

**Lykke
i Horten** Side 48



Sinne i Halden
Må sykepleierne jobbe 10 av 12 lørdager?
Full krig om turnus i Østfold. Side 36

**Fra Os til
Tinget** Side 72



Sykepleien

LISBETH NORMANN: Jeg våger å påstå at der sykefraværet er lavest, er der det avsettes penger til faglig utvikling.

15 | 2009
15. oktober
2009
97. årgang

Årets
fagblad
2009

Stadig flere øver
i simuleringscentre

Tryggere med trening?





Introduksjon av **MYCLIC**[®]

ENBREL[®] (etanercept) 50 mg oppløsning i ferdigfylt penn

Ett trykk er nok!



Wyeth[®]

INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 25 mg og 50 mg: Hver ferdigfylt penn/sprøyte inneholdt: Etanercept 25mg, resp 50 mg, sakkarose, natriumklorid, L-argininhydroklorid, natriumdihydrogenfosfatdihydrat, dinatriumhydrogenfosfatdihydrat, vann til injeksjonsvæsker. **PULVER OG VÆSKE TIL INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 25 mg:** Hvert sett inneholdt: I) Hetteglass: Etanercept 25 mg, mannitol, sakkarose, trometamol. II) Ferdigfylt sprøyte: Vann til injeksjonsvæsker. **PULVER OG VÆSKE TIL INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 25 mg/ml til barn:** Hvert sett inneholdt: I) Hetteglass: Etanercept 25 mg, sakkarose, trometamol. II) Ferdigfylt sprøyte: Vann til injeksjonsvæsker, benzyalkohol. **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 antirevmatisk 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 plakksoriasis, 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 plakksoriasis 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 før 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. **Plakksoriasis:** 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 opp til 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 opp til 24 uker. Kontinuerlig behandling utover 24 uker kan være nødvendig hos enkelte voksne pasienter. Behandlingen bør seponeres hos pasienter som ikke responderer etter 12 uker. 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):** Dosetilpasning 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 3-4 dagers intervall mellom dosene. **Barn ≥8 år og ungdom: Pediatrisk plakksoriasis:** 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. **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 tidlig fødte barn eller nyfødte, da oppløsningsvæsken inneholder benzyalkohol, som kan forårsake forgiftninger og anafylaktoid reaksjoner hos spedbarn og barn opp til 3 år. **Forsiktighetsregler:** Karyleheten på den ferdigfylte sprøyten og den ferdigfylte pennen inneholder lateks som kan forårsake hypersensitivitetsreaksjoner ved håndtering eller administrering til personer med kjent eller mulig latekssensitivitet. Pasienter skal utredes for infeksjoner før, under og etter etanerceptbehandling, tatt i betraktning at gjennomsnittlig eliminasjonshalveringstid er ca. 70 timer (7-300 timer). Alvorlige infeksjoner, sepsis, tuberkulose og opportunistiske infeksjoner inkl. invasive soppinfeksjoner er rapportert ved bruk av preparatet. Infeksjonene skyldtes bakterier, mykobakterier, sopp og virus. I enkelte tilfeller er bestemte sopp- og andre opportunistiske infeksjoner ikke blitt gjenkjent. Dette har resultert i forsinket behandling og av og til død. Pasientens risiko for opportunistiske infeksjoner (f.eks. eksponering av endemiske mykoser) bør vurderes ved infeksjonsevalueringen av pasienter. 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. milærtuberkulose 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. Passende «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-risikoforholdet 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. Reaktivivering av hepatitt B-virus (HBV) er sett hos kroniske bærere av viruset. Pasienter med risiko for HBV-infeksjon skal undersøkes for tidligere HBV-infeksjon før initiering av etanerceptbehandlingen. 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 nøyotropeni. 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 (sjeldne). 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. Flere tilfeller av non-melanom hudkreft (NMSC) er rapportert, særlig hos pasienter med psoriasis. Periodiske hudundersøkelser anbefales for alle med økt risiko for NMSC (inkl. pasienter med psoriasis eller som tidligere har fått PUVA-behandling). Sikkerhet og effekt hos pasienter med immunsuppresjon 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 blodtrykskrise. Pasienten skal informeres om å ta omgående kontakt med lege ved utvikling av tegn og symptomer på blodtrykskrise eller infeksjoner (f.eks. vedvarende feber, sår hals, blåmerker, blødning, blekhet). Pasienten bør undervises om å ta omgående kontakt med lege ved utvikling av tegn og symptomer på sepsis. Det er rapportert om sjeldne tilfeller av CNS-demyeliniseringsforstyrrelser. Ved forskrivning til 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 behandlingen og vurderes for profylaktisk behandling med Varicella zoster immunoglobulin. Det anbefales at pasienter med aktiv infeksjon er ikke-nøytralisierende og vanligvis forbigående. **Mindre hyppige:** Blod: Trombocytopeni. Hud: Non-melanom hudkreft, angioødem, urticaria, utslett, psoriasislignende utslett og psoriasis (inkl. nytt utbrudd og pustulær, hovedsakelig i håndflater og på føtter). Luftveier: Interstitiell lungesykdom, inkl. pneumonitt og pulmonal fibrose. Øvrige: Alvorlige infeksjoner (inkl. pneumoni, cellulitt, septisk artritt, sepsis). **Sjeldne (<1/1000):** Blod: Anemi, leukopeni, nøyotropeni, 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: Kramppe, CNS-demyeliniseringsforstyrrelser som f.eks. optikusnevritt og transvers myelitt. Øvrige: Tuberkulose. Opportunistiske infeksjoner (inkl. invasive sopp-, protozo-, bakterielle og atypiske mykobakterielle infeksjoner). Alvorlige allergiske eller anafylaktiske reaksjoner. Aplastisk anemi er sett meget sjeldent. Hos pasienter med revmatoid artritt, psoriasisartritt, Bekhterevs sykdom (ankyloserende spondylitt) og plakksoriasis er følgende alvorlige bivirkninger sett: Malignitet, astma, infeksjoner, hjertesvikt, hjerteinfarkt, myokard iskemisk, brystmerter, synkope, cerebral iskemisk, hyper- og hypotensjon, kolecyttitt, pankreatitt, gastrointestinale blødninger, bursitt, konfusjon, depresjon, dyspné, abnormal tilheling, nyreinsuffisiens, nyresten, dyp venetrombose, lungeemboli, membranøs glomerulonefritt, polymyositt, tromboflebitt, 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. Generelt er bivirkningene hos barn med juvenil idiopatisk artritt og plakksoriasis 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.u.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 induisert 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.** Hvert hetteglass med 25 mg/ml bør maks. brukes til 2 doser til samme pasient. Oppbevar de ferdigfylte sprøytene og pennene i ytteremballasjen for å beskytte mot lys. **Pakninger og priser: Injeksjonsvæske: 25 mg:** Ferdigfylt sprøyte: 4 stk. kr 5317,40. **50 mg:** Ferdigfylt penn: 4 stk. kr 10393,50. 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.

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:



Brita Noorland

I verkstedet skriver anestesisykepleieren om sårbehandling med VAC, som har blitt avansert og fleksibel behandling både i sykehjem, sykehus og i hjemmet. Side 44



Kåre Heggen

For at utdanninga skal skape mening, må studenten kunne adressere kunnskapen i forhold til praktiske oppgåver yrket. Data vi har presentert, tyder på at sjukepleieutdanninga oppnår dette i større grad enn til dømes lærerutdanninga, skriver Heggen i kronikken side 68.



Per Nortvedt

Når en apatisk pasient ikke selv kan si fra er det vanskelig å vite hvor langt man skal gå i å overtale. Da er det viktig at personalet diskuterer dette i etterkant, skriver Per Nortvedt i Dilemma side 70.



Arne Teige

Det metodiske hjørnet handler om hvordan sammenfatte data ved hjelp av grafiske figurer og tabeller. Side 60.



Innhold

Sykepleien

AKSJONISTEN: «Den døende hadde

Hva skjer

- 7 Aksjonisten
- 8 Hva skjer — kortnytt
- 10 – Det handler IKKE om makt
- 12 Livredde på jobb
- 13 – Tar ikke ansvar for likelønn
- 14 NSF frifunnet
- 16 Systemets makt
- 19 Vi bare spør Stein Østerlund Petersen
- 20 Sykepleiere minst fornøyd med arbeidstiden
- 22 Virus bak ME?

Der ute

- 36 Lei av å være snille piker
- 40 Mener helsevesen i fengsel fungerer bra
- 42 Vil ha grepa sykepleiere
- 44 Verkstedet
- 45 Min jobb
- 46 Øyeblikket
- 48 – Best å være sykepleier på sykehjem



72

42

Fagtema: Simulering

- 24 Når sekundene teller
- 26 «Vi prioriterer dette hardt»
- 28 Vanskelig å måle effekten
- 30 Simulering viktig i undervisningen
- 31 Fagartikkel: Trener på virkeligheten
- 35 Oponenten: Kritisk til simuleringssentre
- 35 5 på gangen

24



hele livet vært en ivrig sykkelentusiast.»

15 · 2009

15. oktober 2009 · 97. årgang

Fag og bøker

- 54 Politikk styrer sjukepleiefaget
- 58 Forfatterintervju: Yngvar Christophersen
- 60 Det metodiske hjørnet
- 61 Bokanmeldelser
- 62 Quiz
- 62 Rydder vei i prosedyrevellinga

Mennesker og meninger

- 64 Lisbeth Normann om syke kvinner
- 65 Siden sist og meninger
- 66 Terapi
- 68 Kåre Heggen om utdanning
- 70 Dilemma
- 72 Tett på Laila Reiertsen
- 76 Hør her: Kristiansen vs. Andersen

- 79 Sillingsannonser
- 85 Meldinger, skoler og kurs

INTERVJU

«Det man sier må være sant, men det er lov å legge til 10 prosent for optimisme»

Professor Peter F. Hjort (85)

42



«Faget oppstod i ei tid då vestleg samfunn var i ferd med å endra seg.»

54

13



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.

Barth Tholens om å dø hjemme

Stilling: Redaktør i Sykepleien

E-post: barth.tholens@sykepleien.no



CHAMPS-ELYSSÉS: Det kan være et slit å komme helskinnet i mål her i livet.

Siste etappe

Forskere tror at helsetjenestene står foran en umulig oppgave når eldrebølgen slår inn for alvor. Kanskje kunne det hjelpe hvis flere fikk dø hjemme?

For noen år siden ble jeg invitert på middag hos et vennepar jeg ikke hadde sett på lenge. Da jeg kom inn, oppdaget jeg til min overraskelse at det sto en svær seng midt i stua. Der lå en liten, gammel mann som jeg ikke dro kjensel på, men som smilte vennlig til meg.

Du skjønner, det er far. Han kommer til å dø veldig snart. Vi vil ikke at han skal være alene på sykehjemmet, var den jordnære forklaringen jeg fikk fra mine venner. Og så spiste vi middag sammen, med faren tronende ved bordets langside.

Det viste seg at de hadde tatt faren hjem til seg en måned før. Kreften hadde kommet langt. Og det var ikke noe håp. Det kunne bare være et spørsmål om uker. Ikke noe lett valg, selvfølgelig. Mannen hadde sine særheter og kunne være kranglete. Mine venner handlet mest på impuls. De syntes at en institusjon ikke var et passende sted å tilbringe sine siste dager. Men de hadde ikke klart for seg hvilke konsekvenser det ville få, å ha en døende midt i kosekroken, midt i deres liv.

Det skulle bare være snakk om uker, men den nye tilværelsen i datterens familie så ut til å gi faren nye krefter. Det var som om

Vår sosialdemokratiske kultur tvinger fram containerløsninger fra fødsel til grav.

han hadde kommet hjem fra et fremmed land og endelig kunne gjøre seg forstått igjen. Og så nøt han oppmerksomheten. Og livligheten! Barna til mine venner satt på senga hans og skravlet når de kom hjem fra skolen. Snart gledet han seg til stundene med middagsbesøk. Og ennå hadde ikke Tour de France startet!

Den døende hadde hele livet vært en ivrig sykkelentusiast. Så da den første etappen startet, satt han med spisse ører og intense øyne ringside ved flatskjermen. Her kommenterte han de time-lange sendingene med stor innlevelse for alle som ville høre på. Når svigersønnen kom hjem ved femtiden, ble han kyndig informert om alle detaljene før de sammen kunne konsentrere seg om sluttspurten, gjerne ledsaget av noe godt i glasset.

Som kjent varer Tour de France nesten en måned. Her var det ikke snakk om å dø før han visste hvem som til slutt ville få den gule trøya og den prikkete klatretrøya. I løpet av rittet hadde han riktignok en rekke dager der han slet tungt og pedalene bare så vidt gikk rundt. Alle holdt pusten. Men ikke f... om han ville gå glipp av den legendariske etappen over Mont Ventoux. Det var nesten selve meningen med livet, det var der alt ble avgjort!

Noen uker ble til slutt til tre måneder. Da høsten kom, med både Wimbledon og Champs-Elysées trygt bak seg, døde han fredelig. Mine venner måtte forbauset konstatere at dette kjentes helt naturlig. Det var slutt på kreftene, men faren hadde framstått (ligget) mer som et nært menneske enn hele den tiden han hadde vært på sykehjemmet. Der gikk han mer i ett med institusjonsveggene.

Strevsomt hadde det vært for alle. Alt det vante hadde gått i oppløsning for mine venner den sommeren. Jobbene deres ble vannskjøttet. Ferie kunne de bare glemme. Men dødsprosessen, midt i deres stue, hadde også ført familien sammen. Det var ingenting å angre på.

I Norge dør 40 prosent av oss på sykehjem. Like mange på sykehuset. De siste årene har det vært en tendens til at stadig flere trekker sitt siste åndedrag i den mest kostbare delen av hel-sevesenet. Bare én av syv dør hjemme. Men da skjer det som regel akutt og uventet. De aller færreste dør hjemme fordi det er ønsket.

Vår sosialdemokratiske kultur tvinger fram containerløsninger fra fødsel til grav. Slik må det være når vi skal få vår universelle velferdsstat til å fungere. Men når vi ser på døden som noe naturlig, er det et tankekors at den i så stor grad foregår i sterile institusjoner. Forskernes advarsel om at det offentlige i framtiden umulig kan dekke det sterkt økende behov for helsetjenester til så mange eldre, kan derfor også bli en interessant kulturell utfordring. Kanskje er det på tide å «privatisere» noe av omsorgen ved livets slutt? Ikke nødvendigvis fordi det er rimeligere for det offentlige. Men fordi mange kan få en mer verdig død hjemme. Bare de pårørende kan få litt hjelp til den siste etappen.

Bli sykepleier på nett

I Bodø starter de opp digitalt studietilbud fra våren av. Det betyr at alle studenter som vil bli sykepleiere får studietilbudet der de bor. Profesjonshøgskolen, Senter for etter- og videreutdanning har sammen med Høgskolen i Bodø utviklet det digitale, fireårige bachelorstudiet. Men selv om den teoretiske delen kan gjøres via nettet må studentene ut i praksis i Salten, i Lofoten og Vesterålen og på Helgeland.



Første gravid-smittede død

4. oktober døde en kvinne i 30-årene fra Oslo på Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet, av influensa A(H1N1). Kvinnen var gravid da hun ble syk og barnet ble forløst tre uker før moren døde. Barnet ser ut til å klare seg fint og er ikke smittet av mors influensa. Kvinnen hadde ingen kjent underliggende sykdom.

Gravide har delvis svekket immunforsvar som gjør dem mer mottakelige for infeksjoner. Dermed blir de i en risikogruppe ved den pågående svineinfluensapandemien. Gravide i andre og tredje trimester er blant de prioriterte gruppene som vil få tilbud om pandemivaksine først.

Kilde: Pandemi.no



Uføre av jobben

Hver dag blir 83 nordmenn uføre. Det betyr at hvert eneste år uføretrygdes 30 000. I helsesektoren er frafallet massivt: 13 prosent av dem som uføretrygdes jobber i der, ifølge tall Dagsavisen har fått fra Nav.

– Når eldrebølgen debatteres, handler det i hovedsak om å sluse ungdom inn i helsefaglige utdanninger. Det hjelper ikke når helsetjenestene leker fagpersonell som en sil på grunn av dårlige lønns- og arbeidsvilkår, sier Lisbeth Normann til Rogalands Avis.

Hva skjer

Les mer om:

- 10 Strides på Ahus >
- 12 Redd for demente >
- 13 Ny Soria Moria-erklæring >
- 14 Dom i generalsekretærsaken >
- 16 Ny undersøkelse om tvangsbruk >
- 20 Misnøye med arbeidstiden >
- 22 Virus bak ME? >

sykepleien.no

> Les mer om statsbudsjettet og dets følger for helsevesenet.



Jordmor anmeldt til Helsetilsynet



TRADISJON å få hilsen fra jordmor til konfirmasjonen med journal?

Ungdommer fra Sunnmøre fikk sensitiv journalinformasjon i konfirmasjonshilsener.

Avsender var fra jordmoren som tok imot dem 15 år tidligere. Jordmoren har vært ansatt i Helse Sunnmøre, men sluttet i sommer. Hun er klaget inn til Helsetilsynet. Klagen går på tre punkt:

- > klage på oppførsel i form av maktmisbruk og religiøse ytringer under fødsel
- > at jordmoren ikke førte partogram underveis i fødselen
- > at jordmoren ikke var kjent med journal og partogram fra tidligere fødsler.

Jordmoren sier ifølge Sunnmørsposten at hun sendte hilsener til aktuelle konfirmanter fordi «det i gamle dager var god jordmortradisjon å gjøre slik».

UNN jakter på gode ideer

Universitetssykehuset i Nord-Norge ønsker å samle alle de gode ideene som svirrer rundt i korridorane – og har derfor opprettet en innovasjonspris.

25 000 kroner går til den medarbeideren, fagmiljøet eller prosjektgruppen ved helseforetaket som har den beste ideen.

Alt fra ideer til forskning og utvikling til helt konkrete, praktiske løsninger på problemer blir vurdert. Søknadsfristen er 1. november, og mer informasjon om konkurransen finnes på www.unn.no.

26 vil ha Smartpris

Noen har funnet opp helt konkrete produkter som skal gjøre livet lettere for ansatte og pasienter. Andre har laget nye rutiner – eller har en idé om noe som kunne være smart. Felles er at alle ønsker å vinne én av årets tre Smartpriser. De fleste forslagene kommer fra kommunesektoren.

Det er tidsskriftet Sykepleien som står for utdeling av Smartprisen, sammen med Innovasjon Norge og KS. En fagjury skal velge en vinner for beste idé og én for beste forslag fra kommunehelsetjenesten. I tillegg skal Sykepleiens lesere kåre sin favoritt gjennom en nettavstemning i desember. Vinneren her får 100 000 kroner.

Vinnerne offentliggjøres i januar.





EKSTRAARBEID OG OVERTID

Illustrasjon: Øivind Hovland

Vil ikke på sykehjem

Sykepleier Aud-Mari Sohini Fjelltnun har tatt doktorgraden: «Å vente på sykehjemsplass: en studie av livssituasjonen til hjelpetrequende eldre og deres pårørende» ved Universitetet i Tromsø (UiT). Hun avslørte store utfordringer.

– Pårørende og pleierne var ofte bekymret. Særlig hvis de eldre hadde en langt kommet demenssykdom. Frykten var at de eldre kunne falle og bli liggende hjelpeløse, starte en brann, slippe inn uvedkommende, eller gå tynkledd ut og i verste fall fryse i hjel, forteller Fjelltnun i en pressemelding.

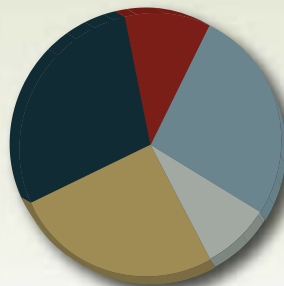
Hun mener svaret ikke er å bygge flere sykehjemsplasser. Flere av de eldre nektet nemlig å flytte.

– Hvis pårørende skal være fornøyde og ta imot tilbud om avlastning, må avlastningstilbudet være gunstig både for dem selv og de eldre. Flere pårørende opplevde at de eldre kom tilbake fra avlastningsopphold med et redusert funksjonsnivå, sier hun i pressemeldingen.



Årsverk per 10 000 innbyggere

Gjennomsnittlig årsverk i kommunehelsetjenesten per 10 000 innbyggere i 2008 for noen utvalgte yrkesgrupper:



- Psykiatriske sykepleiere: 3,7 årsverk
- Leger: 9,3 årsverk
- Ergoterapeuter: 2,9 årsverk
- Fysioterapeuter: 8,9 årsverk
- Rehabilitering: 9,9 årsverk

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Meninger fra www.sykepleien.no

Helsefarlig arbeidspress



” Lei av å høre at vi må spare penger og nedbemanne i sykepleietjenesten. Nå må noen snart begynne å nedbemanne i administrasjonene rundt omkring, hvor det sitter stadig flere økonomer og konsulenter.

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

Livredde på jobb

” – Det er den beste kommentaren jeg har lest på internett på mange år, Tron. Hvorfor finnes det ikke egne titler for praktisk erfaringskunnskap?

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



– Det handler IKKE om makt

Sykepleiere i det kirurgiske miljøet ved Ahus reagerer kraftig på det lederen for Divisjon for sykepleie har uttalt om direktørens avgang.

Tekst **Kari Anne Dolonen** Foto **Therese Borge**

Sykepleierne som jobber i kirurgiske avdelinger er ikke enig med leder for Sykepleiedivisjonen, Janne Sonerud, i at direktør Erik K. Normanns avgang og legenes kritikk av Divisjon for sykepleie skyldes maktkamp. Sykepleierne er enige med legene og mener divisjonen ikke fungerer.

Utopi

Ingunn Åmot er sykepleier på S202 gastrokirurgisk avdeling ved Ahus. I et debattinnlegg i Sykepleien (se side 65) skriver hun at sykepleie-divisjonens idé om hvordan sykepleietjenesten skal drives er utopi og at standardiseringen de prøver å innføre er en trussel for sykepleiefaget.

– *Hvorfor fungerer ikke divisjonen på kirurgiske avdelinger?*

– Vi trenger spesiell spisskompetanse i forhold til de inngrepene vi skal gjøre. Jeg mener at en sykepleier ikke er en sykepleier. Du kan ikke bruke hvem som helst hvor som helst. Jeg skjønner at Sonerud ønsker å fylle opp senger

«Vi har hatt flere avdelingsjefer som alle har gitt opp.»

der de er ledige, men det betyr ikke at pasienten i sengen får den beste pleie. Det er faktisk avhengig av hvilken kompetanse sykepleierne på avdelingen de ligger har, sier Åmot.

Mange brikker

Åmot mener og forstår at det er vanskelig å få logistikken til å gå opp.

– Men noe av det som ikke fungerer har vi sagt ifra om, lenge før vi flyttet over i nytt sykehus. Bemanning er én bit. Vi er for få på jobb. Da vi flyttet ble sykehuset nedbemannet. Mange erfarne sykepleiere sluttet, og vi mistet



KORRIDOR: En gevinst ved den nye organiseringen er at det ikke er korridorpasienter. Likevel mener Ingunn Åmot (til v.) og hennes kolleger på kirurgisk avdeling at divisjonen er mislykket.

viktig kompetanse. Ideen om å ha like mange på vakt på alle avdelinger er en annen ting vi har meldt fra om. Når en avdelingsleder ber om å få ekstravakter, bør man få det. Divisjonen må slutte å telle antall pasienter og se på pleietyngde per pasient. Vi er ikke blitt hørt på våre innspill, sier hun.

