøre for hver enkelt. Jeg tar også målinger; blodtrykk, puls og oksygenmetning. Vi har et stort spenn når det gjelder alder på pasientene, fra 65 til 95, men de fleste er over 70.

Så er det previsitt. Her diskuterer vi med legene, medisiner og nye laboratorieprøver og forbereder visitten. På visittetrunden bringer vi denne informasjonen videre til pasientene.

Jeg bruker mye tid på å få kontakt med pasientene. Jeg synes det er en viktig del av jobben, ja en selvfølge. Men jobben har også en viktig teknisk og administrativ funksjon, så det må være en balanse.

Dette er min aller først jobb; jeg har bare jobbet her i tre måneder. Tre dager etter at jeg var ferdig med utdanningen var jeg ivrig i gang. Det var veldig skummelt i starten. Jeg følte meg urutinert og usikker, og var redd for å gjøre fatale feil. Å sette venefloner var noe av det verste. Jeg kan fremdeles være redd for å gjøre feil med medisineren. Men det går bedre og bedre for hver dag. Og jeg jobber på en avdeling hvor de er veldig flinke til å ta imot nye folk. Ingen blir oppgitt over dumme spørsmål, og alle er veldig inkluderende og hyggelige.

Jeg synes jobben har oversteget forventningene jeg hadde til den. Det er spennende med tverrfaglig samarbeid og jeg føler at jeg har kunnskap og kompetanse innenfor mange felt. Mer enn jeg trodde i starten. ■■■

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





OBAMA HYLLES AV AMERIKANSKE SYKEPLEIERE:

President Barack Obama fikk stående applaus da han holdt en tale for det amerikanske sykepleierforbundet (ANA) 10. september. Obama har problemer med å få gjennom sin store

helsereform, men har fått solid støtte for sine planer fra ANAs forbundsleder Becky Patton (til høyre). Presidenten på sin side liker tydeligvis sykepleiere. I en tv-tale skrotet han nylig uhemmet av sykepleiernes innsats.

Geir Egil Viste legger seg selv inn når «dauingene» kommer.

Brukerstyrt seng:

– Reddet ekteskapet vårt

På eget initiativ legger småbarns-faren Geir Egil Viste seg inn på Jæren DPS når synshallusinasjonene blir for sterke. I år kunne han være med familien på ferie for første gang.

Geir Egil Viste tar imot hjemme i villastrøket i Ålgård i Rogaland. Han har dekket bordet med bakverk, twist og kaffe og er klar til å fortelle. Historien handler om hvor mye bedre liv han og familien har fått etter at han

to tredeler. Tiden i institusjon er blitt halvert. Til sammen har 42 personer hatt en slik kontrakt. Per i dag er det 33, mer enn en fordobling i forhold til hva ledelsen trodde var behovet da tilbudet ble planlagt.

Sjefslege Stig Heskestad publiserte resultatene i Tidsskriftet for Den norske Legeforening i januar 2008, og har nylig gjentatt funnene i en oppfølgingsstudie.

– Jeg fryktet at vi ikke skulle ha like bra tall i oppfølgingen, for det er noe helt annet å opprettholde en endring enn å skape den. Men når tallene holder seg, viser det at tiltaket er bra, sier han.

Halvråtnede ansikter

Geir Egil Viste er utdannet pølsemaker og gift med barnevernspedagog Anne Lise Viste. Sammen har de

en tre år gammel datter. Det som gjør familien annerledes er at Geir Egil i perioder sliter med skremmende synshallusinasjoner. Han ser «dauinger», som han kaller dem.

– Det er sånne halvråtnede ansikter du ser på zombie-filmer fra 70-tallet, forklarer han.

Han ser dem hver dag, de kan også dukke opp på ansiktene til menneskene han omgås.

– Jeg kan sitte og leke med datteren min, og plutselig er hun ikke så veldig vakker lenger, for å si det mildt, sier han.

Til vanlig er han sterk nok til å holde hallusinasjonene på avstand. Men skjer det noe utenom rutinen som gjør at han blir stresset eller sover dårlig, kommer de snikende innpå og blir veldig nærgående. Da blir han hissig, distré og registrerer ikke når han blir snakket til. Depresjon er også en del av bildet.

– Jeg har alltid slitt med synshallusinasjoner. Da jeg var liten, trodde jeg det var noe alle så. Jeg var en redd gutt som hang mye i skjortene til moren min og hadde lyset på når jeg skulle sove. På skolen var jeg et mobbeoffer. Da jeg fortalte om de ekle ansiktene til moren min, ga hun meg bare en paracet og sa det ville være borte neste dag, husker Geir Egil fra barndommen.

Dokumenterer all tvang

Da Jæren DPS i 2003 omorganiserte avdelingene, fikk K2-avdelingen alle de sykeste på Jæren, de med schizofreni og schizoaffektive lidelser. Tvangsbruken ble høy og personalet

NÅ ER DET DAG: Anne Lise og Geir Egil Viste synes livet før og etter at Geir Egil fikk brukerstyrt plass er som natt og dag.

«Jeg kan sitte og leke med datteren min, og plutselig er hun ikke så veldig vakker lenger, for å si det mildt.»

Geir Egil Viste

skrev kontrakt med Jæren distriktpsikiatriske senter (DPS) om brukerstyrt plass.

Avdeling K2 ved Jæren DPS har tolv senger, hvorav to ble brukerstyrte i 2005. Det vil si at de pasientene som skriver en kontrakt om det, selv kan ta initiativ til innleggelse ved behov, og blir tatt imot og skrevet inn av avdelingens sykepleiere. Det har ført til at tvangsinnleggelse er redusert med





SYKEPLEIERDREVET: Det er sykepleierne som driver de brukerstyrte sengene, og som skriver et inkomstnotat når pasientene ønsker å legges inn. Her tar sykepleier Cecilie Sjøgren inkomstsamtalen på pasientrommet.

utslitt. Opprettelsen av de brukerstyrte sengene var en måte å få bukt med både tvangsbruken og det utslitte personalet på. Ved å frigjøre to senger som kan stå tomme 70 prosent av tiden, ble det mindre belastende for personalet å jobbe.

– Da jeg begynte her i 2002, var beltesengen i bruk nesten ukentlig. Men det siste året har den vært brukt to ganger, sier psykiatrisk sykepleier og enhetsleder ved K2, Bård Bakke.

Reduksjonen av tvang og opprettelsen av de brukerstyrte sengene er begge resultater av en holdningsendring personalet ved K2 har vært gjennom.

– All bruk av tvang skal protokollføres. Når vi tydeliggjør tvangsbruken slik, får vi automatisk redusert den. Vi har blitt mindre firkantede og jobber mer med pasientene enn mot. Konsekvensenkningen vi drev mye med før, har ofte et element av straff i seg. I dag kan vi la en pasient være hvis vedkommende nekter å rydde opp etter å ha revet noe ned, for eksempel, sier Bakke.

Presset seg syk

Mens Geir Egil Viste forteller hjemme på Ålgård, kommer kona Anne

Lise hjem fra jobb. Hun sier livet før og etter den brukerstyrte plassen er som natt og dag. Før var det hun som måtte ringe lege når han i perioder ble riktig dårlig. Da måtte de gjennom en gigantisk papirmølle for å få Geir Egil innlagt. Først til legevakten, deretter til akuttmottaket på sykehuset i Stavanger og så til innleggelse. Og for hvert nye møte måtte Geir Egil fortelle den samme historien om igjen, selv om han var kjempesyk og bare trengte fred og ro.

– Et sånt system krever at du skal være ganske frisk for å være sjuk. Det førte til at jeg presset meg hjemme og gikk lenger enn jeg burde – helt til det kunne klikke for meg, sier Geir Egil.

En gang han «klikket», forskanset han seg i garasjen med kubein. Da kom det ikke mindre enn to sivile politibilere med fire uniformerte politi i hver, pluss en ambulanse til vil-lastrøket. Da ble han innlagt i flere måneder. Jo lenger han presser seg, jo lenger blir han liggende på sykehus.

Nå ringer han selv til K2 på Bryne. Sykepleierne der kjenner ham, og han trenger ikke å si annet enn at det er det samme gamle. De lar ham være i fred og snakker bare med ham når han tar initiativet. Skal de inn på rommet hans, må de si navnet sitt, så han ikke tror det er en av «dauingene» som kommer. Så får han være der i noen dager, maks fem, til han føler seg bra nok til å dra hjem igjen. Nå er han der i gjennomsnitt tre til fire dager annenhver måned.

– Grensen min for å ta kontakt er lavere nå enn før, sier Geir Egil.

– Det har ført til at vi begge slapper mer av. Vi tør å tøyte grensene litt siden vi har det sikkerhetsnettet. Før har han ikke kunnet vært med på ferie. I år gikk det tålelig greit, men han fikk en baksmell etterpå, sier Anne Lise.

Ikke et vanlig hotell

Ikke alle pasientene som har kontrakt om brukerstyrt plass, benytter seg av tilbudet. For noen er det en trygghet bare å vite at de har muligheten til å komme om de ønsker. De fleste som

kommer, blir en til to dager. Tomt kjøleskap kan være grunn god nok for å komme. Likeså krangel med kona, problemer med barna eller behov for skjerming.

– Men det er ikke noe vanlig hotell de kommer til. I kontrakten har de underskrevet på at de forplikter seg til å samarbeide. De må for eksempel avtale det spesielt hvis de skal gå ut. Mange har rusproblem, og disse forlater også oppholdet hvis de går uten at noen fra personalet følger dem, sier sjefslege Stig Heskestad.

Å stille krav til pasientene samtidig som de får tilbakeført mye av ansvaret for seg selv, ser ut til å fungere godt:

En pasient hadde mye selvskading og ble lagt i belter og tvangsmedisinert mens hun var på avdeling K1. Men da hun underskrev kontrakt om brukerstyrt seng ved K2, fikk hun tilbakeført ansvar og kontroll over eget liv, og sluttet å skade seg.

– Selvskading er ikke «lov» hvis du skal ha en brukerstyrt plass. Dette betyr i praksis at pasienter med selvskadingsproblematikk, kun kan nytte seg tilbud på brukerstyrt plass når de har tilstrekkelig kontroll til å unngå episoder med selvskading under oppholdet, sier enhetsleder Bård Bakke.

Sengene er i bruk hver uke. I fjor var det 138 innleggelser. Dilemma kan oppstå når de andre avdelingene har stort press på seg og ber om å få en brukerstyrt seng omgjort til vanlig seng dersom den er ledig. Det skjer mens Sykepleien er innom, og Bård Bakke argumenterer for å beholde sengen tom så godt han kan. Løsningen blir å skrive ut en pasient fra K2 på fredagen, noe de helst ikke gjør, siden helgen kan bli en utfordring for mange hjemme.

– Det var mye diskusjon da vi opprettet dette tilbudet om det var forsvarlig å ha et så lavt belegg på to senger ved press på de andre avdelingene, forteller Heskestad.

Systemet sviktet

For to år siden holdt alt på å rase sammen for ekteparet Viste. Da hadde datteren vært alvorlig syk siden januar med nyrebekkenbetennelse som var



ENKEL LØSNING: – Etter at to av avdelingens tolv senger ble brukerstyrte, er tvangsinnleggelser redusert med to tredeler og tid i institusjon halvert, forteller enhetsleder ved K2, Bård Bakke.

feildiagnostisert til ørebetennelse. Tre-fire legeavtaler for familien i uka var normalen, og Anne Lise var den som var med på alle.

– Jeg var stressa og sliten og Geir Egil ble kjempedårlig. Da var han ny for Jæren DPS, som nettopp hadde overtatt ansvaret for vår kommune. De forstod ikke alvorret samtidig som det var kapasitetsproblemer. Geir Egil ble derfor ikke lagt inn før i mars, og da var han på en annen avdeling, K3. Der ble han i tre og en halv måned. Selv knakk jeg sammen da han ble innlagt. Hele historien kostet meg nesten ett år i sykemeldinger, forteller Anne Lise.

I sommerferien 2007 ble Geir Egil syk igjen. Fastlegen forsøkte gjentatte ganger å få hjelp ved poliklinikken på Jæren DPS, uten å lykkes. Da smalt det i garasje-episoden. Mens han var innlagt denne gangen, nektet Anne Lise ham å komme hjem igjen.

– Jeg forklarte fastlegen min at jeg ikke klarte å ha to pasienter hjemme. Først da fikk han tilbud om brukerstyrt plass ved K2. Det var en ekteskapsredder, sier Anne Lise.

Sykepleierdrevet tjeneste

Avdeling K2 ved Jæren DPS har spredt sine erfaringer med de brukerstyrte sengene de siste to årene. Det har ført til at lignende tilbud er opprettet eller planlegges opprettet i



sykepleierne som ønsker pasientene velkommen og tar en samtale med pasienten ved innleggelse, og så fyller de ut et inntakstnotat etterpå. De melder til vakthavende lege når det kommer en pasient og det blir skrevet en epikrise i etterkant.

– Tanken er at det ikke skal koste mye ressurser, sier enhetsleder Bård Bakke.

Sykepleierne ved K2 synes det er

enormt reint faglig å få være med på noe som er sånn i utvikling som dette prosjektet. Det er ikke bare medisiner, medisiner, medisiner, sier Gunhild Aase, miljøfagleder og en av sykepleierne på avdelingen.

Ny hverdag venter

Nå jobber Geir Egil på tiltak. Han utredes for å finne ut hvor mye og hva han kan jobbe med. Tidligere har han jobbet som pølsemaker og i militæret var han kokk.

– Jeg ønsker meg ikke tilbake til næringsmidler, sier han.

– Utfordringen blir å finne en arbeidsgever som vil godta at han plutselig er borte tre-fire dager, sier Anne Lise.

Ekteparet har nettopp begynt i en samtalegruppe for par med barn hvor den ene har en psykisk lidelse. De er fem par som skal treffes og diskutere stort og smått. De gleder seg til det.

– Det har blitt en annen hverdag for oss. Ikke flere lange innleggelser og ikke mer politi. Jeg har mer overskudd og stresser meg ikke lenger sjuk bare av tanken på at jeg ikke må bli sjuk, sier Geir Egil Viste. ■

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Eirik M Sundt**

FRUKT OG KUNST: Sykepleier og miljøfagleder Gunhild Aase (til venstre) og pasient Wenke Solfrid Risa tar en pause i dagligstua. Ikke alle institusjoner som forvalter tvunget vern har fruktfat og knuselige gjenstander stående fremme i oppholdsrommene. Kunsten på veggene har farger som helst ikke skal forsterke en psykose.

«Jeg har mer overskudd og stresser meg ikke lenger sjuk.»

Geir Egil Viste

Rogaland, Sogn og Fjordane, Buskerud, Hedmark, Oslo og Troms. Men ennå tilhører brukerstyrte senger sjeldenhetene.

Overlege Per Øglænd tror grunnen er at det er nye tanker, særlig for legene.

– En del leger synes det er uforvarsvarlig at pasientene legges inn uten inntakstjournal, sier han.

De brukerstyrte sengene er altså en sykepleierdrevet tjeneste. Det er

blitt en bedre arbeidsplass etter at de har begynt å tenke nytt rundt bruken av tvang. Det har også utviklet seg en større grad av tillit mellom personale og pasienter.

– Det vises gjennom at denne pasientgruppen, som etter tradisjonen har vært underlagt mye tvangsbruk, frivillig oppsøker oss og er så trygge at de slapper av her. Pasientene sier skuldrene deres senkes bare de kommer innenfor dørene. Det er helt



STORTVANGSFORSKJELL: Jæren DPS og Stavanger Universitetssykehus ligger bare tre mil fra hverandre, men ifølge overlege Per Øglænd er synet på tvang på de to institusjonene stor. – De tåler mye mindre galeskap i Stavanger, sier han.

ECOVAG
BALANCE

Er du plaget med lukt og irritasjoner i underlivet? Prøv Ecovag Balance, anbefales av gynekologer.

Ecovag Balance har dobbelt virkning mot ubehagelig lukt og irritasjoner i underlivet. Inneholder patenterte melkesyrebakteriestammer hentet fra friske norske kvinner.

Anbefales av gynekologer!

NYHET



Kjøpes i apotek

VITAFLO

Vitaflo Scandinavia AB · Norge · www.vitaflo.net

DER UTE STEINKJER

Sykepleiere forlater Steinkjer

Seks sykepleiere har i løpet av en og en halv måned sagt opp stillingene sine i Steinkjer kommune til fordel for arbeid i nabokommunene.

Hovedtillitsvalgt i Norsk Sykepleierforbund i Steinkjer, Ruth Borgan, er alvorlig bekymret over at fagkompetansen innen avdeling for bistand og omsorg i kommunen forsvinner.

– Jeg forstår sykepleierne. De er slitne, og føler at de ikke har mulighet til å ta god nok hånd om pasientene. Derimot forstår jeg ikke arbeidsgiver Steinkjer kommune som med åpne øyner sitter og ser på at fagfolk velger å pendle flere mil til jobb i nabokommunene, sier Ruth Borgan.

En versting

– Steinkjer kommune har lenge vært verstingen i Nord-Trøndelag når det gjelder bruk av deltidsstillinger. Det finnes nesten ikke 100 prosent sykepleierstillinger, og fortsatt lyses det ut stillinger internt helt ned i 17-18 prosent, sier Borgan.

Dette rimer dårlig med arbeidsgivers uttalte mål om flere hele stillinger, mener NSFs hovedtillitsvalgt.

Hun reagerer også på at bekymringsmeldingene fra ansatte ikke blir tatt på alvor.

– Arbeidsgiver virker lite interessert og fokuserer i stedet på sykepleierens negative holdninger. Får stadig høre at vi ikke klarer å tenke nytt.

Heller butikkjobb

Om kort tid åpner et nytt kjøpesenter i Steinkjer. Borgan har snakket med flere sykepleiere som alvorlig tenker på å søke seg jobb der.

– Man kan ikke leve av en 30 prosent sykepleierstilling. Derfor er hverdagen for mange sykepleierne en stadig jakt på vikariat og ekstravakter. Enkelte måneder kan de jobbe 150 prosent stilling, mens de den neste måned må nøye seg med sine 30 prosent. Det bør være

åpenlyst for alle at dette ikke går, sier Borgan.

Mer av det gamle

Avdeling for bistand og omsorg har vært gjennom en omstillingsprosess det siste året.

– Omorganiseringen skulle medføre større stillingsprosenter og et større fagmiljø for de ansatte. Foreløpig kan vi ikke se noe som peker den veien, sier Borgan.

Hun har hele tiden vært skeptisk til omstillingsprosessen som bygger på New Public Management. Her er det snakk om mer av det som i lang tid har vist seg ikke å fungere.

– Det synes ikke som administrasjonen er villig til å ordne opp i eget reir. Avtaleverket synes heller ikke å bli tatt på alvor når det gjelder midlertidige ansettelse, vakanser eller når den foreslår å prioritere større stillingsprosent til de under 30 år.

Ryggen mot framtida

– En ting er situasjonen her og nå. Men hva med den framtidige samhandlingsreformen? Undres den tillitsvalgte.

– Av dem som har sagt opp sin stilling er en med videreutdanning i psykiatrisk sykepleie. En svært ettertraktet fagkompetanse i kommunehelsetjenesten, men ikke i Steinkjer. Kommunen fant ikke rom for en stilling som psykiatrisk sykepleier. Dette skjer samtidig med at psykiatrisk avdeling ved privateide Betania Sparbu legges ned over nyttår. Denne har vært med på å heve psykiatrikompetansen i Steinkjer kommune, selv om de ikke har vært kommunalt ansatte. Dette er å snu ryggen til framtida, sier Ruth Borgan på vegne av frustrerte og slitne sykepleiere i Steinkjer. ■■■

Tekst Bjørn Arild Østby

FAGARTIKKEL:
Sykepleiere og studenter
samarbeider evidensbasert
i praksis. Side 48

FORFATTERINTERVJU:
Grethe Nordhelle har
skrevet bok om mani-
pulasjon. Side 54

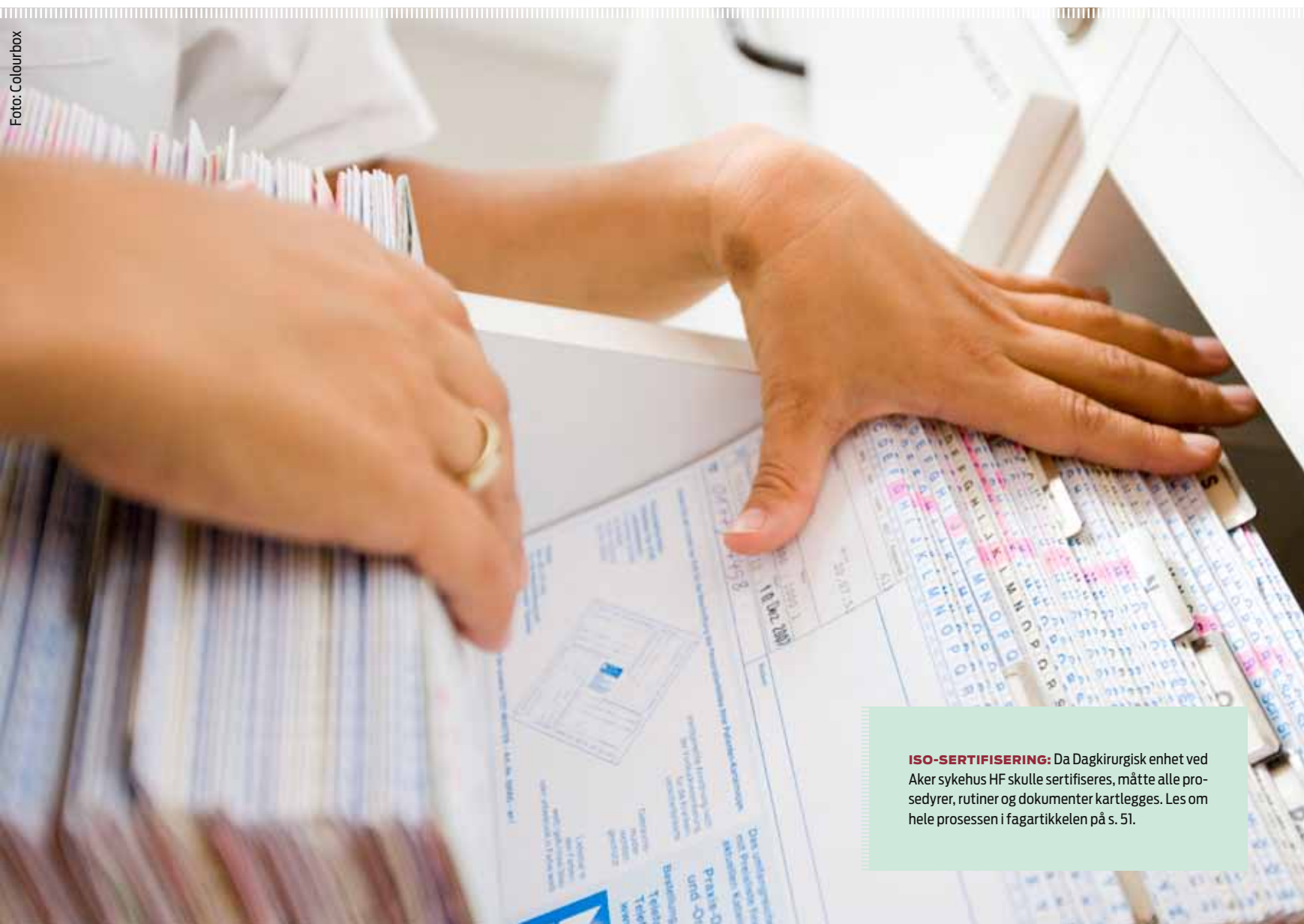
METODEHJØRNET:
Ulike målinger kan
gi samme gjennom-
snittsverdi. Side 56

Ny bok
om omgivelsenes
betydning for helsa
**Se bokan-
meldelser**
side 57

Sykepleien

Fag & bøker

Foto: Colourbox



ISO-SERTIFISERING: Da Dagkirurgisk enhet ved Aker sykehus HF skulle sertifiseres, måtte alle prosedyrer, rutiner og dokumenter kartlegges. Les om hele prosessen i fagartikkelen på s. 51.

3 om sykepleie og etikk

Anbefalt av
Marie Aakre, leder av
Rådet for sykepleieetikk

KAI INGOLF JOHANNESSEN, OLAV
MOLVEN OG SIDSEL ROALKVAM

Godt, rett, rettferdig – etikk for sykepleiere

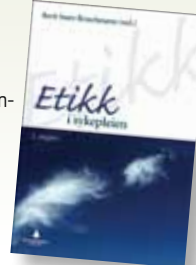
Boken er først og fremst beregnet på sykepleierstudenter, men egner seg godt som grunnbok i etikk i flere utdanningssammenhenger. Den har dessuten gode kapitler om forholdet mellom jus og etikk.



BERIT STØRE BRINCHMANN (RED.)

Etikk i sykepleien

Denne bruker jeg mye i jobbsammenheng. En oversiktlig, praksisnær og fin bok som gir grunnlag for refleksjon rundt etiske dilemmaer.



ARNE JOHAN VETLESEN
Hva er etikk?

En nyttig bok, med oversikt over ulike etiske retningslinjer. Forfatteren viser hvordan våre moralske vurderinger er påvirket av hvem vi er og samfunnet vi lever i.



Anne Solveig Iversen, Institutt for videreutdanning, Berit Båtsvik, Betanien diakonale høyskole, Helle Milde og Anne Jorunn Langeland, Barneklivnikken, Helse Bergen, Marit Graue, Barneklivnikken, Helse Bergen, Institutt for sykepleie og Senter for kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen.

Samarbeider om fagutvikling

Et tettere og mer systematisk samarbeid mellom praksisfeltet og utdanningsinstitusjonene kan bidra til økt fokus på fag- og kunnskapsutvikling.

Forskings- og utviklingsstrategien for sykepleietjenesten i Helse Bergen 2006–2008 vektlegger kunnskapsbasert praksis som ett av tre prioriterte satsingsområder for sykepleietjenesten (1). Ved Barneklivnikken har man i de senere år systematisk satsset på å styrke samarbeidet mellom utdanningsinstitusjonene og praksisfeltet. Kunnskapsbasert praksis er et prioritert satsingsområde både i Høgskolen i Bergen og ved Betanien Diakonale Høgskole. Det er også utviklet en samarbeidsmodell for fagutvikling med fokus på studentinvolvering og systematisk bruk av ny kunnskap i praksis som inkluderer både ansatte og studenter. Studentenes innsats og arbeider i kliniske studier er i størst mulig grad integrert i enhetens overordnede fagutviklings- og kompetanseutviklingsplan. Samarbeidsmodellen er utviklet gjennom et nært samarbeid mellom enhetsledere, forskningsveileder ved klivnikken og ansatte ved høyskolene, og inkluderer et samarbeid med Senter for kunnskapsbasert praksis ved Høgskolen i Bergen.

Kvalitet i helsetjenestetilbudet

Gjennom samarbeid ønsker man å bidra til kvalitet i helsetjenestene gjennom implementering av kunnskapsbaserte arbeidsmetoder. Kliniske beslutninger skal være basert både på relevant forskning, erfaringskunnskap, brukermedvirkning og relevante rammefaktorer (2). Gjennom dette sikrer man at pasientene og familiene til enhver tid får et pleie- og behandlingstilbud som er basert på beste tilgjengelige kunnskap. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005–2015) understreker nødvendigheten av å kombinere kunnskapsbasert

praksis og forbedringsarbeid for å muliggjøre en mer helhetlig satsning for gode og trygge helsetjenester (3).

I denne artikkelen vil vi presentere erfaringer fra prosjektet ved Barneklivnikken med utgangspunkt i sykepleier- og studentevalueringer, samt oppsummere noen av utfordringene for det videre arbeidet.

Metode

En viktig del av prosjektet har vært å etablere en felles forståelse for forskning og fagutvikling. Bachelorstudenter og studenter i videreutdanning i barnesykepleie, som har gjennomført sine kliniske studier ved enheter på Barneklivnikken, har deltatt i prosjektet.

Gjennom en teoretisk innføring i å arbeide kunnskapsbasert i forkant av de kliniske studiene har studentene fått undervisning i metode og forskningsdesign. De har også fått innføring i vitenskapsteori og statistikk, samt trening i å søke, lese og kritisk vurdere forskningslitteratur ved sine respektive utdanningsinstitusjoner. Gjennom å formulere konkrete problemstillinger sammen med lærer og bibliotekar har de arbeidet med å lage søkestrategi og å gjøre søk i medisinske og sykepleiefaglige databaser.

Ved Barneklivnikken har det gjennom kompetanseutviklings tiltak også vært lagt til rette for utvikling av metodekompetanse. Både enhetsledere, fagutviklingssykepleiere, og lærere tilknyttet Barneklivnikken, har gjennomført 15 studiepoengs videreutdanning i «Å arbeide og undervise kunnskapsbasert» ved Senter for kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen. Det har også vært arrangert dagskurs i kunnskapsbasert praksis for personalet i samarbeid med senteret.

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Fagutvikling
- ▶ Kunnskapsbasert sykepleie
- ▶ Sykepleiestudent
- ▶ Barn





Prioriterte områder for fagutvikling, kompetanseutvikling, kvalitetsforbedring og forskning ved enhetene er gjort tilgjengelig gjennom en dialog mellom enhetsledere, forskningsveileder, lærere, kontaktsykepleiere og studenter. Enhetsledere, kontaktsykepleiere og lærere har samarbeidet om å definere konkrete, relevante kliniske problemområder og forskningsspørsmål til studentene. Problemområdene har, sammen med mål for utdanningen og studentenes egen personlige målsetting, vært utgangspunkt for planlegging av det videre arbeidet.

Studentene i bachelorutdanning i sykepleie har under veiledning av lærer gjort problemområdene søkbare gjennom å formulere konkrete kliniske problemstillinger, lage søkestrategi og gjennomføre litteratursøk i relevante databaser. Etter grundig gjennomlesing har en til to artikler blitt valgt ut for nærmere

Deltakerne har utviklet sine evner til refleksjon og fagkritisk holdning.

gjennomgang og kritisk vurdering. Deretter har studentene skrevet en oppsummering, presentert og diskutert denne på internundervisning for personalet på enheten, samt fått tilbakemeldinger fra personalet. Studenter i videreutdanning i barnesykepleie har arbeidet med å formulere problemstillinger, søkt og oppsummert kunnskap innen prioriterte områder og

utarbeidet prosjektplaner innen klinisk relevante problemområder for enhetene.

Studenter og sykepleiere på enhetene har evaluert prosjektet gjennom å svare på et strukturert spørreskjema med åpne spørsmål. Det var åtte studenter som deltok i vårsemesteret 2008. Vi fikk inn spørreskjema fra fire bachelorstudenter og fire studenter i videreutdanning i barnesykepleie, samt fra fire sykepleiere ved enhetene.

Resultater

Evalueringene viser at deltakerne har utviklet sine evner til refleksjon og fagkritisk holdning, samt evnen til å stille kritiske spørsmål ved egen praksis. Men de opplevde at det var vanskelig å stille gode, konkrete og søkbare spørsmål. En student sier: «Det er vanskelig å formulere relevante problemstillinger.» En annen student sier at det var vanskelig å finne spørsmål på egen hånd som var aktuelle i den kliniske hverdagen på praksisstedet: «Enheden fant problemstillinger til oss, noe vi ikke har grunnlag for ettersom vi ikke har vært på avdelingen så lenge.»

Samarbeidet mellom sykepleiere og studenter oppleves som positivt, og en sykepleier sier: «Studentene kan være en kjempefin ressurs når det gjelder å søke etter faglitteratur.» Og: «Studentene kan brukes til å finne ut mer om noe som sykepleierne mener at de ofte ikke har tid til.»

Ved å arbeide etter prinsippene fra kunnskapsbasert praksis fikk studentene trening i å stille spørsmål knyttet til om pasientene får den best mulige pleie, og om enheten tilbyr den beste praksis. Studentene utviklet dermed kompetanse i å diskutere

GOD LÆRINGSARENA: Samarbeid mellom sykepleiere og studenter i praksis har bidratt til et aktivt og dynamisk fagmiljø. Arkivfoto: Stig Weston



forskningsresultater opp mot den aktuelle pasientsituasjonen. En student tror at prosjektet bidrar til å videreutvikle kulturen for fagutviklingsarbeid i avdelingen: «Jeg tror gjerne dette prosjektet inspirerer sykepleierne på avdelingen til å arbeide kunnskapsbasert.» Dette støttes også av en annen student som sier: «Spennende og lærerikt. Falt i god smak på praksisstedet. Kanskje vi har åpnet for at flere vil jobbe mer kunnskapsbasert i framtiden.»

Studentene opplevde at de har fått et redskap til å argumentere faglig overfor medstudenter, lærere, ledere og andre yrkesgrupper, og at arbeidet deres i de kliniske studiene kommer til nytte. Men de var også opptatt av at det er rom for forbedringer: «Det er viktig at skolen forbereder praksisplassen på hvordan det skal foregå.» Dette støttes også av evalueringen til en av sykepleierne: «Må nok si at jeg hadde hørt lite/ingenting om prosjektet, – så det viktigste må vel bli informasjon!» En annen sykepleier sier: «Kjempebra at studentene får jobbe kunnskapsbasert i tilknyt-

I dette prosjektet har praksisfeltet opplevd studentene som en ressurs i klinikken.

ning til det de selv ser i praksis, da blir det mer matnyttig for dem, – og også for oss på posten.»

Studentene har blitt mer bevisste på egen erfaringskunnskap, og i å bruke denne når de vurderer forskningslitteratur. Dermed har de økt sin kompetanse i å vurdere relevant kunnskap i den aktuelle situasjonen. Men de opplevde at de trengte mer trening i å vurdere forskningsartiklens kvalitet, selv om denne kompetansen økte betraktelig gjennom å arbeide kunnskapsbasert i praksis. Her er det flere forhold som spiller inn: «Det er vanskelig å kritisk vurdere artikler, synes også det er vanskelig på grunn av engelsken.» At det er forholdsvis nytt for sykepleiertjenesten å arbeide kunnskapsbasert understrekes av et utsagn fra en videreutdanningsstudent: «Jeg hadde svært lite erfaring, men har visst at legene jobber opp mot dette. Håper at vi kan være en ressurs for avdelingen etter endt utdanning.»

Diskusjon

Studenters kliniske studier og samarbeidet mellom høgskolen og praksisfeltet er blitt styrket gjennom felles satsing på kunnskapsbaserte arbeidsmetoder. Å arbeide etter prinsippene for kunnskapsbasert praksis innebærer at det skapes en felles arena hvor alle parter bidrar til å formulere gode kliniske problemstillinger og til å framskaffe ny kunnskap gjennom systematiske søk i medisinske og sykepleiefaglige databaser. Studentene får dermed tilgang både på forskningskunnskap og på praksisfeltets erfaringskunnskap. Teoretisk forskningskunnskap innhentet av studentene gjenspeiles i diskusjoner med erfarne sykepleiere.

Dette har bidratt til gode diskusjoner om hvorvidt forskningskunnskapen som er innhentet er overførbart til den aktuelle kliniske praksis. Gjennom refleksjon rundt grunnlaget for beslutninger og prioriteringer har prosjektet bidratt til økt fokus på kvalitet i behandlings- og oppfølgingstilbudet til pasienter og deres pårørende. Slike diskusjoner og refleksjoner som har funnet sted har skapt et godt utgangspunkt for et bredere faglig samarbeid mellom lærere og ansatte i klinikken. Faglige spørsmål som er direkte relatert til pasientbehandling avklares i fellesskap og gir felles utfordringer.

Tidligere forskning har beskrevet manglende tid til å gjøre litteratursøk som en vesentlig barriere for å arbeide kunnskapsbasert (4,5). Vår erfaring er at studenter kan bidra positivt både til å gjøre søk, fremhente relevante artikler og kritisk refleksjon over funnene sammen med personalet. Dette er viktige elementer når det gjelder å skape en god læringsarena for studentene. Det at studenter får være med i et fellesskap bidrar til å utvikle trygghet til å lære (6).

En videreutvikling av modellen vil fremover kunne bidra til kompetanseutvikling i praksis samt at ny forskning raskere kan implementeres i klinikken. Erfaringene fra prosjektet kan gjøre det lettere å starte nye forsknings- og fagutviklingsprosjekter ved Barneklubben. Studentene i videreutdanning i barnesykepleie har utarbeidet prosjektplaner innen klinisk relevante problemområder for enhetene og har også gjennom mappeoppgaver gitt viktige bidrag som Barneklubben kan dra nytte av fremover. Prosjektet har stimulert til revidering og videre arbeid med metodebøker. Kliniske retningslinjer ved enhetene og nye fagutviklings- og forskningsprosjekt er blitt konkretisert.

Konklusjon

I dette prosjektet har praksisfeltet opplevd studentene som en ressurs i klinikken, samtidig som studentene har fått større mulighet for å reflektere over fagutøvelsen sammen med erfarne klinikere. Gjennom diskusjoner i fagmiljøet om hva som er best praksis, og på hvilket grunnlag vurderinger og prioriteringer blir gjort, skapes det et aktivt og dynamisk faglig miljø og en god læringsarena for studentene. ■

LITTERATUR

1. Forsknings- og utviklingsstrategi for sykepleiertjenesten i Helse Bergen 2006-2008. www.helse-bergen.no
2. Nortvedt M, Jarntvedt G, Graverholt B, Reinart LM. Å arbeide kunnskapsbasert. Oslo: Norsk Sykepleierforbund, 2007.
3. Sosial- og helsedirektoratet 09/2005 "... og bedre skal det bli!" Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005-2015).
4. Retsas A. (2000) Barriers to using research evidence in nursing practice *Journal of Advanced Nursing* 2000; 31: 599-606.
5. Moch S, Chronje R. New Knowledge Discussion Groups: Counteracting the Common Barriers to Evidence-Based Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2007; 2:112-115.
6. Hjalmlhult E. Erobring av handlingsrom. Trondheim: Doktorgradsavhandling NTNU, 2007.



Sidsel Tuft, enhetsleder/oversykepleier, Dagkirurgisk enhet, Operasjonsavdelingen, Oslo universitetssykehus HF, Aker



Anne-Kate Esbjug, oversykepleier med ansvar fag, forskning og utdanning, Operasjonsavdelingen, Oslo universitetssykehus HF, Aker

ISO-sertifisering gir god praksis

Sertifisering medførte et bedre behandlingstilbud til pasientene og tryggere arbeidsmiljø for de ansatte.

I kvalitetsstrategien for Helse Øst 2005–2008 heter det: «Helse Øst RHF skal sørge for og bidra til at det etableres helhetlig kvalitetssystem i tråd med ISO-standarden i hele eller deler av hvert enkelt helseforetak». Ved Aker universitetssykehus HF ble det bestemt at to avdelinger, eller enheter, skulle ISO-sertifiseres (1) innen 1. juli 2006. Kirurgisk klinikk meldte inn ønske om at Dagkirurgisk enhet skulle være en av disse. ISO-sertifiseringen omfattet: «Drift og sykepleiefaglig virksomhet med tilrettelegging for dagkirurgisk operativ pasientbehandling». Dagkirurgisk enhet ble i 2005 organisert i Operasjonsavdelingen. Enheten var nyetablert og ble lokalisert på Ski sykehus.

Hensikt

Internkontroll har vært lovbestemt siden 1994. Ved å bruke ISO-standarden som et virkemiddel blir slik internkontroll satt i system. Ifølge Arntzen og Mikkelsen (2) vil et system for kvalitetsstyring gjøre det lettere for personalet å finne frem til prosedyrer og rutiner for faglig utøvelse, samt drive forbedringsarbeid. For ledere skal det sikre kontroll og styring av kjerneoppgaver, føre til at kravene følges, og til at det drives et kontinuerlig forbedringsarbeid. Dette vil igjen bidra til å sikre at pasientene møtes med kompetanse, forutsigbarhet og åpenhet.