Åmot forsikrer at hennes avdeling ikke er den eneste med problemer. Hun tror heller ikke problemene skyldes infrastruktur som ikke virker.

– I de periodene vi har prøvd dem ut, virker teknikken også arbeidskrevende. Det er vanskelig å si om vi kunne spart arbeidsmengde på dette når det ikke fungerer og ikke er ordentlig utprøvd, sier hun.

Burde ringe noen bjeller

– *Det er ikke dere som er for utålmodige?*

– Jeg mener vi ikke er det. Nå har vi holdt på ett år. Vi har hatt flere avdelingsjefer som alle har gitt opp. I tillegg truer mange med å slutte. Per i dag har vi 14 nye sykepleiere som vi må lære opp. Det burde ringe noen alarmklokker oppover i systemet, sier hun.

Åmot jobbet noen få dager som leder under sommeravviklingen. Det hun så overrasket henne.

– Jeg så flere ledere som ikke turde å si ifra om hva de mente. Sier man hva man mener, risikerer man å bli kalt inn på teppet. Under Erik K. Normann har det blitt en kultur der man ikke skal snakke for høyt utad, men være lojale mot direktøren og sykehuset. Jeg mener min lojalitet skal ligge hos pasientene, sier Åmot.

Løsningen

Åmot mener høyere grunnbemanning og ro til å lære opp nyansatte og bygge opp igjen tapt kompetanse er det som kan løse utfordringene på Ahus.

Vil ha sykepleiedivisjoner

NSF på sin side støtter ideen med sykepleiedivisjoner på sykehus.

– Tanken om sykepleiedivisjoner på sykehus er helt i tråd med NSF's politiske linje. Vi jobber blant annet for å få innført Magnetssykehus. Forskning viser mange positive effekter: Pasientene får et bedre tilbud, sykepleieledere får mulighet til å koordinere og utvikle eget fag, større stabilitet i sykepleiestaben, og det blir færre korridorpasienter. Men slike løsninger krever selvfølgelig tverrfaglig samarbeid, sier fagsjef i NSF's fagpolitiske avdeling, Mette Ramstad Dønåsen. ■



LITAGO Yoghurtkesam er naturlig rik på kalsium og proteiner - byggeklosser for den som skal vokse seg stor og sterk.



Med LITAGO Yoghurtkesam får barn alt det gode fra melken. Proteiner er spesielt viktig for oppbyggingen av muskler, og kalsium er viktig for å styrke beinbygningen. Vil du gi barna dine en LITAGO Yoghurt med ekstra mye proteiner, kan vi anbefale LITAGO Yoghurtkesam. Vil du vite mer om barn og ernæring, se www.tine.no/ernaering



Livredde på jobb

Redsel og frykt preger hverdagen til sykepleiere og hjelpepleiere som jobber med demente. Det viser en studie gjort ved Høgskolen i Oslo.

Tekst **Kari Anne Dolonen** Foto **Colourbox**

Førsteamanuensis May-Karin Rognstad ved Høgskolen i Oslo har gjort studien ved et sykehjem i Oslo. Det var ledelsen ved sykehjemmet tok kontakt med Høgskolen med ønske om hjelp.

Ledelsen var bekymret på vegne av de ansatte.

– De ansatte rapporterte om svært mange episoder med vold og trusler. Det var bakgrunnen for at jeg sa ja til å gå inn på sykehjemmet og intervju sykepleiere og hjelpepleiere, sier hun.

I studien er fire sykepleiere og åtte hjelpepleiere intervjuet.

Opptatt av verdighet

Det er ikke uvanlig at helsepersonell blir slått, sparket og spyttet på av demente pasienter.

– Ble du overrasket over det du fikk høre?

– Når jeg samlet sammen alle intervjuene, ble jeg overrasket over hvor mye redsel og frykt de ansatte opplevde, sier Rognstad.

I intervjuene fortalte de ansatte at de følte seg maktesløse og at de mislyktes i jobben når pasientene ble voldelige. Noen fortalte at de ikke følte seg kompetente til å håndtere urolige demente.



VIL ØVE: De ansatte ønsket kurs i å tolke atferd og håndtere volds-situasjoner.

«Når personalet er utrygt, blir pasientene nervøse og redde.» *May-Karin Rognstad*

Men selv om de ansatte var redde, var både sykepleiere og hjelpepleiere opptatt av å vise de demente verdighet.

– De så pasientene som syke mennesker som har rett og krav på verdig pleie og omsorg, sier hun.

Nøkkelen er kompetanse

Rognstad spurte sine informanter hva de selv mente ville hjelpe dem i hverdagen.

– Svaret var et kurs hvor de kunne øve på situasjoner. De fikk trene på forflytninger og stellesituasjoner med «pasienter» som var voldelige. De trente på hvor det er lurt å stå for ikke å komme i slagsonen, hvordan tolke atferd

og hvordan unngå å bruke tvang, forteller hun.

Rognstad mener nøkkelen for å unngå voldelige situasjoner, er økt kompetanse.

– Nesten ingen av mine informanter hadde kurs eller videreutdanning i psykiatri. Når personalet er utrygt, blir pasientene nervøse og redde. Det er da de slår. Helsepersonell som skal jobbe med demente må ha riktig kompetanse. De må kunne «lese» pasientene og forutse situasjoner før de oppstår, sier hun.

Politikernes ansvar

Rognstad har sendt rapporten til flere politikere som sitter på Oslo Rådhus, men har ikke fått noe respons.

– Politikerne vedtar og bygger nye sykehjem. De popper opp. Politikerne er ikke like opptatt av det som er inni sykehjemmene. Der finnes syke mennesker som trenger et personale med riktig kompetanse i forhold til det pasientene trenger. Det koster penger, og da blir det stille fra politikerne, sier Rognstad.

Har skjedd noe

Ved sykehjemmet Rognstad gjorde sine intervjuer, har funnene ført til endringer.

– De har fått flere stillinger for sykepleiere med spesialutdanning. De har også omorganisert sykehjemstjenestene, sier Rognstad. ■■■

Tar ikke ansvar for likelønn

Norsk Sykepleierforbund (NSF) mener regjeringen ikke viser lederskap i likelønsspørsmålet når den overlater dette til partene i arbeidslivet.

Tekst Bjørn Arild Østby

Det er ikke forpliktende nok at regjeringen kun vil starte en likelønnsdialog. Hvordan kan den tro at partene i arbeidslivet skal løse floken for dem? Partene har ikke klart det de siste 20 årene, sier NSFs forbundsleder Lisbeth Normann.

Uten klare politiske føringer om at man må prioritere de gruppene der likelønnsgapet er størst, er det fare for at vi er like langt, mener forbundslederen.

Et gjennombrudd

Likelønn og utjevning av lønnsforskjeller er viktig for regjeringen, men den ønsker ikke aktivt å gjøre noe selv. Regjeringen ber partene avklare om det er grunnlag for et særskilt likelønnsloft i offentlig sektor, samt utarbeide forslag til hvilke grupper som skal omfattes av dette.

– Det må også være enighet om at nye relative lønnsforhold ikke skal utløse kompensasjonskrav fra andre, heter det i Soria Moria 2.

Avhengig av hvor langt partene har kommet i dette arbeidet er regjeringen innstilt på å gå

seg selv svekker troen på at dette er seriøst. Først krever regjeringen at partene i arbeidslivet skal avklare om det er grunnlag for likelønn, så må de bli enige om hvilke grupper som skal være med. Deretter må partene bli enig om mekanismene som gjør at likelønnsloftet ikke blir spist opp, og til slutt skal regjeringen gå i dialog, sier Lisbeth Normann.

Unio er heller ikke imponert over regjeringens håndtering av likelønnsproblematikken.

– Regjeringen ber fagbevegelsen selv velge ut hvilke kvinner i offentlig sektor som fortjener lønnsloft eller ikke. Jeg har ingen kvinner å stemme ut, og kan ikke plukke ut noen damer som ikke fortjener lønnsloft, sier Unio-leder Anders Folkestad.

Unio mener at hvis regjeringen ikke ender opp med å bevilge penger, vil det være et slag i ansiktet på kvinner i offentlig sektor.

Som tidligere

Allerede dagen etter at regjeringen la fram sitt forslag til likelønnsloft går arbeidsgiverorgani-

«Dette bekrefter det vi har sagt hele tiden: Regjeringen har ikke lovet noen ting.» *Lisbeth Normann.*

inn i en nærmere dialog om likelønsspørsmålet allerede i forbindelse med tariffoppgjøret 2010.

SV-leder Kristin Halvorsen, som hele tiden har støttet forslaget om en likelønnsloft, er svært fornøyd.

– Vi har fått et avgjørende gjennombrudd i kampen for likelønn, sier hun til partiets nettside.

Ikke seriøst

– Det skapes altfor mange forutsetninger for at regjeringen skal bidra med likelønnsloft at det i

sasjonen NHO langt i å hevde at erklæringen ikke vil ha noen påvirkning på det neste tariffoppgjøret.

– Regjeringen overlater til partene i arbeidslivet å ta problemstillingen med likelønn, akkurat som ved tidligere oppgjør, sier direktør John G. Bernander i NHO i en kommentar.

Ikke lovet noe

– Dette bare bekrefter det vi har sagt hele tiden: regjeringen har ikke lovet noen ting. Dette

AVVENTER: Regjeringen ønsker å gå i nærmere dialog om likelønsspørsmålet først ved tariffoppgjøret i 2010. Foto: VG/Helge Mikalsen.

kan ikke overlates til partene alene, sier Lisbeth Normann.

– Tradisjonelle forhandlingssystemer virker ikke for å utjevne likelønn.

«Gode helsetilbud til alle» er overskriften på punktet som omhandler helse og omsorg.

Her går det fram at regjeringen vil gjennomføre en samhandlingsreform i helsevesenet. Her vil kommunene få et større ansvar for å yte helsetjenester til befolkningen. Spesialisthelsetjenesten skal utvikles i en enda tydeligere spesialisert retning. Dette kan bety at enkelte sykehus skal gjøre andre oppgaver enn i dag. – Men ingen lokalsykehus skal legges ned, heter det i erklæringen.

– Pleie- og omsorgstrengende må få hjelp fra det offentlige tilpasset de utfordringene de har, slås det fast i erklæringen. Konkret lover regjeringen å opprette 12 000 nye årsverk fram til 2015. Og for å sikre full sykehjemsdekning innen samme tidspunkt vil regjeringen gi tilskudd til 12 000 sykehjemsplasser eller heldøgns omsorgsplasser.

Dette er blant de få konkrete løftene i erklæringen.

– Med denne regjeringplattformen gjør regjeringen det lett for seg selv. Erklæringen inneholder mange gode tiltak, men flere er så generelle at de knapt kan kalles løfter. Regjeringen er på rett kurs, men jeg er usikker på motorkraft og fart, sier Anders Folkestad. ■



NSF er frifunnet

Oslo tingrett har frifunnet NSF. Oppsigelsen av generalsekretær Brandvold er gyldig. Men partene må dele på saksomkostningene.

Tekst **Marit Fonn**

8. oktober falt dommen i oppsigelsessaken mellom Ellen Beccer Brandvold og Norsk Sykepleierforbund (NSF).

Oslo tingrett har enstemmig frifunnet NSF. Brandvold får heller ikke stå i stillingen til saken er endelig avgjort. Ankefristen er en måned.

Men fordi Brandvold lenge ble nektet innsyn i de skriftlige klagene mot henne, er NSF å bebreide for at det ble søksmål. Derfor er Brandvold fritatt fra å betale NSFs saksomkostninger.

Brandvold begynte som generalsekretær i mars 2008. Ikke lenge etter kom det klager på hennes lederatferd fra en avdelingsleder. Etter hvert klaget flere ledere og ansatte. 18. november ble Brandvold oppsagt. Begrunnelsen var kritikkverdige lederstil,

mangel på strategiske lederevner og rolleforståelse. Brandvold stevnet så NSF for usaklig oppsigelse.

Tillitsbrist

Dommen fastslår at Brandvold har snakket nedsettende om andre ansatte og kritisert medarbeidere, dels i påhør av andre, på sviktende grunnlag.

Retten mener også at Brandvold har fått tilstrekkelige tilbakemeldinger om sin lederstil. Men det burde vært gjort på en mer formell måte.

Men problemer med detaljfokusering og manglende strategisk styring ble ikke tatt opp før 20. oktober, og Brandvold fikk lite mulighet til å korrigere seg. Manglende evne til strategisk arbeid er ikke sannsynliggjort.

I november 2008 var tillitsbristen så stor at det var fare for betydelige skadevirkninger. Oppsigelse var eneste løsning, fastslår dommen, og frifinner NSF.

Sjokkert

– Jeg er sjokkert. Dommen har gitt NSF en kraftig rype i lakken. Her er det tatt hensyn til den store aktør og så ofres jeg, sier Brandvold.

Hun påpeker at hun hadde en ordinær ansettelleskontrakt som krever saklig grunn for oppsigelse.

– Dommen tar ikke hensyn til det. Jeg er ikke dømt til å betale saksomkostningene for NSF. Det er en innrømmelse av at arbeidsgiver har gjort flere feil.

Brandvold vil nå tenke grundig over om saken skal ankes til lagmannsretten.

– Retten har tatt på alvor det viktigste vi førte bevis for, sier NSF-leder Lisbeth Normann

– Men dere kunne ha håndtert saken bedre, heter det i dommen?

– Det er aldri sånn at noen gjør alt 100 prosent. ■■■

A Norspan «Mundipharma»

Analgetikum ved sterke smerter.
ATC-nr.: N02A E01

DEPOTPLASTER 5 µg/time, 10 µg/time og 20 µg/time: Hvert depotplaster inneh.: Buprenorfin 5 mg (6,25 cm²), resp. 10 mg (12,5 cm²) og 20 mg (25 cm²), hjelpestoffer.

Indikasjoner: Behandling av sterke opioidfølsomme smerter, som ikke responderer tilfredsstillende på ikke-opioide analgetika.

Dosering: Påføres hver 7. dag. Ikke egnet til behandling av akutte smerter. **Voksne ≥18 år:** Laveste dose, 5 µg/time, brukes som startdose. Under oppstart og titrering bør pasienter i tillegg bruke de vanlige anbefalte dosene av korttidsvirkende analgetika etter behov. Dosen bør ikke økes før etter 3 dager, når maks. effekt av en gitt dose er oppnådd. Påfølgende doseøkninger kan titreres ut fra behov og respons. Dosen kan økes ved å bruke et større depotplaster eller 2 depotplaster på forskjellige steder. Et nytt depotplaster skal ikke settes på samme sted påfølgende 3-4 uker. Pasienter bør følges grundig for vurdering av optimal dose og behandlingsvarighet. **Nedsatt leverfunksjon:** Pasienter med nedsatt leverfunksjon bør følges godt opp, og ved alvorlig nedsatt leverfunksjon bør alternativ behandling vurderes. Depotplasteret påføres ikke-irritert, intakt hud på yttersiden av overarmen, øvre del av brystkassen, øvre del av ryggen eller siden av brystkassen, og ikke på hudområder med store arr. Påføres et hudområde som er nesten hårfritt eller har relativt lite hår. Hvis ingen er tilgjengelige, skal håret på området klippes med saks, ikke barberes. Påføringsstedet kan vaskes med rent vann. Såpe, alkohol, olje, lotion eller slipemidler må ikke brukes. Huden må være tørr for depotplasteret påføres. Umiddelbart etter at depotplasteret tas ut av den forseglede posen fjernes det beskyttende laget, og depotplasteret presses godt på plass med håndflaten i ca. 30 sekunder, slik at det blir fullstendig kontakt, spesielt rundt kantene. Depotplasteret skal sitte på kontinuerlig i 7 dager. Hvis et depotplaster faller av skal et nytt påføres. Bør ikke brukes lenger enn absolutt nødvendig. Hvis langtids smertebehandling er nødvendig, bør det foretas grundig oppfølging (med opphold i behandlingen ved behov) for å fastslå videre behov. Da den analgetiske effekten vedvarer en viss tid etter fjerning av depotplasteret, bør ikke andre opioider gis for etter 24 timer. Unngå å utsette påføringsstedet med depotplaster for eksterne varmekilder som varmepute, varmeteppe, varmelampe, badstue, varmt bad og oppvarmet vannseng da absorpsjonen av buprenorfin kan øke. Feber kan gi økte plasmakonsentrasjoner av buprenorfin og øke risikoen for opioidreaksjoner.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for buprenorfin eller noen av

hjelpestoffene, opioidavhengighet og narkotikaseponering, tilstander hvor respirasjonssenter og -funksjon er betydelig hemmet eller kan bli det, MAO-hemmere siste 2 uker, myasthenia gravis, delirium tremens, graviditet.

Forsiktighetsregler: Brukes med forsiktighet ved krampelidelser, hodeskade, sjokk, nedsatt bevissthet av ukjent årsak, intrakranielle skader eller økt intrakranielt trykk og alvorlig nedsatt leverfunksjon. Signifikant respirasjonshemming har vært forbundet med buprenorfin, spesielt i.v. Anbefales ikke til analgesi i umiddelbar postoperativ periode eller i andre situasjoner med smal terapeutisk indeks eller raskt svingende analgetisk behov. Buprenorfin har mindre avhengighetstendens enn rene agonistanalgetika. Da det er observert euforiske effekter, bør det utvises forsiktighet ved kjent eller mistenkt stoffmisbruk. Kronisk bruk kan gi utvikling av fysisk avhengighet. Ev. abstinensyndrom er vanligvis lett, starter etter 2 dager, kan vare inntil 2 uker og omfatter uro, angst, nervøsitet, søvnløshet, hyperkinesi, skjelving og gastrointestinale plager. Bilkjøring og bruk av maskiner frarådes dersom reaksjonsevnen er påvirket, spesielt ved behandlingsstart, doseøkning og kombinasjon med andre CNS-dempende midler.

Interaksjoner: Må ikke brukes samtidig med eller første 2 uker etter MAO-hemmere. Samtidig bruk av CYP 3A4-hemmere kan gi økt effekt. Samtidig bruk av enzymindusere (f.eks. fenobarbital, karbamazepin, fenytoin, rifampicin) kan gi redusert effekt. Bør brukes forsiktig sammen med benzodiazepiner, som kan forsterke respirasjonshemming med fare for død, andre CNS-dempende midler, som andre opioidderivater (f.eks. morfin, dekstropoksyfen, kodein, deksamfetamin, noskapin), visse antidepressiva, sedative H1-reseptorantagonister, alkohol, anxiolytika, antipsykotika, klonidin og beslektede substanser. (I: N02A opioider)

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Skal ikke brukes under graviditet. Overgang i morsmelk: Bør ikke brukes under amning.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Forstoppelse, munntørhet, kvalme, oppkast, buksmerter, diaré, dyspepsi. Hud: Kløe, erytem, utslett, svetting, eksantem. Luftveier: Dyspné. Metabolske: Anoreksi. Neurologiske: Hodepine, svimmelhet, søvnighet, parestesi. Psykiske: Forvirring, depresjon, søvnløshet, nervøsitet, angst. Sirkulatoriske: Vasodilatasjon. Øvrige: Kløe på administreringsstedet, tretthet, asteni, smerter, perifert ødem, reaksjon, erytem og utslett på administreringsstedet, ødem, brystmerter. **Mindre hyppige:** Neurologiske: Sedasjon, smaksforvrengning. Psykiske: Søvnforstyrrelser, rastløshet. Sirkulatoriske: Sirkulasjonsforstyrrelser (som hypotensjon og i sjeldne tilfeller sirkulasjonssvikt). Urogenitale: Urinretensjon, vannlatingsforstyrrelser. Øvrige: Uttømmelse. **Sjeldne (<1/1000):** Gastrointestinale: Pyrosis (halsbrann), brekninger. Hud: Lokale allergiske reaksjoner med klare tegn på inflammasjon (ved forsinkede allergiske

reaksjoner bør behandlingen seponeres), pustler, vesikler. Hørsel: Øresmerter. Luftveier: Respirasjonshemming, hyperventilering, hikke. Neurologiske: Svekket konsentrasjonsevne, nummenhet, balanseproblemer, taleforstyrrelser, muskelfascikulasjon. Psykiske: Psykoselignende effekter (f.eks. hallusinasjoner, angst, mareritt), nedsatt libido, avhengighet, humørsvingninger. Sirkulatoriske: Hetetokter. Syn: Synsforstyrrelser, tåkesyn, øyelokkadem, miøse. Urogenitale: Redusert ereksjon. Øvrige: Alvorlige allergiske reaksjoner, abstinenssymptomer.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Respirasjonshemming, sedasjon, dosighet, kvalme, oppkast, sirkulasjonssvikt, uttalt miøse. **Behandling:** Fjern ev. plastre, oppretthold respirasjon, kroppstemperatur og væskebalanse. Oksygen, vasopressorer, andre symptomatiske tiltak og nalokson 5-12 mg i.v. ved behov.

Egenskaper: Klassifisering: Opioidanalgetikum. **Virkningsmekanisme:** Sentral smertestillende effekt. Partielt opioidagonist på my-reseptorer samt antagonist på kappa-reseptorer. Hvert depotplaster avgir buprenorfin i fast mengde i inntil 7 dager. «Steady state»-konsentrasjon oppnås under første påføring. Etter fjerning av depotplasteret faller buprenorfinkonsentrasjonen med ca. 50% i løpet av 12 timer (10-24 timer). **Absorpsjon:** Buprenorfin fra depotplasteret diffunderer gjennom huden. Biotilgjengelighet ca. 15%. **Proteinbinding:** Ca. 96%. Etter i.v. administrering utskilles buprenorfin og dets metabolitter i gallen, og distribueres i løpet av minutter til cerebrospinalvæsken, hvor konsentrasjonen synes å være ca. 15-25% av tilsv. plasmakonsentrasjon. **Metabolisme:** Levermetabolisme, via CYP 3A4- og UGT 1A1/1A3-enzymene. Aktiv metabolitt: Norbuprenorfin. **Utskillelse:** Galle- og nytreutskillelse.

Andre opplysninger: Brukte depotplaster brettes sammen med det klebende laget innover og kastes forsvarlig og utilgjengelig for barn.