Arbeidet starter

Høsten 2005 startet arbeidet, og det ble nedsatt en prosjektgruppe som besto av: Prosjektleder, kirurgisk klinikk, oversykepleier med ansvar for fag, forskning og utdanning, operasjonsavdelingen, oversykepleier/enhetsleder og medisinsk ansvarlig kirurg. Anestesiavdelingen var representert ved avdelingssykepleier og medisinsk ansvarlig anestesilege. I starten og underveis i prosessen deltok også enkelte representanter fra Operasjonsavdelingen og enheten på møter og i prosjektet. Arbeidet startet med å kartlegge hva som allerede fantes av prosedyrer, rutiner og dokumenter både i papirutgaver og i elektroniske form (EK) på klinikk-/avdelingsnivå, men også på overordnet sykehusnivå og i eksterne dokumenter. Dette ble så systematisert og vurdert opp mot hva ISO-standarden krever. Dette var et omfattende, men viktig arbeid som tok lang tid. Standarden krever bare seks dokumenterte områder (dokumentstyring, registrering,

styring av avvik, korrigerende tiltak, forebyggende tiltak og intern revisjon). Dette høres lite ut, men i praksis krever det en god del flere prosedyrer og dokumenter enn det som allerede forelå. Sykehuset har utarbeidet 23 faste emneområder i EK som gjelder for alle uansett nivå, klinikk, avdeling eller enhet. Det var ikke bare i Dagkirurgisk enhet man arbeidet med kvalitetssystemet. Også i Operasjonsavdelingen var det nødvendig å få utarbeidet og revidert prosedyrer som er overbyggende og felles for alle enheter i avdelingen. Utgangspunktet for alle do-

Gleden var stor da sertifikatet ble overlevert uten avvik.

kumenter, prosedyrer og rutiner skulle bygge på sykehusets nivå 1-dokumenter. Det var med andre ord nødvendig å ha god kunnskap om sykehusets kvalitetssystem og dokumenter. Under hele prosessen hadde prosjektgruppen, ved prosjektleder, et nært samarbeid med sykehusets spesialrådgiver i kvalitet, som bidro aktivt i prosessen.

«Veien blir til mens vi går»

Normal operasjonsdrift pågikk parallelt med sertifiseringsarbeidet. Samtidig skulle nye fagdisipliner etableres og nytt personale finne sin plass i den nye enheten. Vi innså snart at arbeidet ikke ville bli ferdig til fastsatt tidspunkt. Etablering av en ny enhet medførte en del endringer og mye av det tidligere arbeidet som var gjort, var ikke overførbart. Vi skulle beskrive virksomheten, men måtte også ta en grundig gjennomgang av nye rutiner og etablere disse.

Den største utfordringen var å gjøre de styrende dokumentene kjent og sørge for at de ble fulgt opp i enheten. I tillegg skulle vi gjøre risikovurderinger og få kvalitetssystemet til å fungere effektivt. Personalet ble derfor tidlig involvert i kvalitetsarbeidet, blant annet gjennom faste møter i enheten. Her ble det blant annet informert om utviklingen av prosjektet, nye prosedyrer, avvik og resultater. Dermed fikk hver enkelt et nært forhold til kvalitetsarbeidet og delaktighet i prosessen. Alle fikk ansvar for

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider.

Søkeord:

- » Dagbehandling
- » Dokumentasjon
- » Operasjon
- » Kvalitet



Fakta:

› ISO betyr den internasjonale standardiseringsorganisasjonen. Standarden NS-EN ISO 9001:2000 System for kvalitetsstyring, er et ledelsessystem som veileder og styrer en organisasjon i forbindelse med kvalitet.



STOR JOBB: Serifiseringen krevde en kartlegging av alle prosedyrer, rutiner og dokumenter på klinikk- og avdelingsnivå, men også på overordnet sykehusnivå og i eksterne dokumenter. Dette ble så systematisert og vurdert opp mot ISO-standarder. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



å utarbeide og/eller revidere ulike fagprosedyrer innenfor eget ansvarsområde og arbeidene ble presentert på personalmøtene.

Sertifisering

Etter hvert så prosjektgruppen at systemet tok form. Vi hadde utarbeidet et grunnleggende og omfattende kvalitetssystem, og det meste av prosedyrene vi trengte var på plass. Etter en internrevisjon, utført av kvalitetsseksjonen, var vi i desember 2007 klare for å bli revidert av Teknologisk institutt, som var valgt som sertifiseringsfirma. Informantene som deltok på sertifiseringen var oversykepleier/enhetsleder og to valgte operasjonssykepleiere. I tillegg var deltakere fra prosjektgruppen observatører.

Et kvalitetssystem er ikke noe man bare skal ha, men også bruke i sitt daglige arbeid.

Revisjonsdagen kunne minne om en muntlig eksamen; det ble stilt 68 spørsmål i tillegg til at sertifiseringsfirmaet på forhånd hadde gjennomgått alle aktuelle dokumenter i kvalitetssystemet. Gleden var stor da sertifikatet ble overlevert uten avvik. Prosessen hadde tatt to år og endelig kunne vi høste fruktene av et lærerikt, men også tidkrevende arbeid. Det var «orden i eget hus» (4). Det er fullt mulig å bruke kortere tid enn to år på en slik prosess, men det å bruke god tid kan bidra til å forankre systemet i enheten og hos personalet på en god måte, slik at alle får et eierforhold til kvalitetssystemet. Et kvalitetssystem er ikke noe man bare skal ha, men også bruke i sitt daglige arbeid.

Resertifisering

Kvalitetsarbeidet i avdelingen og enheten fortsatte, prosedyrer og dokumenter ble stadig forbedret og gjort kjent for alle. Høsten 2008 var det tid for resertifisering. En ISO-sertifisering blir gitt for tre år av gangen og hvert år blir det gjort en revisjon. I tillegg til møte med informanter var det denne gangen med en fagrevisor, som var inne i enheten for å se hvordan kvalitetsarbeidet fungerte i praksis. Sertifiseringen pågikk en hel dag, parallelt med vanlig drift i enheten. Det ble stilt 75 spørsmål i tillegg til gjennomgang av dokumenter i kvalitetssystemet. Dagkirurgisk enhet ble resertifisert uten avvik og beholdt sertifikatet. Revisjonen viste at systemet og alle dokumentene som var laget, ble fulgt og at dette ble synlig i resultatdokumentasjonen. Kvalitetsarbeid er som kjent en kontinuerlig prosess og et krevende arbeid. Det er derfor viktig og helt avgjørende at arbeidet er forankret i ledelsen. Hvis ikke, når man ikke målet om å bli ISO-sertifisert.

Resultatet er god praksis

Gevinsten er at vi i dag etterlever ISO-standardene i praksis ved å følge fastsatte prosedyrer og rutiner i kvalitetssystemet. Vi kan raskt korrigere og forbedre disse dersom det er nødvendig. Dette kan være i forhold til meldte avvik, ny kunnskap eller endrede rutiner. I tillegg er «den tause kunnskapen om driften skrevet ned og innarbeidet. Det gjør det mulig å kontrollere og korrigere virksomheten, noe som bidrar til en tryggere, tydeligere og enklere ledelse. Kvalitetsarbeidet har bidratt til en mer

systematisert og effektiv enhet. Personalet arbeider i en oversiktlig organisasjon. De har fått større kunnskap og eierforhold til kvalitetssystemet, samt en større åpenhet overfor forbedringsarbeid. Pasientene møter forutsigbarhet, kompetent personell og blir godt ivaretatt. Resultater fra oppringningssamtalen til pasientene første dag etter operasjonen, hvor 97 prosent av pasientene oppgir at de er fornøyde, gjenspeiler dette. Den gode praksisen gjør en forskjell både for pasientene og for personalet. Dette viste seg i den årlige medarbeiderundersøkelsen i 2008, hvor resultatene var merkbart bedre enn ved andre avdelinger. Dette ble lagt merke til av personalavdelingen. Sertifiseringen har tydelig påvirket de ansatte: De meldte om positive utfordringer og bra mestingsfølelse i arbeidet, og god tilhørighet i organisasjonen. Det viser seg at det gode kvalitetssystemet fremmer et trygt og godt arbeidsmiljø, med trygge og fornøyde medarbeidere. I en aktiv og hektisk hverdag i en operasjonsenhet er det ikke rom for personlige tolkninger. Derfor er det viktig med systemer som skaper orden og oversikt, noe som bidrar til bedre kvalitet i tjenestene til pasientene.

Oppsummering

Kunne vi ha oppnådd alt dette, uten en ISO-sertifisering? ISO-standardene kan brukes som en guide i forhold til å lage et kvalitetsstyringssystem, og det blir nok også gjort mange steder. Utfordringen er om systemet etterleves og følges opp i praksis. Vår erfaring tilsier at det er nødvendig med en ekstern revisjon. Et sertifiseringselskap, som en tredjepart, vurderer hele styringssystemet opp mot en anerkjent standard, i dette tilfellet NS-EN ISO 9001:2000. Etter inngått avtale gir selskapet jevnlig revisjoner med tilbakemelding om vedlikehold og forbedring av arbeidsprosesser og resultater. En ISO-sertifisering er kostbar, forpliktende og må skje innen en gitt tidsramme. I tillegg skal man bevise at kvalitetssystemet fungerer og brukes av alle ved en revisjon. Det tar tid å etablere et kvalitetssystem, med alt det inneholder av dokumenter, prosedyrer, rutiner og så videre. I tillegg skal det bli velfungerende og innarbeidet blant alle ansatte i enheten, ledelsen og samarbeidende enheter. Dagkirurgisk enhet har nå vært ISO-sertifisert i et og et halvt år, men det i seg selv gir ingen garanti for god kvalitet. Imidlertid har vi et styringssystem som fungerer, slik at vi i større grad unngår uønskede og uforutsette hendelser som er til hinder i det daglige arbeidet. Det å bli sertifisert av et eksternt organ er kanskje ikke nødvendig, men det er en stor fordel å få bekreftet at vi følger en internasjonal standard. Det meste er på plass, og det er tid for å se fremover. Neste resertifisering er høsten 2009. Så her gjelder det å opprettholde den gode kvaliteten og stadig arbeide for å bli bedre. ■■■

LITTERATUR

1. Norges Standardiseringsforbund (2000). Norsk standard NS-EN ISO 9001:2000, Oslo.
2. Arntzen E, Mikkelsen B. Internkontroll, sertifisering og akkreditering. Tidsskr nor lægeforen 2005; 6: 767-769.
3. Standard Norge og Pronorm System for kvalitetsstyring i helsetjenesten. Veiledning for bruk av NS-EN ISO 9001:2000, Pronorm: Oslo, 2007.
4. Sosial- og helsedirektoratet (2004). Hvordan holde orden i eget hus. Internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Veileder. Oslo.



Grethe Nordhelle

Aktuell med: Manipulasjon.

Forståelse og håndtering

Yrke: Psykolog og advokat. På Diakonhjemmet Høgskole er hun ansvarlig for psykologiundervisningen for sykepleiere og for den tverrfaglige utdanningen i konflikthåndtering og mekling.

Bosted: Oslo

Alder: 57 år



Den svake

Er pasienten litt for smørblid? Eller gjør seg hakket for stakkarslig? Det kan være en manipulator du har foran deg.

Tekst Marit Fonn Foto Erik M. Sundt

Det er mange flere manipulatorer blant oss enn vi tror, mener Grethe Nordhelle. Og de er skadelige for samfunnet. Nordhelle har skrevet bok om hva som egentlig skjer. Å avsløre en manipulator kan være svært krevende, også for fagfolk.

– Det er foruroligende når fagpersonell ikke er klar over at de blir manipulert.

– Hva er manipulasjon?

– Å utnytte et annet menneske til egen fordel. Dette skjer bevisst. En manipulator handler strategisk og kynisk.

Manipulatoren presenterer virkeligheten falskt eller usaklig.

– Hvis ikke, ville han ikke oppnådd det han ville.

En manipulerende pasient kan uriktig si at hun har mistet tablettene sin, og slik få en ny.

– Ruspasienter er gode til å manipulere?

– Ja, de gjør det ofte.

Manipulasjon er spesielt vanskelig fordi det er skjult.

– Disse menneskene driver avansert. De er sofistikerte og bruker hjernen mye. Det er krevende å være manipulator.

– Psykopaten kan likne manipulatoren. Men han er lettere å avsløre, fordi han tror på løgnene selv. Noen er begge deler.

Sykepleiere møter mange potensielle manipulatorer. Nordhelle trekker fram fire grupper: Pasienter,

pårørende, side- eller underordnede, overordnede.

– Dette er den svake parts makt. Pasienten er jo en svak part.

Manipulatoren finner svake punkter hos sine ofre. Det kan være en interesse, et behov, et ønske eller en mangel. Sykepleiernes mangel er for lite kunnskap, og de undervurderer manipulatoren.

– Er sykepleierne naive?

– Mindre enn mange andre. Men de har mange baller i luften. De er mer opptatt av alt det praktiske.

Noen har behov for å dukke andre for å føle seg vel. De orker ikke kjenne på sitt mindreverdskompleks. I stedet angriper de andre. Typisk er kollegaen som framhever seg selv og setter andre i skyggen.

Manipulerende pårørende kan være pasientens forlengede arm, for eksempel foreldre til en rusmisbruker. Men de kan også ha en egen agenda, som å holde liv i pasienten som heller vil dø.

Manipulatoren er ute etter å skape emosjoner som gjør at offeret ikke tenker klart. Nordhelle viser til fire metoder:

Å smøre, smigre og skryte. «Du er så god!» sier han. «Du er den beste! Jeg er så stolt av deg.»

– Man blir beruset. Bedøvd. Slik får manipulatoren deg til å overta hans oppgaver.

En annen metode er kritikk og bebreidelser. Det skaper skyldfølelse. Så har vi offerrollen: «Stakkars meg.»

parts makt

Den gir dårlig samvittighet. «Jeg er så alene», sier pasienten. Ofte er det noe sant i det som sies, men måten det brukes på gjør det til manipulasjon. Så sitter sykepleieren der, selv om hun ikke har tid.

Fjerde metode er å skremme og true. «Hvis du ikke følger opp, skjer sånn og sånn,» kan sjefen si. Eller: «Pasienten dør, og du er ansvarlig.» Og pasienten kan true med å gå til pasientskadenemnda: «Du ga meg medisiner for sent. Jeg skal melde deg.»

– *Alle har svake punkt. Men alle er ikke like lette å manipulere?*

– Nye i jobben og generelt usikre personer kan være ekstra utsatt. Er man ærgjerrig eller opptatt av prestisje, kan det være et ømt punkt.

– *Bør det ringe en bjelle når noe sier de blir glad for å se meg?*

– I et lynraskt sekund bør vi tenke:

posisjon skulle ha behov for å manipulere.

– Det skyldes sannsynligvis noe i personen selv. Er problemet en sjef med personlighetsforstyrrelse, er det viktig ikke å være alene. Ta det opp på et høyere nivå. Er det ikke støtte å få, må du absolutt finne deg et annet sted.

– *Hvordan skal vi håndtere manipulasjon?*

– Identifiser det når det skjer. Ikke bli det manipulatorens ønske du skal bli. Det er ikke lett å ta bort følelsen han skaper, men ikke vis den. Jo mer du forstår og jo mer støtte du får, desto mer demper du emosjonene dine.

Møt kritikk med å alminneliggjøre. Svar rolig pasienten i offerrollen: «Sånn er det av og til.» Ikke forsvar deg eller angrip.

– Når vi kommuniserer, investerer vi vanligvis følelser. Vi sier fra når vi

Manipulatorens er ute etter å skape emosjoner som gjør at offeret ikke tenker klart.

Er det ekte eller er det falskt? Det bør etter hvert skje automatisk.

Erfarings som regel en styrke. Men Nordhelle har klienter godt oppi årene som stadig går på limpinnen.

– Det gjelder å gjenkjenne fenomenet. Det er krevende å identifisere når det pågår. Denne boken er et bidrag til å øke bevisstheten.

Nordhelle påpeker at sykepleiernes fordel er at de fleste jobber i team.

– Hvis man begynner å bli urolig, er det viktig å snakke med en man har tillit til, og ikke bli gående i det. Manipulatorens ønsker å isolere offeret.

Man kan lure på hvorfor en i makt-

blir såret. Men her må vi gjøre det motsatte, sier Nordhelle.

– *Alle er hverdagsmanipulatorer, skriver du. Er det greit at vi manipulerer hverandre?*

– Kjenn på magefølelsen: Mener han det virkelig? Virker det spontant eller planlagt? Å ta en spansk en for å komme fortere fram i køen, er en uskyldig form for manipulasjon som ikke rammer enkeltpersoner. Små doser, ikke altfor ofte, lever vi med.

– *Kjønnsforskjeller?*

– Begge kjønn manipulerer. Men noen er bedre til å true, andre har større tårer. ■■■

The End

En lykkelig slutt

DET ER IKKE BARE PÅ FILMLERRETET vi ønsker å se en «happy ending». Vi foretrekker det samme i litteraturen, skal vi tro en britisk undersøkelse. Snaut to tusen boklesere ble spurt om sine favoritt-sluttscener i litteraturen, og flertallet oppga den siste scenen i Jane Austens roman «Stolthet og fordom» til å være den beste.

Over 40 prosent av de spurte fortalte at de helst leser bøker med en lykkelig slutt. Kun 2 prosent mente å foretrekke en trist slutt på romanen. Og mange skulle gjerne kunnet endre slutten der helten dør eller de ulykkelige forelskede ikke får hverandre.

Hvorfor er det så viktig for oss at alt skal ende vel i bøkene og filmens verden? Fordi vi heier på det gode? En kjærkommen virkelighetsflukt?

Ingvar Ambjørnsen skrev følgende i VG om Per Pettersons bok «Det er greit for meg»:

«Fra denne leseropplevelsen må du finne veien videre selv. Teksten gnager i deg, driver deg videre. Stor litteratur gjør det».

Det vil alltid være delte meninger om hva som gjør en bok verdt å lese, lykkelig slutt eller ikke. Gleden over å lese vil vi uansett ha felles.

Som bokinspirator Liv Gade uttalte det, etter å ha sitert favorittdiktet av Henrik Wergeland i takketalen for å ha vunnet Forlagsprisen:

«Bare å vite at en god bok venter ved aftenstund, gjør den dagen lykkeligere».

– Det er helt sant. Jeg har hele diktet hengende i en ramme på kjøkkenet. Det er min lille bibel.



Geir Arne Johansen



Arne Teige er psykiatrisk sykepleier ved Førde sentralsykehus.

I denne serien på 10 artikler gir han en grunnleggende innføring i de vanligste forskningsmetodene. Serien «Det metodiske hjørnet» skal sette leserne i stand til kritisk å vurdere nyere forskning i sitt arbeid.

Viktig å se variasjon

Sist beskrev jeg «gjennomsnittet»: den tallverdien som best representerer ei gruppe og en tilstand. Denne gangen tar jeg for meg hvordan vi kan sammenfatte variasjonen i målinger.

Vi har målt kroppstemperaturen hos ei gruppe friske voksne, har lagt sammen alle temperaturene, og deretter delt med antall målinger. Resultatet er blitt 37,0° C. Hvordan vurderer vi dette?

Ulike målinger kan gi samme gjennomsnittsverdi. Tabell 1 viser dette poenget. De tre gruppene har alle samme aritmetiske gjennomsnitt, tross innbyrdes ulikhet. Gjennomsnittsverdien sier derfor ikke nok. Vi må også beskrive variasjonen.

Temperatur hos friske voksne

Temperatur	Gruppe A	Gruppe B	Gruppe C
1	37,0	36,4	36,4
2	37,0	36,6	37,3
3	37,0	37,0	37,6
4	37,0	38,0	36,7

Målingene

Målingene i gruppe A kan være rette, men fremstår «mistenkelig» ensarta. Vi ville forvente litt variasjon. Målingene i gruppe B og C ser bedre ut, nettopp fordi verdiene er mer spredt. En måleverdi peker seg ut: person B4 har 38,0. Er dette en «normal variant», har vedkommende feber, eller finner vi andre forklaringer? (Dersom vi mistenker «feber», må målingen forkastes, siden gruppa vi undersøker er «friske voksne».)

Vi har få målinger. Hadde vi 1000, og fant at de varierte like lite som i gruppe A, ville vi blitt som apostelen Thomas: tvilende. Så stabile er aldri ei gruppe målinger! Derimot ville vi forvente å finne noen få personer med kroppstemperatur på 38,0, som person B4.

Rent intuitivt kan en vurdere hvor spredte målingene er ved se på den minste og den største verdien. Trekker man den laveste verdien fra den høyeste, får

man *variasjonsbredda* for målingene (eng. range).