Pakninger og priser:

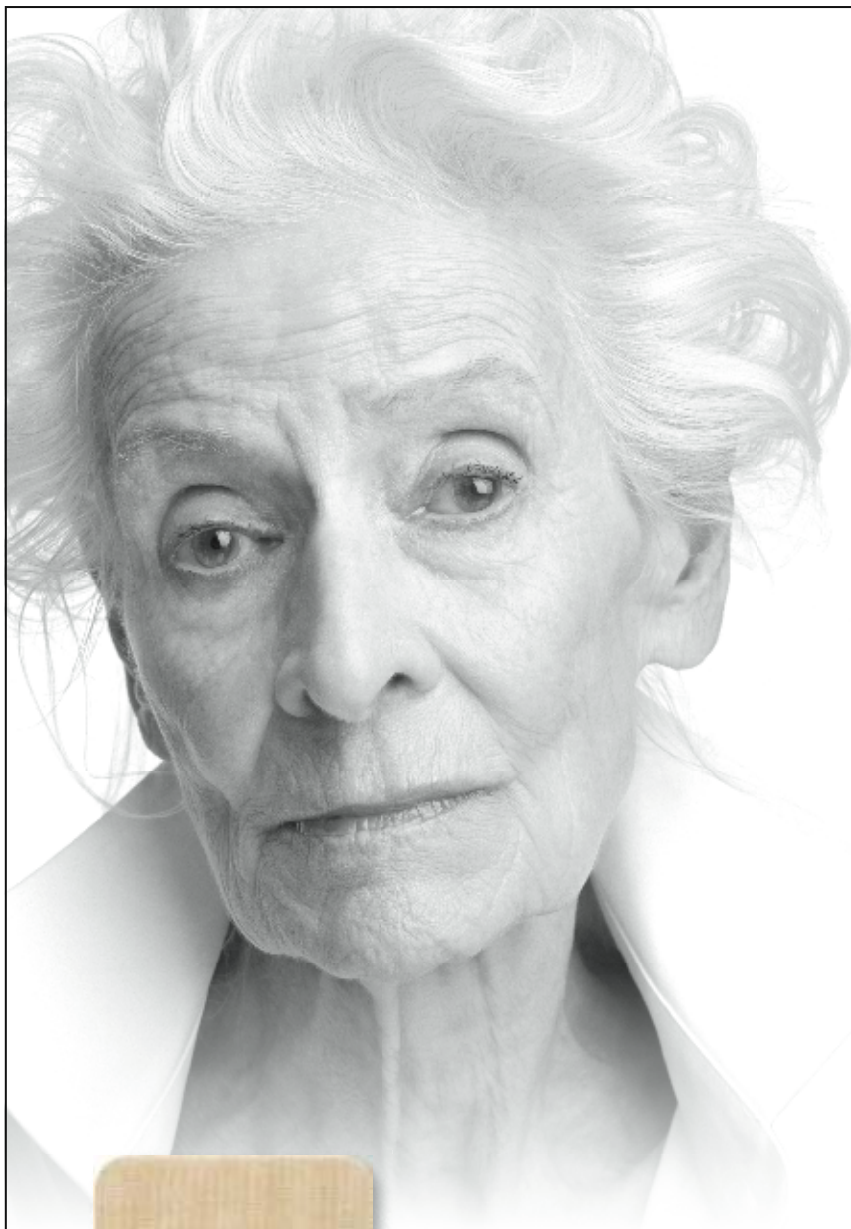
5 µg/time: 4 stk. kr 257,70
10 µg/time: 4 stk. kr 432,30
20 µg/time: 4 stk. kr 747,10

Refusjon: Se Refusjonslisten, N02A E01. For kroniske sterke smerter må det søkes om individuell refusjon etter § 3a, refusjonskode 71. Benytt skjema NAV 05-14.09. For palliativ behandling i livets sluttfase, gjelder § 2, refusjonskode 90.

Mai 2009



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



1-2 tabletter
hver sjette time ...



... det blir inntil
56 tabletter i uken!



ETT NORSPAN® PLASTER GIR 7-DØGNS SMERTELINDRING

Når ikke-opioide analgetika som f.eks. paracetamol eller NSAIDs ikke gir tilstrekkelig effekt

- 3 lave styrker: 5,10,20 µg/t
- 7-døgns smertepaster: Skiftes kun én gang i uken
- Til artrose, osteoporose-smerter eller andre langvarige opioidfølsomme sterke smerter
- Enkel behandling: Start alltid med Norspan 5 µg/t
- God compliance

Norspan®
Buprenorfin
7-døgns smertepaster

Norspan® er et sterkt opioid mot sterke smerter.



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

Systemets makt

Psykiatriske pasienter opplever det traumatiserende å bli utsatt for tvang, ifølge Unn Hammervold.

Tekst **Kari Anne Dolonen** Illustrasjonsfoto **Bo Mathisen**



HVIS PERSONALET trådte litt ut av sin rolle, eller snakket til dem, opplevde informantene det som lettende.

«Det sto i min pleieplan at jeg fikk lov til å dunke hodet 10 ganger i veggen.»

Informant Anne

Fra intervjuene med informantene:

DINA: «Mye, mye verre med belte enn å bli holdt. For eg var misbrukt da jeg var liten og da ble eg bundet. At de sto over, når du lå på den senga, så sto personalet bøyd over, og da sa jeg at jeg hater, jeg hater!»

ANNE: «Eg er veldig opptatt av musikk, da. Eg satt på rommet og dunkte hodet i veggen, ganske mye då. Det sto i min pleieplan at jeg fikk lov til å dunke hodet 10 ganger i veggen. Og så var det beltelegging ... Og så var det noen av ekstravaktene som kom. Han eine kom inn og så satt han seg bare på senga, han rørte ikkje meg. Han satte seg oppå senga og

en oppsummering av forskning på psykiatri fra 2008 ble det påpekt at det finnes oppsiktsvekkende lite forskning på brukernes erfaring. Nå har Unn E. Hammervold, som leder faggruppen for psykiatriske sykepleiere, leverte sin masteroppgave om tidligere psykiatriske pasienters erfaringer med tvang.

– Denne masteroppgaven kan sees som et direkte svar på denne etterlysningen, sier Hammervold.

Traumatiserende

Fem informanter Hammervold kom i kontakt med gjennom Psykisk Helse, fortalt hvordan de opplevde å bli holdt, lagt i belter eller tvangsmedisinert. De var alle sammen tidligere psykiatriske pasienter og hadde blitt utsatt for tvang.

– De beskrev det som traumatiserende på flere måter. De trekker frem følelser som redsel, tap av kontroll, retraumatisering og krenkelser under tvangsmiddelbruken. De hadde alle eksempler knyttet opp til kommunikasjon som på ulikt vis

belyste hva som var med på å skape trygghet og verdighet og hva som ikke gjorde det, forteller Unn Hammervold.

Føler seg nakne

Ifølge Hammervolds informanter opplever de tvang som systemets makt. Selv føler de seg nakne.

– Informantenes historier forteller om mennesker som ikke opplever at de blir møtt i situasjonen de er i. Det er slik at personalet først skal prøve å finne andre måter å håndtere situasjoner på før de benytter tvang. Informantene mine opplevde at når personalet først hadde bestemte seg for å iverksette tvangstiltak, gjennomførte de det uten å vurdere andre tiltak. Kun en av informantene mine forteller om forsøk på å finne alternativ til tvangsmidler, og som hun selv uttrykker det; «jeg kunne ønske jeg kunne si at det vanligvis var sånn de gjorde det», forteller Hammervold.

De gode opplevelsene

De gode erfaringene informantene til Hammervold trakk frem, dreide seg om de små tingene: Om personale som snakket til dem, eller med dem. Enten mens tvangsmiddelhandlingen ble utført, eller etterpå mens de lå i belte.

– En ung jente fortalte en historie om personalet som tredde ut av rollen. Når hun begynte å bli urolig gikk de opp på loftet. Der hadde de hengt en bokseball som hun kunne ta ut aggresjon på. Det

sprøyter, Stesolid og ka er det noe det andre heter, noe som gjør at du sover i to dager.»

BERIT: «Eg husker jeg grein veldig mye etterpå, eg var veldig redd. Det var i grunnen det verste at du absolutt ikkje hadde kontroll. Og følte etterpå at noen var nesten redde for å være inne hos meg.»

DINA: «...eg visste ikkje ka eg hadde sagt, om eg hadde spent, om eg hadde slått etter de..... Har han holdt meg, har jeg slått han? Det var det eg følte var det verste, og når de tankene kom, da gikk eg inn i meg

var deres hemmelighet, forteller Hammervold.

Hun tror mange psykiatriske pasienter opplever institusjonene som harde og kalde.

– Små møter som får pasientene til å føle at de blir sett, blir enda viktigere. En annen historie en av informantene fortalte var om en sykepleier som tok seg tid til å flette håret hennes. Det roet henne ned og gav en følelse av trygghet, sier hun.

Etter å ha hørt mange og ganske tøffe historier fra tidligere pasienter, mener hun sykepleiere bør være mer oppmerksomme.

– Hva slags sykepleie gir vi til mennesker i krise. Objektiviserer vi pasientene? Det er i tilfelle farlig hvis vi blir instrumentelle. Vi blir mer oppsatt på systemer og prosedyrer enn å se hva pasientene trenger. Vi bør kanskje tørre å bli utfordret på dette med nærhet, sier hun.

Hva skjedde?

Ingen av informantene til Hammervold fikk samtaler med personalet etter at tvang var brukt.

– De opplevde at personalet gjorde som ingenting. Alle de fem skulle ønske at episodene ble tatt opp i etterkant. Noen av informantene hadde behov for å sette situasjonen inn i en sammenheng, få oversikt over hva som hadde skjedd. Dette hadde både sammenheng med egne opplevelser som redsel, retraumatisering og krenkelser, samt oversikt over hvilket personal som hadde vært med, og om noen av dem hadde blitt skadet, sier hun.

Maktesløshet og mangel på oversikt og kontroll beskrives av alle Hammervolds informanter.

– Det å ha kommet i skade for å slå eller sparke noen, ville være en så stor belastning for Dina at da ville hun ikke kunne leve mer. Berit vektla at personalet burde prøve å få til et samarbeid slik at en kunne unngå å bruke makt. Informantenes ønske om å bidra med sine erfaringer i etterkant kommer tydelig fram, sier hun.

Noen av informantene oppga også debrifing som et nyttig verktøy i forhold til at personalet kunne lære noe både om hva som var klokt i forhold til den enkelte pasient, men også i forhold til å se på egen praksis generelt. ■■

sjøl. Da ville eg vekk! Da ville eg ikkje leva mer. Hvis eg hadde slått noen.»

ANNE: «Og så blir du aldri tatt med etterpå, det savne eg litt. At du kunne vært med når alt var rolig igjen. Så kunne alle som var på den alarmer samles og så kunne du sagt noe om at det var veldig dumt at du gjorde sånn. Det var veldig bra at du gjorde sånn. Hvis dere hadde gjort litt mer sånn som den, eg vet ikkje hvem av dere som gjorde det, men som satt og snakke med meg ved hodet mitt. Det var veldig bra, det må dere passe på å gjøre, for eksempel.»

Vi leverer over hele Norge!
34% Rabatt
På bestillinger av helsemøbler før 30. desember



Modus
HELLAND

Modus er en ny møbelserie med spiler eller stopping i rygg og sider, åpne eller fylt. Lenestol, 2- og 3-seter leveres med vendbar rygg og seteputer med avtagbart trekk. Armlener kan leveres med stopping. Treverk i bjørk, bøk eik eller beiset.



Bo

Når helse og pleie står i sentrum

Stoler med høy rygg finnes i flere utførelser. Se mer på www.a-mobler.no

Bo-serien leveres som stol, 2-seter, 3-seter, høyrygget stol, stablestol, serveringsvogn, seng, nattbord og skap. Treverk i bjørk natur eller beiset. Avtagbart stoff, inkontinens trekk, formstøpt skum, og vendbare puter.



Bo-serien

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



A-MØBLER



Anna Oppedal Tokheim, Möller's ernæringsfysiolog

54-09

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

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

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

OPTIMAL UTVIKLING AV HJERNEN

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

UTVIKLING AV ET STERKT SKJELETT

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

TRYGT KVALITETSPRODUKT

Möller's Tran er et naturprodukt laget av 100 % norsk arktisk fisk fra Lofoten og Vesterålen. På vei fra fisk til flaske gjennomgår Möller's Tran strenge kvalitetskontroller i alle produksjons-trinn for å sikre et produkt av høyeste kvalitet.

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



Stein Østerlund Petersen

Alder: 63 år
Aktuell som: Seniorforsker ved Sintef

BAKGRUNN:

Den første eldrebølgen treffer sykehusene om sju år. Men Helse-Norge er ikke forberedt. Petersen har tegnet et skremmebilde der det mangler både sykehus og helsepersonell.

Spår glanstid for sykepleierne

Eldrebølgen har vi hørt om lenge. Er det ropt for mye ulv, ulv?

– Nei, tvert imot. Den har vært kjent i årevis, men ropt lite. Den er ikke blitt tatt alvorlig.

Hvorfor ikke?

– Det har gått bra så lenge. Andelen eldre har vært stabil i 10-15 år. Vi har trodd det skal fortsette slik.

Men vi må tro om igjen?

– Ja. Færre yrkesaktive må ta hånd om et økende antall eldre.

Du har regnet ut at det trengs seks nye Ullevål-sykehus, og de fleste unge bør jobbe i helsevesenet. Det kan jo ikke gå?

– Nei, det er en illustrasjon på nettopp det. Vi kan ikke øke kapasiteten med 5 000 sykehussenger. Men behovet for pleie og behandling øker. Noen må gjøre det.

Hvem da?

– Pårørende vil få en mer framtrædende rolle. Nå kan vi være hjemme fra jobb med syke barn. Etter hvert vil vi også ta hånd om syke foreldre. Det offentlige vil ikke klare å ta seg av alt.

Kan vi forebygge oss ut av problemet?

– Til en viss grad. Mange sykdommer skyldes livsstil. Røyking og kols har en klar sammenheng. Men det er ikke nok å forebygge.

Blir det forferdelig å jobbe som sykepleier?

– Vet ikke det. Det er jo et slitsomt yrke i dag og. De vil føle seg veldig nyttige. Og de trenger ikke være redd for å bli arbeidsledig.

Må sykepleierne slutte å mase om kvaliteten?

– Å opprettholde kvalitet blir ikke enklere. Jeg håper de ikke slutter å mase, det blir vel så viktig framover.

Noe må gjøres. Hva?

– Det vil hjelpe veldig å få flere til å jobbe heltid. Det bør tenkes på tiltak allerede nå. Vi har et lite pusterom i noen år.

Hvor lenge da?

– Det største kullet i Norge – født i 1946 – blir 70 år i 2016. Om fem år er mange i slutten av 60-årene. Da tiltar behovet for sykehus.

Beste tips til sykepleierne?

– De kommer til å bli veldig, veldig etterspurt. De vil få en annen status, også lønnsmessig. Det bør sykepleierne jobbe for, med referanse til det som skjer.

Er du redd for å bli gammel og syk?

– Ser ikke fram til det, nei. Jeg er jo født i 1946. Ikke noe særlig å bli dårlig og tufs. Men mange eldre er friske og oppegående. Dette er jo individuelt.

Best å passe på helsen?

– Det blir veldig viktig. Jeg tror private tilbud blir vanligere. Mange har penger nok til å gjøre alderdommen enklere. Flere vil spleise på litt hjelp.

Hva synes du?

– Det bør ikke være sånn. Jeg frykter et klas-sedelt samfunn.

Det verste som kan skje?

– Nå ser vi på tv at enkelte eldre må bo på bøt-tekott og bad og blir hjemsendt for tidlig. Det vil bli så vanlig at ingen aviser ofrer spalteplass på det mer.

Det beste?

– Nye løsninger på medisinske problem: Bedre pasientforløp, redusert liggetid. Tekniske nyvin-ninger skjer ofte i sprang. Plutselig bruker vi en helt ny teknologi.

Hvor mange prosent optimist er du?

– Ha-ha. Det varierer litt. Men det ordner seg nok. Det er det nødt til, ellers bryter samfunnet sammen. 70 prosent.

Tekst Marit Fonn Foto Sintef/Thor Nielssen



Føler du deg trett og slapp?



Jerntilskudd for deg med flere jern i ilden

Floradix Formula med sitt innhold av jern gir.....

- bedre jerndepoer
- økt oksygenopptak
- øker bloddannelsen
- øker vitaliteten
- bedrer konsentrasjonsevnen
- rent vegetabilisk
- uten konserveringsmidler
- alkoholfri

Jernmangel er ofte en grunn til slapphet og tretthet. Floradix Formula Jernekstrakt er et rent naturprodukt som er fremstilt av friskpressede safter fra vitamin- og mineralrike vekster, grønnsaker, frukter, hvetekeim og jernrik gjærekstrakt med høy opptagelighet.

Floradix Formula finnes i 10 størrelser og tablettform. Du får dem i dagligvarebutikkene, idotek og i helsekostforretninger.

NYHET!
Forbedret innhold



**FLORADIX®
FORMULA
JERNEKSTRAKT
VITAMIN- OG
MINERALTILSKUDD**
med jern,
B- og C-vitaminer

Floradix® Formula er et vitaminerik og mineralrikt kosttilskudd som gir god tilgjengelighet.

**Horges
mest solgte
jerntilskudd**



Telefon 23 37 37 40 • Faks 23 37 37 59
epost: post@naturimport.no • www.naturimport.no

HVA SKJER ARBEIDSTID

Sykepleiere minst fornøyd med arbeidstiden

De fleste kvinner er fornøyd med sin avtalte arbeidstid. Blant dem som ikke er fornøyd, er sykepleierne, som ønsker lengre arbeidstid.

Tekst Bjørn Arild Østby

Det viser en analyse utført av Marit Rønsen og Ragni Hege Kitterød, presentert i Statistisk sentralbyrås magasin Samfunnspeilet nr. 4-2009.

Blant heltidsansatte var 90 prosent av kvinnene fornøyd med sin avtalte arbeidstid, mens tilsvarende andel var litt under 80 prosent blant dem som jobbet lang deltid (20-36 timer per uke), og rundt 70 prosent blant dem som jobbet kort deltid (1-19 timer per uke).

Sykepleiere

Ledere og akademikere er mest fornøyd og sykepleiere minst fornøyd med den timeavtalen de har, men det er relativt små forskjeller mellom heltidsansatte i ulike yrkesgrupper. Rundt 90 prosent i alle yrkesgrupper er fornøyd med å jobbe heltid, mens andelen som ønsker å jobbe mindre, ligger mellom 7 og 9 prosent.

Blant deltidsansatte er kontrastene større. 87 prosent av ledere og akade-

mikere, og 71 prosent av sykepleiere, er tilfreds med å jobbe deltid. Over en firedel av sykepleiere som jobber deltid, kunne tenke seg lengre ukentlig arbeidstid, mens bare 2 prosent ønsker å jobbe mindre.

Skift- og turnusarbeidere

Å jobbe utenom vanlig dagtid er svært utbredt blant norske arbeidstakere. Om lag en av tre av samtlige ansatte har en arbeidstidsordning som innebærer skift- eller turnusarbeid, eller andre ordninger der arbeidet gjøres på kveld, natt, lørdag eller søndag.

De som jobber vanlig dagtid er generelt sett mer fornøyd med den avtalte arbeidstiden enn dem som jobber skift eller turnus. I den sistnevnte gruppen sier 9 prosent av heltidsarbeiderne at de kunne tenke seg å jobbe mindre, mens hele 31 prosent av deltidsarbeiderne uttrykker et ønske om lengre avtalt arbeidstid. I gruppen som jobber vanlig dagtid, er de tilsvarende andelen 7 og 22 prosent. ■■■

Helsetilsynet skal overvåke barnevernet

Fra 1. januar 2010 blir Statens helsetilsyn overordnet myndighet for fylkesmannen når det gjelder tilsyn med barnevernet. Barne- og likestillingsminister Anniken Huitfeldt sier til TV2 at hun tror Helsetilsynet er langt bedre egnet fordi de allerede har kompetanse som tilsynsmyndighet mot instanser som er tett knyttet til barn i overgrepssaker som for eksempel sykehusene.

I en pressemelding skriver departementet imidlertid at Fylkesmannen fortsatt skal utøve tilsynet.

– Det nye er at Statens helsetilsyn blir overordnet myndighet for Fylkesmannen på barnevernsområdet. Dette innebærer at Statens helsetilsyn skal bidra til en kontinuerlig overvåking av områder med fare for svikt. Helsetilsynet skal også ha ansvar for tilsynsmyndighetenes oppbygging og vedlikehold av kompetanse, og de skal ha ansvar for å innhente, oppsummere og videreformidle tilsynserfaringer, melder departementet.

Weifa

© K&T Bates Dialog © Foto: 1-images.no PAT 09/3A

Når hodepinen forsvinner, kommer smilet tilbake

Paracet er effektiv mot smerte. Og de virker lenge – opptil 5 timer ved smerter som for eksempel hodepine.

Paracet er skånsom mot magen, men effektiv mot smerter og kan brukes av både voksne og barn.

Angitt dosering må ikke overskrides uten etter avtale med lege. Høye doser eller langvarig bruk kan gi alvorlig leverskade. Bruk ikke flere slag smertestillende midler samtidig uten etter avtale med lege. Les nøye på pakningen og pakningsvedlegget.



Effektiv mot smerte, snill mot magen

Virus bak ME?

To tredjedeler av ME-pasienter har et spesielt virus. Det kommer frem i en amerikansk undersøkelse. Nå skal det forskes mer.

Tekst **Kari Anne Dolonen**

ME, eller kronisk utmattelsessyndrom, rammer rundt 9 000 og 18 000 nordmenn. Forskerne vet lite om lidelsen, men nå er det mulig at amerikanske forskere har funnet noen spor som kan være en del av løsningsen på ME-gåten. Da forskerne undersøkte celler hos ME-pasienter, fant de at 67 prosent av prøvene inneholdt et spesielt virus. Viruset fantes bare i 3,7 prosent av prøvene fra friske mennesker.

– Det er imidlertid for tidlig å konkludere med at det er viruset som er årsaken til sykdommen, ifølge forskernes forskningsartikkel i Science.

101

Det er Vincent Lombardi fra Whittmore Peter-

son Institute og kollegaene hans som står bak undersøkelsen. De har undersøkt blodceller i prøver fra 101 pasienter med kronisk utmattelsessyndrom. Som kontrollgruppe tok de prøver av 218 friske mennesker. Resultatene fra kontrollgruppa tyder på at viruset er temmelig utbredt. Dersom 3,7 prosent av befolkningen har XMRV, betyr det at rundt 10 millioner amerikanere – og 180 000 nordmenn – bærer viruset med seg.

Fant hjelp i Prostata

Ifølge forskning.no var det en annen sykdom som satte det amerikanske forskerteamet på sporet av viruset. Andre forskere hadde funnet

spor av gammaretroviruset XMRV i svulstene hos ei gruppe pasienter med prostatakreft. Denne gruppa pasienter hadde i tillegg en spesiell endring i et enzym knyttet til immunsystemet. Det er denne endringen som også er blitt funnet hos mennesker med kronisk utmattelsessyndrom.

Forskerne spurte seg derfor om endringene hos begge typer pasienter kunne være knyttet til viruset XMRV?

Skal studere mer

Før forskerne kan komme med klare konklusjoner trengs laboratorieforsøk og studier av utbredelse og andre forhold rundt sykdommen. De tror at dette viruset også kan stå bak andre sykdommer.

Lombardi og kollegaene påpeker at pasienter med kronisk utmattelsessyndrom også ser ut til å ha en større risiko for kreft. ■■■

C Daivobet® LEO

Middel mot psoriasis.