Sammenligner vi hver måling med gjennomsnittsverdien, måler vi *avviket* (eng. deviation). For små grupper målinger er dette oversiktlig. Men hvordan skal vi sammenfatte avviket for 1000 målinger? En løsning med «gjennomsnittlig avvik» hjelper oss ikke, siden summen av de individuelle avvikene alltid er null.

Statistikerne har løst dette ved en «omvei» som kalles *variansen*. Den fører frem til *standardavviket*, det viktigste spredningsmålet. Standardavviket oppgis rutinemessig i forskningsartikler. Standardavviket er alltid i samme måleenhet som de opprinnelige målingene.

Potens og kvadratrot

Jeg bruker stjerne som gangetegn (multiplikasjonstegn). I stedet for kolon bruker jeg skråstrek som delingstegn (divisjonstegn), slik:

Multiplikasjon: $2 \times 2 = 2 * 2 = 4$

Divisjon: $4 : 2 = 4 / 2 = 2$

Regneoperasjonen «å gange et tall med seg selv» heter «å opphøye i potens». Multipliserer en tallet 2 med seg selv, opphøyer en 2 «i andre potens».

Opphøye 2 i andre potens: $2^2 = 2 * 2 = 4$.

«Ørepynten» (dvs. det lille totallet) viser hvor mange ganger tallet skal multipliseres med seg selv.

Den motsatte regneoperasjonen, hvor en finner hvilket tall som ganget med seg selv gir det tallet vi har, kalles «å trekke ut kvadratrot av».

Kvadratrot av 4: $\sqrt{4} = 2$ fordi $2 * 2 = 4$.

Oppskrift på varians (lett forenklet)

- » Finn avvikene ved å trekke hver måling fra gjennomsnittsverdien
- » Multipliser (gange) hvert avvik med seg selv
- » Legg sammen alle verdiene i punkt 2
- » Del (divider) resultatet i pkt. 3 på antall målinger.

Resultat: Variansen.



38,0 I TEMPERATUR: Har vedkommende feber, eller finnes det andre forklaringer? Foto: Colourbox

Oppskrift på standardavvik

» ta kvadratrot av variansen

Resultat: Standardavviket

Både varians og standardavvik er mål for spredning. Begge vil – generelt – øke når spredningen øker.

Vi kan nå beskrive resultatene våre ved hjelp av to størrelser: gjennomsnittet og standardavviket. Og dette uavhengig av om vi har gjort ti eller titusen målinger.

Alle dyr er like, men noen dyr er mer like enn andre.

Huxley

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- » Variasjonen
- » Standardavvik
- » Variasjonsbredd
- » Variansen





Estetikk og helse

Av Synnøve Caspari
138 sider
Cappelen Akademiske Forlag 2009
ISBN: 978-82-023-0678-6
Anmelder: Inger Beate Larsen, førsteamanuensis

Rotete om viktig tema

ANMELDELSE: Synnøve Caspari har skrevet en viktig bok, som kunne vært bedre. Estetikk er, ifølge forfatteren, læren og vitenskapen om det skjønne og uskjønne i våre omgivelser. Og når mennesker ikke kan løsrives fra sitt fysiske miljø, blir kunnskap om helse og estetikk av vesentlig betydning. Boka diskuterer estetikkbegrepet i forhold til harmoni, lek, mat, kunst, rom, lys, farger, design, lyd, natur og luft. Selvfølgelig og viktige fokusområder for ansatte som arbeider med å forebygge sykdom og fremme helse.

Forfatteren gir en nyansert og interessant fremstilling av helsebegrepet, ved å gå tilbake til ordets etymologi som har tilknytning til estetikken. Forholdet mellom estetikk og evidens belyses. Slik sett problematiseres den snevre evidensforståelsen som bygger på det som kan bevises gjennom naturvitenskapelige metoder: Knyttet

til estetikk blir evidens heldigvis noe mye mer.

Bokas styrke ligger i kapittel fem. Der forteller pasienter om sine opplevelser av estetikk i sykehus. Samtlige har profesjoner der estetikk er av betydning. Beskrivelsene av veggkunst og dårlig belyste rom overbeviser om omgivelsenes betydning for vår helse og velvære.

Men selv om estetikk presenteres som både det skjønne og uskjønne, blir det skjønne i hovedsak relatert til god helse. Jeg hadde foretrukket flere nyanseringer. Kanskje kunne et maleri som vekker vemmelse og forakt sette i gang diskusjoner pasienter og helsearbeidere imellom? Kanskje ville nettopp det frastøtende bidra til å få i gang viktige og nødvendige samtaler om smertefulle liv?

Boka er ryddig og rotete på samme tid. Den bærer preg av en forenklet

fremstilling av et komplekst område. De mange områdene estetikken oppløses i, blir fremstilt mer overfladisk enn de fortjener. Kanskje forfatteren hadde tjent på å lage en tykkere bok, eller velge ut noen områder til fordypning?

Presentasjonen mangler sammenheng. Hvorfor defineres begrepene «verdighet og vård» i bokas vedlegg, mens andre begreper presenteres i rammer eller som fotnoter? Det virker forvirrende når uttrykket «evidensbasert vård» brukes mange sider før leseren får vite hva forfatteren mener med det. Det blir uklart om dette er en populærvitenskapelig eller en forskningsbasert bok. Jeg sitter dessverre igjen med inntrykket av hastverksarbeid. Å omforme en doktoravhandling til en bok, bør vel innebære noen tydelige valg?

Boka skaper imidlertid spenning, i den forstand at du får lyst til å vite mer om tematikken.

Aldrig hørte jeg din spæde Stemme, aldrig smilte dine blege Læber til mig, men de bitte, bitte Fødders Spark vil jeg aldrig nogensinde glemme. Tove Ditlevsen



Det bor et barn i mitt hjerte

Av Aida Helene Løver, Alexandra Beverfjord og Atle Dyregrov
220 sider
Gyldendal forlag 2008
ISBN: 978-82-05-38471-2
Anmelder: Berit Marie Cocozza, spesialsykepleier

Den ensomme sorgen

ANMELDELSE: Ti foreldrepar deler sine personlige historier. De forteller om en ensom og intens sorg etter å ha mistet barnet de aldri fikk bli kjent med. Slik håper de å kunne være til hjelp for andre som kommer i samme situasjon.

Disse personlige og nære historiene utgjør bokens hoveddel. Og det er umulig å lese dem uten å bli berørt. De beskriver tomheten, skyldfølelsen, skammen, savnet og avskjeden. Mødre som bebreider seg selv for ikke å ha klart å lage et barn som lever opp. Samtidig tviholder de på små, korte minner: Film og bilder. En liten hårløkk. En hånd- eller et fotavtrykk. Slik kan de på et vis holde barnet levende.

Etter begravelsen, som gjøres så personlig som mulig, varmer det å kunne dele minnene med familie og venner. Men det er vanskelig å se at

livet rundt dem fortsetter som om ingenting skulle ha skjedd. For dem har verden stoppet opp.

Sorgen takler de på ulike måter. Til felles har de at det oppleves meningsløst. Etter som tiden går, vender livsgnisten gradvis tilbake. Men sorgen vil alltid ligge der. Som arr etter et stort, blødende sår.

Ifølge psykolog Atle Dyregrov, som har skrevet bokens andre del, er det mer ved å miste et barn ved livets start enn tapet og sorgen over selve dødsfallet. Det er også tap av forventninger. Tap av håp, av drømmer om barnet som skulle komme. Barnet rakk aldri å få sin identitet bekreftet av omgivelsene, og sorgen blir ofte mer ensom og underkjent enn sorgen etter større barns bortgang.

Jordmor Synnøve Egenæs påpeker at det å føde død istedenfor liv, er en

svært tung opplevelse for alle involverte. Vi må være åpne og til stede for foreldrene. Vår innsats som sykepleiere kan hjelpe dem å finne tilbake til et godt liv, mener hun.

Som sykepleier leser jeg boken med blandede følelser. Det er smertefullt å lese om foreldrenes sorg. Samtidig er jeg glad for å se at prosedyrene jordmødre har kjempet for endelig er innarbeidet på sykehusene. Mitt inntrykk er nemlig at disse foreldrene føler at de har fått god oppfølging.

Boken er skrevet med innlevelse, og den er lett å lese. Vi får råd om hvordan vi best møter og ivaretar foreldre som har havnet i en tragisk situasjon.

Den bør leses av foreldre som har opplevd å miste et barn, og av deres venner og familie. Boken kan også anbefales til studentgrupper innen helse- og sosialfag, teologi og psykologi.

Ser resultatet med egne øyne

Ved hjelp av et enkelt forsøksoppsett i hygieneundervisningen får sykepleierstudenter erfare hva som er riktig håndhygiene.

Tekst **Susanne Dietrichson**

Arkivfoto: Lars-Erik Vollebæk



HELST IKKE: Håndvask med såpe og vann anbefales når hendene er synlig skitne, hånddesinfeksjon skal ellers være førstevalget.

I forskningsartikkelen «Er handdesinfeksjon bedre enn handvask?» beskriver to høyskolelektorer på Diakonhjemmet Høgskole hvordan sykepleierstudenter deltok i et enkelt forsøk om håndhygiene parallelt med at de fikk undervisning i samme emne:

– Hensikten med studien var å vise hvordan man ved hjelp av en enkel metode, som lett lar seg gjennomføre i et klasserom, kan visualisere effekten av riktig håndhygiene, forteller førsteforfatter Martin Aasbrenn.

– Jeg ønsker å formidle gleden og entusiasmen ved å drive kvantitativ forskning, forteller han og legger til at det gøy å se hvor engasjerte og ivrige studentene blir når de for eksempel diskuterer holdbarheten i resultatene.

Solid kunnskap

I artikkelen påpeker Aasbrenn og medforfatter Reidun Lid at de offisielle norske anbefalingene for håndhygiene er i tråd med de internasjonale og at disse bygger på et solid kunnskapsgrunnlag. Hånddesinfeksjon skal være førstevalget i de fleste situasjoner, før og etter kontakt med pasientene eller flater i nærheten av pasienten, ved berøring av pasientens hud, slimhinner eller ekskret.

Håndvask med såpe og vann anbefales i dag bare når hendene er synlig skitne, for eksempel tilsølt med blod eller andre væsker, før man spiser og etter toalettbesøk.

Forfatterne refererer til at god håndhygiene kan redusere tallet på sykehus-

infeksjoner med 30–50 prosent, i tillegg tar det kortere tid og gir mindre tørr hud enn vask.

Enkelt forsøk

Tre heltids- og to deltidskull med sykepleiestudenter deltok i forsøket som Aasbrenn og Lid beskriver i artikkelen. Studentene ble delt opp i tre grupper; en gruppe vasket hendene, en annen desinfiserte hendene og den tredje gruppen gjorde ingen av delene. Deretter ble det tatt bakterieprøver av alle og disse ble dyrket på blodagar i en til to døgn.

– Selv om det metodiske ikke er perfekt, får studentene likevel se nytten av tall og statistikker. Det hele blir på en måte veldig jordnært.

Aasbrenn håper at denne læringsmetoden også kan få konsekvenser for

hvordan studentene opptrer når de siden kommer ut i arbeidslivet:

– Jeg tror at det man jobber mye med i studiet, vil man også bli mer opptatt av når man kommer ut i den virkelige verden. I dette hygieneforsøket bruker studentene alle sanser; de ser resultatene med sine egne øyne og lukter bakteriene. Vi håper og tror at denne formen for dyp læring gir positive resultater.

Les artikkelen i *Sykepleien Forskning* 3–2009, s. 174.



Røyking kan gi MS

Forskere har fått bekreftet mistanken om røyking øker faren for Multipel sklerose (MS). Snus øker imidlertid ikke risikoen for MS. Forskerne tror derfor det ikke er nikotinet som er årsaken til at røykere har en større risiko for å rammes av sykdommen. De tror årsakene til at røykerne er mer utsatt skyldes visse virusinfeksjoner som går på luftveien og som røykere er mer utsatt for enn andre.

Studien ble gjennomført ved Karolinska Institutet og skal publiseres i det vitenskapelige tidsskriftet *Neurology* i september.

Rundt 900 skandinaviske personer med MS-diagnose, og 1855 uten MS, deltok i studien. Dette er den største studien som er gjort.

Funnene i undersøkelsen viser at kvinner som røyker har femti prosent høyere risiko for å utvikle MS enn ikke-røykere. For mannlige røykere, er doubles risikoen for å få MS.

Kilde: *Pasienthåndboka.no*

**Miele****PROFESSIONAL**

OXIVARIO® - for den beste rengjøring og desinfeksjon

Miele har i årtier vært retningsgivende i utvikling av rengjørings- og desinfeksjonsautomater for det kliniske området og legepraksisen.

Oxivario er et spesialprogram beregnet benyttet til vask av kompliserte instrumenter innen minimalinvasiv kirurgi. Programmene benytter en kjemisk reaksjon i maskinen som frigir oksygen som igjen angriper proteiner. Resultatet er 100% rene og blanke instrumenter.

Ta kontakt med oss for en uforpliktende prat.

Miele AS, Loxaveien 13
Postboks 183, 1309 RUD
Telefon 67 17 31 00
Telefaks 67 17 34 29

E-post: professional@miele.no
Internett: www.miele-professional.no

Quiz

tekst Eivor Hofstad

Er du en kompetent sykepleier?

Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hva er zoonoser?

- A Tropesykdommer
- B Sykdommer som smitter fra dyr til menneske
- C Parasitter som lever i ferskvann

2 Hva er hovedingrediensen i antirynkemidlene Dysport og Botox?

- A En dødelig nervegift
- B Bedervede kollagenproteiner
- C Stamceller fra aborterte fostre

3 Hvilken sykdom kan ligge bak legenden om menneskelige vampyrer, ifølge en spansk nevrolog i tidsskriftet Neurology?

- A Anemi
- B Rabies
- C Bipolar lidelse, type I (manisk-depressiv)

4 Hva er antiemetika?

- A Legemidler mot forstoppelse
- B Alkaolider mot amøbesykdommer
- C Legemidler mot kvalme

5 Hva kan gi tap av smaksans og en metallisk, bitter smak i munnen en til to dager etter konsum, ifølge nylig advarsel fra Mattilsynet?

- A Enkelte typer pinjekjerner
- B Godteri med ekstra sterke farger
- C Enkelte typer bær



IKKE BARE BLÅBÆR: Er det noen av disse fristelsene Mattilsynet frykter kan berøve oss smaksansens?

Foto: Kim Holte, Opplysningskontoret for frukt og grønnsaker

6 Hva heter den viktigste åndedrettsmuskelen?

- A Bronchiolus
- B Alveoli pulmonus
- C Diafragma

7 Gravide er prioritert til å få pandemivaksine først. Men for hvilket trimester er pandemivaksine i utgangspunktet ikke anbefalt?

- A Første trimester
- B Andre trimester
- C Tredje trimester

8 Hvor mange dagkirurgiske avdelinger er ISO-sertifisert i Norge?

- A Sju
- B Fire
- C En

9 Hva står ISO for?

- A Instrumental Specifications by Oxford
- B International Organization for Standardization
- C Integrated Systems and Operations

10 Og hva kommer ordet ISO egentlig av?

- A Det greske ordet for lik
- B Det latinske ordet for oppskrift
- C Det inuittiske ordet for gruppe

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, 2A, 3B, 4C, 5A, 6C, 7A, 8C, 9B, 10A

FAG STATISTIKK

Dødsfallene kunne vært forebygget

Aids, tuberkulose og selvmord er blant de vanligste dødsårsakene hos unge verden over.

Tekst Geir Arne Johansen Foto Colourbox



Det viser en fersk studie fra Verdens helseorganisasjon (WHO). Trafikkulykker, vold og komplikasjoner ved graviditet og fødsel, topper også listen over de hyppigste dødsårsakene blant de 2,6 millioner unge mellom 10 og 24 år som dør hvert år.

Dødeligheten i aldersgruppen er høyest i fattige land, og da spesielt blant unge kvinner. Mange jenter og unge kvinner i fattige land dør av komplikasjoner som følge av mislykkede aborter og etter kjønnslemlestelse. Ifølge studien utgjør disse tilfellene, sammen med død som følge av komplikasjoner ved graviditet og fødsel, 15 prosent av dødsfallene blant tenåringsjenter og unge kvinner.

For mye uvitenhet

To av fem dødsfall skyldes ulykker eller vold, hvorav unge gutter og menn i delvis fattige regioner som Øst-Europa og Sør-Amerika er mest utsatt. Det er imidlertid trafikken som krever flest unge ofre. Ti prosent av alle dødsfall i aldersgruppen 10 til 24 år skjer på veiene. Fjorten prosent av alle gutter og unge menn i samme aldersgruppe mister livet i trafikken.

Assisterende generaldirektør i WHO, Daisy Mafubelu, mener det må satses på undervisning og forebyggende arbeid blant unge for å få dødstallene ned.

– Tallene viser at det er et stort behov for opplæring og veiledning blant unge. Mer opplæring i trafikk sikkerhet og bedre seksualundervisning er blant tiltakene som må på plass, slik at ungdom unngår atferd som kan få dødelige følger, sier hun.

Stor mødre dødelighet

En undersøkelse som ble utført av FNs Befolkningsfond (UNFPA), FNs Barnefond (UNICEF), WHO og Verdensbanken i 2007, viste at sannsynligheten for at en 15-årig jente vil dø av en komplikasjon relatert til graviditet eller fødsel i sin livstid, er høyest i Afrika med 1 til 26. I utviklede land er risikoen 1 til 7 300.

Mindre enn 60 prosent av alle kvinner i utviklingsland, og bare 34 prosent i de minst utviklede landene, har tilgang på faglært helsepersonell. Enda færre føder på helseinstitusjon med faglært personale.

Arbeidslivet
er et virvar side 78

Må reagere når barn
trenger hjelp side 63

Skal alle på død
og liv forske? side 64

Sterke
synspunkter?
Skriv til oss!

Mennesker & meninger

Sykepleien

Send inn din
mening på e.post til:
redaksjonen@
sykepleien.no
eller som brev til:
Sykepleien,
p.b. 456 Sentrum
0104 Oslo

TETT PÅ PER FUGELLI

«Vi har jævla godt av
litt flekker og feil.»

72

DILEMMA BERIT STØRE BRINCHMANN

«Pasienter i livets slutfase
skal ikke flyttes for at sykehuset
skal spare penger.»

70



NSF HAR ORDET Forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: Forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund
E-post: lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no

Vi følger Jens med argusøyne

Valgresultatet er klart. Jeg vil gratulere Jens Stoltenberg med fire nye år som statsminister. Jeg skal passe på at han følger opp sine lovnader og fører en politikk til pasientenes og sykepleiernes beste.

Stoltenberg har i valgkampen lovet oss 12 000 nye sykehjemsplasser og heldøgns omsorgsboliger, 12 000 nye årsverk i pleie- og omsorgssektoren, og at han ved førstkommende lønnsoppgjøret vil starte arbeidet med likelønn.

«Arbeiderpartiet vil bruke penger på å heve kvinnelønn og lavlønn. Dette kan starte i lønnsoppgjøret i 2010» skrev han til Sykepleierforbundet rett før valget. Liv Signe Navarsete fra Senterpartiet skrev: «Det er uhyrd at kvinner skal tene mindre enn menn. Senterpartiet vil arbeide for ein likelønnsnett for å rette opp lønnskilnadene i neste stortingsperiode».

SVs leder Kristin Halvorsen skrev «Lønnsoppgjøret 2010 må bli et kvinneoppgjør. Vi vil ha en likelønnsnett og kamp mot ufrivillig deltid.»

De som jobber i kvinnedominerte yrker tjener om lag 79 kroner for hver hundrelapp de i mannsdominerte yrker tjener. Dette finner vi oss ikke i lenger. Derfor krever vi at:

› Regjeringen følger opp likelønnskomisjonens forslag om å gi et lønnsloft for de kvinnedominerte gruppene i offentlig sektor. Siden likelønns-gapet er dokumentert størst for gruppen med høyskole- og universitetsutdanning, må arbeidet startes her. Likelønnsnetten må komme i tillegg til allerede eksisterende lønnsmidler.

› Regjeringen må samtidig utarbeide en opptrappingsplan for å ta tak i likelønnsproblematikken i videre forstand.



UNNGÅ OVERVEKT: For å styrke folkehelsen bør skoleelever til og med videregående skole ha en times fysisk aktivitet hver dag og gratis frukt og grønt hver dag.

› Lønn må være et viktig virkemiddel også for å rekruttere og beholde arbeidstakere i kvinnedominerte yrker.

› Regjeringen må som bevilgende myndighet til offentlig virksomhet stille krav til partene om mål, prioriteringer og framdrift.

Våre medlemsundersøkelser viser at i overkant av 40 prosent av våre medlemmer jobber deltid. Slik har det vært i mange år. Mange av dere ønsker økte stillingsbrøker. Det finnes ikke ett mannsdominert yrke som ville godta slike arbeidsbetingelser. Jeg forventer derfor av Jens Stoltenberg at han sørger for at alle med deltids-

stillinger i kommunehelsetjenesten og helseforetakene får heltidsstilling dersom de ønsker det. En alvorlig bieffekt av ufrivillig deltid er blant annet at mange av våre medlemmer ikke får boliglån fra banken fordi de ikke er «sikre nok» for banken.

Arbeiderpartiet har lovet 12 000 nye ansatte i den kommunale helse- og omsorgssektoren. Senterpartiet har lovet 15 000. Jeg forutsetter at alle disse besettes av arbeidstakere med helsefaglig utdanning. 2/3 av de nye årsverkene må ha minimum tre års høyskoleutdanning. Vi har i valgkampen fokusert på at det ved våre sykehjem og i hjemmesykepleien er en stor andel ufaglærte, spesielt i helgene og i feriene. De sykeste gamle trenger flere sykepleiere!

Jeg forventer også at regjeringen satser mer på folkehelsearbeid. Det er store sosiale ulikheter i helse i Norge, ut fra hvilken sosioøkonomisk gruppe en befinner seg i. Det må derfor satses både på universelle tiltak og tiltak rettet mot utsatte grupper. Jeg er derfor opptatt av at regjeringen må stille krav til kommunene om at helsestasjons- og skolehelsetjenesten får tilstrekkelig ressurser for å kunne arbeide forebyggende fra spedbarnsalder og gjennom både grunnskole og videregående skole. Tenk hvilke enorme kostnader både den enkelte og samfunnet kan spare på tidlig intervensjon av barn og unge som sliter. Alle politikere snakker om hvor viktig skolehelsetjenesten er. Nå må de gjøre mer enn å prate!

Videre må regjeringen se varsellampene når flere og flere, både unge og voksne, blir overvektige. Den enkelte har selvfølgelig et ansvar for dette, men også samfunnet. To viktige tiltak som kan gjennomføres uten flere utredninger er at alle skoleelever til og med videregående skole får gratis frukt og grønt, og at alle skoleelever får en times fysisk aktivitet hver dag.

Jeg forventer også at regjeringen satser mer på folkehelsearbeid.

Opplysningsplikten til barneverntjenesten – og taushetsplikten

Jeg leste med stor interesse forrige nummer av Sykepleien (13:2009), hvor temaet vold mot barn var behandlet på en veldig god måte. Artikkelen beskriver dilemmaene som ansatte i helsesektoren møter ved bekymring for et barns omsorgssituasjon. Jeg er glad for at Sykepleien har satt dette viktige temaet på dagsorden.

Vi vet at utsatte barn som får *tidlig* hjelp fra barnevernet, klarer seg bedre enn de som først får hjelp på et senere tidspunkt. For å lykkes i dette, er det avgjørende at barnevernet ved bekymring for et barn mottar melding om dette så tidlig som mulig. Konkret innebærer dette at opplysningsplikten til barnevernet overholdes. Opplysningsplikten er nedfelt i helsepersonelloven § 33:

«Uten hinder av taushetsplikt etter § 21 skal helsepersonell av eget tiltak gi opplysninger til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, jf. lov om barneverntjenester § 4-10, § 4-11 og § 4-12. Det samme gjelder når et barn har vist vedvarende og alvorlige atferdsvansker, jf. nevnte lov § 4-24.»

Ved tvilstilfeller kan man kontakte barneverntjenesten og drøfte saken i anonymisert form. Man kan også kontakte Alarmtelefonen for barn og unge på telefon 116 111.

Vi vet at sykepleiere, helsesøstre og leger er yrkesgrupper innen helsevesenet som har en verdifull og viktig direkte kontakt med barn og deres omsorgspersoner. Disse yrkesgruppene har også en fagkompetanse som er særlig viktig med hensyn til å kunne avdekke at et barn blir mishandlet eller utsatt for andre former for alvorlig omsorgssvikt. Samtidig vet vi at mange innen-

for disse yrkesgruppene kvier seg for å melde fra om sin bekymring for et barn til barnevernet. Statistikk fra SSB (2008) viser at 6 prosent av undersøkelsessakene i barnevernet kom i gang på grunnlag av bekymringsmeldinger fra helsestasjon, og det tilsvarende tallet fra lege/sykehus er 5 prosent.

Det er svært viktig at det skrives om dette tema og de dilemmaene man som helsepersonell kan komme opp i, slik Sykepleien har gjort. Vi må bygge kompetanse innen fagmiljøene og arbeide for at alle som jobber med barn kjenner til lovverket. Alle som jobber direkte med barn skal kjenne til lovverket som regulerer henholdsvis yrkesmessig taushetsplikt og opplysningsplikten til barnevernet.

Min ambisjon er at alle barn som har behov for det, får nødvendig hjelp og omsorg så tidlig som mulig. I tillegg til helsepersonell er barnehageansatte en viktig yrkesgruppe i barns liv. Barne- og likestillingsdepartementet har sammen med Kunnskapsdepartementet gitt ut en veileder som tar for seg utfordringene knyttet til denne tematikken fra barnehageansattes ståsted. Veilederen «Til barnets beste – samarbeid mellom barnehage og barnevernet» har som formål å bidra til at barnehageansatte vet hva de skal gjøre når de er bekymret for et barn. Veilederen tydeliggjør barnehagens opplysningsplikt til barneverntjenesten og barnevernets tilbakemeldingsplikt.

Bestemmelsen om barnevernets tilbakemeldingsplikt trådte i kraft 1. juli i år og omfatter også tilbakemelding til helsepersonell. Denne lovendringen innebærer at alle som har sendt melding til barneverntjenesten skal få en tilbakemelding som bekrefter at meldingen er mottatt. Dersom meldingen kommer fra en melder som



Faksimile fra Sykepleien nr. 13/09.

er omfattet av opplysningsplikten, skal tilbakemeldingen også opplyse om hvor vidt det er åpnet undersøkelsessak. Når barneverntjenesten skal iverksette, eller har iverksatt, tiltak som det er nødvendig at melder som omfattes av opplysningsplikten får kjennskap til (av hensyn til sin videre oppfølging av barnet), kan barneverntjenesten gi melderens tilbakemelding om tiltakene.

Det er viktig å merke seg at hele 80 prosent av tiltakene barnevernet setter i verk er hjelpetiltak i hjemmet. Disse tiltakene kan være i form av økonomisk stønad, plass i barnehage eller SFO, besøkshjem/avlastningshjem, beredskapshjem, støttekontakt/tilsyn, fritidsaktiviteter, eller andre tiltak i hjemmet.

Vårt felles mål må være at alle barn som har behov for det får nødvendig hjelp og omsorg så tidlig som mulig. For å oppnå dette, må alle som i sin arbeidssituasjon møter barn og unge reagere når noen av dem trenger hjelp.

Anniken Huitfeldt, barne- og likestillingsminister

SIDEN SIST
Siden sist inneholder korrigerte og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe? Kontakt oss på interaktiv@sykepleien.no

Blir det mer snoking?

Melder ikke vold mot barn

Glemte navn

I Sykepleien nr. 13 ble den nye spalten Diagnosen lasnert. Hver utgave vil her ha en illustrasjon med skråblikk på aktuelle temaer. Vårt første bidrag kom fra Øivind Hovland, men hans navn kom beklageligvis ikke med.



Enda flere til Syden

I Sykepleien nr. 12 fortalte vi om pasienter og ansatte ved Øyane sykehjem som dro på tur til Rhodos. I teksten ble det påstått at dette er første sykehjem i Norge som reiser til Syden med beboere og ansatte. Det stemmer tydeligvis ikke. I nr. 13 omtalte vi Fevikun i Grimstad, som med 65 personer var på Kypros i 2006. Nå har vi også fått høre om det private Valstad Sykehjem ved Eidsvoll Verk. Derfra reiser pasienter og ansatte til Lanzarote hvert år. Noen flere?

Sykepleierutdanning – hvorfor og for hvem?

Etter at grunnutdanningen ble en bachelorgrad har det blitt lagt mer og mer vekt på oppgaveskriving, metode og forskning. Angivelig skulle dette ikke gå på bekostning av innholdet i utdanningen for øvrig, men tidligere innlegg i Sykepleien viser at det er flere som er bekymret for fokuset i bachelorutdanningen, både nåværende og tidligere studenter, samt erfarne sykepleiere. Tilbakemeldingene har vært noenlunde likelydende, de nyutdannede sykepleierne føler seg ikke funksjonsdyktige til å gjøre den jobben de blir satt til. Flere føler at de ikke kan nok om «medisinen» og sykepleie til å fungere og måtte tilegne seg denne kompetansen på annet vis. Helsevesenet har ikke tid og ressurser til å gi nyutdannede en «læretid» slik at de skal kunne bli funksjonsdyktige. Dette er kanskje også medvirkende til at så få søker seg til kommunehelsetjenesten, da de vet at de kommer til å måtte ta tøffe avgjørelser helt alene, uten oppfølging av erfarne sykepleiere.

Jeg er selv student i videreutdanning og undrer meg over fokuset i videreutdanningen og hvilken retning den er i ferd med å gå. Og jeg kan ikke si at jeg er overbevist om at dette er rett vei. Etter overgangen der høyskolene og universitetene overtok utdanningene fra helseforetakene, har det skjedd en del forandringer. Man ønsker å bli mer akademiske og internasjonale, med en sterk fokus på forskning.

Allerede i dag er videreutdanningen gjennomsyret av tanken på at vi skal lære forskning, oppgaveskriving og metode. Tilsvarende føler jeg at det faglige fokuset er tonet litt ned. Dette er stikk i strid om hva jeg forestilte meg av en videreutdanning, en spesialutdanning for å kunne jobbe på en spesialavdeling. Enten som anestesio- eller intensiv- eller operasjonssykepleier. Erfarne spesialsykepleiere er skeptisk til at funksjonsdyktigheten også i disse fagene har sunket de siste årene. En uformell undersøkelse i min spesialklasse viser at kun 1 av 15 er interessert i forskning, oppgaveskriving og metode. De siste 14 er interessert i faget, for å bli spesialsykepleiere, funksjonsdyktige sådan. Jeg ser at det er viktig med forskning innenfor sykepleien, men skal alle på død og liv forske? Jeg kan heller ikke se at karakteren på en oppgave der jeg blir bedømt i forhold til kilder, metode og skriveevne skal kunne reflektere min kompetanse som spesialsykepleier. Jeg er ikke flink til å formulere en oppgave, selv om jeg synes det er spennende å lese artikler og reflektere omkring dem, dette gir meg derfor sjelden gode karakterer. Men jeg kan min medisin og min sykepleie. Til sammenligning

har jeg en kamerat som fikk en A på en oppgave om en teoretiker som han ikke hadde lest om i det hele tatt. Men siden han er flink til å skrive og til å resonere, fikk han toppkarakter på den oppgaven. Ergo, er man flink å skrive er det stor sjanse for en god karakter. Gode karakterer er for de fleste ensbetydende med en flink person. Men den praktiske sykepleierutøvelse, der vi får vist oss frem som gode sykepleiere, blir vi kun vurdert i bestått eller ikke bestått.

I en utredning vurderes det om ikke videreutdanningen skal endres for å tilfredsstillende en internasjonal gradsstruktur, dermed vurderer man å legge denne inn under mastergradsstudiet, slik at en «videreutdanning» vil ta i hvert fall to år. Og en overgang fra videreutdanning til mastergradsstudie av typen §3, vil gi nyutdannede mulighet til å gå rett fra bachelorutdanningen og inn på et mastergradsstudium. Dermed vil man produsere spesialsykepleiere som ikke har jobbet i klinikken i det hele tatt. Tidligere var det krav om en viss minstetid i klinikken, for å sikre seg motiverte studenter som hadde et minimum av erfaring. Man får med andre ord «spesialsykepleierbroilere».

I den forbindelsen ser jeg for meg disse utfordringene:

Hvor funksjonsdyktige vil disse «spesialsykepleierbroilerne» være etter 5 år på skolebenken og ingen klinisk erfaring utenom praksis og eventuelt ekstravakter?

Hvor mange av disse mastergradsstudentene vil vel ikke gå videre med forskning og skole, eller bruke denne utdanningen som et springbrett til en ikke-klinikk relatert jobb?

Hvor mange potensielt dyktige klinikere vil sannsynligvis aldri søke seg inn på eller klare å fullføre et tøft og langvarig teoretisk studium?

Mastergradsstudiet er per i dag på to år, i fremtiden ønsker man å presse inn en videreutdanning som i dag er 1,5 år og hvor halvparten av studiet er praksis. Hvordan sørge for god kvalitet i alle fag med en slik sammenslåing?

Vil ikke et toårig, kanskje enda lenger studium, gi dårligere mulighet for unge etablerere som også gjerne har barn, til å studere? Man må jobbe i mange år for å jobbe inn inntektstapet på 1,5 år for en videreutdanning i dag, i tillegg til studiegjeld. En utvidelse av studietiden vil da nødvendigvis gi større inntektstap og større studiegjeld. Finansiering/stipend fra sykehusene er usikre i disse tider med negativ sykehusøkonomi. Det har ikke kommet signaler på at lønnsforskjellen mellom en vanlig sykepleier og en spesialsykepleier/

sykepleier med mastergrad skal øke, dermed er det heller ikke noe økonomisk gevinst knyttet til å ta en slik utdanning.

Et mastergradsstudium er per i dag et studium for studenter som er genuint interessert i forskning, oppgaveskriving og metode, en «utvanning» av disse med studenter som kun er interessert i «videreutdanningen» vil gi større strykandel og mindre motiverte studenter, som igjen vil påvirke de studentene som virkelig ønsker å ta et mastergradsstudium.

Hva oppnår man med å legge videreutdanningen om til et mastergradsstudium? Kan vi ikke heller bruke energi på å få laget et internasjonalt nivå over bachelorgraden, men under mastergrad? Hvorfor skal vi alltid dilte etter resten av verden?

Og til sist; er vi i ferd med å få en utdanning som tilfredsstillende utdanningsvesenets behov og ønsker, så sterkt at helsevesenets behov og studentenes ønsker ikke blir etterfulgt? Hvem lager vi en utdanning for, og hvorfor?

Hilsen «fortvilet spesialstudent»

Når sykehusdirektører går

Jeg stusser over at Sykepleien vier spalteplass til at direktøren ved A-hus går av. Det er mange sykehus som har opplevd at direktører har gått av som følge av uro i organisasjonen, uten at dette har vært tema for Sykepleien. Er det «tilfeldigvis» fordi direktøren heter Normann?

Jeg synes det er greit at man tar opp diskusjonen om makt i helsevesenet på et mer overordnet plan, men man bør være varsom med å koble dette til spesielle personer eller sykehus. Skal man gjøre det, må det gjøres på en slik måte at alle parter får komme til orde på en ordentlig måte. Se saken om Lovisenberg diakonale høyskole i sammen nummer av Sykepleien. Her får både studenter og ledelsen ved høyskolen, samt Nokut spalteplass.

Marit Gimnes, høgskolelektor, Høgskolen i Vestfold

Lønn og holdninger

Det er en kjensgjerning at holdninger i samfunnet, hos enkeltpersoner, i studentmiljøet og i regjeringen har stor påvirkningskraft. Denne påvirkningskraften kan for eksempel ha mye å si i tariffforhandlinger og i det hele hvordan et yrke blir ansett. Jeg har ofte opplevd at mange anser sykepleien som mykt, enkelt eller mindre krevende enn andre yrker. Etter min mening tyder slike holdninger på mangelfull informasjon eller kunnskap. Hva er grunnlaget for disse holdningene?

Første studiedag på sykepleierstudiet kom en representant fra Norsk Sykepleierforbund for å snakke om hvordan det er å være sykepleier. Ett av temaene han tok opp var lønn, og han trakk fram et eksempel jeg husker svært godt. Han fortalte irritert at ingeniørstudentene ville gå ut likt med oss, men tjene 100 000 kroner mer. Dette eksempelet har fått meg til å tenke en del i det siste. Det er nemlig én ting å mene at dette er urettferdig og moralsk forkastelig, men vi må også forstå hvorfor det er slik.

Jeg begynte derfor å spørre meg selv hvordan andre studenter ser på sykepleierstudiet, og på oss som studerer dette. På mange områder tror jeg vi graver vår egen grav. Et eksempel på dette er hentet fra Universitetet i Stavanger, hvor mange studenter på sykepleien syntes det var svært problematisk at pensumboken i anatomi og fysiologi var på engelsk. Jeg snakket med flere ingeniørstudenter som sa at de hadde 3-4 pensumbøker på engelsk. Det er også svært vanlig på mange studier at pensumlitteraturen er på engelsk. Så hvorfor skulle dette vært et problem for sykepleierstudentene?

Jeg undersøkte mer, og fant ut at svært mange sykepleierstudenter boikottet faglærerens anbefaling om å bruke pensumboken og heller kjøpte en norsk bok. Slik jeg har forstått det når jeg har snakket med ingeniørstudenter, syntes de også det var vanskelig å gå over til pensum på engelsk, men de følte de måtte hoppe i det og jobbe seg gjennom det. Jeg har full tro på at dette ville sykepleierstudentene også klare. Hva hindrer dem? Det er muligens frykten for det nye, for forandring, som ligger til grunn for denne problemstillingen.

Dette bidrar til at andre studenter stempler oss på sykepleien som faglig mindreverdige. Og det bidrar til holdninger om at det er klart ingeniørene skal ha mer lønn fordi «de er jo mye smartere».

Det er ikke nødvendigvis vanskeligere å studere til ingeniør, men det er annerledes og krever andre former for kunnskap. Jeg er likevel ikke enige i at det bør trekkes direkte lønnsammenligninger mellom sykepleier og ingeniør slik representanten

fra Norsk Sykepleierforbund gjorde. For å komme inn på ingeniør kreves blant annet realfagskompetanse, noe det virker som urovekkende mange sykepleierstudenter mangler.

Jeg synes det er skremmende å sitte i en forelesning og føle at mange medstudenter melder seg ut når det kommer til grunnleggende kjemi og fysikk, emner som er sentrale for virkelig å forstå anatomi og fysiologi. Muligens burde det kreves kjemi 1 og fysikk 1 for å komme inn på sykepleien. Dette ville vært med å heve statusen på studiet og fagkompetansen til studentene.

Etter en del uker på studiet har jeg hørt lærere, forelesere og studenter snakke veldig mye om viktigheten av omsorg og det å være medmenneske i sykepleieryrket. Det føler jeg har blitt understreket om og om igjen, og jeg er 100 prosent enig. Hva med den faglige kompetansen? Det å være flink i anatomi og fysiologi, mikrobiologi, hygiene, sykdomslære, er ikke også det forferdelig viktig? Sykepleie er et omsorgsyrke, men det er også mye, mye

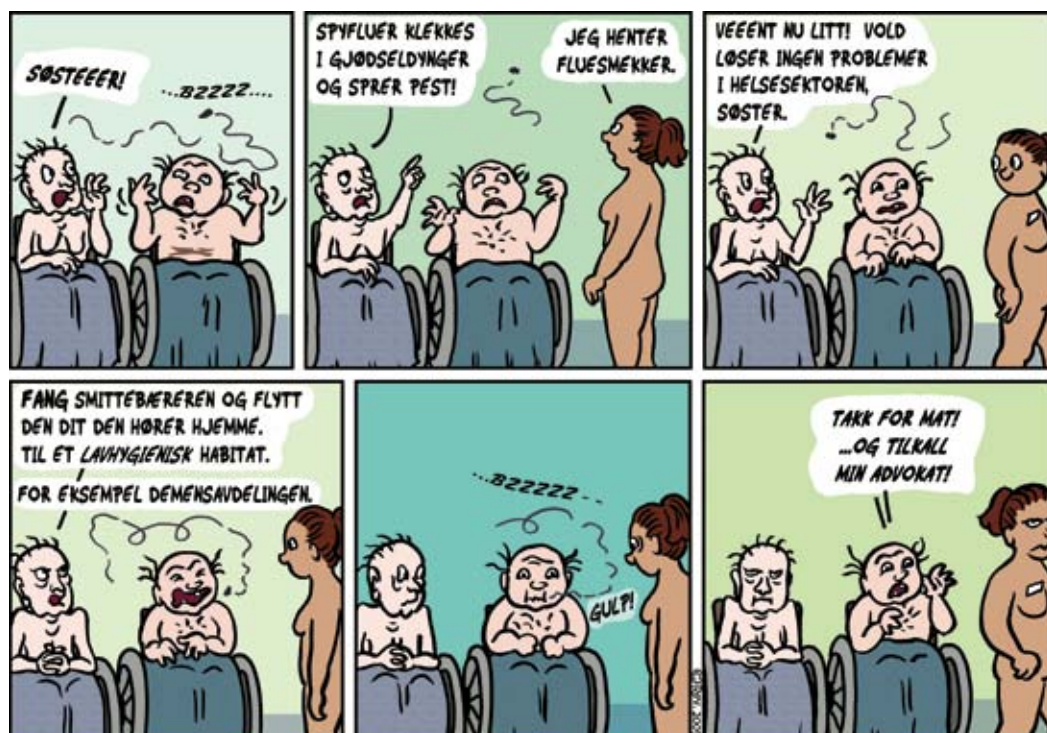
mer, og vi vil vel også bli sett på som faglig dyktige?