ATC-nr.: D05A X52

T SALVE: 1 g inneh.: Calcipotriol 50 µg, betametasonpropionat tilsv. betametason 0,5 mg, flytende parafin, polyoksypropylen-15-stearyleter, α-tokoferol, hvit vaselin til 1 g. **Indikasjoner:** Behandling av stabil plaque psoriasis vulgaris egnet for lokal terapi. **Dosering:** Påsmøres det affiserte område 1 gang daglig. Den anbefalte behandlingsperiode er 4 uker. Etter denne periode kan gjentatt behandling med Daivobet initieres etterlegens anbefaling. Maks. daglig dose 15 gram, maks. ukentlig dose 100 gram. Behandlet område skal ikke være mer enn 30% av kroppens overflate. Anbefales ikke til barn eller ungdom <18 år. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Pga. innholdet av calcipotriol er preparatet kontraindisert hos pasienter med forstyrrelser i kalsiumstoffsiftet. Pga. av innholdet av kortikosteroid er preparatet kontraindisert ved viruslesjoner i huden (f.eks. herpes eller varicella), sopp- eller bakterieinfeksjoner i huden, infeksjoner forårsaket av parasitter, hudmanifestasjoner i forbindelse med tuberkulose eller syfilis, rosacea, perioral dermatitt, akne vulgaris, atrofisk hud, atrofisk striae, skjørhet av hudveener, iktyose, akne rosacea, hudsår/-skader, perianal og genital kløe. Ved guttat, erytrodermisk, eksfoliativ og pustuløs psoriasis. Ved alvorlig nyreinsuffisiens eller alvorlig leversykdom. **Forsiktighetsregler:** Unngå applikasjon og utilsiktet overføring til hodebunn, ansikt, munn og øyne. Hendene må vaskes etter hver påsmøring. Samtidig behandling med andre steroider må unngås. Hemmet binyrebarkfunksjon eller innvirkning på den metabolske kontroll av diabetes mellitus kan forekomme pga. systemisk absorpsjon. Applikasjon på store områder av skadet hud, under okklusjon, på slimhinner eller i hudfolds bør unngås, da det øker det systemiske opptak av kortikosteroider. Huden i ansiktet og genitalia er svært følsom for kortikosteroider. Langtidsbehandling av disse kroppsdeler bør unngås. Disse områdene bør behandles med svakere steroider. Når lesjonene blir sekundærisert bør antimikrobiell behandling gis. Behandlingen med kortikosteroider bør stoppes om infeksjonen forverres. Når en behandler psoriasis med topiske kortikosteroider kan det være en risiko for utvikling av den pustuløse form eller «rebound»-effekt ved seponering. Det er økt risiko for lokale og systemiske kortikosteroidbivirkninger ved langtidsbehandling. Behandlingen bør seponeres hvis bivirkninger oppstår som følge av lang tids bruk av kortikosteroider. Det er ingen erfaring med bruk av produktet i hodebunnen. Det er ingen erfaring med samtidig bruk av andre psoriasismidler gitt lokalt eller systemisk, eller samtidig bruk av fototerapi. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Det foreligger ingen data for bruk til gravide. Bør derfor kun brukes under graviditet der fordelene synes større enn risikoen. Overgang i morsmelk: Betametason går over, men risiko for barnet synes lite sannsynlig ved terapeutiske doser. Det foreligger ingen data på overgang av calcipotriol i melk. Forsiktighet bør utvises ved forskrivning til ammende. Skal ikke smøres på brystene ved amming. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Hud: Kløe, utslett, sviende følelse i huden. Mindre hyppige: Hud: Smerte i huden eller irritasjon, dermatitt, erytem, forverring av psoriasis, follikulitt, pigmentforandringer i huden på applikasjonsstedet. Sjeldne (<1/1000): Hud: Pustuløs psoriasis. Calcipotriol: Rapporterte bivirkninger omfatter lokale reaksjoner, kløe, hudirritasjon, en sviende og stikkende følelse, tørr hud, erytem, utslett, dermatitt, eksem, forverring av psoriasis, fotosensitivitet og overfølsomhetsreaksjoner inkl. meget sjeldne tilfeller av angioødem og ansiktssødem. Systemiske effekter ved lokalbehandling kan i meget sjeldne tilfeller forårsake hyperkalsemi eller hyperkalsiuri. Betametason: Lokale reaksjoner kan inntre, særlig ved langvarig anvendelse, inkl. hudatrofi, teleangiectasia, striae, follikulitt, hypertrikose, perioral dermatitt, allergisk kontaktdermatitt, depigmentering og kolloid milia. Ved behandling av psoriasis er det en risiko for utvikling av den pustuløse form. Systemeffekter ved lokalbehandling av kortikosteroider er sjelden hos voksne, men de kan være alvorlige. Adrenokortikal suppressjon, katarakt, infeksjoner og økt intraokulært trykk kan forekomme, særlig ved langtidsbehandling. Systemeffekter sees oftere ved okklusjonsbehandling (plast, hudfolder), ved påsmøring av store områder og ved langtidsbruk. Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Bruk av mer enn anbefalt dose kan føre til forhøyet serumkalsium, som faller raskt når behandlingen seponeres. Overdreven langvarig bruk av topiske kortikosteroider kan hemme binyrebarkfunksjonen og gi sekundær adrenal insuffisiens, som normalt er reversibel. Behandling: Adrenal insuffisiens behandles symptomatisk. Ved kronisk toksisitet skal preparatet seponeres gradvis. Oppbevaring og holdbarhet: Åpnet tube må brukes innen 12 måneder. Pakninger og priser: 30 g kr 263,40, 60 g kr 448,70, 120 g kr 863,10

C Daivonex® LEO

Middel mot psoriasis.

ATC-nr.: D05A X02

T KREM: 1 g inneh.: Kalsipotriol 50 µg, makrogolcetostearyleter, cetostearylalkohol, klorallylhexaminklorid, dinatriumedetat, dinatriumfosfatdihydrat, glyserol, flytende parafin, hvit vaselin, renset vann til 1 g. **Indikasjoner:** Plaque psoriasis. Dosering: Påsmøres tynt de affiserte hudområder 1-2 ganger daglig. I starten av behandlingen påsmøres kremen vanligvis 2 ganger daglig, deretter kan påsmøringen reduseres til én gang daglig etter behov. Vanlig behandlingstid er 6-8 uker, men pasienter kan behandles over lengre tid ved behov. Behandlingsfrie perioder er ikke nødvendig. Klinisk erfaring med behandlingstid ut over 1 år savnes. Maksimaldosering: Voksne: 100 g pr. uke. Kan kombineres med lokale kortikosteroider (f.eks. Daivonex om morgenen og steroid om kvelden). Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Hyperkalsemi. Samtidig bruk av legemidler som forhøyer serumkalsium. Forsiktighetsregler: Forsiktighet bør utvises ved bruk i hudfolder/intertriginøse områder. Begrenset erfaring ved behandling av barn. Bør ikke brukes i ansiktet pga. risiko for ansiktsdermatitt. Hendene vaskes etter påsmøring for å unngå overføring til ansiktet. Ved nedsatt nyrefunksjon bør serumkalsium kontrolleres før og etter behandling. Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Sikkerheten ved bruk under graviditet er ikke klarlagt da erfaring fra mennesker er utilstrekkelig. Dyrestudier indikerer ikke reproduksjonstoksiske effekter. Preparatet bør unngås ved graviditet hvis ikke fordelene oppveier en mulig risiko. Overgang i morsmelk: Ukjent. Preparatet bør ikke brukes under amming. Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Hud: Lett, forbigående irritasjon av behandlet hud. Lett, forbigående ansiktsdermatitt. Sjeldne (<1/1000): Metabolske: Hyperkalsemi. Oppløsning: Hos ca. 20% kan det forekomme irritasjon og hos ca. 10% rødhet av behandlet hud. Overdosering/Forgiftning: Bruk utover anbefalt dose kan forårsake forhøyet serumkalsiumnivå. Enkelttilfeller av hyperkalsemi er rapportert hos pasienter som har brukt salven i doseringen 200 g/uke eller mer. Kalsium normaliseres ved seponering. Se Giftinformasjonens anbefalinger D05A X02. Egenskaper: Klassifisering: Kalsipotriol er en vitamin D3 analog som bindes til den spesifikke reseptor for vitamin D3 (1,25 (OH)2D3) i bl.a. hudkeratinocytter. Kalsipotriol har liten effekt på kroppens kalsiumomsetning, ca. 1% av 1,25 (OH)2D3. Virkningsmekanisme: Topikal applikasjon induserer cellediferensiering og inhiberer den økte proliferasjon av keratinocytter, samt påvirker immunfunksjoner (cytokinpåvirkning). Det oppnås derved en reversering og normalisering av de abnorme keratinocytforandringer som sees ved psoriasis. Absorpsjon: Absorberes kun i liten grad gjennom huden. Metabolisme: Kalsipotriol metaboliseres hurtig til metabolitter med meget lav biologisk aktivitet. Pakninger og priser: Krem: 120 g kr 405,40.

Refusjonsberettiget bruk (Gjelder både Daivobet® og Daivonex®): Initial behandling av stabil psoriasis vulgaris egnet for lokal terapi.

Refusjonskode:	ICPC	Vilkår nr.	ICD	Vilkår nr.
	S91 Psoriasis	25	L40 Psoriasis	25

Vilkår 25:

Før et eksem anses å være langvarig i denne sammenheng, må den samlede varighet ha overskredet tre måneder.

Sist endret: 21.04.2009



Daivobet[®] er et førstevalg ved behandling av psoriasis

Daivobet[®] er å foretrekke sammenlignet med Daivonex[®] krem fordi pasienter får effektiv behandling på halve tiden med bare en kvart mengde legemiddel til halvparten av prisen.

Derfor er **Daivobet[®]** et logisk førstevalg.



LEO Pharma AS eies hundre prosent av den uavhengige og private stiftelsen The LEO Foundation. LEO har ingen aksjonærer og betaler ikke utbytte til eksterne eiere. Alt overskudd fra vår virksomhet brukes til forskning og utvikling. Uavhengighet, effektivitet, stabilitet og ansvar er kjerneverdier for vår virksomhet. www.leo.no



Når sekundene



teller →

- 26 Vi prioriterer dette hardt ›
- 28 Vanskelig å måle effekten ›
- 30 Simulering viktig i undervisningen ›
- 31 Trener på virkeligheten ›
- 35 Kritisk til simuleringssentre ›

Tekst Geir Arne Johansen og Kari Anne Dolonen
Foto Erik M. Sundt



HJERTE- OG LUNGEREDNING (HLR) er høyt prioritert ved Simuleringssenteret på Ullevål.

Vil du bli pilot får du ikke styre et fly før du har vært i simulator. På samme måte bør du som helsepersonell trene på akutte situasjoner før du skal arbeide med pasienter.

Det er grunntanken bak Simuleringssenteret som åpnet på Ullevål for fire år siden. Menneskelige feil skjer hyppig i medisinsk praksis.

Derfor trener leger og sykepleiere fra hele sykehuset på å håndtere ulike akutte situasjoner.

«Vi prioriterer dette hardt. Både på lege- og sykepleiesiden.

Overlege og instruktør Thomas Rajka

TEAMWORK:
Overlege
Thomas Rajka
og spesialsykepleier Kari
Hovde er begge
instruktører
ved Simulerings-
senteret på
Ullevål, og
legger stor
vekt på det
tverrfaglige
samarbeidet.



Gutten er fire måneder og alvorlig syk.
Livet ligger i sykepleiernes og legenes hender.
De må handle raskt.

Tekst Geir Arne Johansen Foto Erik M. Sundt

Vi har fått inn en gutt. Han er fire måneder, cirka fem kilo. Han har hatt 40 i feber i to til tre dager hjemme, uten effekt av Paracet. Sendes via legevakten til barnemottak. Foreldrene sier at barnet ikke har klart å ta til seg mat siste døgnet.»

«Ifølge mor er barnet lite kontaktbart. Han sover mer enn vanlig, og er for slapp til å amme. Blodkultur og blodgass er tatt i mottak. Veneflon er lagt inn. Det er startet antibiotika- og væskebehandling, men barnet vurderes til å være så ustabil sirkulatorisk at de flytter ham til barneintensiv.»

Scenen er virkelighetstro. Men barnepasienten er i dette tilfellet en avansert dukke. Og sykepleierne og en lege fra Barneintensiv som skal gi ham livreddende behandling er på øvelse.

Nøye observasjoner

To sykepleiere starter mottaket idet barnet ankommer avdelingen:

Overvåkningsutstyr tilbakes. Barnet får oksygen. Lege tilkalles. Barnet puster dårligere. Må ventileres på maske. Hjerterytmen går

ned, kompresjoner startes. Barnet intuberes. Adrenalin forordnes og gis. Blodgassvaret kommer. En radiograf (utkledd fagutviklingssykepleier) ankommer rommet. Hun forstyrrer teamet med å ville ta et røntgenbilde. Væske gis. Dopamin blandes ut for å heve blodtrykket.

Fra kontrollrommet vegg i vegg følger spesialsykepleier og instruktør Kari Hovde med. Derfra kommuniserer hun tett med instruktør og overlege Thomas Rajka. Han observerer teamet på kloss hold.

Bare fordeler

– Alle som jobber på barneklubben må innom simuleringssenteret minst én gang i året, sier Kari Hovde.

Hun har vært med siden utviklingen og oppstarten av senteret, og ser kun fordeler ved at helsepersonell bruker arbeidstiden til å trene med simulering.

– Driften går selvsagt foran, men vi trenger nesten aldri å avlyse. Kursene kjøres i samarbeid med klinikkene, og er alltid planlagt god tid i forkant.

Thomas Rajka fra Barneintensiv mener det er viktig å holde kunnskapen ved like gjennom øvelser og repetisjoner.

– Du bør trene på akutte situasjoner før du skal arbeide med pasienter, sier han.

Gruer seg

Rajka innrømmer at det er vanskelig å måle effekten av treningen i forhold til lavere sykkelighet og død hos pasientene. Men kan med sikkerhet si at helsepersonellet blir tryggere og sikrere i jobben de utfører som resultat av treningen.

– Det er helt nødvendig at klinikkledelsen er med på dette. Og vi har gjort det obligatorisk for legene å være med minst én gang i året. Vi prioriterer dette hardt. Både på lege- og sykepleiesiden.

Trener akuttberedskap ved kompliserte fødsler

Som første sykehus i Norge har Oslo universitetssykehus, Ullevål startet regelmessige simuleringssøker for alle som arbeider med å ta imot barn. Både leger, jordmødre, sykepleiere og barnepleiere deltar. Ullevål har Norges største fødeavdeling, med rundt 7 000 fødsler hvert år. Av disse vil om lag én prosent av de nyfødte trenge intensiv gjenoppliving



Ifølge Hovde gruer folk seg ofte litt for å komme. De føler seg sett i kortene.

– Men vi vektlegger det positive når vi går igjennom øvelsene i etterkant, sier hun.

Simuleringscenteret ved Ullevål trekker helsepersonell fra hele landet. Blant annet har det hatt hospiteringsbesøk fra Tromsø, Trondheim og Ålesund. Hovde får ofte bekreftet at simuleringstreningen gir økt handlingsberedskap i praksis.

Tverrfaglig samarbeid

– Mange som kommer hit for andre og tredje gang forteller at de har hatt stort utbytte av tidligere trening. De tenker tilbake på øvelsene ved simuleringscenteret når de står i situasjoner med virkelige pasienter, forteller hun.

Rajka viser til eksempler i klinikken, der teknikker deltakerne har lært ved Simuleringscenteret tas med videre og etableres i det daglige arbeidet. Rajka og Hovde understreker at det tverrfaglige samarbeidet mellom leger og sykepleiere er viktig.

– Vi utarbeider de ulike scenarioene sammen med fagutviklings- sykepleier fra den aktuelle avdelingen. Så situasjonene varierer fra gang til gang. Scenarioene kvalitetssikres alltid av Rajka. Det er imidlertid et ønske fra ledelsen at vi gjennomfører hjerte- og lungeredning hvert år. Så da lager vi forskjellige pasienttilfeller, tilpasset de ulike avdelingene, sier Hovde.

Som en hovedregel dør aldri pasienten under trening.

– Det er viktig å gå ut av dette med en mestringsfølelse.

Ris og ros

Tid for debrifing. Sykepleierteamet samler seg etter en kort pause.

Nå skal de gå gjennom hele handlingsforløpet sammen med lege og instruktør. Og se det på film.

– Vi tar en kjapp gjennomgang.

Scenarioet går gjennom punkt for punkt. Thomas Rajka skryter av deltakerne. Noen av dem var spesielt flinke til å kommunisere tydelig med resten av teamet, mener han.

– Det er så mye lettere å jobbe når dere hele tiden forteller hverandre hva dere gjør.

Sykepleierne deler en felles opplevelse om at det meste gikk greit helt til flere kom til. Frustrasjoner oppsto da situasjonen ble mer uoversiktlig. I etterkant er de enige om at de kan bli bedre på en tydeligere oppgavefordeling i forkant. Instruktørene høster mye skryt for treningsopplegget.

« Det er viktig å gå ut av dette med en mestringsfølelse.

Spesialsykepleier og instruktør Kari Hovde

– Det er veldig godt planlagt. Vi kommer til dekket bord, og det er helt fantastisk, sier en av deltakerne.

– Hva har vi lært og hva kan vi ta med oss tilbake til klinikken?

Instruktørene får til svar at det har vært fint å bli drillet på hjerte- lungeredning. Det har vært nyttig å se seg selv og resten av gruppen i aksjon på video. Og alle har satt pris på å få en grundig repetisjon.

FRA KONTROLLROMMET

overvåker facilitator og hovedinstruktør i HLR situasjonen, sammen med fagutviklings- sykepleier.



Vanskelig å måle effekten

Simulering som treningsmetode har kommet for å bli.

Vi har ikke råd til å la være, mener avdelingssjef Lasse Schmidt.

Tekst **Geir Arne Johansen** Foto **Erik M. Sundt**

Trening gir de ansatte mulighet til å mestre utfordringer som forekommer relativt sjelden, men som er viktige å beherske. Dessuten lærer de å takle komplekse situasjoner hvor det er vanskelig å få oversikt, sier sykepleier og avdelingssjef Lasse Schmidt ved utdanningscenteret på Oslo universitetssykehus, Ullevål.

Der er mottoet «øvelse gjør mester» en vesentlig drivkraft i simuleringsarbeidet.

– Se bare på luftfarten, som gjennom flere tiår har bedrevet obligatorisk simulert trening for piloter, slik at de er bedre forberedt på situasjoner som kan oppstå under flyvning.

Bedre rustet

– Kompetanse er evnen til å omsette teoretiske, erfaringsbaserte og etiske kunnskaper til praktiske handlinger. Simulering som metode imøtekommer denne definisjonen på kompetanse, utdypes Schmidt.

I forkant av selve fullskalatreningen må deltakerne ha gjennomgått både teoretisk undervisning og ferdighetstrening tilpasset scenarioene. På den måten oppnår man, ifølge Schmidt, at den enkelte medarbeider står bedre rustet til å løse oppgavene han eller hun er satt til. Samtidig blir målene sykehuset har satt seg nådd. Treningen skal gi personell handlingsberedskap og handlingskompetanse til det beste for pasientene.

Stor pågang

Utdanningscenteret fikk tildelt midler fra Helse Sør-Øst til etablering av et simuleringscenter ved Ullevål universitetssykehus

« Hensikten er å skape kompetente team og medarbeidere som er godt trent i å takle virkelige pasientsituasjoner.

i 2004. Den første fullskalasiluleringen ble gjennomført våren 2005. Siden da er egne instruktører utdannet ved etablerte sentre som Herlev i Danmark og Tübingen i Tyskland. Instruktørene ved senteret har bakgrunn som leger og spesialsykepleiere.

Staben er i løpet av årene utvidet med pedagog og teknisk service. Tilbudet ble først rettet mot Barneklivnikken og anestesivdelingen. De trener fortsatt ukentlig ved senteret, men tilbudet er nå utvidet til å gjelde hele sykehuset, samt andre sykehus og samarbeidspartnere.

– Vi opplever stor pågang, og fornøyde brukere. Begrensingene ligger i antall instruktører og lokaliteter.

Få motforestillinger

Simuleringscenteret består av mer enn simuleringslaboratorier.

Det finnes et ferdighetsrom, hvor det er installert kirurgiske simulatorer for øyeoperasjoner, kikkeshullskirurgi og mikrokirurgi. I tillegg er det mulighet for trening på innleggelse av sentrale og perifere kanyler, trening på sårskift og lignende.

– Dette er et lavterskeltilbud, hvor vi ønsker at de ansatte skal «vanke», sier Schmidt.

På de tre simuleringslab'ene gjennomføres fullskalasilulering. Her trener tverrfaglige team i hovedsak bestående av leger og sykepleiere, på håndtering av ulike akutsituasjoner. Fokus for treningen er medisinsk behandling og forbedret teamarbeid. Disse treningene må planlegges nøye både fra instruktørens og avdelingens side. Det skal ikke være noe skuespill. Den enkelte er seg selv, og har sin egen rolle og funksjon, som i en reell situasjon.

– Det er ingen utdeling av «røde kort». Vi opplever sterkt at motforestillinger mot denne type trening nærmest er ikke-eksisterende, selv om enkelte er skeptiske.

Gode rutiner

– Kan simulering gi falsk trygghet?

– Vårt konsept om simulering er lagt opp rundt et teamarbeid som i fellesskap skal håndtere komplekse, forventede og uventede, problemstillinger i en akutsituasjon. Deltakerne er godt forberedt gjennom e-læringsselementer som gjennomføres før trening, i tillegg blir utstyr og fasiliteter demonstrert.

Selve treningsseansen blir filmet. Filmopptaket er senere gjenstand for nøye evaluering av deltakerne, under veiledning av instruktør. Det gir grunnlag for diskusjoner, tilbakemeldinger og refleksjoner.

– Alle deltakere er svært kompetente innen sitt fagområde, og trening i team sørger for at alle får de nødvendige tilbakemeldingene slik at pasienten får den best mulige behandlingen, påpeker Schmidt.

Lite målbart

Kunnskapscenteret konkluderer i en rapport om effekten av simulert trening innen kirurgi, med at det trolig fører til økte ferdigheter og kompetanse, men at dokumentasjon fortsatt er begrenset og bør tolkes med forsiktighet.

– Hvilke tanker gjør du deg om det?

– Det er svært vanskelig eksakt å måle effekt av simulering. Tilfredsstillende validerte poengsystem for effekt av simulering finnes ikke. Simulering som læringsmetode og effekt av denne er beskrevet i en artikkel hvor selvopplevd ferdighetsnivå er benyttet som måleinstrument («Brinkmann-Hansen A, Tidsskrift Norsk Lægeforening; 124:3112-5», red.anm).

Ifølge Lasse Schmidt har tilbakemeldingene fra deltagere gjennom de tre siste årene vært gjennomgående svært positive. Læringsutbyttet beskrives som godt.

– Det vi vet er at menneskelige feil er hyppige i medisinsk praksis. Så har vi råd til å la være?





SYKEPLEIERE FRA HJERTEMEDISINSK avdeling på Ullevål trener på en virkelighetsnær situasjon, der de har fått inn en eldre kvinne med hjertestans.

Simulering viktig i undervisningen

Sykepleierstudenter og sykepleiere begynner å bli vant til simulering.