Jeg er stolt over å være sykepleierstudent, men jeg synes det er trist at så mange sykepleierstudenter bidrar til dårlige holdninger blant andre studenter. Jeg synes det er trist at andre skal generalisere og si at vi ikke kan engelsk. Jeg håper at sykepleierstudiet også kan tiltrekke seg oss som faktisk gjorde det bra i realfag, som liker pensum på engelsk. Jeg ikke bare ønsker dette, men jeg tror det er uhyre viktig.

Jeg begynte med å skrive om lønn, og jeg skal også avslutte med dette. NSF-representanten sammenlignet sykepleierlønnen med ingeniørlønnen, og mente dette var urettferdig. Jeg er 100 prosent enig, men før vi kan gjøre noe med dette må vi jobbe med holdninger, og før vi kan gjøre noe med disse må vi gjøre noe med grunnen til at disse holdningene finnes.

Anders Christoffersen, sykepleierstudent
(Innlegget er redigert. Red.)

TERAPI av Bodil Rønhaug



Å jobbe som afp-pensjonist

Jeg blir stadig mer forundret over verden rundt meg. For to år siden ble jeg afp-pensjonist. Jeg var sliten og demotivert av å stå på i alle år uten noen gang merke en bedring; Eksempelvis et helsevesen som sa så flinke dere er å hjelpe til, eller nå merker vi det går bedre. I stedet skulle en bare løpe enda fortere og det å forlate pasienter og vite at det er tidsnød som ligger bak å ikke kunne gi det en vet er god sykepleie, ble tyngre og tyngre å bære. Jeg følte at sykemeldingen var like om døra og det var ingen tjent med. Min mann var gått av allerede og syntes det var fint at vi ble pensjonister begge to; med den ene av våre to døtre bosatt i Oslo, barnebarn, hund, hytte etc. Det har også vært kjekt og vi har en aktiv pensjonisttid.

Så etter en tid kom savnet etter jobben. Jeg visste det ville komme, og tok noen vakter da de ringte fra Stavanger universitetssykehus. Var redd hele kompetansen min var forsvunnet, men nei, det var den ikke. Var jeg usikker på nye rutiner og prosedyrer så var det bare å spørre. I år har jeg tatt fem eller seks vakter og

har tjent 11 800 kroner. Har sagt jeg kan ta en vakt til. Den begredelige grensen på 15 000 kroner finner jeg urimelig og hårreisende når en til stadighet leser om sykepleiemangel på sykehjem, og at helsevesenet bruker mange millioner på innleide, dyre vikarer. Fokus er rettet mot å få flere inn i utdanningen og det er bra. Likevel føler jeg vi er en glemt gruppe som kunne tye mye i samarbeid med arbeidsgivers behov og vår ork.

Skrev et innlegg i Aftenposten og fikk til min forbauselse svar fra statssekretær Jan Erik Støstad i Arbeids- og inkluderingsdepartementet at sitat; «Ansatte i privat sektor forhandlet seg frem til en slik forenkling og forbedring for afp-pensjonister i fjor. Regjeringen foreslo i årets lønnsoppgjør tilsvarende for ansatte i offentlig sektor, men fikk ikke gjennomslag. Det innebærer at afp-pensjonister i stat og kommune må belage seg på avkorting av pensjon over toleransebeløpet (15.000 kroner).»

Da tenker jeg at svaret ligger hos fagforeningene. Er dette en bevisst strategi fra Norsk Sykepleieforbund for

å holde oss «ute», mens samfunnet skriker etter oss. Tjener fagforeningene kynisk på at sykepleiemangelen blir større og større og overser den enorme kompetansen som ligger klar til bruk om de selv (afp-sykepleier) ønsker det. Hvorfor har vi et slikt system mens politiet, som jeg finner det sannsynlig å sammenligne oss med (utdanningslengde og ureglementert arbeidstid), går av ved 58 år og er ute i full jobb. Jeg har selv arbeidet med to eksavdelingsjefer fra politiet i årevis (bankvesenet). Det kan høres ut som jeg personlig har et økonomisk motiv og at det kan være årsaken til mitt engasjement. Det er ikke tilfellet. Jeg føler jeg fjerner meg mer og mer fra yrket mitt som jeg er glad i, og regner med at jeg dessverre rimelig snart er «ute». I hvor mange år har 15 000 kroners grensen vært gjeldende? Ville det ikke være logisk å heve den eller stryke den helt?

Kan «noen» gi et forståelig svar?

Ellinor Hovland, pensjonert sykepleier, Stavanger

Verdighetsgarantien er ingen garanti

Politikere snakker, og kommuner handler, som om det i Kommunehelsetjenesteloven (KHT) er aldersgrenser når det gjelder rett til nødvendig helsehjelp. Vi har en utvetydig lov: KHT fastslår at «Alle som bor eller midlertidig oppholder seg i en kommune, har krav på nødvendig helsehjelp». Det er intet forbehold om alder. Likevel opplever vi nesten daglig at syke eldre ikke får «nødvendig helsehjelp», slik folk flest tolker dette begrepet. Begrepet «nødvendig helsehjelp» er lite presist. De som fremforhandlet KHT i sin tid, mente at «nødvendig helsehjelp» skulle være både nødvendig, forsvarlig og verdig.

Det var ikke behov for ytterligere presiseringer, trodde man. Men nettopp denne utydeligheten gjorde det mulig for kommuneadministrasjoner og politikere selv å definere hva de mente burde være «nødvendig». Dette ser man på utviklingen i sykehjem og i tilbud til syke eldre generelt. Det er de økonomisk ansvarlige i kommunen som definerer hva som er «tilstrekkelig» og «nødvendig helsehjelp». Derfor forsvant ergo- og fysioterapeuter fra sykehjemmene, i tillegg til at lege- og sykepleier- og hjelpepleierbemanningen ble kraftig redusert. Rehabiliteringsaspektet forsvant mer eller mindre. De sykeste av de syke var ikke lenger pasienter, men beboere. Når det nå synes nødvendig med en

«verdighetsgaranti for eldre», så viser dette at vi har sviktet, ikke bare når det gjelder alminnelig jus, men også når det gjelder å oppleve eldre syke som likeverdige.

All behandling skal være omsorgsfull. All behandling og omsorg skal være verdig i alle livsfasen. Jfr. de yrkesetiske regler for pleie- og behandlingspersonale. I tillegg har vi en gyldig «Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene». I svært mange kommuner blir denne forskrift konsekvent neglisjert. Regjeringens foreslåtte endring i KHT § 2-1 lyder: «Enhver har rett til et verdig tjenestetilbud når han eller hun har behov for det på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller av andre årsaker». Formuleringen er juridisk uforpliktende, og den er ingen verdighetsgaranti, men føyer seg inn i rekken av useriøse valgkamputspill, slik vi ser det hvert annet år.

Vi trenger en ny lovtekst som utvetydig gir innbyggeren en individuell juridisk rett til å få dekket grunnleggende behov og rett til nødvendig, forsvarlig og verdig behandling, uavhengig av bosted og alder. Rett til sykehjemsplass, når behovet er vurdert av kvalifisert helsepersonell. Kommunene må tvinges til utbygging av og opprusting av sykehjem. Dette må skje ved øremerkede midler og krav til bemanning og utstyr. Det trengs politisk vilje og en lovendring for å få gjennomført dette.

Hjelpemottakere har ikke kun helseproblemer og fysisk pleiebehov. Derfor er det nødvendig med forskrifter som klart definerer hvilke grunnleggende behov som også skal dekkes. Da tenker jeg på hele mennesket: Mennesket som sosialt vesen, som har behov for kultur, som har behov for variasjon i tilværelsen, som har individuelle interesser osv.

Forskrifter og lover hjelper lite, dersom det ikke samtidig skjer en holdningsendring i kommunene. Så lenge det er opp til den enkelte kommunes økonomi hvilket tilbud man gir den pleie- og omsorgstrengende, vil vi oppleve at den såkalte «eldreomsorgen» blir taperen. I kommunene har man seminarer med administrasjon og ledere i pleie- og omsorgssektoren. Jeg kaller disse seminarer for LL- seminarer. (Logre- og Lydighetsseminarer). Her blir lederne på forskjellige nivåer drillet i å flytte sin solidaritet fra de hjelpetrengende til de «stakkarene» som skal få et budsjett til å gå i balanse. På denne måten kan kommunen drive sykehjem/«eldreomsorg» som en regnskapsmessig salderingspost. Sentrale politikere vet alt dette og gjør i realiteten ingenting. Verdighetsgarantien er ingen garanti. Kanskje skulle vi forlange en «redelighetsgaranti» fra rikspolitikerne?

Ola Gabrielsen, lege, spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin, Nøtterøy

MINNEORD

Vigdis Drivdal Berentsen



Vigdis Drivdal Berentsen døde onsdag 9. september, 59 år gammel.

Vigdis ble offentlig godkjent sykepleier i 1971, har spesialutdanning i geriatrik og psykiatrisk sykepleie og mastergrad i gerontologi. De siste 15 årene har hun arbeidet

som prosjektleder, fagforfatter, underviser og forlagsredaktør ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Først som engasjert prosjektleder for å bedre forholdene til eldre syke mennesker med depresjon, senere som medforfatter og redaktør for to store læreverker, Eldreomsorgens

ABC og Demensomsorgens ABC, læreverker som til sammen er brukt av nærmere 8000 helsearbeidere. Et pionerarbeid, som er blitt lagt merke til i inn- og utland. Hun har vært opptatt av utforming og bruk av sansehager i sykehjem og er medforfatter av bok og film om temaet. Hun har skrevet lærebok om demens for helsefagarbeidere og lærehefte om legemiddelhåndtering.

Vigdis var en evnerik, dyktig pedagog med meget gode formidlingsevner både muntlig og skriftlig. Hun evnet å gjøre fagstoff forståelig uten å gå på akkord med kvalitet. Hennes bidrag til norsk eldreomsorg har vært av stor betydning.

Et brennende faglig engasjement beholdt hun livet ut. Så sent som i juli hadde hun, til tross for langt fremskreden ALS-sykdom, lange arbeidsøkter for å ferdigstille siste del av læreverket Demensomsorgens ABC.

Friluftsliv var en av fritidsinteressene som fulgte

te Vigdis gjennom hele livet. Hun trivdes på korte og lange turer i Yukon-territoret, på Madeira, i Ryfylkeheiane og i nærområdet rundt hytta i Setesdal.

De senere år hadde Vigdis stor glede av å være sammen med sine barnebarn Ann Kristin, Maria, Eirik, Ingeborg, Åsne, Ask og Noah Andreas. Barnebarna satte stor pris på tiden de fikk sammen med sin mormor/farmor; enten hun leste for dem, hadde dem med på fjellturer, var på hytta sammen med dem, hadde dem hjemme hos seg eller besøkte dem der de bodde på ulike kanter av landet.

Vigdis sin turglede, hennes engasjement for god barnelitteratur og omtanke for verdens fattige lever videre hos barn og barnebarn.

På vegne av kolleger, Arnfinn Eek (daglig leder ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse), Knut Engedal (professor i alderspsykiatri, Universitetet i Oslo, fag- og forskningssjef ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse)



Helt trygg – hele veien!

Alle systemer for legemiddelhåndtering er ikke likeverdige. Et er unikt: PhaSeal® – Det eneste system for lukket legemiddelhåndtering som er klinisk dokumentert.

PhaSeal er et unikt, lukket system som forhindrer søl og spredning til arbeidsmiljøet ved tilberedning og administrering av cytostatika, antibiotika og andre legemidler som kan være skadelige under arbeidsmiljømessig eksponering.

For mer informasjon, besøk PhaSeal.com



PhaSeal®



Forsker ved Fafo Institutt for arbeidslivs- og velferdsforskning
Marianne Dæhlen



Forsker ved Fafo Institutt for arbeidslivs- og velferdsforskning
Åsmund Arup Seip

Kompetanse for framtiden

Når samhandlingsreformen blir gjennomført, trengs sykepleiernes kompetanse. Mange av dem har allerede flere etter- og videreutdanninger.

Videreutdanning for sykepleiere blir stadig viktigere. I store deler av verden eldes befolkningen raskt. Kompleksiteten i pleie- og omsorgsoppgavene øker, og i Norge har regjeringen foreslått å desentralisere viktige deler av helsevesenet. Behovet for kompetanse er stort. Likevel er det langt fra alle sykepleiere som får tilbud om videreutdanning.

Fafos undersøkelse av sykepleiernes etter- og videreutdanning viser at det er betydelige forskjeller i utdanningstilbudet i helseforetak og kommuner, og at forskjellene kan gjøre seg gjeldene også mellom kommuner og internt mellom avdelinger og virksomheter i helseforetak og kommuner. Er helseforetakene og kommunene forberedt på at de må ha den kompetansen som kan bli nødvendig i framtiden?

På oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund gjennomførte Fafo i sommer et prosjekt om etter- og videreutdanning blant sykepleiere. Hensikten med prosjektet var å beskrive status for sykepleiernes etter- og videreutdanning.

Spørsmålet om videreutdanning for helsepersonell har blitt aktualisert, blant annet som følge av regjeringens forslag til ny helsereform, samhandlingsreformen. Helsetjenestene skal bygges opp lokalt. Mange av de tjenestene som i dag blir gitt i spesialisthelsetjenesten skal utføres i kommunene. Kommunehelsetjenesten

som har spesial-/videreutdanning. Heller ikke alder spiller noen stor rolle. Blant sykepleiere som er eldre enn 50 år er det over 75 prosent som har en slik spesialutdanning.

Mange arbeidsgivere er flinke til å tilby sykepleiere kurs eller annen opplæring. I de siste tre-fire årene har rundt 80 prosent av sykepleierne deltatt i slik opplæring. Det er også mange sykepleiere som oppgir at de har fått støtte eller permisjon til å ta spesial-/videreutdanning. Omtrent en tredjedel av alle sykepleierne ansatt i kommuner eller helseforetak oppga at de hadde fått permisjon med full lønn for å ta slik utdanning. Halvparten av sykepleierne opplever at arbeidsgiver oppmuntrer eller stimulerer dem til å ta videreutdanning. Denne satsingen på kompetanseheving blant ansatte fra enkelte arbeidsgivere illustrer godt hvor viktig etter- og videreutdanning er innenfor helsetjenestene. Mange steder kan man ikke være foruten denne kompetansen.

Men det er ikke alle som får. Vår undersøkelse viser at det kan være betydelige forskjeller mellom helseforetak og kommuner, og mellom avdelinger og virksomheter. Generelt har det vært satsset mer på videreutdanning i helseforetak. Her er andelen sykepleiere med spesial-/videreutdanning litt høyere enn i kommune. Ansatte i helseforetak opplever også i større grad enn kommunalt ansatte sykepleiere at det er avsatt tid til faglig fordypning og til veiledning.

Samtidig er det viktig å merke seg at det kan være store forskjeller internt på sykehusene. Gjennom intervjuer med arbeidsgivere og tillitsvalgte fikk vi eksempler på dette. Intensivavdelingene kunne ha nesten bare spesialutdannede sykepleiere ansatt, mens en medisinsk avdeling på samme sykehus hadde problemer med å få ansatt spesialsykepleiere eller å øke kompetansen på andre måter.

Dårlig økonomi blir ofte oppgitt som grunn til at sykehusavdelinger eller kommunale enheter ikke makter å satse mer på etter- og videreutdanning. Når ansvaret for kompetansebygging blir liggende i den enkelte avdeling, blir det kanskje enklere å ansette spesialutdannede sykepleiere framfor å utdanne nye. En arbeidsgiver ved et kommunalt sykehjem uttrykte det slik: «Vi ønsker å være et sykehjem med fokus på fag. Det er ønskelig å utdanne de som er der i dag, men det koster penger og er noe vi ikke har råd til.» Å ansette framfor å utdanne spesialsykepleiere gir først og fremst konkurranse om de spesialistene som finnes, og bidrar i mindre grad til å øke den samlede kompetansen.

Der arbeidsgiver ikke kan bidra med økonomisk støtte til etter- og videreutdanning av sykepleiere og andre helsearbeidere, kan de

Det har vært satsset mer på videreutdanning i helseforetak.

vil få flere oppgaver og større ansvar. Dette vil kreve en betydelig kompetanseheving blant alle helsearbeidere. I tråd med samhandlingsreformen kan for eksempel smertebehandling og annen palliativ behandling bli flyttet over fra sykehus til hjemmesykepleie. Kommunehelsetjenesten kan dermed få ansvar for å gi intravenøs behandling.

Fafos undersøkelse viser at sykepleierne er en yrkesgruppe som er godt utdannet. I tillegg til en solid grunnutdanning på bachelornivå, har mange videreutdanning. Blant ansatte i kommuner eller helseforetak har rundt 60 prosent en eller annen form for spesial-/videreutdanning. Av disse har mer enn hver femte sykepleier to eller flere slike utdanninger.

Det er liten forskjell på kvinner og menn når det gjelder andelen

kanskje stimulere den enkelte arbeidstaker som selv bærer kostnadene knyttet til å ta videreutdanning. Arbeidsgiver kan verdsette sykepleiere som hever sin kompetanse ved å øke lønnen og legge til rette for ansettelse i spesialsykepleierstilling når den ansatte når dette kompetansenivået. Vår undersøkelse viser imidlertid at dette ofte ikke skjer. Her er noen eksempler:

1) Blant de ansatte i kommunene som hadde tatt en spesial-/videreutdanning var det 44 prosent som ikke fikk hevet lønnen etter at utdanningen var fullført. I helseforetakene var det tilsvarende tallet 27 prosent. Få sykepleiere opplever også at de får lønnsmessig uttelling for å delta på kurs eller i annen form for opplæring i jobben.

2) Mange sykepleiere med spesialutdanning går i vanlige sykepleierstillinger, og har ikke fått ansettelse i stilling som spesialsykepleier. I kommunene gjelder dette 33 prosent av de som har tatt en videreutdanning. I helseforetakene er det 18 prosent som ikke har fått opprykk.

3) Mange arbeidsgivere er åpenbart tilbakeholdne med lønn og stillingsendring. I mange kommuner og i enkelte sykehusavdelinger kan det være vanskelig å få lønnsmessig uttelling for den videreutdanningen sykepleierne har tatt. I kommunal sektor var det 37 prosent av sykepleierne som hadde tatt etter- og videreutdanning som verken hadde fått høyere lønn eller endret stilling etter at den siste videreutdanningen var avsluttet. Det kan være flere grunner til at lønn og stilling ikke alltid følger kompetansen. Den lokale lønnspolitikken gir kanskje ikke rom for lønnsøkning, eller spesialutdanningen som sykepleieren har tatt er mindre relevant for virksomheten og den avdelingen sykepleieren jobber ved. Mange steder legger arbeidsgiver stor vekt på relevans, og dette er selvfølgelig viktig. Men det er samtidig viktig at arbeidsgiver legger til rette for at kompetansen de ansatte har kan bli benyttet.