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

For første gang i historien har 19 anestesisykepleiere gjennomgått videreutdanning i prehospitaltjenester. Anestesisykepleierne er samlet på Høgskolen i Gjøvik (HiG) for sin tredje og siste samling. Til daglig jobber de på sykehus, fra Namsos i Midt-Norge til Kristiansand i sør.

I løpet av vinteren og våren 2009 har de lest teori og hatt praktisk trening. Både ved sine daglige arbeidssteder, og i form av simuleringstrening ved HiG.

– Simulering utgjør en stor del av undervisningsopplegget på samlingene våre. Når studentene har gjennomført, får de bestått/ikke bestått. Simuleringsøvelsene vi presenterer for studentene tar utgangspunkt i ulike hendelser de vil kunne møte som anestesisykepleiere, sier Terje Ødegården.

ALNSF har regien

Hele undervisningsopplegget er et samarbeid mellom Anestesisykepleiernes Landsgruppe av Norsk Sykepleierforbund (ALNSF) og Høgskolen i Gjøvik (HiG).

– ALNSF gjorde en undersøkelse blant medlemmene og fant ut at mange ønsket en videreutdanning i prehospitalt arbeid, forteller han.

Undersøkelsen resulterte i rapporten «Anestesisykepleieren – en viktig del av det prehospitalt teamet».

Ute og inne

– Det er stor forskjell på å jobbe ute og det å jobbe inne på en avdeling. Når vi får såkalt rød responsutrykninger blir ofte anestesipersonell med ut i ambulansen. Dette studiet skal sørge for at anestesisykepleierne har tilstrekkelig kompetanse til å være god og effektiv hjelp på ulykkestedet.

Men det handler mye om å være trygg.

– Anestesisykepleierne må kjenne til hva som er av utstyr i bilene og hvor det oppbevares. I tillegg er det viktig å kunne samarbeide med ambulanspersonell og eventuell lege i en annen situasjon enn på en avdeling. Klar oppgavefordeling mellom yrkesgruppene og det at alle vet hva de skal gjøre er kjempeviktig når hvert minutt teller. For eksempel er det å begynne behandling i en ambulans som beveger seg, svært forskjellig fra å behandle en pasient som ligger stille i en sykehusseng, presiserer Ødegården.

Handlingskompetanse

Hovedmålet er å øke anestesisykepleiernes handlingskompetanse.

– Hvordan kan dere måle om handlingskompetansen er økt?

– Det er vanskelig. Det er forsket forholdsvis lite på dette. Vi har imidlertid hold for å si at det å trene på situasjoner, gjør anestesisyke-



STUDIELEDER:

Terje Ødegården mener simulering gir studentene økt kompetanse i forbindelse med ulykker.

pleierne tryggere når situasjoner oppstår, sier Ødegården.

– Mener du simulator trening kan erstatte virkelige hendelser?

– Virkeligheten er nok bedre, men den kan ikke simuleres eller styres. Jeg er selv anestesisykepleier. Jeg mener at når du blir med ut og jobber på et sted du ikke kjenner godt, er simulering nyttig. Du blir tryggere. Det positive med simuleringstrening er blant annet at vi ikke trenger «virkelige» personer som er utsatt for traumer for å øve. Da er det ikke virkelige personer som blir «prøvekaniner». Det vi trener på er prinsippene som gjelder når man jobber akutt effektivt ute i felten, sier Ødegården.

– Opplever studentene simuleringen som virkelig?

– I begynnelsen er nok mange mer opptatt av kameraene. Det er også uvant at andre ser på og vurderer det du gjør. De sier at de raskt glemmer det rundt og fokuserer på pasienten. Selv om det bare er en dukke, reagerer den som en virkelig person. Anestesisykepleiere har såpass mye erfaring at de fort kobler inn tidligere opplevelser og fokuserer på å behandle riktig.

Godt fornøyd

Utdanningsopplegget har vært igjennom to evalueringer fra studentene.

– Anestesisykepleierne sier selv de har hatt stor nytte av simuleringene. Det finnes mange kurs som går over to til tre dager. Denne utdanningen er bedre fordi studiet går over lang tid. Studentene gjør egne erfaringer og kommer i situasjoner i virkeligheten som de kan ta med seg til neste samling og diskutere, tror Ødegården.

Ny sjanse

Andre anestesisykepleiere som ønsker videreutdanning i prehospitaltjenester får sjansen fra januar 2010. Da starter ett nytt kull opp.

– Dette er et studie som studentene eller arbeidsgiverne må fullfinansiere. Erfaringene våre er gode. Det har vært en utfordring å engasjere forelesere, men det har løst seg ved hjelp av blant annet fjernundervisning.

Videreutdanning i prehospitaltjenester:

Videreutdanning for anestesisykepleiere ved Høgskolen i Gjøvik. På samlingene har studentene fått praktisk trening i ferdigheter og prosedyrer og gjennomgått simulering av akuttmedisinske tilstander og ulykker. Studiet startet januar 2009. Videreutdanningen er et deltidsstudium på 24 uker over et semester og gir ti studiepoeng. Målet med studiet er å øke anestesisykepleiernes handlingskompetansen ved:

- ▶ Transport- og utrykningstjeneste ved større ulykker og katastrofer.
- ▶ Medisinske prosedyrer for innsats på skadested.
- ▶ Kunne iverksette akuttmedisinske tiltak sammen med ambulanspersonell.



Tore Karlsen,
høgskolelærer
Høgskolen i Gjøvik.



Randi Ballangrud,
stipendiat, Høgskolen
i Gjøvik.



Viktor T. Haugom,
intensivsykepleier,
Intensivavdelingen
SI Gjøvik.



Else H. Mæhlum,
fagutviklingssyke-
pleier, Intensivavde-
lingen SI Hamar



Karin Mæhlum,
Intensivsykepleier,
Intensivavdelingen
SI Lillehammer

Simulering i intensivsykepleie

Trener på virkeligheten

Simulering i intensivmedisin styrker teamsamarbeidet rundt intensivpatienten.

Intensivavdelingene ved Lillehammer, Hamar og Gjøvik i Sykehuset Innlandet HF og videreutdanningen i intensivsykepleie ved Høgskolen i Gjøvik gjennomførte høsten 2008 samarbeidsprosjektet: «Bruk av simuleringstrening innen intensivsykepleie». Prosjektet ble finansiert gjennom midler fra Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Hensikten med å gi midler til samarbeidsprosjekter er å styrke samarbeidet mellom høgskolen og praksisstedet, og på den måten bedre praksisundervisningen for studenter.

Målet for samarbeidsprosjektet var å utvikle simulering som undervisningsmetode i intensivsykepleie og lage scenarioer som videreutdanningen og praksis kan bruke som utgangspunkt for simuleringstrening. Høgskolen i Gjøvik har gjennom de siste årene bygd opp et moderne simuleringlaboratorium der simulering anvendes som undervisningsmetode i både bachelor- og videreutdanninger og til eksterne kurs for ulike grupper helsepersonell.

Hensikten med simuleringstrening

Pasientsikkerhet og sikkerhetskultur har de siste årene fått større oppmerksomhet innen helsetjenesten og står sentralt i arbeidet for å bedre kvaliteten i sykehus (1, 2). Menneskelige feil angis som den vanligste årsaken til uheldige hendelser og man antar at halvparten av disse kunne vært forebygget (3). Ved bruk av simulering kan studenter og helsepersonell opparbeide et kompetansenivå før møte med pasienten. Alt fra vanlige til sjeldne og alvorlige kliniske tilstander kan trenes gjennom scenarioer i trygge omgivelser og dermed gi et godt klinisk grunnlag (4-6). Undervisningsmetoden kan benyttes til enkel ferdighetstrening på individnivå og til kompleks interaksjons- og beslutningstrening på teamnivå (7). Simulering som metode gir deltakerne mulighet til en kritisk refleksjon omkring egen og andres aktivitet i scenarioet (8, 9). Studier fremhever bruk av simulering for å lære problemløsning (10, 11), og blir betegnet som den best egnede undervisningsmetoden for å øke handlingskompetanse innen

AHLR (Avansert Hjerne-lungeredning) (12). I andre studier innen intensivfaglige miljø mener deltakerne at øvelse på krisehåndtering, CRM (Crisis Resource Management) indikerer bedre praksis i akutsituasjoner (13, 14).

Fra idé til gjennomføring

I starten av prosjektet ble det opprettet en prosjektgruppe, bestående av tre intensivsykepleiere fra praksis og to lærere fra høyskolen. Intensivsykepleierne fra praksis gjennomførte en idédugnad på sine avdelinger hvor de kom med forslag til situasjoner de ønsket å simulere.

Prosjektgruppen utarbeidet fire fullskalascenarioer med utgangspunkt i akutte og problematiske pasientsituasjoner hentet fra idédugnaden i praksis: 1) hjertestans og teamarbeid, 2) kompleks intensivpasient 3) mottak av traumepasient på intensiv, 4) respirasjon og luftveisproblematikk. Vi utarbeidet scenarioene ut ifra intensivsykepleiernes faglig ståsted, for å gjøre dem til aktive deltakere (7). Dette er situasjoner som kan komme ut av kontroll uten gode rutiner og godt teamarbeid.

Til hvert scenario ble det satt opp læringsmål. De må være konkrete og avgrenset, med fokus på kunnskaper, ferdigheter og/eller holdninger. Læringsmålet er viktig for å holde fokus og begrense hva som skal ha oppmerksomhet under scenarioet og i debrifingen. Eksempel på læringsmål kan være: «Prioritering og samarbeid rundt problemløsning knyttet til respirasjonsproblemer hos tracheostomert pasient».

Det ble gitt informasjon på personalmøter ved de tre intensivavdelingene. Avdelingssykepleierne var behjelpelig med å rekruttere fem deltakere. Studenter i videreutdanning ble informert og rekruttert via lærerne. Totalt ble det gjennomført ti scenarioer. Gruppene var på fire og fem deltakere og det var fem grupper som simulerte to scenarioer hver. Vi sendte ut informasjon og artikler om

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Simulering
- ▶ Intensivsykepleie
- ▶ Praksisstudie
- ▶ Videreutdanning
- ▶ Samarbeid



temaene til deltakerne på forhånd. På den måten fikk vi forberedt dem på læringsmålet og hva de ville møte.

Praktiske utfordringer

For å gjøre simuleringen mest mulig realistisk, tilrettela vi omgivelsene så nært opptil et intensivmiljø vi kunne komme. Simuleringslaboratoriet disponerte medisinteknisk utstyr og akuttralle; samt rekvisitter som sminke, sportsutstyr, parykker og så videre. Etter hvert som vi planla og gjennomførte scenarioene, fikk vi praktiske utfordringer slik at vi måtte justere eller endre opplegget underveis. Vi fant etter hvert metoder som reduserte tidsforbruket, samtidig som vi unngikk feil som reduserte kvaliteten på scenarioet. Vi lagde tegninger av SimMan® med invasivt utstyr, sminke, sår, hematom, bandasjer og så videre og systematiserte utstyret i kasser tilhørende hvert scenario.

Pasienten, SimMan®, er en avansert datastyrt pasientsimulator. Svært mange parametre kan endres og simuleres. En begrensning er å få fram endret hudfarge og temperatur. Svett og klam hud kan simuleres ved å spraye på vann i forkant av scenarioene. Respira-

« Ved bruk av simulering kan studenter og helsepersonell opparbeide et kompetansenivå før møte med pasienten.

torbehandling er en utfordring da SimMan®'s lunger ikke kunne trigge respiratoren. For å synliggjøre endringer i samspillet mellom respirator og pasient, ga facilitator supplerende opplysninger og endret respiratorinnstillinger. Facilitator veileder og guider deltakerne gjennom simuleringen fra briefing til debriefing (9).

Operatøren er den som «gir liv» til kontrollrom og justerer blant annet blodtrykk, hjerterytme, puls, respirasjonsfrekvens og er simulatorens stemme. Hans/hennes funksjon er viktig for å kommunisere signaler på hvordan tilstanden utvikler seg. Det er viktig at disse signalene passer sammen med endringer i parametrene.

Deltakerne kom fra tre intensivavdelinger med forskjellig medisinteknisk utstyr. Vi vurderte å bruke kjent utstyr fra de respektive avdelingene, men valgte å benytte oss av simuleringslaboratoriets. Hvis utstyret var ukjent for teammedlemmene, ga de beskjed om hvilke forandringer de ville ha gjort, og disse ble så utført av facilitator.

Facilitators oppgaver

Facilitator må lære scenarioet godt på forhånd, tenke igjennom tolkningsmuligheter og alternative løsninger. Facilitator skal lage en tidsplan for briefing, gjennomføring og debriefing. Det er viktig at facilitator, i samarbeid med operatør, planlegger håndtering av «uforutsette» hendelser og tester ut kommunikasjonshjelpemidler. Videre må facilitator sjekke at utstyr/ hjelpemidler er på plass og i orden, samt tenke igjennom rollefordelingen av deltakerne.

Gjennomføring

Briefing av teamet

Før scenarioene startet og SimMan® ble klargjort, tok vi deltakerne inn til briefing. De fikk informasjon om simuleringslaboratoriet, hva som er tilgjengelig av utstyr, hvordan «pasienten» kan monitoreres, medisineres og kommuniseres med. Deltakerne fikk en gjennomgang av medisinsk-teknisk utstyr, og beskjed om at alle tiltak de ville gjort i virkeligheten også skulle gjøres i simuleringslaboratoriet. Det er viktig å skape en trygg atmosfære,

og fokusere på at læring er det essensielle, hvor det er tillatt å gjøre feil (7). Deltakerne fikk informasjon om facilitators rolle.

Rollefordeling

Deltakerne ble samlet utenfor simuleringslaboratoriet og fikk tildelt roller. Vi gikk igjennom læringsmålene slik at de visste hva de skulle fokusere på. Deltakerne fikk også mulighet til å stille spørsmål om eventuelle uklarheter. Scenarioet ble lest opp for deltakerne, i eller utenfor simuleringslaboratoriet alt etter hva som var mest hensiktsmessig. Facilitator avsluttet så med å si: «Vær så god, da er scenarioet i gang».

Facilitator hadde en perifer rolle i enkelte scenarioer, som for eksempel lab og røntgen (kun tilgjengelig på telefon). Ved spørsmål til problemløsningen, var det viktig at deltakerne fikk tid til å tenke og snakke seg imellom før de fikk svar. Sto deltakerne helt fast, fikk de et tips for å komme videre.

Facilitator brukte headset og mikrofon for å holde operatøren informert om hvilke tiltak som ble gjort og hvilke medikamenter som var gitt, slik at hemodynamiske parametre ble justert. Operatør ser scenarioet, men får ikke sett alle detaljer fra sin posisjon. Hvis scenarioet var i ferd med å miste «trøkket» ga facilitator beskjed til operatør om å forandre pasientens tilstand.

Når læringsmålene synes å være nådd, brøt facilitator inn og avsluttet scenarioet. Deltakerne fikk spørsmål om hva de ville gjort videre med pasienten, og ble oppfordret til å tenke på tre ting de var godt fornøyd med når det gjaldt egen innsats. Deltakerne fikk ikke snakke sammen når scenarioet var avsluttet.

Debriefing

Debriefingen deles gjerne opp i tre faser: 1) Beskrivelsesfasen, 2) Analysefasen og 3) Anvendelsesfasen. Analysefasen bør få 60 prosent av tiden. Facilitator bør sørge for at deltakerne får minst 75 prosent av taletiden. Debriefingen skal i minst mulig grad brukes til undervisning fra facilitator.

Beskrivelsesfasen: Deltagerne beskrev kort hva de hadde oppfattet og hva de gjorde (15). Unngå analyse, vurdering og refleksjon i denne fasen. Det er viktig å involvere alle, bortsett fra observatøren som blir koblet inn senere.

Analysefasen: Før analysefasen var det hensiktsmessig å repetere læringsmålene. Hver aktiv deltaker fikk fortelle hva han/hun var fornøyd med når det gjaldt egen innsats. Hvis ting ikke gikk helt etter planen ble de oppfordret til å diskutere årsaker. Observatørene som hadde sett hendelsen på avstand fikk nå uttale seg. Facilitator hadde fokus på læring gjennom debriefingen. Det anbefales å videofilme komplekse scenarioer, slik at man i debriefingen kan «spole tilbake» for å se hendelsen på nytt (16). Det ble ikke gjort i dette prosjektet.

Anvendelsesfasen: Deltagerne fikk mulighet til å tenke igjennom og formulere hva de hadde lært, og hvordan dette kunne bedre deres praksis. Facilitators ansvar er å styre tiden, la alle få si noe, stille åpne spørsmål, holde fokus på læringsmål, lytte til det som blir sagt og eventuelt konfrontere deltakerne med dette, støtte og oppmuntre.

Tilbakemeldinger

Etter hver simulering ble gruppene intervjuet i forhold til erfaring og opplevelser før, under og etter simuleringen. Det ble også stilt spørsmål om overføringsverdi til praksis.

Deltakerne i prosjektet hadde ulik erfaring med simulering. De fleste var spente på forhånd. Å vise sine prestasjoner på video var uvant og litt skremmende, men det var spennende å delta «i noe nytt». De erfarne intensivsykepleierne lurte på om de greide å utføre jobben de vanligvis behersket i praksis. Det var viktig å få vite temaet på forhånd slik at de kunne forberede seg. De fleste hadde ikke tenkt igjennom



PRAKTISK ØVELSE: Høgskolen i Gjøvik har bygget opp et moderne simuleringslaboratorium til bruk i undervisning. Her er to anestesisykepleiere ved videreutdanning i prehospitaltjenester, i aksjon. Foto: Erik M. sundt

læringsmålene, som var et begrep de ikke brukte til daglig. God tid til briefing var viktig for å bli kjent i simuleringslaboratoriet.

Deltakerne fikk tildelt roller. De jobbet bra i team uten klart definerede roller til vanlig, spesielt når de kjente hverandre godt. Det var unaturlig å vente på ordre fra lederen, og flere følte derfor lederrollen

og assistentrollen som kunstig. Noen mente de ble mer fokusert på roller enn funksjon. Observatørrollen var lærerik fordi den ga et godt overblikk over hva som skjedde i scenarioet.

Når scenarioet startet glemte de fort at det ble gjort videoopptak. Kommunikasjonen med SimMan® var viktig for at





Foto: Erik M. Sundt

simuleringen skulle oppleves realistisk. Det var viktig at facilitator hjalp til underveis i forhold til ukjent utstyr. Noen mente scenarioene var for komplekse uten å ha lege til stede. «Legen» var kun tilgjengelig per telefon. Flere sa de tenkte klarere i praksis enn i simuleringlaboratoriet. De gruet seg mer, ting skjedde fortere her enn i virkeligheten. Noen syntes det var ubehagelig at et scenario ble avsluttet før pasienten viste bedring. Noen ble forvirret av hva som skulle gjøres på samme

« Deltakerne savnet mer refleksjon, og debrifing i etterkant av problematiske situasjoner i praksis.

måte som i praksis, og hva de skulle «late som at ble gjort». De som hadde deltatt på simulering tidligere, syntes det var lettere nå enn første gang.

Alle deltakerne var med i debrifingen, og alle fikk uttale seg. De syntes det var positivt og ha en person som styrte refleksjonen. Video

ble ikke benyttet aktivt under debrifingen. Noen ønsket å se seg selv i ettertid og mente det kunne være en læringsverdi i det, andre var glade for å slippe. Spesielt kunne det vært nyttig å se hvordan kommunikasjon og ledelse fungerte, der det er vanskelig å huske alt som skjer.

Debrifing opplevdes bra i små grupper. Det er lettere å snakke sammen i en liten gruppe. Alle ble spurt systematisk, og likte å få detaljerte spørsmål. Det var uvant og vanskelig å finne tre positive ting man mestret. De var overrasket over at debrifingen var så positivt fokusert, også i forhold til hva de ikke fikk til. De fleste kjente igjen læringsmålene i debrifingen.

Deltakerne mente at simulering kan føre til:

- » Bedre beredskap til å møte tilsvarende situasjon i praksis
- » Trening i å jobbe i team og kommunisere tydeligere
- » At man blir tydeligere leder i situasjoner med dårlige pasienter
- » Styrket samarbeid med tydeligere rolleavklaring og et bevisst forhold til ledelse
- » Økt bevissthet om hva man trenger trening i

Oppsummering

Prosjektgruppen laget fire fullskalascenarioer. Disse blir gjort tilgjengelige for både videreutdanningen og praksis. Ved å sammenligne scenarioene som ble gjennomført flere ganger, så vi hva som skapte de beste læresituasjonene. Utdeling av tema og læringsmål en uke i forkant ble opplevd som trygt. Å bruke god tid på debrifingen ble ansett som viktig. Læringsmålene ble lett for omfattende, både i form av for mange læringsmål og for stort innhold. Det kan da bli vanskelig å holde tråden i en debrifing. Vi erfarte at desto mer komplekse scenarioene var, jo tydeligere læringsmål måtte vi ha.

Det jobbes nå med å lage en «bank» med forslag til læringsmål og situasjoner som egner seg for simulering innen ulike problematiske og akutte situasjoner i intensivavdelingen. Samarbeidsprosjekter knytter skole og praksis sammen gjennom fagutvikling på en ny måte. Det opplever vi som positivt.

Deltakerne savnet mer refleksjon, og debrifing i etterkant av problematiske situasjoner i praksis. Alle ville delta i simulering en gang til for å prøve seg i forskjellige roller. Det ble også uttrykt ønske om å ha med lege i simuleringen, da samarbeidet mellom lege og sykepleier er nært i en intensivavdeling. Ut fra tilbakemelding fra deltakerne, kan vi anta at simulering i intensivmedisin styrker teamsamarbeidet rundt intensivpatienten. Vi ser fram til mer forskning rundt simulering som didaktisk metode, og kunnskap om hvordan simulering best kan føre til bedre pasientsikkerhet og behandling (17).

Takk til Professor Mari Louise Hall Lord som har vært veileder for prosjektet, og for stor velvilje blant avdelingslederne ved den enkelte intensivavdeling for å frigjøre tid til prosjektdeltakerne.