4) Både sykepleierens individuelle valg og arbeidsgivers lønns- og kompetansepolitikk påvirker fordelingen av kompetanse i helsesektoren. Det er en utfordring for arbeidsgivere, og de andre involverte partene i helseforetak og kommuner, å utforme en lønns- og kompetansepolitikk som sikrer en god fordeling av kompetansen slik at alle pasientgrupper får en best mulig helsetjeneste. Mange sykepleiere har ikke fått endrede arbeidsoppgaver etter at de har gjort ferdig en spesial-/videreutdanning. Dette indikerer at en ikke ubetydelig del av kompetansehevingen til sykepleierne forblir ubrukt.

5) Over halvparten av sykepleierne opplever at arbeidsgivere verdsetter deres kompetanse. I undersøkelsen fant vi at det var



en klar sammenheng mellom hvordan sykepleierne opplevde arbeidsgivers verdsetting av deres kompetanse, og om de hadde fått lønns- og stillingsendring etter endt utdanning. Blant sykepleiere som verken hadde fått økt lønn eller endret stilling etter å ha tatt etter- og videreutdanning, var det rundt 30 prosent som var helt eller delvis uenig i at arbeidsgiver verdsatte deres etter- og videreutdanning.

Videreutdanning for sykepleiere er uten tvil viktig. Det viser ikke minst mange arbeidsgiveres vilje til å støtte ansatte som tar videreutdanning. Derfor kan det være et problem at mulighetene for å ta etter- og videreutdanning varierer betydelig. Endringene i helsevesenet og nye samhandlingsmønstre mellom helse- og omsorgstjenestene vil skape et stort behov for fortsatt kompetanseheving. Derfor vil samhandling om å sikre kompetansetilgangen bli en viktig del av arbeidet for å sikre Norge et godt helsetilbud. ■■

FORGJEVES: Mange tar videreutdanning, men får ikke en stilling der de får brukt kunnskapen. Arkivfoto: Stig Weston.



DILEMMA

Berit Støre Brinchmann om stram økonomi

Navn: Berit Støre Brinchmann

Bakgrunn: Professor i sykepleie ved Høgskolen i Bodø

E-post: berit.stoere.brinchmann@hibo.no

Om økonomi, faglig forsvarlighet og etikk

Er det riktig å flytte på en terminal pasient fordi det er mer bekvemmelig for sykehuset?

Jeg er medlem av en klinisk etikk-komité (KEK), og ble nylig kontaktet av en sykepleier som ønsket å drøfte en vanskelig situasjon hun hadde opplevd i sin praksis. Saken dreide seg om at hun opplevde det uverdigg, uetisk og uforsvar-

ment og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og leger som kommer i konflikt med slik praksis. På møtet i KEK var alle enige i at dette er en uønsket praksis som man må unngå i framtiden. Dette er et eksempel som viser at økonomiske innsparinger kan få uheldige etiske konsekvenser for pasient, pårørende og personalet. Skal fem-dagers poster ha terminale pasienter liggende? Flertalet i KEK mente at man ikke burde det, mens andre mente at det faglige tilbudet teller så mye at man kan akseptere at pasienter må flyttes. Dette krever da at pasient og pårørende har fått mulighet for reelle valg i forhold til et syv-døgnstilbud.

Forsvarlig og omsorgsfull

Nesten ukentlig kan vi lese i avisene om økonomikriser i sykehusene som rammer pasienter og ansatte, mens ledelsen står fram og forsikrer at store økonomiske kutt ikke innebærer rasing av tilbud, eller går ut over pasienter og pårørende, og at sykehus tross store økonomiske underskudd drives forsvarlig. Eksemplet ovenfor viser at så ikke alltid er tilfelle.

Helsepersonell er underlagt helsepersonelloven. I § 4 første ledd om forsvarlighet heter det at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Forsvarlighetskravet er altså tosidig; hjelpen skal være innenfor faglig aksepterte normer, og den skal ytes på en omsorgsfull måte.

Kvalitetslinjen

Når jeg underviser sykepleiere og studenter om faglig forsvarlighet gjør jeg ofte bruk av helsetilsynets figur «kvalitetslinjen». Forsvarlig sykepleie og behandling rommer alt fra sykepleie og behandling av minste standard til en god sykepleie og behandling til den beste sykepleie og behandling. Er sykepleien og behandlingen av veldig høy standard innenfor ett område, kan man spørre om det bevisst er valgt å prioritere dette på bekostning av andre områder. Er sykepleien og behandlingen derimot ned mot en minimumsstandard, vil det si at den er sunket ned mot grensen for det uforsvarlige og lovlige. I eksemplet med den terminale pasienten

Etikk handler om å strekke seg mot verdier som ikke bare såvidt ligger innenfor det lovlige.

lig at en terminal pasient ble flyttet fra en femdøgnspost og til avdelingen der hun jobbet, for helgen.

Uverdigg?

Pasienten, som nå var terminalt syk, hadde over lengre tid vært pasient ved en av sykehusets avdelinger. På grunn av økonomiske innsparinger var det besluttet at denne avdelingen skulle gjøres om fra fulltidspost til femdøgnspost. De fleste av pasientene kunne uten problemer permitteres i helgene, mens denne pasienten ble hver eneste helg flyttet til en annen avdeling sammen med sine pårørende. Dette dreide seg om en pasient med spesialiserte pleiebehov, og avdelingen var ikke forberedt på å motta slik pasient.

Situasjonen opplevdes uverdigg for både pasient, pårørende og personalet. KEK ble bedt om å diskutere om dette er en praksis vi bør ha i sykehuset. Vi har et verdidoku-

Frustrasjoner

Et annet viktig poeng er utfordringen lederne i postene har i forhold til å sikre at personalet har mottatt informasjon, undervisning og opplæring om de forhold og utfordringer de møter når pasienter flyttes. Man må videre hindre at personalets frustrasjoner og fortvilelse over situasjonen oppleves av pasient og pårørende. KEK konkluderte med at terminale pasienter med sine pårørende ikke må flyttes mellom avdelinger/poster. Det skal tilstrebes ro og verdighet rundt dødsleiet. Flytting motivert til å være det beste for pasienten, vil selvsagt aksepteres. Denne saken ble løst best mulig under de rådende omstendighetene ved å sikre nødvendige ekstravakter, og ved grundig informasjon og samtale med pårørende. Leder og sekretær i KEK skrev brev til direktøren og avdelingslederne på de to involverte avdelinger. Leder i KEK orienterte om saken i sykehusstyret.

Faste bidragsyttere



Utdannet sykepleierleder, -veileder og -lærer
Marie Aakre



Professor ved seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo
Per Nortvedt



som ble flyttet mellom poster på grunn av helgestengning vil jeg påstå at man beveget seg mot en slik nedre grense. Situasjonen oppleves uverdig for pasient, pårørende og personale. Pasienter i livets slutfase skal ikke flyttes for at sykehuset skal spare penger.

Verdig tilbud

I forrige Dilemma i Sykepleien spurte Marie Aakre om sykepleiens yrkesetikk er forenelig med markedslogikken. Også innen helsevesenet er det viktig at man utnytter ressursene effektivt. Krisen i helsesektoren handler selvsagt om tungroddede systemer og manglende organisering. Men det handler også om at helsepersonell må få rammebetingelser som gjør det mulig å gi enkeltpasienter et verdig tilbud.

Nilsen og Jakobsen skrev i Sykepleien 7, 08: «Innføringen av økonomiske styringsmodeller i helsevesenet har ført til at økonomiske begreper som effektivitet, lønnsomhet og konkurranse har fortrenget humanistiske verdier som respekt, ansvar og tillit... sykehus er blitt til helseforetak, pasienter er forvandlet til brukere/kunder og ansatte blir betraktet som en økonomisk ressurs. Endringen av fokus påvirker ikke bare prioriteringene i helsevesenet, den virker også inn på de menneskene som blir berørt» Å stadig bevege seg ned mot grensen til det ulovlige og uforsvarlige går ikke bare ut over pasienter og pårørende, men det gjør noe med oss som arbeidstakere. Etikk handler om å strekke seg mot verdier som ikke bare såvidt ligger innenfor det lovlige. Etikk og juss er ikke alltid sammenfallende. ■■



Til refleksjon

- › Har du opplevd at økonomiske kutt og sparingstiltak har gått ut over etikken?
- › Er det en klinisk etikk komité ved sykehuset der du jobber?
- › Melder sykepleiere etisk vanskelige saker til KEK?
- › Hvilke erfaringer har dere som har meldt saker til KEK?

Send din mening på epost til 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.

www.sykepleien.no

Flere dilemma på Sykepleiens nettside.



TETT PÅ
Per Fugelli

Hvem: Per Fugelli

Yrke: Lege og professor i sosialmedisin
ved Universitetet i Oslo (UiO)

Alder: 65 år

Hvorfor: Fordi han og Benedicte Ingstad har
skrevet boken «Helse på norsk – god helse
slik folk ser det», basert på en ti år lang
studie

Under toppløkket på det norske folk

For ti år siden bestemte Per Fugelli seg for å ta helsepuls
på det norske folk. Nå er diagnosen klar.

Tekst Geir Arne Johansen Foto Erik M. Sundt



«Jeg opplever at sykepleieren i mye større grad enn den moderne lege er en helhetsarbeider»



Er den ikke fantastisk? Per Fugelli peker på plakaten som henger på døren inn til kontoret. Den viser bildet av en liten afrikansk gutt. Han smiler fra øre til øre under overskriften «jeg drømmer om å bli lege».

– Velkommen inn, slå dere ned.

PROFESSOR FUGELLI er som alltid ulastelig antrukket. Med nyrstrøket skjorte og obligatorisk tversover, viser han vei inn til sitt kontor ved Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin på Ullevål. Rommet er en sammenfatning av professorens livshistorie. Over flere hyllemeter med bøker troner kommunevåpnene fra Røst og Værøy. Et minne fra tiden som distriktslege i Lofoten. Tostrengsgitaren han fikk da han besøkte Kalahariørkenen i Afrika har fått plass på skrivebordet. Der lener den seg mot veggen, hvor familie og venner fra fjern og nær følger professoren fra glass og ramme.

Fugelli byr på kaffe. Og unnskylder et forgjeves forsøk på å skjule en gjesp.

– Det ble litt sent i går.

For få timer siden kunne de rødgrønne slippe jubelen løs for fire nye år i regjering.

– Er du fornøyd med valgresultatet?

– Ja. Som sosialmedisin er jeg veldig glad for det. Det er nemlig ikke bare mennesker som kan være syke eller friske. Samfunnet kan også være sykt eller friskt. Sosialmedisinsk forskning viser at vi må skape, og dele, trygghet og fred for å få til god folkehelse.

«En rødgrønn resept, det blir en sosialmedisiner glad for»

Alle samfunn som klarer å få til dette, bygger på prinsippet om at vi må bry oss om hverandre og ville hverandre vel.

I MOTSA TT FALL vil man ifølge Fugelli ende opp med forskjells-samfunnet. Det dyrker styrke og forakter svakhet. Bygger opp konflikter mellom religioner og etniske grupper. I slike samfunn er folkehelsen dårlig, mener han.

– Dette er den sosialmedisinske lov. Jeg er kjemperedd for dette som høyresiden er så besatt av. Dyrkingen av prestasjon og perfektion. Du må være ren og pen og flink hele tiden. Det er farlig for folk. Vi har jævla godt av litt flekker og feil. Og sånn sett kan du si at en rødgrønn resept, det blir en sosialmedisiner glad for. Det er mye farligere med en blå resept. For ikke å si en mørkeblå resept.

– Mener du med det at Fremskrittspartiet (FrP) er farlig for samfunnet?

– Ja. FrP står for et menneskesyn som kaster skam og mistanke på sårbare grupper. Sosialklienter, uføretrygdede, fattige, arbeidsledige, etniske minoriteter og asylsøkere. Gjennom sin tretti år lange historie har de systematisk stått for en slags nådeløshet, mangel på barmhjertighet og rettferdighet. De stempler de svakeste. Påfører

dem mindreverd. Mistanke. For de er jo snyltere. Og kanskje til og med farlige.

– De fjerner viktige og grunnleggende helsebetingelser som trygghet, verdighet, deltakelse og følelsen av å høre til, fra sårbare grupper. Derfor mener jeg at FrP på mange måter er en fare for helsesamfunnet. De går inn for den sterkeste rett, der du er din egen lykkes smed.

FORTI ÅR SIDEN gikk Per Fugelli og Benedicte Ingstad i gang med en studie av folks helsebegrep. Han professor i sosialmedisin, hun i medisinsk antropologi. Hva legger folk egentlig i god helse, undret de.

– Det snakkes så mye om helse. Vi ønsket å finne frem til hvilket meningsinnhold «folk flest» i dette landet legger i begrepet helse, og hvordan de lever det ut i sitt hverdagsliv.

De la ut på en reise som førte dem på kryss og tvers av Norge. Til sammen 80 personer ble intervjuet. Mennesker fra fem ulike lokalsamfunn, fordelt på bygd og by, fortalte åpent om sine helseerfaringer på godt og vondt.

– Vi slapp inn i stuene til folk. En anelse inn i hjertet deres. Og en anelse inn i hodet. For å hente ut folkets egne livserfaringer om hva helse er, der ute i hverdagsjungelen. Det er stor kraft i det norske folkevettet, og vår rolle har vært å bringe dette frem i lyset.

Resultatet av studien presenteres nå i boken «Helse på norsk – God helse slik folk ser det».

– Hva oppdaget dere?

– At folk er nøkterne i sine forventninger til helse. De måler ikke sin egen helse i forhold til et ideal, men etter det man med rimelighet kan regne med ut fra alder, livssituasjon og sykdomsbyrde.

ET EKKO I «HELSE PÅ NORSK», forteller Fugelli, er at mennesker er ulike og må behandles deretter.

– **DET SOM STEMMER** for én stemmer ikke for alle. Det må dere som arbeider med menneskers helse respektere, forteller informantene oss.

– Og de har jo helt rett. Man kan ikke tre én norsk, standard helsetrøye over hodet på alle de 4 780 213 unike enkeltmenneskene i Norge. Fordi Nasjonalt folkehelseinstitutt har bestemt det.

Helsen er bygget inn i hele livet, og livene våre er gåtefullt underlig forskjellige. Det krever respekt, også fra helsetjenesten.

– Jeg føler vi har gitt folket en helsestemme. Det bør alle interessere seg for. Sykepleiere, leger og andre helsearbeidere skal vite litt om hva som rører seg inne i hodet og hjertet på den man skal hjelpe.

SÆRLIG TRE TING i «Helse på norsk» er med på å begrunne sykepleierrollen, ifølge Fugelli.

– Folk er veldig opptatt av at helse er helhet. Og jeg opplever at sykepleieren i mye større grad enn den moderne lege er en helhetsarbeider. Sykepleieren kommer mye nærmere det hele mennesket enn den moderne lege, som mer og mer blir lege for et organ eller en teknologi. Nå har riktignok medisinen utviklet seg den veien, og det er greit. Men da er det kjempeviktig at vi har sykepleieren der, som har hele det syke mennesket som enhet.

Det andre handler om menneskers ulikhet. Sykepleiere er spesielt godt rustet til å betjene den enkelte som en original, mener professor Fugelli.

– Sykepleieren står på mange måter nærmere personen, og har større muligheter til å føle seg frem til hvert enkelt menneskes særlige behov, egenskaper og særpreg som er viktige å ta hensyn til når behandling skal skreddersys.

Det siste, men kanskje også det viktigste, mener Fugelli, er sykepleierens evne til å møte sjelemennesket.

– Ikke et vondt ord om de fantastiske legene våre, men de har på mange måter abdisert som sjeleleger og jaget sjelen ut av kroppen. Der føler jeg at sykepleieren har et fortrinn. De har tradisjon og historie for å møte sjelen i mennesket. Det er en del av sykepleiers vesen, sier han, og legger til:

– Vi må pleie den sykes kropp, men samtidig erkjenne at mennesket ikke bare er fysisk. Mennesket består også av sjel og ånd. Så sånn sett går det godt an å si at en del av hovedfunnene i «Helse på norsk» framhever sykepleierens rolle og begrunner sykepleierens eksistens.

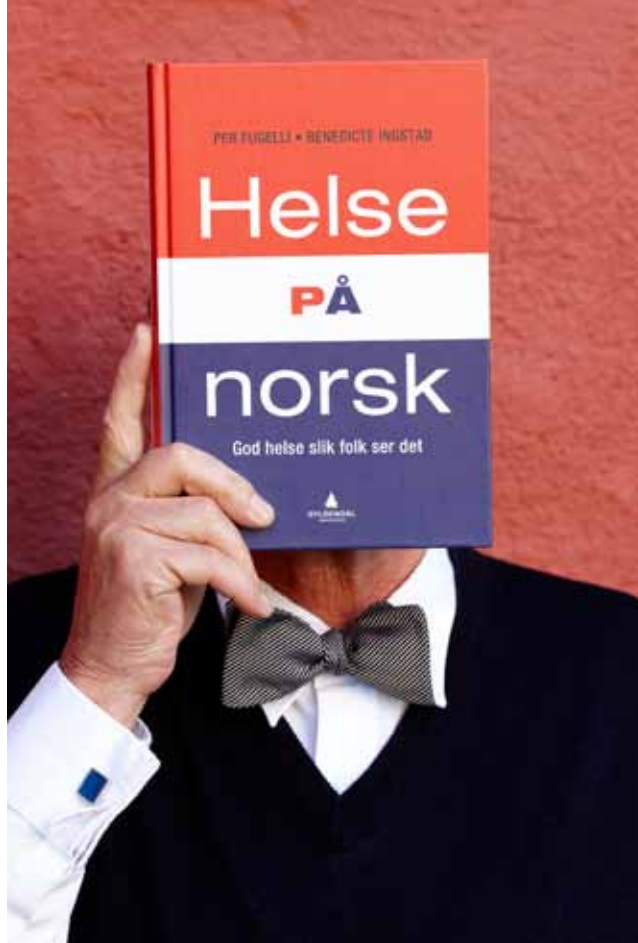
FUGELLI HÅPER AT boken vil være med på å flytte helsearbeidet mer ut av helsetjenesten. For informantene i boken snakker om at helse oppstår der menneskene bor, arbeider og elsker.

– Et hovedfunn i «Helse på norsk» er at helsen har flyttet litt ut av kroppen. For 100 år siden var kroppens helse det avgjørende. Folk frøs, det florerte av infeksjonssykdommer, underernæring, giftstoffer i fabrikkene og ulykker på fiskebåtene.

Men helse i det postmoderne Norge er mer et spørsmål om hvordan sjelen din har det, påpeker Fugelli. Og hvordan du har det med dine nærmeste.

– Så helse på norsk nå er et mye mer eksistensielt, åndelig og sosialt fenomen, enn et fysisk, kroppslig. Og et av helsen grunnstoffer, som våre informanter legger stor vekt på, er det de kaller å kunne bevege seg mot egne mål og få være seg selv. Og det å få lete etter sitt eget grunnstoff, er en veldig viktig del av den moderne helsen.

– **HELSEN BYGGES OG RIVES** på arbeidsplassen, skolen, hjemme og i nærmiljøet. God eller dårlig helse handler mye om samspillet mellom mennesker. En del av helseopplevelsen er samværet med naturen.



– Det handler om noe dypere enn å jogge ut i skogen. Det er naturopplevelsen i seg selv. Det å føle at du hører til i naturen, at du er en del av naturen, en del av skaperverket. En mann vi snakket med fortalte at «det er der oppe på fjellet at jeg møter Gud». En annen sa «naturen er min kirke». De gir veldig poetiske og sterke meldinger om sammenhengen mellom helse og natur. Dermed blir miljøarbeid også helsearbeid.

– *Gud står sterkt blant folk?*

– Det var veldig interessant å oppdage at Gud ikke er død i den norske helsesjelen. Han ligger der på lager, og gjør seg gjeldende både som en kraft når man blir syk eller ligger for døden. Da byr Gud på helsekildene som heter tro, håp og mening. Men så ligger han nok der og ulmer og gløder litt stillferdig, som en helsekilde også for de friske.

PER FUGELLI ble nylig kåret til Norges beste meningsytrer av Protestfestivalen. Etter sigende Nordens eneste festival mot likegyldighet. Han ble svært glad for utmerkelsen, og tolket den først dit hen at meningene hans var vurdert til å være de aller beste.