LITTERATUR

1. Rall M, Dieckmann P. Simulation and patient safety: The use of simulation to enhance patient safety on a systems level. *Current Anaesthesia & Critical Care* 2005;16(5): 273-281.
2. Krogstad U, Arntzen E, Baalsrud A, Gilbert M, Nilsen ST, Ormstad S, Rygh L. Pasientsikkerhet i sykehus- kunnskap eller kampanje? Rapport fra Kunnskapssenteret Nr1-2007. Oslo: Kunnskapssenteret, 2007.
3. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Committee on Quality of Health Care in America. Washington DC.: Institute of Medicine, 2000.
4. Felländer-Tsai L, Stahre C, Anderberg B, Barle H, Bringman S, Kjellin A, Ramel S, Strinnlund B, Carlsson C, Wredmark T. Simulatorutdanning inom medicinsk verksamhet. Ny pedagogisk modell för god patientsäkerhet. *Läkartidningen* 2001; 98 (36): 3772-3776.
5. Wong N. Medical education in critical care. *Journal of Critical Care* 2005; 20(3): 270-273.
6. Monti EJ, Wren K, Haas R, Lupien AE. The use of an anesthesia simulator in graduate and undergraduate education. *CRNA* 1998; 9(2): 59-66.
7. Østergaard D. National Medical Simulation training program in Denmark. *Critical Care Medicine* 2004; 32(2): 58-60.
8. Rauen CA. Simulation as a Teaching Strategy for Nursing Education and Orientation in Cardiac Surgery. 2004. *AACN* 2004; vol 24, 46-51.
9. Jeffries PR. Simulation in nursing education: From conceptualization to evaluation. 2007. New York: National League for Nursing 2007; 168
10. Aronsen B, Rosa J, Anfinson J, Light N. A Simulated Clinical Problem-Solving Experience. *Nurse Educator* 1997; 22(6): 17-19.
11. Cioffi J. Clinical simulations: development and validation. *Nurse Educ Today*, 2001; 21(6): 477-86.
12. Hamilton R. Nurse's knowledge and skill retention following cardiopulmonary resuscitation training: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 51(3): 288-97.
13. Rudi SJ, Polomano R, Murray WB, Henry J, Marine R. Team Management Training Using Crisis Resource Management Results in Perceived benefits by healthcare Workers. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 2007; 38(5): 219-26.
14. Kyrkjebø JM, Brattebø G, Smith-Strom H. Improving patient safety by using interprofessional simulation training in health professional education. *Journal of Interprofessional Care* 2006; 20(5): 507-16.
15. Steinwachs B. How to Facilitate a Debriefing. *Simulation Gaming* 1992; 23(2): 186-95.
16. Kyle JRR, Bosseau Murray W. *Critical Care Simulation: A Nursing Perspective*, in *Clinical Simulation*. Oxford: 2008, Academic Press, 2008. p.1-4.
17. Holte HH, Hviding K, Austvoll-Dahlgren A, Flottorp S. Simulering i spesialistutdanningen av leger- evaluering av effekt og konstruktivitet. kunnskapsoppsummering. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2009. Oslo.

– Vi trenger ikke nødvendigvis svære sentre for å simulere, mener seksjons-overlege Guttorm Brattebø.

Tekst og foto Marit Fonn



ENKELT: Guttorm Brattebø er glad i simulering. Men det må være fort gjort.

Kritisk til simuleringssentre

Brattebø er seksjonsoverlege på Akuttmedisinsk seksjon ved Haukeland universitetssykehus.

Han applauderer selve simuleringssenteret, men er overbevist om at effekten er størst om den brukes lokalt der behandlingen foregår til daglig. Det vil si på poster og legekontorer, med egne kolleger, eget utstyr og egne rutiner.

– Selv om en dukke kan være utrolig avansert, så er det uansett ikke en virkelig pasient. Det kan fort bli mer oppmerksomhet på det tekniske oppsettet enn de mellommenneskelige relasjonene.

Han påpeker at det først og fremst er kommunikasjonen mellom helsepersonell som svikter.

– Da hjelper det ikke å ha en dukke til én million. Det som foregår lokalt, er vanskelig å få til på et simuleringssenter.

Vil ikke til senteret

Haukeland sykehus holder på å bygge et ferdighetssenter. Men traumeteamene vil fortsatt simulere i mottaket slik de har gjort i mer enn ti år.

– Vi flytter ikke denne simuleringen til senteret, fastslår Brattebø.

– Er det unødvendig å satse på et senter?

– Nei, det er greit for å øve inn prosedyrer og annet som er lite avhengig av omgivelsene, for eksempel grunn trening i hjerte-lunge-redning.

– Så små sykehus som aldri vil få egne sentre trenger ikke å få skrekken?

– På ingen måte. De kan øve på postene og i akuttrommene. Å øve i tverrfaglige team er det viktigste for å redusere antallet pasientskader.

Verdt pengene?

Brattebø påpeker at selv helsepersonell som har tilgang til store sentre,

ikke nødvendigvis øver så ofte.

– Hvis noen bare får øve én gang – er det da verdt ressursene? Hvor mange ekstra repetisjonstreninger kunne man fått for prisen til det avanserte utstyret? Den store utfordringen med svære sentre er å sette øvingen i system. Mange ganger ville det vært bedre med en matnyttig øvelse med enkle midler.

Brattebø er svært opptatt av at simulering skal la seg organisere i en travel hverdag: Kort vei, kjøpt gjort, men faglig korrekt.

– Det er overkommelig å stikke av en time. Det er ikke mer enn en lunsjpause og litt til.

Må øve på det rette

De små detaljene er vel så viktige som det avanserte.

– Man kan ha flotte lokaler og kostbart utstyr, men så mangler for eksempel relevant engangsutstyr. Skal man sette en veneflon, må man ha på plass staseslange, hansker, desinfeksjonsprit, saltvann, plaster og koblinger. Prosedyren tar jo noen minutter å utføre, og alt må være mest mulig realistisk tidsmessig for at man ikke skal lure seg selv.

Brattebø påpeker at simulering bør brukes på de situasjonene som gir best effekt.

– Hjertestans er fryktelig alvorlig, og derfor øves det mye på å håndtere det. Men vi vet at når stansteamet tilkalles, kan sykdommen ha «gjæret» lenge i pasienten. Kanskje vi skal øve mer på å klare å oppdage at pasienten er i ferd med å bli skikkelig dårlig? Mye tyder på at det kan redusere antallet hjertestans.

– Og simulering er bra?

– Absolutt. Simulering må brukes mye mer. Men vi må finne kostnadseffektive løsninger. ■■■

5 på gangen

Tekst Geir Arne Johansen

Har du tro på simulering som læringsmetode?



Veslemøy Hegland Jakobsen, fagutviklingssykepleier ved Oslo universitetssykehus Aker.

– Absolutt. Vi har holdt på med dette i mange år, og hatt stort utbytte av det. Jeg har veldig tro på læring i praksis. Derfor er det fornuftig å bruke tid og ressurser på simulering i arbeidstiden.



Sissel Tollefsen, leder ved Institutt for sykepleie, Høgskolen i Bergen

– Ja. Jeg tror det gir oss muligheter til å spisse læresituasjonen. Man kan i større grad konsentrere seg om læring i en simuleringssøvelse. Det åpner for andre muligheter enn når pasienten er til stede. Og så er det fint å øve på å jobbe med andre yrkesgrupper. Det er viktig å utnytte mulighetene som ligger i et simuleringssenter. Og simulering som læringsmetode forutsetter lærere som er tydelige på å velge ut situasjoner som er egnet for simulering.



Per Einar Jahr, allmennlege ved Fagernes legesenter i Valdres

– Det har jeg meget stor tro på. Jeg har selv deltatt på simuleringssøvelser ved flere anledninger, og synes det har vært veldig lærerikt. I et trygt miljø med kyndig veiledning gis man anledning til å trene på spesielle prosedyrer, som man kanskje ikke ville få muligheten til å lære i det virkelige liv. Og som man heller ikke kan forvente at man kan noe særlig om uten å ha trent i forkant.



Bente Akre, anestesisykepleier ved Sykehuset Innlandet. Tar videreutdanning i prehospitaltjenester på Høgskolen i Gjøvik (HiG)

– Ja. Jeg lever meg veldig inn i hver case, så jeg synes simulering er bra trening. Jeg lærer også mye ved å se på andre og hva de gjør. Jeg vil absolutt si at jeg har fått økt handlingskompetanse gjennom videreutdanningen.



Anita Dybvik, avdelingssykepleier ved akuttmottaket på Lovisenberg Diakonale sykehus

– Jeg har veldig tro på det. Både fordi man trener og lærer i team, og fordi man gjør en evaluering av hver case i etterkant. Jeg har sett at det virker motiverende på de ansatte her. De blir kjent på en helt annen måte og opplever at det er en trygg setting å lære i.

Telomerase-trio fikk nobelpris

Årets nobelpris i medisin går til Elizabeth H. Blackburn, Carol W. Greider (bildet) og Jack W. Szostak i USA for deres arbeid med å vise hvordan kromosomer kopierer seg under celledeling og hvordan de beskyttes mot forfall. I forskning gjort mellom 1982 til 1989 viste de tre at nøkkelen ligger i endene av kromosomene, i de såkalte telomere, og i enzymet som lager dem, telomerase, populært kalt «udødelighetsenzymet».



PRISVINNER: Carol W. Greider. Foto: Johns Hopkins University School of Medicine.

Funnene har blant annet ført til at det nå forskes på nye medisiner mot kreft, der målet er enten å blokkere telomerase-aktivitet eller eliminere celler med høy telomeraseaktivitet. Celler som har kromosomer med defekte telomere blir til slutt ikke i stand til å dele seg mer.

Vinnerne deler 10 millioner svenske kroner.

Pasientsikkerhet truet av slitsom turnus

I Sverige er de ansatte ved Universitetssjuhuset Mas i Malmö ampre. 6. oktober overleverte de 1500 underskrifter til sykehusdirektøren, mot planene om å jobbe annenhver helg. Sykepleiere, jordmødre, hjelpepleiere og leger hadde skrevet under fordi de blant annet er redd for at det blir mindre personale i ukedagene.

Sykepleier Angelica Preigård ved medisinavdeling 4 frykter at fredagspassene de skal gå når de jobber helg vil tære på de ansatte og sette pasientsikkerheten i fare.

Det gjenstår å se om underskriftene vil føre til noen forandring i planene som sier at den nye turnusen skal begynne fra 1. desember.

Kilde: Vårdfacket



– Vår første suksesshistorie

Forsvarsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen var nylig i Tsjad. Der fikk hun følgende beskjed fra den senegalesiske styrkesjefen Kandji:

– Det norske feltsykehuset er vår første suksesshistorie, sier han.

Sykehuset kom til Tsjad i mai, og var operativt 1. juli. Det skal etter planen stå i operasjonen til mai 2010. Det norske feltsykehuset betjener styrkene og lokalbefolkningen i traume- og akuttmedisin, kirurgi, intensivbehandling, infeksjonsbehandling, røntgen og tannbehandling. Det er også primærhelsetjeneste for det norske personellet. Per i dag har det gjort 939 konsultasjoner, 90 innleggelses og 121 operasjoner.

Tannlegen har behandlet 276 pasienter, og laboratoriet har gjort 3379 analyser, ifølge Forsvarsdepartementet.

LESTE

Les mer om:

- 40 God helse i fengsel i Oslo ›
- 42 Professor i Oslo setter pris på grepa sykepleiere ›
- 48 Deilig å jobbe på sykehjem i Horten ›



sykepleien.no

› Striden om sykeplei-divisjonen på Ahus fortsetter.



Lei av å

Sykepleierne i Halden er sinna. Ryktene går om at de må belage seg på jobbing 10 av 12 lørdager og 5 av 12 søndager.

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

Halden kommune er kanskje mest kjent for Fredriksten festning. For mange best kjent som kullisse i TV2s sommersatsing «Allsang på grensen». Men tonen mellom sykepleierne og arbeidsgiver i Halden kommune er alt annet enn samstemt. Øverst på konfliktlisten står turnus. Sykepleierne frykter nå de må jobbe 10 av 12 lørdager og 5 av 12 søndager.

I årets 1. mai-tog demonstrerte sykepleierne og andre helsearbeidere mot innføring av hinketurnus. Siden den gang har temperaturen steget.

– Saken har virkelig engasjert sykepleierne. Hvis vi skal si at konflikten med arbeidsgiver har ført til noe, må det være bedre samhold mellom oss sykepleiere, sier NSF's hovedtillitsvalgt (htv) i Halden, Anne Mette Pettersen.

«NSF godtar ikke vakter på 13 timer.»

Hun får støtte både fra Inger Synnøve Brännvall og Lene Saetrand Johansen. De jobber alle i Halden kommune og er oppgitt over kommunens arbeidsgiverpolitikk.

– Nå både springer vi og kjører vi over fartsgrensene. Nå sier vi at nok er nok. Vi er lei av å være snille piker, sier Inger Synnøve Brännvall.

Skal holde ut

– Dersom den nye turnusen viser at dere må jobbe 10 av 12 lørdager og 5 av 12 søndager, kan dere nekte?

– Nei, det kan vi ikke. Arbeidsgiver kan ifølge Arbeidsmiljøen skrive en slik turnus uten godkjenning fra tillitsvalgte. Men vi har bestemt oss for at dette skal vi holde ut, sier Pettersen.

– Det straffer vel ikke arbeidsgiver?

– Kanskje ikke i første omgang. Men med det presset vi har er det ikke lenge til folk enten slutter eller blir sykmeldte. Byens innbyggere har allerede begynt å merke de nye turnusene. Folk møter ikke opp og beskjeder forsvinner. Media har dekket saken godt og lenge. Det har skapt engasjement blant

være snille piker

sykepleierne, og nå kommer også de pårørende på banen, sier hun.

Arbeidsgivers unnskyldning

Ifølge sykepleierne er argumentet arbeidsgiver bruker for å innføre oftere helgejobbing, at det vil gi flere hele stillingsbrøker.

– Det er vi også opptatt av. Men det skal ikke bety at sykepleierne må jobbe oftere enn hver tredje helg. Vi mener grunnbemanningen må økes. Dessuten holder ikke arbeidsgivers argumentasjon. Det er så å si ingen sykepleiere som har fått høyere stillingshjemmel, men noen hjelpepleiere og assistenter. Vi unner selvfølgelig dem hele stillinger, men ikke på vår bekostning, sier Pettersen.

På spørsmål om de kan forstå arbeidsgivers dilemma med å skaffe nok kompetent folk på alle vakter, svarer Pettersen følgende:

– Vi gikk med på å jobbe en ekstra helg i sommeravviklingen, men det sa arbeidsgiver ikke monnet. Vi føler vi har gitt det vi kan. Det er uaktuelt for oss å gå med på oftere jobbing enn hver tredje helg uten å få kompensasjon, sier hun.

De tre sykepleierne mener at systemet burde vært bygd på frivillighet og kompensasjon.

– Det er for eksempel en del eneforsørgere som frivillig ønsker å jobbe helg når de ikke har barna. Det er greit, men de må uansett få kompensasjon for det, sier Lene Saetrand Johansen.

Nei til maratonvakter

Sommeren og høsten har så langt blitt gjennomført på midlertidige turnuser som ikke er godkjent av tillitsvalgte. Arbeidsgiver har ved hjelp av konsulenter satt opp turnuser de mener er innenfor arbeidsmiljølovens bestemmelser.

– De prøvde blant annet å innføre 13 timers vakter i helgene eller kortvakter ved flere institusjoner. Arbeidstilsynet gav dispensasjon ved to avdelinger, men stoppet 13 timersvaktene flere steder der slike maratonvakter ikke er faglig forsvarlig, sier Pettersen og får Lene Saetrand Johansen til å beskrive hvilke konsekvenser det har fått:

– Jeg jobber 90 prosent stilling. Da arbeidsgiver besluttet å innføre nye turnuser, fikk flere av oss beskjed om å jobbe 13 timers vakter i helgene. Vi fikk

støtte fra Arbeidstilsynet på at dette ikke er forsvarlig på en demensavdeling. Halden kommune fikk beskjed om at det var i strid med reglementet. Det har ført til nye problemer. Arbeidsgiver har da innført flere såkalte kortvakter. Det betyr at jeg nå må møte på jobb mye hyppigere enn før, forteller hun og viser meg sin nye turnus.

Årsaken er at hun og de andre må jobbe inn de timene de skylder ettersom arbeidsgiver har måttet kutte 13 timersvaktene. Saetrand Johansen forteller at hun tidligere aldri har gått «kortvakt». I den nye turnusen har hun fått 15 kortvakter.

– I dag fikk vi et skriv fra ledelsen hvor vi får beskjed om hvordan vi må jobbe de neste 12 ukene for å jobbe inn det vi «skylder». Å jobbe kortvakter er ikke heldig. Sykepleierne får ikke være med å gi rapport når det er vaktskifte. Det er uheldig ettersom vi har mye av det faglige ansvaret for pasientene. Det blir mye gule lapper. Det er et uholdbart system, sier Brännvall.

Alt er blitt verre

– Er det ingenting som er blitt bedre med de nye ordningene?



HÅPLOS TURNUS: Inger Synnøve Brännvall, Lene Saetrand Johansen og Anne Mette Pettersen er oppgitt over hvordan kommunen prøver å legge opp turnusen, med oftere helgevakter, lange og korte vakter.

– Nei, alt er blitt verre, sier Lene Saetrand Johansen.

Hun er trebarnsmor og er redd for at dersom hun må jobbe 10 av 12 lørdager og 5 av 12 søndager ikke vil se stort til familien.

Å gå tilbake til jobbing hver tredje helg, mener de er løsningen. I tillegg er de bekymret for vikarordningene som har vært brukt for å dekke opp ledige vakter.

«Vi føler vi har gitt det vi kan.»

– Ifølge arbeidsgiver skal vi ikke lenger leie inn vikarer. Det jeg lurer på er hvem som skal dekke opp de vaktene? Og hvis sykepleierne skal jobbe så mye i helgene, hvem skal da ta det sykepleiefaglige ansvaret i uka, da de fleste samarbeidspartnere har åpent, og avtaler må gjøres? sier Pettersen.

Dømt til å mislykkes

Fylkesleder i NSF Østfold, Karen Brasetvik, mener det er arbeidsgivers ansvar å rydde opp i turnusrotet.

– NSF kan ikke gå med på turnuser med hyppigere helgejobbing enn maks hver tredje helg. Vi kan heller ikke akseptere at sykepleiere skal arbeide 13 timer i strekk. På grunn av det holder kommunen på å lage turnuser der sykepleierne skal arbeide 10 av 12 lørdager og 5 av 12 søndager. Det er ubegripelig at noen arbeidsgiver tror at dette er gjennomførbart og attpåtil bruker ressurser på noe som er dømt til å mislykkes. Dette har kun vært egnet til å hisse opp sykepleierne enda mer.

Brasetvik minner om at stadig flere arbeidsgivere tilbyr både fleksibel arbeidstid, hjemmekontor og andre frynsegoder, mens denne arbeidsgiveren svekker de ansattes arbeidsforhold.

Millioner til allsang

Selv om fylkelederen er glad for den positive oppmerksomheten Halden har fått gjennom

blant annet «Allsang på grensen», ønsker hun at kommunen også tok tak i andre områder for å fremme kommunens omdømme.

– Så vidt jeg vet har Halden bidratt med flere millioner kroner i støtte til TV2 for å produsere programmet. Kommunen var også den første i Norge som inngikk avtale om et inkluderende arbeidsliv. Da er det ekstra trist at den forsøker å tvinge frem dårlige arbeidstidsordninger. De har kostet mye, også økonomisk. Uten godkjente turnuser, må kommunen betale de ansatte overtid for de lange vaktene, sier hun.

Halden er nylig meldt til Arbeidstilsynet for brudd på Arbeidsmiljøloven.

– Årsaken er at ansatte har jobbet for mange timer og vakter sammenhengende. De ansatte strekker seg langt for at konflikten med kommunen ikke skal gå ut over pasientene, men likevel melder de at kvaliteten på jobben de gjør svekkes. Flere melder fra om at de har mistet arbeidsgleden og dermed piffen til å yte litt ekstra, noe som betyr mye for pasientene, sier Brasetvik.

Jobber med ny turnus

På kommunalsjefens kontor sier Gun Kleve (bildet) at sykepleierne kan regne med fire helger mer jobbing per år.

Tekst Kari Anne Dolonen



Det er ikke aktuelt med turnuser hvor sykepleiere jobber 10 av 12 lørdager og 5 av 12 søndager. Sykepleiernes frykt er ubegrunnet. Det blir snakk om å jobbe fire helger mer i året. Turnusen jobber vi med nå. NSF vet ikke hvordan den blir ennå, men de tillitsvalgte skal involveres i arbeidet med utarbeidelsen av turnusene før de ferdigstilles. De turnusene sykepleierne jobber under nå er midlertidige løsninger ettersom de ikke er godkjente av tillitsvalgte, sier kommunalsjef for helse- og omsorg i Halden kommune, Gun Kleve.

– Når blir den faste turnusen ferdig?

– I løpet av oktober skal den være klar.

Gun Kleves hodepine er å få turnusen til å gå opp med nok fagfolk på alle vakter, uten å bruke mer penger enn det hun har å rutte med.

– Som mange andre kommuner har vi stramme budsjetter. Det er urealistisk av NSF å tro at vi har penger til å øke grunnbemanningen, sier hun.

Vil dem ikke noe ondt

Hun opplever NSF som lite fleksible.

– Vi har undertegnet turnusavtaler med både

Fagforbundet og Delta. Det er bare NSF som ikke vil forhandle frem en løsning, sier Kleve.

Kleve mener det ikke er noen god løsning å gå tilbake til slik det var før.

– NSF har selv presentert en undersøkelse som viser at det ikke er nok sykepleiere på vakt i helgene. Da er det et kjempeproblem at sykepleiere ikke har lyst å jobbe helg. Som arbeidsgiver ønsker jeg selvfølgelig verken sykepleiere eller andre grupper i helsetjenesten noe ondt. Min jobb er å sørge for best mulig tjeneste på et spinkelt budsjett, sier hun.

Menn og kvinner

– Forstår du at sykepleierne er lei av at dårlig økonomi er noe de skal ta konsekvensen av?

– Ja, jeg forstår at de kan være lei av at det økonomiske hele tiden trekkes frem. Men det er dessverre realiteten. Jeg tror ikke turnus hadde vært et problem dersom det hadde vært manddominert sektor. Mange av sykepleierne er gift med mannlige skiftarbeidere. Vi hører aldri noe klagning om at de må jobbe i helgene. Når man argumenterer med kvinner trekker de inn at de har familie. Det har mennene også, sier hun.

Regnestykke

Kleve legger frem et regnestykke for å forklare den situasjonen hun sitter i.

Dersom en omsorgsbolig krever 7,5 årsverk å betjene brukerne, betyr det at det må være to sykepleiere på dag, to på kveld og en på natt.

– Dersom de ansatte i disse årsverkene jobbet annenhver helg, måtte jeg ansette 10 personer som hver fikk 75 prosent stilling. Skal de jobbe hver tredje helg, må jeg ansette 15 personer i 50 prosent stilling. Det er dilemma. Enten får vi små stillingsbrøker, eller så må sykepleiere jobbe noen flere helger og flere får hele stillinger, sier hun.

– Hvem skal dekke inn de stillingene som kommunene har dekket inn ved hjelp av vikarer?

– Vi har regnet på det og kommet frem til at de utgjør om lag 18 prosent av stillingsmassen i kommunen som er (475 årsverk eller 575 årsverk). Det betyr 78 nye stillinger som vi skal ansette faste vikarer i. I tillegg til disse stillingene kommer vi til å leie inn ferievikarer. I utgangspunktet vil vi heller ha fast ansatte vikarer enn å bruke store summer på vikarbyrå, sier hun. ■■■

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
Monna

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 konkurranseregulene.



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

I Oslo fengsel får alle nye innsatte psykiatrisk sjekk innen 48 timer.

Mener helsevesen i fengsel fungerer bra

Fakta:

› Fengselspsykiatrisk poliklinikk (FPP) er en spesialisthelsetjeneste innen psykisk helsevern, som gir tilbud til innsatte ved Sentralarresten i Oslo politidistrikt, Oslo og Bredtveit fengsler. FPP er underlagt Regional sikkerhetsavdeling, Oslo universitetssykehus, Helse Sør-Øst.