– Hehe. De påsto at slik var det nok ikke.

– Altså. I medisinen er det en slags jævla overtro på forskning, evidens og kunnskapsbasering. Mens det å mene noe, tro noe og sloss for verdier, blir sett på som synsing. Det ligger liksom noe lavt i det. Og det føler jeg er så utrolig feil, sier professoren, og dunker albuen i bordet som for å markere et utropstejn.

– Misforstå meg ikke. Jeg elsker kunnskap og vitenskap, det er derfor jeg har vært ved universitetet i snart hundre år. Men vi får et lite hyggelig samfunn og fattige liv, hvis alt skal handle om kunnskapsbasering. Hvis kun det som er forskningsbelagt skal være «sant», da mister vi jo Gud. Da mister vi gåtene. Kjærligheten. Du kan ikke evidensbasere forelskelse.

– Vi mister sorgen. Tvilen. Mysteriet. Underet. De hellige opplevelsene av skjønnhet eller samfølelse med naturen. Utrolig mye av det som gjør livet og samfunnet rikt, kan ikke forskningsanalyseres eller kunnskapsbaseres.

Per Fugelli setter opp sin strengeste mine.

– Jeg opplever at det er en slags forakt for det som ikke kan telles og veies. Mens det er en overtro på harddata. Og det er å amputere det menneskelige prosjekt. ■■■



Det finnes ulike tolkninger av hva som er «tradisjonelle sykepleieoppgaver» i helsevesenet.

Gunn Olander, leder i arbeidstakerorganisasjonen Delta, som har 19 yrkesorganisasjoner og 62 000 medlemmer innenfor offentlig tjenesteyting

Profesjonskamp

En fersk rapport fra Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) konkluderer blant annet med at det finnes mye uutnyttet potensial i helsesektoren. Over 60 prosent av de pleie- og omsorgsansatte som svarte oppga at de kunne ha overtatt oppgaver med pasientdokumentasjon og planlegging. Halvparten sier de kunne tatt ansvar for direkte pasientkontakt. Hvis de hadde fått lov.

– Jeg blir veldig sliten av profesjonskampen. Det dumme er at gode ressurser kan gå tapt, sier helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen. Delta-leder Gunn Olander er enig.

– Foregår det en reell profesjonskamp i helsevesenet?

Gunn Olander: – Ja, men den er ikke organisert eller styrt fra sentralt hold. Mange enkeltpersoner hegner om sine arbeidsoppgaver – kanskje av frykt for å bli satt på sidelinjen eller av manglende kunnskap om hva slags arbeid deres medarbeidere faktisk har kompetanse til å utføre.

Jan-Erik Nilsen: – Politikerne bruker ofte dette argumentet for å slippe å ta ansvaret med å kartlegge hvordan vi skal prioritere ulike oppgaver i helsevesenet. Vi kjenner oss ikke igjen i dette bildet. Sykepleierne har en lang tradisjon med å jobbe tverrfaglig på ulike arenaer og vet at det trengs flere faggrupper, spesielt med tanke på samhandlingsreformen og den kommende eldrebølgen. Det er nok oppgaver til alle. Noen opplever nok også sykepleiernes faglige identitet som en trussel og gjør dette til en profesjonskamp – men hvem er ikke opptatt av sin profesjon og identitet? Det er jo dette som skaper stolthet, trygghet, kvalitet og utvikling i faget.

– Hvorfor er fokuset på en profesjonskamp uheldig?

Gunn Olander: – Man får ikke utnyttet potensialet som finnes på arbeidsplassen. Ved å få en bedre oppgavefordeling vil man skape en utviklende og mer spennende hverdag for de ansatte, og de med spesialkompetanse får muligheten til å benytte denne til det fulle. Med de økende bemanningsutfordringene vi står overfor, er det viktig å skape et så effektivt system som mulig innen helsevesenet. Det fordrer at alles kompetanse benyttes fullt ut. En ny rapport utarbeidet av Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) viser at både ledelse, tillitsvalgte og ansatte ser et stort potensial i en omfordeling av arbeidsoppgaver i helsevesenet.

Jan-Erik Nilsen: – Spørsmålet er hele tiden å utvikle og tilpasse organiseringen med utfordringene vi står i. For å ha tverrfaglighet må du ha flerfaglighet. Vi er åpne for at organiseringen i helsevesenet må legges om for å tilpasses samhandlingsreformen og ny, moderne tenkning, men det er ikke dermed sagt at vi skal være med å redusere kvaliteten på sykepleiertjenesten. Vi kan ikke ta vekk sykepleierfunksjonene og fagidentiteten, men gjøre de tydeligere.

– Sykepleierne er opptatt av kunnskap, ansvarlighet og pasientsikkerhet. Svekkes ikke dette ved å overlate tradisjonelle sykepleieoppgaver til andre?

Gunn Olander: – Delta har stor respekt for sykepleiere og deres kompetanse, men største delen av våre medlemmer er faglærte eller har en realkompetanse gjennom flerfoldige års ar-

Med en pasientansvarlig sykepleier vil oppgavene kunne fordeles på en god måte.

Jan-Erik Nilsen, 2. nestleder i Norsk Sykepleierforbund

til besvæ

beidserfaring. De er også opptatt av ansvarlighet og pasientsikkerhet. Vårt mål er ikke at våre medlemmer skal fungere som sykepleiere, like lite som sykepleiere skal fungere som kirurger. Sykepleierutdanningen er essensiell for å utføre mange av de oppgavene som finnes innen helsevesenet. Når dette er sagt, finnes det ulike tolkninger av hva som er «tradisjonelle sykepleieoppgaver» i helsevesenet. Dette er kjernen i vårt budskap: Man må se på arbeidsoppgavene på nytt, finne en enighet om hva som er «sykepleieoppgaver» og hvilke oppgaver det også finnes andre med kompetanse til å utføre. Verken kunnskap, ansvarlighet eller pasientsikkerhet blir svekket av dette.

Jan-Erik Nilsen: – Vi er veldig klar over at vi trenger flere yrkesgrupper, men når det er sagt, står vi nå foran så store utfordringer at vi må bli enda flinkere til å kartlegge hvem som skal ivareta hvilke type oppgaver. Det foreligger et klart mandat i bestillerdokumentet om at kunnskap skal være avgjørende. Sykepleierne, med sin utdanning og kompetanse, kan ivareta pasientene grunnleggende behov og koordinere sykepleien slik at disse behovene blir ivaretatt. Det finnes et godt verktøy som kan brukes til dette, som heter Kompass. Med en pasientansvarlig sykepleier vil oppgavene kunne fordeles på en god måte.

– Er sykepleierne holdning en propp for videreutvikling og effektivisering av helsetilbudet?

Gunn Olander: – Absolutt ikke. Verdier som kunnskap, ansvarlighet og pasientsikkerhet skal ikke ofres på effektiviseringsalter. Derimot må man se på hvor disse verdiene vil være sårbare.

Det finnes et stort potensial med dagens oppgavedeling som ikke vil sette noen av disse verdiene i fare. En utnyttelse av dette potensialet vil være noe alle vil tjene på. Våre medlemmer vil få benyttet bredden av sin kompetanse, sykepleiere vil i større grad få fokusert på sine kjerneoppgaver, og pasientene vil nyte godt av et mer effektivt og helhetlig tilbud.

– Det har i det siste vært mye medieoppmærksomhet rundt oppslag av typen «sykepleier alene på jobb» der gruppen hjelpepleiere, pleieassistenter og helsefagarbeidere blir usynliggjort og marginalisert i forhold til den jobben de utfører. Det er viktig å ikke slå hverandre i hodet når fokus rettes på helsesektoren, men heller samarbeide om å fremme de løsningene som vil skape et bedre helsevesen for arbeidstakere og brukere. For å få dette til må man synliggjøre hele spekteret av helsetjenestene og fremme helhetlige standpunkt for sektoren.

Jan-Erik Nilsen: – Sykepleiere har en viktig funksjon og klar plass i helsetjenesten, noe som er basert på en solid faglig forankring og langvarig tradisjon. Noen kan oppleve sykepleiere som en stor gruppe med en sterk identitet. Det er ikke dermed sagt at ikke andre grupper kan ha gjøre sykepleiefaglige oppgaver, forutsatt at de har en fagutdanning.

Helsefagarbeiderne ivaretar mange sykepleieoppgaver og kan gjerne sikkert ha flere, så lenge det skjer i samarbeid med en ansvarlig sykepleier. Faglig identitet er viktig, men det er også plass til andre.

Tekst Lily Kalvø Foto Erik M. Sundt





REFLEKS

Gjesteskribent Anders Folkestad

Navn: Anders Folkestad

Yrke: Leder i Unio

E-post: anders.folkestad@unio.no

Likestilt og kjønnsdelt

«Kva er det med desse damene», kom det spontant. Det var avisdebatt rundt lunsjbordet.

Framsida av Aftenposten skreik mot oss: «Kvinnerens sykefråvær øker kraftig». Bodskapen blei understreka av ei knallraud pil som peika oppover, oppover.

Dei siste 20 åra har sjukefråværet blant kvinner auka med 36 prosent. Veksten for menn, derimot, er berre fire prosent. Gapet mellom kvinner og menn aukar. Dette er svært urovekkande, kommenterer ein Nav-direktør til avisa. Ikkje nok med det, kvinner er ekstra lenge vekk frå jobben når dei først er sjuke.

Gapet blir større. «Det har vi sett før», slo ein kollega fast. For lønnsgapet mellom kvinner og menn aukar også. Særleg for dei jentene som utdannar seg lenge, og etterpå «nøyer» seg med arbeid i offentlig sektor.

Og her er endå eit gap: Menn arbeider nesten alltid heiltid. Kvinner derimot finn du ofte i dei underlegaste, finutreka deltidstillingar. Til dømes på 11,83 pst.

«Her er meir damestoff», sa eg. Eg bladde opp eit eksemplar av Fævennen. I Kristiansand slo dei på stortromma for eit par år sidan. Heiltid skulle vere norma, også for kvinner i helsesektoren. Regjeringa sa hurra, og dei sette i gang. Men no må heiltidsprosjektet

estudentar seier at ein viktig grunn til å bli sjukepleiar er at det er så lett å få arbeide deltid. Det finst mange og underlege motiv bak ulike studieval. Men deltidsmotivet er nytt for meg. Arbeidsgjevarar sluker nok slike signal røtt. Dei får støtte til sin eldgamle praksis: utan mange, små deltidstillingar går ikkje turnusen opp! Det er ikkje berre ein praksis – det er visst ein verneverdig kultur. Likevel finst det andre døgnbaserte yrke med turnus- og vaktordningar i fleng, og utan deltid. Men då er det tale om mannsdominerte yrke, som politi- og brannfolk. Det er jo noko heilt anna, sjølv sagt.

Dei heiltidsarbeidande mannfolka har altså mindre sjukefråvær. Rett nok blir dei ikkje gravide. Dei føder ikkje, ammar ikkje. Men dei har jo barn, hus og heim, trimmar og skadar seg dei også, og døgnet er på 24 timar for begge kjønn.

Kvifor blir det så mange gap i arbeidslivet? For her er jo eit gap til. Det mellom sektorane: Kvinner i det offentlege, menn i det private. Kvinner arbeider med og for folk, menn arbeider med teknikk og ting – for betre betaling, sjølv sagt.

«Vi er nok meir kjønnsdelte enn likestilte», kjem det lakonisk frå bordhjørnet.

«Men det er jo kvinnene som er vinnarar, og gutane son er taparar», slår ein ivrig kollega fast. Jentene er flinkast på skulen. No er dei i fleirtal i høgre utdanning. Dei lever lenger. Og dei pregar dei viktigaste yrka – i helse, og i barnehage og skule. Og her dominerer feminine verdiar slik at gutane blir taparar og droppar ut. Men ein ting til forresten – kvinner er sikre vinnarar i barnefordelingssaker etter skilsmisser. Her er mannfolka dømde til evig nederlag.

Likelønnskommissjonen hadde mange gode forslag. Forslaget om å «tvangsdele» fødelsermisjonen i tre skapte strid, og kløyvde på det nærast den raudgrøne regjeringsflokkjen i to – eller var det tre? Mange damer sa nei, og blei skulda for ikkje å ville sleppe pappa til. «Permisjonen er min», sa mange unge damer i kor i avisspaltene.

Endå eit forslag har dukka opp: denne gongen frå ein ivrig politiskar: Minst 40 prosent av kvart kjønn. I alle utdanningar og i alle yrke.

Forvirra? Ja, arbeidslivet er eit virvar. Lett kaotisk. Nesten like uoversiktleg som resten av livet.

Då dukkar eit samlande forslag opp rundt bordet. Velkjent, men radikalt: Kan vi ikkje rett og slett prøve det mest nærliggande, men akk så uprøvde: gi kvinner og menn lik lønn. Kanskje det skaper litt orden i kaoset?

Arbeidslivet er eit virvar. Nesten like uoversiktlig som resten av livet.

stoppast. Det blir for dyrt. Sjukefråværet har eksplodert. Mellom linene kunne det lesast at kvinner ikkje toler å arbeide heiltid.

«Dagens kvinnerolle er for krevende», analyserer nokre ekspertar i Aftenposten. Og får støtte av ein kvinneleg helsearbeidar: Omsorgsinstinktet! Vi kvinner driv 24-timars service, meiner ho. Ei anna viser til at krava på jobben er mykje større enn tidlegare. «Vi skal jo strekke til overalt og vere fullt til stede», seier ho.

Kanskje dette er prisen å betale for at Noreg har dei mest yrkesaktive kvinnene i Europa? Er fru Tårnfrid meir ein realitet enn ein parodi? Spørsmålet skaper litt usikkerheit rundt lunsjbordet.

Midt opp i dette hugsar eg ei undersøking: Tre av fire sjukeplei-

Øvrige gjesteskribenter 2009:



Trude Aarnes
Jordmor og privatpraktiserende sexolog



Martine Aurdal
Leder av samfunnsavdelingen i Dagbladet



Camilla Leinebø
Nyutdannet sykepleier



Jon Hustad
Journalist i Dag og Tid

Du får billigere bensin



**Spesialrabatt hos Esso for deg som er medlem
i Norsk Sykepleierforbund!**

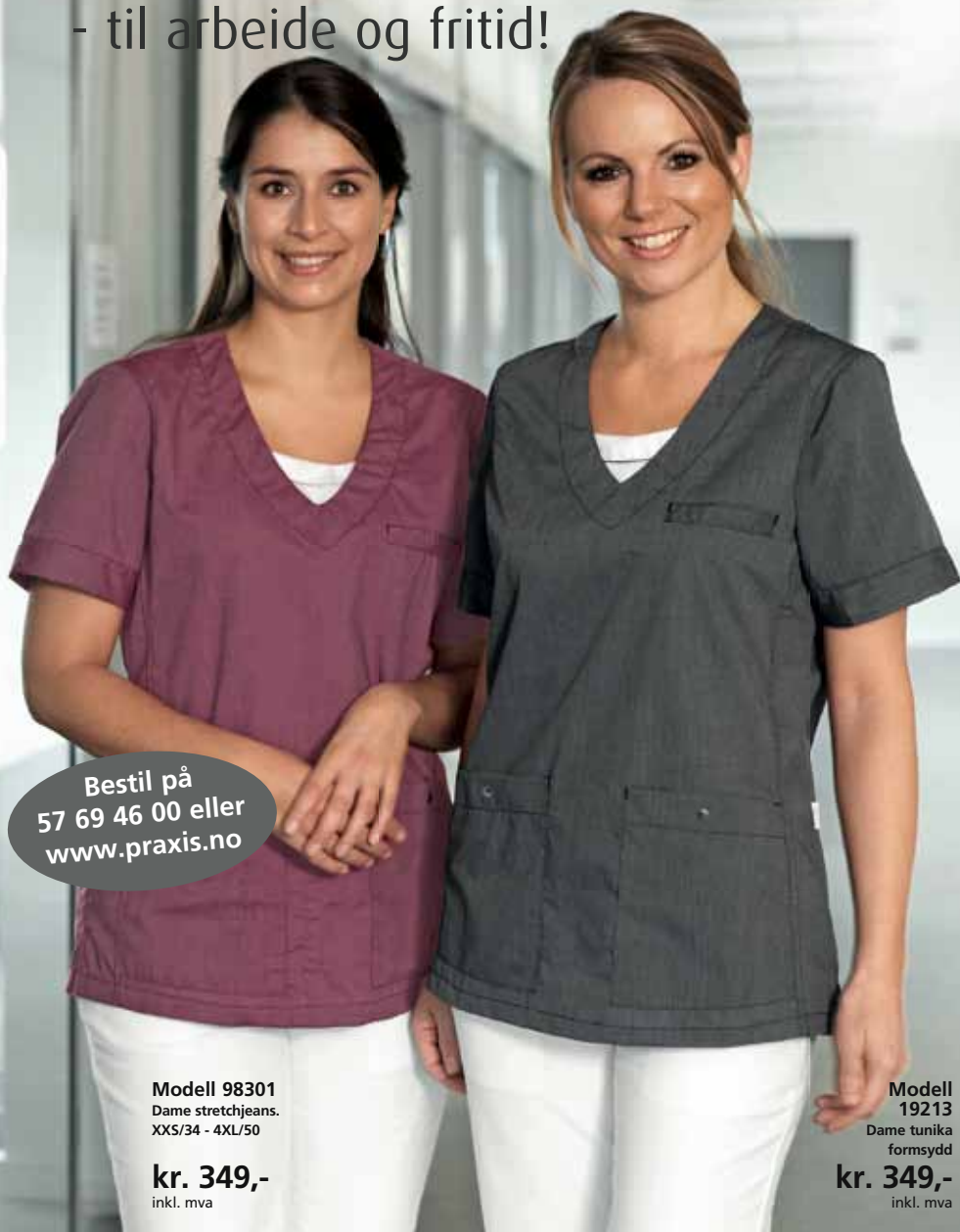
Norsk Sykepleierforbund har inngått en rabattavtale
med Esso. Skaff deg kortet og få **40 øre i rabatt**
pr. liter bensin og diesel – og 20 % rabatt på bilvask!

Ingen årsavgift, og du kan velge din egen PIN-kode.



Vi kjenner livet på veien.

Behagelige modeller - til arbeide og fritid!



Bestil på
57 69 46 00 eller
www.praxis.no

Modell 98301
Dame stretchjeans.
XXS/34 - 4XL/50

kr. 349,-
inkl. mva

Modell
19213
Dame tunika
formsydd

kr. 349,-
inkl. mva

www.sp3.dk



Plommerød

Lys grønn

Koks grå

Lys grå

Marine

Lys blå

Navy

MELANGE STRETCH - i lettstelt kvalitet!

En ny behagelig serie hvor komfort, design og funksjonalitet går sammen i en behagelig enhet. Plommerød - Lys grønn - Koks grå - Lys grå - Marine - Lys blå - Navy. 48% bomull/48%polyester/4% EOL-stretch

Modell 25090 - Paris

Praxis topp modell - med ekstra myke såler.
Damesandal med mulighet for regulering
av hællrem og over vristen.
Kvalitet: Skinn med innersåle
av ekte skinn
Farge: Sort - Hvit - Blå
Størrelse: 36 - 42
(Utsolgt i hvit str. 41)

kr. 449,-
inkl. mva



Sykepleien nr. 14 2009

"Da denne modellen er liten i størrelsen, anbefaler vi at du bestiller ett nummer større enn du normalt bruker".

Modell 25110 - Athen

Dame ballerinasko med borrelåslukking over vristen.
Kvalitet: Skinn
Farge: Hvit/grå
Størrelse: 36 - 42

kr. 299,-
inkl. mva



Modell 25130 - Amsterdam

Damesandal med mulighet for regulering
av hællrem og over vristen.
Kvalitet: Skinn med innersåle
i mikrofiber
Farge: Hvit/grå
Størrelse: 36 - 42

kr. 299,-
inkl. mva



Modell 25020 - Tenerife

Kvalitet: Imitert skinn med microfiber såle
Borrelåslukking
Farge: Hvit
Størrelse: 36 - 41

kr. 299,-
inkl. mva



Modell 25080 - Lisboa

Damesandal med
tåstropp og borrelåslukking.
Kvalitet: Skinn
Farge: Hvit - Rød - Sort
Størrelse: 36 - 42

kr. 329,-
inkl. mva