› FPP har egen klinikk i Oslo fengsel. Ved Bredtveit foretas konsultasjoner på helseavdelingen. Sentralarresten har eget legekontor. FPP har seks stillinger, seksjonsleder/psykologspesialist, tre psykologer, en overlege og en sekretær.

Helsevesenet har sine lover å drive etter. Fengslene sine. De innsatte har imidlertid samme rettigheter som oss utenfor murene.

– Norge er kanskje det eneste land i verden som har et slikt lovverk. Det bør vi være stolte over, sier seksjonsleder og psykolog ved fengselspsykiatrisk poliklinikk, Marianne Teigland.

Godt samarbeid

– *Hvordan opplever du å samarbeidet med ledelsen i fengselet?*

– Her er det bra. Selvfølgelig er det forskjellig ståsted og ikke alltid snakker samme fagspråk. Kommunikasjon er viktig. Vi har et godt samarbeid med førstelinjetjenesten i fengselet, og møte med fengselsdirektøren hver mandag. Da tar vi opp forskjellige ting som er nødvendig. Både for ledelsen ved fengselet og for oss. Vi har ikke hatt noen konfrontasjoner eller store uenigheter, sier hun.

Får godt tilbud

Hun mener de innsatte i Oslo fengsel får et vel så godt psykiatrisk tilbud som resten av befolkningen.

– Jeg kan bare snakke om hvordan vi har det her. Oslo fengsel har 400 innsatte. Halvparten er varetektsfengslet. Det gjør at vi har mye akutttilfeller og er svært oppmerksomme på selvmordsfare og selvskading. Derfor får alle nye innsatte en psykiatrisk evaluering i lø-



IKKE SÅ ILLE: Marianne Teigland (til h.), seksjonsleder og psykolog ved fengselspsykiatrisk poliklinikk, kjenner seg ikke igjen i Sykepleiens fremstilling av situasjonen for psykisk syke i fengsel, men situasjonen er nok ulik fra sted til sted, tror hun.

kiatriske akutttilfeller tatt hånd om.

– Det er legen som undersøker den innsatte som vurderer det ut fra gitte kriterier. At noen blir liggende i flere uker i belter og venter på akutt hjelp har jeg vanskelig for å tro, sier hun.

Geografiske forskjeller

Teigland tror imidlertid forskjellene på det psykiatriske tilbudet til innsatte er variabelt etter hvor i landet man befinner seg.

– Det finnes mange små fengsler hvor det er dårlig tilgang på fagfolk. Vi er godt bemannet og har erfarne folk. Vi har ingen venteliste. Om noe tror jeg de innsatte her får lettere tilgang til psykiatrisk hjelp enn ellers i samfunnet. Nå må det sies at det å sitte i fengsel er en ekstra psykisk belastning.

Det gjør det av og til vanskelig å skille hva som er en reaksjon på det å sitte i fengsel og hva som er en psykisk lidelse. Vi diskuterer dette mye, sier hun.

Høy score

Hvert år gjennomfører FPP en pasientundersøkelse. Teigland er selv overrasket over hvor høy score de innsatte gir poliklinikken. I snitt ga de innsatte tjenesten karakteren fire. Fem er høyeste score.

– Det er vi fornøyd med. Ikke minst fordi vi den aktuelle uken sa nei til å gi Benzodiazepiner til to av dem som var med i undersøkelsen. Det viser kanskje at det går an å si nei på en respektfull måte, sier hun. ■■■

Tekst Kari Anne Dolonen Foto Stig Weston



Faksimile fra Sykepleien nr. 14. Temaet var «Pasienter bak murene».

«Vi har ingen venteliste.»

pet av de 48 første timene, sier hun.

Hun kjenner seg ikke igjen i fremstillingen fra Sykepleiens tema i nr. 14, der det blant annet kom frem at akutt syke ikke får hjelp. I hennes verden blir både somatiske og psy-



DECUBAL®

Effektiv og mild for vanskelig, tørr hud!

Fordi tørr hud ofte er sensitiv, inneholder Decubal kun rene, enkle ingredienser som pleier og gjenoppbygger huden fra topp til tå. Produktene er helt frie for parfyme og fargestoffer og kan brukes av hele familien. Decubal brukes også forebyggende eller som supplerende pleie i forbindelse med lett eksem og psoriasis.

**BLI
MEDLEM
NÅ!**

**DECUBAL
PLUS**

- din personlige
hudpleiespesialist!

- Gratis vareprøver
- Gratis eksperthjelp

Gå inn på www.decubalpluss.no

DECUBAL® PLUS
DIN PERSONLIGE HUDPLEIESPESIALIST



– Over 80 er ikke for pyser. Det har jeg merket, sier pensjonert lege og professor Peter F. Hjort (85).

Vil ha grepa sykepleiere

Har du «grepet»?

Her er Peter F. Hjorts liste over hva som gjør deg til en god sykepleier som har grepet i møte med de eldre:

- ▶ Kompetanse, engasjement og trygghet, både faglig og menneskelig.
- ▶ Pass balansen: Ikke vær sur, men vennlig, ikke bli overstrømmende. Ikke vær guffen, men søt, ikke bli klisset. Ikke vær kjedelig, men kjekk, ikke bli kjekkas. Ikke vær avvisende, men lyttende, ikke bli pratsom. Ikke vær uengasjert, men engasjert, ikke bli masete.
- ▶ Husk de tre stikkordene: Følelse, humor og håp. Våg å vise og snakke om følelser – det er essensielt i forholdet mellom mennesker. Humoren må være tilpasset situasjonen, men dødssyke pasienter vil ikke alltid ha gravens alvor. Og så er det uansett alltid NOE å håpe på.
- ▶ Sykepleieridoleet har et godt hode, varmt hjerte, dyktige hender og mot til å ta opp vanskelige temaer med pasienter og pårørende, samt til å si legene imot når det er behov for det.

Peter Fredrik Holst Hjort fylte 85 år i mars. Han tilhører ikke lenger gruppen statistikere kaller «elderly». Nå er han «old». Så old at han er født i Kristiania og holder foredrag med håndskrevne foiler og overhead på konferansen til Norsk sykehus- og helsetjenesteforening (NSH) om helse-tjenester til eldre. Foilene er pedagogisk ført med sirlig skjønnskrift i blått, grønt og rødt. Og med små gullkorn til landets sykepleiere i hver setning.

Ved siden av å være gammel er Hjort også pensjonert indremedisiner og professor. Han var sentral i oppbyggingen av Universitetet i Tromsø, har forsket innen samfunnsmedisin og vært lege både på sykehus og sykehjem. Dessuten var han pårørende da hans kone var gjennom en hjernesvulstoperasjon som blant annet førte til at hun fikk en hjerne-skade og mistet språket. Han pleide henne selv de siste årene før hun døde i 2001. Dermed har han ymse relevante erfaringer å øse av når han foredrar om helsepersonells møte med de eldre.

Hva er gamle?

– Gamle er langsommere, men ikke dumme. De er glemske, men ikke sløve, minner Hjort om.

Og for den som måtte lure på hva forskjellen på glemsk og sløv er, kjører han glidelåsprinsippet:

– En gammel mann som glemmer å trekke buksesmekken opp, er glemsk. Men en som glemmer å trekke den ned, er sløv.

Sykepleierne og legene i salen humrer. Hjort trekker fram håndtegnede grafer. På den ene går pilen opp ved økende alder – det er sykdomsbelastningen. På den andre går den ned med økende alder. Det er kroppens motstandsdyktighet og reserver.

– En gammel kropp må makte mer sykdom med mindre reserver. Når man er 80, er reservene halvert i forhold til da du var på høyden.

Han ser mismodig utover salen og henger litt ekstra med skuldrene. Noen fniser.

– Det er sant! 80-åringene med blindtarmbetennelse har 10 prosent dødelighet. Det var en som sa at over 80 er ikke noe for pyser. Det har jeg merket.

Hjort ber helsepersonell huske på at selv om gamle har det kroppslige forfalt til felles, er de like individuelle som de unge.

– Forskjellene blir bare større jo eldre vi blir. Da jeg var sykehjemslege, var det en gammel dame som så seg i speilet og utbrøt: «Å, for en nydelig ruin!» Mens en annen hadde et håndkle over speilet

jeg ikke fikk lov til å fjerne. Hun begrunnet det med at «jeg tåler ikke å se den gamle hurpa!»

Kronisk sykdom og håp

Peter Hjort trodde han visste det meste om kroniske sykdommer, helt til han ble pårørende.

– Da oppdaget jeg at jeg bare visste halvparten.

Nå har han nedtegnet fire perspektiver ved kronisk sykdom hos eldre som han vil at helsepersonell kjenner til:

1. Evighetsperspektivet. Dette at man blir syk til man dør.
2. Avhengighetsperspektivet. Å være avhengig av andre, er det de fleste synes er det verste.
3. Utenfor-perspektivet. At man holdes utenfor det store, friske fellesskapet.
4. Eksistensielt perspektiv. At livet går mot slutten.

Hjort tror ikke på ordtaket «så lenge det er liv er det håp».

– Jeg tror det er omvendt: Så lenge det er håp er det liv. Derfor må helsepersonell formidle håp, uten å lyve. Det man sier må være sant, men det er lov å legge til 10 prosent for optimisme.

Hjort er nøye på at helsepersonell aldri må misbruke statistikk.

– Mye av det vi vet om livet er statistikk. Derfor kan vi aldri si til noen at «du har tre måneder igjen å leve». Det kan vi ikke vite. Vi kan i høyden si «du har ikke lenge igjen».

Hjort har sett syke eldre trappe ned sine håp trinn for trinn.

Silkeundertøy

Silke har den unike egenskapen at den varmer ved kulde og virker kjøleende når temperaturen stiger. Undertøy i silke er usedvanlig mykt og lett, og du kjenner knapt at du har plaggene på kroppen. Silke puster og er med å regulere kroppstemperaturen.



Old & Juel - Hamar

www.arcticsilk.no

Arctic Silk

Tlf. 62 36 15 00

«Mye av det vi vet om livet er statistikk.»

«Det er to typer kunnskap som er viktig. Den faktiske og den tause.»

– Det er viktig at helsepersonell følger dem i håpets utforbakke, for håpet trenger støtte.

Sykepleiere må ha grepet

Da Peter Hjort var pårørende for sin kone, oppdaget han noe som han tidligere hadde sett da han var sykehjemslege, uten å forstå det.

– Helsepersonell kan deles i to grupper: De som har grepet og de som ikke har det. Da jeg kom på vakt om morgenen som sykehjemslege, var det av og til rolig og andre ganger komplett kaos. En gang sprang en eldre dame omkring bare iført en jakke og ropte etter bagetene sine.

Det viste seg at stemningen var avhengig av hvem som hadde vært nattevakt. Var det en sykepleier som hadde grepet, var det rolig. Var det en som ikke hadde grepet, var det kaos.

Grepet kjennetegnes ifølge Hjort av kompetanse, engasjement og trygghet, både på det faglige og det menneskelige plan.

– Det er to typer kunnskap som er viktig. Den faktiske og den tause. Erfaring, intuisjon og evne og vilje til å kommunisere er grunnleggende forutsetninger for den tause kunnskapen, ved siden av andre gode egenskaper som vennlighet, karisma og humor, sier Hjort.

Han skulle ønske at sykehus og sykehjem ble flinkere til å bruke de gode, erfarne sykepleierne.

– Man må stimulere erfarne sykepleiere til å bli gode rollemodeller for nyutdannede sykepleiere, slik at de kan drilles i den tause kunnskapen og etter hvert få grepet. ■■■

Tekst Eivor Hofstad Foto Erik M. Sundt





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

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

Sårbehandling med VAC

Utviklingen av VAC (Vacuum assisted closure) har bidratt til å forbedre behandlingen av sår som har vanskelig for å gro. Dette er nå blitt en avansert og fleksibel behandling som kan brukes både i sykehus, sykehjem og i hjemmet.



Ved sykehuset Asker og Bærum hvor jeg jobber har jeg sett at VAC blir brukt mer og mer i løpet av de siste 4–5 år til forskjellige typer sår.

Raskere med VAC

Kliniske studier og erfaring viser at sårtilhelingen går mye raskere ved bruk av VAC der dette er indisert. VAC-enheten er stillegående og forstyrrer ikke pasientene i særlig grad. Vond lukt forebygges fordi systemet er en lukket enhet. Bakterielle tellinger viser at vakuumbehandlede sår hadde betydelig reduksjon av bakterier etter behandling i 4 dager.

Studier viser at intermitterende undertrykk (5 min på og 2 min av), er mer gunstig enn kontinuerlig undertrykk. Dette forklares med at intermitterende undertrykk resulterer i en rytmisk perfusjon av vev. Dette gir cellene en pause som de trenger ved celledeling. Ved oppstart anbefales 48 timer med kontinuerlig vakuumbehandling som gir en raskere rensende effekt.

Atmosfærisk undertrykk

Det finnes to typer VAC. En nettdrevet og en batteridrevet. Ved bruk av den nettdrevne må pasienten holde seg i ro, mens den batteridrevne mindre enheten tillater pasienten å bevege seg fritt.

VAC består av et system som gir et kontrollert atmosfærisk undertrykk til sårområdet. Spesialiserte skumbandasjer (ser ut som skumgummi) blir klippet til og lagt ned tilpasset sårhulen og dekket til med tett gjennomsiktig membran som festes tett over og minst 3–5 cm utenfor sårkantene. Så klippes et rundt hull i plasten ca 1–2 cm over skumbandasjen og over dette hullet festes et lukket system som leverer et undertrykk.

Alt dette gjøres med aseptisk teknikk, altså under sterile forhold.

Trinnvis økning

Pasientene kan oppleve smerter når undertrykket blir satt på, så en trinnvis økning i undertrykk blir anbefalt i slike tilfeller. Bytte av bandasjer kan være smertefullt og gjøres ofte på bedøvet pasient enten i generell anestesi eller lokalbedøvelse.

Sår på et kne hvor det er lagt i en skumbandasje og slangen tilknyttet VAC sees på bildet. Når vakuumbehandlingen er slått på, blir luften sugd ut og dette gjør at såret trekkes sammen og volumet minskes. Det fjerner overflødig væske/puss som kan hindre sårtilhelingen og

hjelper til å fjerne interstitiell væske/ødem. Fjerning av ødem øker lokal blodstrøm, og bruk av negativt trykk har vist seg å fremme celledeling.

Det negative trykket gir en mekanisk deformasjon av cellene i området (settes på strekk) noe som øker blodsirkulasjonen og tilheling av vevet.

Bevarer fuktighet

Substanser som frigjøres ved skadet vev blir fjernet og hindres i mekanisk/kjemisk påvirkning av såret. Det gir også et lukket og tett miljø som bevarer fuktighet som er viktig for sårtilhelingen og som fremmer granulasjon. Noen sår gror dårlig på grunn av dehydrering i området.

Apparatet som leverer undertrykk har en oppsamlingsbeholder hvor sårsekret, bakterier og eksudat samles.

Sår som kan behandles med denne metoden:

- Kroniske og akutte og traumatiske sår.
- Andregradsforbrenninger
- Subakutte sår
- Trykksår/decubitus
- Kroniske diabetes og venøse leggsår
- Hudtransplantasjoner

Sår som kan behandles, men med forbehold, er sår som blør og er vanskelig å hemostasere og sår hos pasienter som er under behandling med antikoagulantia

Sår som ikke kan behandles med denne metoden

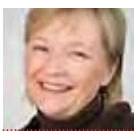
- Fistler til organer eller hulrom
- Nekrotisk vev med skorper
- Ubehandlet osteomyelitt
- Malignitet i såret

Noen retrospektive kliniske studier i England viser at tidsbruken til behandling av vanskelige sår med VAC er mer enn halvert sammenlignet med konvensjonelle metoder hvor man brukte saltvannskompresser i sårene og at kostnadene ved bruk av systemet betaler seg ved redusert liggetid på sykehus.

Erfaringer fra klinikken ellers viser at ikke alle sår reagerer positivt på undertrykk med bra granulering. Behandlingen skal da avsluttes etter 1–2 uker.



Andre faste bidragsyttere:



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



Espen Helge Aspnes er seniorrådgiver ved Sintefs avdeling for teknologi og samfunn. E-post: EspenHelge.H.Aspnes@sintef.no



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

Hilde Milde

Alder: 50 år

Yrke: Enhetsleder

Jobber: Barneklubben, enhet post 2, seksjon for nyfødte

Hos de aller minste

– Jeg gleder meg hver gang friske og fine babyer reiser hjem.

Barn har alltid fascinert meg. Jeg har jobbet med barn hele mitt voksne liv. På tre ulike prematuravdelinger og på Nasjonalt kompetansesenter for hjemmerespiratorbehandling. Når du jobber med barn, jobber du ikke bare med én pasient, men med en hel familie. Det fokuset liker jeg godt. Spesielt fascinert er jeg av at de ørsmå, skrøpelige menneskene som kommer til oss og som trenger hjelp til alle vitale funksjoner, og som etterhvert vokser til og reiser hjem som små fine babyer. Det er en helt spesiell opplevelse hver gang det skjer.

Jeg hadde ikke planlagt å bli leder, men jeg ønsket å være med å utvikle en ny organisasjonsstruktur. Så da barneklubben skulle omorganiseres søkte jeg lederjobben. Jeg liker struktur og langtidsplanlegging. Vi utarbeider handlingsplaner for tre – fire år av gangen.

Jeg ønsker å synliggjøre avdelingen og arbeider for at vi skal nå felles faglige mål. Inn under dette arbeidet hører også organisering av prosjekter, undervisning og prioritering av kurs til de ansatte. Jeg brenner veldig for fagutvikling. I utgangspunktet tenkte jeg at det å være leder er en posisjon mellom barken og veden, men det oppleves ikke slik på vår avdeling. Jeg er så fantastisk heldig å ha en flott og stabil medarbeidergruppe. De er engasjerte, har lang fartstid og høy kompetanse; 80 prosent har spesialutdanning. I tillegg har vi et spesielt godt samarbeid med både legegruppen og ledergruppen. Dette gjør noe med arbeidsmiljøet totalt sett.

Pasientene våre er de for tidlig fødte, syke nyfødte og nyfødte med misdannelser. Jeg starter hver dag inne på avdelingen klokken kvart på syv. Jeg ønsker å være en synlig leder, og det er viktig for meg å prate med noen på alle skift i løpet av dagen. Jeg setter meg aldri ned og tar imot skriftlig rapport, men foretrekker å snakke med nattevaktene inne på avdelingen, det rekker jeg når jeg kommer så tidlig. På den måte får jeg også best inntrykk av hvordan det står til på avdelingen. Etterpå kartlegger jeg dagens ressurser, finner ut om vi trenger ekstravakter eller om vi har noen til overs. Halv ni går jeg i driftsmøte med klinikkledeledelsen, her ser vi på den totale ressursdekningen på hele klubben. Annenhver uke er jeg driftsansvarlig, da sitter jeg på kontoret og gjør forefallende papirarbeid, svarer på e-post og telefoner og så videre. De andre ukene driver jeg med langtidsplanlegging.

Jeg går alltid en runde på slutten av dagen for å hilse på dem som kommer på seinvakt og oppdatere status i driftssituasjonen.

Det mest utfordrende ved denne jobben er samhandling rundt arbeidstidsplaner. Jeg føler for eksempel at resultatet vi kom frem til sist ikke er til det beste for medarbeiderne mine. Men det å være leder innebærer av og til å måtte svelge en kamel. ■

Fortalt til **Susanne Dietrichson** Foto **Bjørn Erik Larsen**





ESKORTERT TIL EKS-PRESIDENTEN: En sykepleier og en lege går mot den Brasilianske ambassaden i Tegucigalpa i Honduras. Ambassaden har vært beleiret av rasende folkemengder i hele september etter at eks-president Manuel Zelaya søkte tilflukt der. Zelaya forsøkte å vende tilbake til landet, men måtte gi opp og

søkte internasjonal beskyttelse. Nå ber han om hjelp fra helsepersonell i byen fordi tåregass skal ha fått folk inne i huset til å kaste opp. Ambassaden har vært omringet av de militære for å holde folket på avstand. Legen og sykepleieren må derfor eskorteres inn på ambassadeområdet. Bildet er tatt 26. september.

Løping fra prosedyre til prosedyre, i rasende fart forbi engstelige pårørende.

– Best å være sykepleier

Indre Havn sykehjem

- › Sykehjemmet stod ferdig i 2004 og er en del av Horten kommunes satsning på en helhetlig og framtidsrettet eldreomsorg.
- › Sykehjemmet er delt inn i ni bo-grupper bestemt etter pasientenes funksjonsnivå.
- › Til sammen består sykehjemmet av 64 døgnplasser og ti dagplasser, og det er utarbeidet kriterier for inntak og opphold.
- › Sykehjemmet har lagt stor vekt på tilgjengelighet, gjenkjennelighet og framkommelighet. Romslige, oversiktlige og avgrensede arealer preger både inne- og uteareal. Hver post har sin egen sansehage på rundt 150 kvm.

Borghild Arnesen ønsker på ingen måte å male alle sykehjemmene rosenrøde. Likevel har hun ikke problemer med å kalle sitt eget sykehjem Indre Havn for «verdens beste arbeidsplass».

Sykepleier Arnesen reagerer derimot på avisoppslag av typen «Sykepleiere skyr sykehjem», som Dagbladet hadde på forsiden i begynnelsen av august. Bakgrunnen for oppslaget er en undersøkelse NSF Student har gjort blant nyutdannede sykepleiere, og som viser at kun 4,2 prosent ønsker å jobbe i sykehjem.

En engasjert sykepleier sitter ved enden av bordet i møterom K22 på Indre Havn sykehjem i Horten i Vestfold. Borghild Arnesen elsker jobben sin på sykehjemmet.

– Oppslaget i Dagbladet er enda et bidrag til å opprettholde en negativ oppfatning i forhold til det å jobbe på sykehjem. Hvorfor ikke i stedet spørre oss som har jobbet på sykehjem noen år? Det føles urettferdig og unødvendig at vi stadig må forsvare jobben vi gjør. Alt er ikke bra alle steder, men det

kunne velge hvor de vil jobbe. Eller?

– Klart de må få velge arbeidssted. Det er bare det at nyutdannede sykepleiere ofte ikke vet hva det vil si å jobbe på sykehjem. De er flasket opp på elendighetsbeskrivelser om at på sykehjem er det sykepleiermangel, enorme mengder arbeid og et marginalt fagmiljø. Da kan vi ikke snakke om virkelige valg, sier Arnesen – for hun retter en pekefinger til sykepleierutdanningen.

– I løpet av noen få år er sykehjemspraksisen i utdanningen redusert fra åtte til seks uker, med fire arbeidsdager og en studiedag i uken. Det er altfor kort tid til å få innblikk i hva det vil si å jobbe som sykepleier på et sykehjem. Spesielt når praksisen er i første studieår og den praktiske erfaringen ofte begrenser seg til opplæring i øvelseslaboratorier på skolen.

Arnesen har selv vært praksisveileder for sykepleierstudenter ved Høgskolen i Vestfold og sett hvor skremmende enkelte studenter opplever sitt første møte med helsevesenet.

– Det kan være tiår siden enkelte sykepleielærere jobbet på sykehjem, og det er erfaringene fra den tiden de presenterer dagens studenter. Det gjen-speiles blant annet i utsagn som «Husk at pasienter på sykehjem ikke får nok å drikke.» Slik er det ikke i dag, i all fall ikke hos oss.

Det fikk Sykepleien bekreftet da vi var på dagligstuen på post A. En post for pasienter med moderat til alvorlig grad av demensutvikling. Her ble det skålt med stettglass fylt med rød saft.

«Gammelt hjem»

Å spasere i gangene på Indre Havn sykehjem er en vandring tilbake i tid. Stoler og sofaer i gammel stil inviterer til å sitte ned hvis man blir sliten. Ved siden av sofaene står glassmontere med forskjellige gamle bruksgjenstander, og på veggene henger bilder fra gamle Horten. Her er det bare å mimre.

Eller man kan gå direkte ut i en av sansehagene. Sette seg på en gammel benk og se ut over Oslofjorden.

Sykehjemmet ble tatt i bruk for fem år siden. Det har store praktiske rom for pasientene, med moderne hjelpemidler som reduserer de ansattes fysiske belastninger. Og romslige oppholdsrom for pasientene som bidrar til en rolig atmosfære.

Dette er sykepleie

Borghild Arnesen har litt sykehuserfaring. Om ikke så mye, så nok til å ha en mening ifølge henne selv.

– Løping fra en prosedyre til en annen. Det var sykehus for meg. Og når du for tredje gang på kort tid raser forbi engstelige pårørende, er det ikke til å unngå at man spør seg selv hva man holder på med. Helhetlig sykepleie? På sykehjem blir man kjent med menneskene bak sykdommene, og kan ta vare på pårørende.

Men fortsatt opplever hun å få spør-

«Det føles urettferdig at vi som jobber på sykehjem stadig må forsvare jobben vi gjør.»

Sykepleier Borghild Arnesen

finnes ikke grunnlag for denne type generalisering. Og hva med pårørende som blir påført unødig engstelse gjennom slike oppslag?

– Det fikk meg til å skrive et svarinnlegg. Men det passet tydeligvis ikke inn i avisens valgkampdekning. Den sa nei takk.

Galt bilde av sykehjem

– Hvorfor dette engasjementet? De nyutdannede sykepleierne må da fritt

– Noen ganger har jeg måttet bruke halve praksistiden på å gjøre studenten trygg. Det er ikke et gunstig utgangspunkt når vi vet at angst «stenger» for læring. Det bør ikke overraske noen at dette gjør nyutdannede sykepleiere usikre på det å jobbe på sykehjem.

Mange lærere på sykepleierutdanningene rundt om i landet burde friske opp sine erfaringer og kunnskaper om dagens sykehjem, mener praksisveilederen.

Borghild Arnesen ble fort lei sykehus.



REAGERER: Borghild Arnesen er lei all negativ oppmerksomhet på sykehjem.

på sykehjem



mål om hun ikke snart skal begynne å jobbe som sykepleier. Underforstått å begynne på sykehus. For Arnesen er svaret enkelt:

– Sykehjemmet representerer grunnlaget for sykepleieryrket.

Ingen tvil om valget

– Hva med Indre Havn sykehjem. Har

institusjonen nyutdannede sykepleiere i sine rekker?

Arnesen tar fram mobilen, og slår raskt åtte siffer.

– Hei Kjellaug. Det er Borghild. Har du tid til å komme på K22? Det er noen som vil snakke med deg.

Et spent ansikt dukker opp i døren. Det er tre år siden Kjellaug Vike

ble ferdig med sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Oslo. 26-åringen, som også er tillitsvalgt for sykepleierne, smiler når vi spør hvorfor i all verden hun jobber på sykehjem. Ingen tillitsvalgsak denne gangen...

– Jeg har alltid ønsket å jobbe på sykehjem. Men det var flere på studiekullet som himlet litt med øynene

GOD HVERDAG: Viktig å skape de gode øyeblikkene, mener Kjellaug Vike (th). Her sammen med Ingrid Fjellvik.





ENKELT VALG: – Jeg har alltid ønsket å jobbe på sykehjem, sier Kjellaug Vike (tv) på «tur» med Ingrid Fjellvik.



GAMLE TING: Her finnes gamle gjenstander som framkaller minner hos pasientene.



FAGMILJØ: – Her på sykehjemmet er det et godt fagmiljø, sier Kjellaug Vike.

da jeg fortalte om yrkesvalget. Men jeg angrer ikke et sekund.

Selv om hun stortrives, så er Vike klar over at mange sykehjem langt fra fungerer slik de burde for verken pasienter eller ansatte.

Vike gikk ikke direkte fra skolebenken til sykehjemmet. Det ble først ett år på slagenheten ved Ringerike sykehus. Men det var heller ikke et tilfeldig valg, understreker hun.

om å observere sykdomsbildet over tid og følge opp allerede igangsatt behandling. Man skal ikke ha jobbet mye med personer med demens for å oppdage at det krever mye kunnskap å tilrettelegge for en god hverdag og å skape de gode øyeblikkene, sier Vike.

Godt fagmiljø

– Marginalt fagmiljø skremmer nyutdannede sykepleiere fra å ta jobb på

fagkompetanse. Selv fikk hun stipend, permisjon med lønn under studiesamlingene og lønnskompensasjon etter fullførte videreutdanning.

Mens Sykepleien er på dagligstuen på post A kommer Eva Bratland innom. Hun er fungerende avdelingsleder. Hos henne står fagutvikling i høysetet.

– Samtalen er viktig når man jobber på sykehjem, sier hun og ser på kollega Arnesen.

Tidligere var det to sykepleiere på sykehjemmet som hadde videreutdanning i veiledning og coaching og planen var å opprette veilednings- og refleksjonsgrupper. Nå er Arnesen alene på sykehjemmet med denne videreutdanningen, men føler hun bør prioritere de konkrete pasientoppgavene.

Når avdelingslederen forsvinner ut døra henger det i lufta at disse gruppene skal på plass.

Hvem snakker om marginalt fagmiljø?

Før Sykepleien takker for besøket insisterer søster Borghild på en kjøpvisning av utearealet, med sine gamle benker, bord, slipestein, solbærbusker, epletre... Ting som er gjenkjennende og kan framkalle minner hos den enkelte pasient.

Her jobber sykepleiere som ikke skyr sykehjem. ■■■

«Det var flere på studiekullet som himlet litt med øynene da jeg fortalte om yrkesvalget.»

Sykepleier Kjellaug Vike

– Erfaringene fra slagenheten har vært nyttige å ha som ballast da jeg begynte å jobbe med pasienter med demens.

– Hva med stresset og de faglige utfordringene?

– Selvsagt er det hektiske perioder, men jeg vil langt fra kalle det stress. Kommunen har som mål en fordeling på 30 prosent sykepleiere og 70 prosent fagarbeidere. Vi er nesten nådd målet på Indre Havn. Når det gjelder faglige utfordringer må man være blind for ikke å se dem. Å jobbe med personer med demens handler

sykehjem. Skal man tro undersøkelsen til NSF Student.

– Jeg kjenner meg ikke igjen i påstanden. Det er fjernt fra vår virkelighet, sier Arnesen.

– Her er det et stort og godt fagmiljø, hvor de fleste sykepleierne har lang erfaring og stor faglig kompetanse. Det er alltid noen man kan snakke med hvis noe er utfordrende eller usikkert.

Arnesen har selv to videreutdanninger, i veiledning og coaching og i helsepedagogikk. Hun opplever at arbeidsgiver også ønsker å satse på

NYHET!

Laktosefri melk og fløte med den samme gode smaken.



Zero Laktose™
teknologi og
varemerke er
lisensiert fra
Valio Ltd

TINE lanserer laktosefrie produkter: TINE Laktosefri Lettmelk og TINE Laktosefri Matfløte. Dette er helt laktosefrie produkter med den samme gode smaken som vanlig lettmelk og matfløte. Selv om du har laktoseintoleranse har du mulighet til å bruke disse meieriproduktene. TINEs laktosefrie produkter finner du på Meny, Ultra, ICA Super og ICA Maxi, Coop Prix, Coop Obs og Coop Mega samt utvalgte Kiwi, Rema 1000, Spar, Joker, Coop Marked og Coop Extra-butikker. Les mer på tine.no/laktoseintoleranse



Det er snart 60 år siden vi
lanserte vårt første produkt



I 1949 ble det første Natusan® produkt lansert: Natusan® Salve. Svanen symboliserer seriens opprinnelse fra apoteket "Svanen", Strøket, København.



NATUSAN® INSTITUSJON - hudpleie siden 1949

Fag & bøøker

POLITISK SPILL: Fagartikkelen på s. 54 belyser hvordan koblinger mellom sykepleiefaget og vitenskap har vært brukt til å styre sykepleiefaget i pakt med politiske interesser. Bildet er fra Stavanger ca. 1900.



3 om intensivsykepleie

Anbefalt av Hildegunn Synnevåg, leder for NSF's landsgruppe av intensivsykepleiere.

TOVE GULBRANDSEN OG DAG-GUNNAR STUBBERUD (RED.)

Intensivsykepleie

Første norske lærebok i intensivsykepleie.

Synliggjør intensivsykepleierens kompetanse og funksjons- og ansvarsområde.

Rettet mot intensivstudenter, men fin som oppslagsverk for intensivsykepleiere. Ny utgave kommer i 2010.



ANNA MARIE MOESMAND OG ASTRID KJØLLESDAL

Å være akutt kritisk syk

– Om pasientens og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov

Livssituasjonen endres for pasient og pårørende ved akutt kritisk sykdom. Sykepleieren kan bidra til mestring av den totale situasjonen, ved å fokusere på de psykososiale reaksjoner og behov. Fin bok for videreutdanningen og ansatte innen akutt- og kritiske syke.



RICHARD S. IRWIN OG JAMES M. RIPPE

Irwin and Rippe's Intensive Care Medicine

Omhandler det siste innen medisin, anestesi og kirurgisk intensiv pleie. Bokens anbefaling er basert på dagens nyeste oppdaterte praksis og vitenskap. (6. Utgave).



Jeanne Boge, I.amanuensis,
Institutt for sykepleie, Høg-
skolen i Bergen.

Kari Martinsen, professor,
Institutt for sykepleie, Høg-
skolen i Harstad/Haraldsplass
Diakonale Høgskole.

Kjell Kristoffersen, professor,
Institutt for sykepleieviten-
skap, Universitetet i Bergen



Florence
Nightingale

Politikk styrer sjukepleiefaget

Koplingar mellom sjukepleiepraksis og vitskap har vore brukt til å styra sjukepleiefaget i pakt med politiske interesser.

I Noreg går det føre seg eit storstilt arbeid for å få sjukepleiarar til å basere praksisane sine på vitskap. I denne artikkelen vil me argumentere for at koplingar mellom sjukepleiepraksis og vitskap har vore brukt til å styra sjukepleiefaget i pakt med politiske interesser. Ved å kopla praksisar til vitskap har ein gitt den politiske argumentasjonen fagleg legitimering, samstundes som det er lite som taler for at sjukepleiepraksis har vore utleia frå vitskap. I fyrste delen av artikkelen argumenterer me for at koplinga mellom

hygieneteori og sjukepleiepraksis var politisk interessant på den tida faget oppstod. Deretter vil me argumentere for at koplingane mellom behovsteori og sjukepleiepraksis blei politisk interessant i etterkrigstida. Avslutningsvis argumenterer me for at koplinga mellom medisinsk evidens og sjukepleiepraksis understøttar politiske interesser i vår tid. Me brukar fleire gongar kroppslige vaskepraksisar som eksempel i argumentasjonen.

Hygiene og sjukepleiepraksis

Ein tidfestar gjerne starten på moderne sjukepleie til 1860, då Florence Nightingale starta sjukepleieutdanning i London. Faget oppstod i ei tid då vestlege samfunn var i ferd med å endra seg frå tradisjonelle jordbruks- til moderne industrisamfunn. Arbeidskraft vart rekna som varer på lik linje med andre varer, og statlege inngrep for å heva arbeidarane sine lønningar vart rekna for uheldig, fordi det ville gje større omkostningar og skada verksemdene sine forsøk på å produsere konkurransedyktige varer (1, s. 373-380). Denne økonomiske politikken auka klasseforskjellane. Dei som eigde noko blei rikare, medan fattige eigedomsause bønder og industriarbeidarar fekk ekstremt dårlege levekår. Når store delar av innbyggjarane i fleire engelske industribyar var så fattige at dei svalt på midten av 1800-talet, tok verken styresmakter eller bedriftseigarar større ansvar for å hjelpe dei som var i naud. I staden fekk den engelske juristen Edwin Chadwick i oppgåve å finna ut korleis ein kunne redusere kostnadane som arbeidarklassa sin skit og sjukdom førte med seg. Arbeidet han stod i spissen for vart ein enorm dokumentasjon av arbeidarklassa sine levekår, og endra Chadwick sitt syn på fattigdom. Frå å sjå på fattigdom som sjølvforskyldt på grunn av låg moral, endra han syn til å meine at det var dei sosiale og materielle tilhøva som dei fattige levde under som førte til skit og ureinsemd. Han argumenterte for at desse tilhøva måtte forberast gjennom sosialpolitisk handling (2).

Verdas fyrste helselov

Det same meinte Nightingale som Chadwick hadde eit tett samarbeid



Sykepleier ukjent sted cirka 1900.
Foto: Theodor Kielland-Torkildsen.

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- » Politikk
- » Historie
- » Hygiene
- » Sykepleierolle
- » Sykepleie





Interiør, behandlingsrom, trolig ved sykehus. To kvinnelige pasienter og sykepleier 1928. Foto: Atelier KK.

med i Sanitation Movement (3). Denne organisasjonen argumenterte for at det var god samfunnsøkonomi å betra levekåra til fattigfolk, for det ville auka produksjonskapasiteten i samfunnet. I forlenginga av denne argumentasjonen fekk England verdas fyrste helselov i 1848, og denne danna mal for liknande lover i andre vestlege land. Noreg fekk helselov i 1860, som var gjennomsyra av miasmatiske hygienetenking (4, s. 84). I den hygieneteorien rekna ein smittesstoffet i seg sjølv for å vera nokså harmlaust. Smitte breidde seg frå utdunstingar frå jordbotnen, utdunstingar frå pusten og huden til sjuke, men farleg blei den berre dersom den blei omgjort til miasme. Ein meinte denne omgjeringa fann stad der det var ekskrement, uorden, søppel, animalske utdunstingar og anna ureinsemd. Slikt var det gjerne mykje av hjå fattigfolk, og der meinte ein at miasmene hadde god grobotn. Ein førestilte seg at det var mogeleg å styrkja motstandskrafta gjennom godt kosthald, klesdrakt, ved å fjerne skit og lort, gjennom nøysam livsstil og sosiale reformer (5, s. 1-3).

Sunnhetskommisjonane

Miasmeteorien var politisk interessant i land som argumenterte for fri konkurranse og minst mogeleg statlege inngrep. Karantenetiltak, det vil seie autoritær avsperringspolitikk, vart rekna som uheldige inngrep mot fri handel, og sidan legane høyrde til klassa som tente på fri konkurranse, er det ikkje usannsynleg at dei prøvde å argumentere for teoriar som understøtta slike politiske interesser (6, 312-313). Men legane var usikre, og dei vingla gjerne frå den eine teorien til den andre, og på slutten av 1800-talet blei miasmeteorien gradvis avløyst av mikrobeteorien. Allereie på 1600-talet hadde ein sett mikrobar i mikroskop, men det var fyrst på slutten av 1800-talet denne læra fekk ei viss gjennomslagskraft. Streng hygiene, tvungen isolasjon og utstrakt meldeplikt blei sentrale verkemiddel for å hindre spreyinga av infeksjonssjukdommar, trass i at slike tiltak innebar eit brot med ideane om personleg fridom og fri konkurranse. Heleslova av 1860 gav legane ein heilt ny plass i det norske helsestellet som

leiarar for Sunnhetskommisjonane som blei oppretta i alle norske kommunar i forlenginga av helselova (4, s. 25-95).

Ny vaskepraksis

Det gjekk ikkje lang tid før legane begynte å sjå seg om etter danna, faglærte medhjelparar, og den fyrste norske fagutdanning i sjukepleie oppstod i 1868 (7). Faglærte sjukepleiarar fekk ei sentral rolle i helsestellet, og hygiene fekk ein sentral plass i faget (8). Lærebøker i sjukepleie som kom ut i Noreg på slutten av

Faget oppstod i ei tid då vestlege samfunn var i ferd med å endra seg frå tradisjonelle jordbruks- til moderne industrisamfunn.

1800-talet/starten på 1900-talet var skrive i ei brytningstid mellom ulike syn på hygiene (jf. ovanfor). Men det er lite som taler for at dei kroppslege vaskepraksisane som det blei argumentert for i lærebøkene var utleia frå nokon av teoriane. Det er derimot mykje som taler for at vaskepraksisane var i pakt med borgarskapet sitt syn på kva som blei rekna for anstendig og økonomisk mogeleg i den aktuelle perioden (9). På midten av 1800-talet var det ikkje vanleg at allminnelege folk vaska seg større til dagleg, men til helga vaska dei synlege kroppsdelar, og til jul heile kroppen. Ein vaska seg ikkje for helsa sin del, men for å visa Gud og medmenneske respekt (10). Borgarskapet markerte avstand til allmugen ved hjelp av oftare og meir omfattande kroppsvask. Då politikarane fann ut at det kunne vere ein fordel for samfunnsøkonomien at fattigfolk vaska seg i pakt med borgarlege normer, vart det sett i verk eit storstilt politisk arbeid for å få arbeidarar og fattige bønder til å vaska seg meir (11). Dette arbeidet var ikkje spesielt for Noreg, men ser ut for å ha vore ein generell tendens i framveksande industriland. Reinsemd var politisk interessant



fordi det var stor uro blant arbeidrar og småbønder som tapte på den frie konkurranse. Dei var svoltne og misnøgde og det var bortimot ei revolusjonær stemning mange stader (12, s. 117-118). Politkarane og andre makthavarar som hadde fordelar av den frie konkurransen, vona at fattigfolk som fekk vanen med å vaska seg, ville oppføra seg ordentleg og vera føyelege, friske og produktive (13).

Behovsteori og sjukepleiepraksis

Nedanfor skal me forflytte oss til etterkrigstida, og koplingar mellom sjukepleie, behovsteori og politikk. Læreboka som Lerheim og Norsk sykepleierforbund (NSF) gav ut i 1967 var den fyrste lærebok i sjukepleie som argumentere for sjukepleie ved hjelp av behovsteori (14). Den signaliserte tydelege forventingar om at pleietrengjande burde vaske bortimot heile kroppen kvar dag uavhengig av kva behov dei skulle ha (9). Denne argumentasjonen var i pakt med dei kroppslege vaskeideala i etterkrigstida. På den tida gjekk det føre seg eit storstilt arbeid i Noreg for at alle skulle få innlagt vatn, og for at bad skulle bli allemannseige (15).

Samstundes som sjukepleiefaget begynte å legitimere seg ved hjelp av behovsteori, oppstår det ei anna interessant endring: Læreboka frå 1967 var den fyrste som omtalte vask og stell av pleietrengjande som personleg hygiene (14). Allereie i 1921 stod det om personleg hygiene i ei sentral norsk lærebok i grunnleggjande sjukepleie (16, s. 235-238). På den tida omfatta personleg hygiene ikkje den pleietrengjande, men alt som kunne fremme eller hemme

For at offentleg sektor skal bli meir effektiv/ rimelegare prøver ein blant anna å styre faglærte sjukepleiarar mot medisinsk be- handling og diagnostikk.

helsa eller arbeidskapasiteten til sjukepleiaren. Læreboka argumenterer for strenge krav til sjukepleiar si personlege reinsemd. Det måtte vera ein ufråvikeleg regel at ho tok bad eller grundig heilvask minst kvar åttende dag. Dersom ho var tilbøyeleg til å sveitta under armane og på beina burde desse delane av kroppen vaskast oftare. Vidare var det viktig at sjukepleiaren fekk kvilepausar og sov godt for å halda seg frisk og sterk. Det ser med andre ord ut for at personleg hygiene omfatta alt som kunne gjera sjukepleiar til sterk og nyttig arbeidskraft. Når ein i 1967 også begynte å omtale vask og stell av sjuke og pleietrengjande som personleg hygiene, var det ei markering av at vask og stell no var blitt ein helsefremmande eigenaktivitet, og det blei argumentert for at sjuke og pleietrengjande hadde behov for å vera mest mogeleg sjølvhjelp og uavhengige av hjelp. Lærebøker frå vår tid omtaler også vask og stell av pleietrengjande som personleg hygiene (17-18).

Teoretisk var sjølvhjelpsargumentasjonen som oppstod i læreboka i 1967 fundert i den amerikanske sjukepleiaren Virginia Henderson sin behovsteori (19, s. 9-20, 37-41). Henderson profilerte og introduserte behovsteori i sjukepleiefaget, samstundes som ho gav uttrykk for uro over den politiske samanhengen teorien stod i. Henderson skriv at både sjukepleiarar og pleietrengjande har rekna sengebadet som krumtappen i sjukepleia. Under stellet hadde den pleietrengjande vore åleine med sjukepleiar, og det hadde vore rom for å gje uttrykk for uro og for å få fysisk og psykisk trøyst. Henderson meinte denne nære relasjonen hadde betydd mykje for både pasient og sjukepleiar, men på grunn av mangel på faglært hjelp

og overfylte sjukehus i etterkrigstida måtte den pleietrengjande vera mest mogeleg sjølvhjelp, aktiv og uavhengig. Henderson var redd for at denne utviklinga kunne føre til at sjukepleiar fekk lite fysisk kontakt med sjuke og pleietrengjande, og blei ståande att med det ho kalla plagsomme behandlingstiltak og blei den som dirigerte andre.

Et humanistisk fag

Men det ser ikkje ut for at uroa over dei behovsteoretiske konsekvensane stakk så djupt hos Henderson, for ho argumenterte for teorien både i 1960 og 25 år seinare (20). Henderson var tydeleg inspirert av Maslow som har hatt ein sentral plass i humanistisk psykologi. Han argumenterte for at menneske har ibuande behov for å veksa og realisera seg sjølv. Han var kritisk til psykologar som baserte teoriane sine på nevrologiske, forkropla individ, fordi han meinte det gav eit skeivt bilde av menneske. Sjølv baserte han teorien sin på studiar av sjølvrealiserande personar med sentrale posisjonar i samfunnet (21, s. 266-275). Det er eit tankekors at sjukepleiefaget har støtta seg på ein slik teori, men Henderson problematiserer ikkje oppkomsten til behovsteori. Politisk var sjølvrealiserande samfunnslemmar interessant i etterkrigstida. Vestlege land skulle byggjast opp att, velferdsstaten skulle etablerast og realiserast og det var stor mangel på helsepersonell. Spesielt sjukepleiarar. Dei som var yrkesaktive måtte fyrst og fremst ta seg av oppgåver som var knytt til medisinsk behandling, medan mykje av det kroppslege arbeidet blei overlevert til hjelpepleiar (22, 203-211). Før andre verdskrig hadde vask og stell av pleietrengjande vore rekna som ein sentral del av sjukepleia, ja, som ei behandlingsform (23, s. 2). NSF var skeptisk til at delar av arbeidet skulle overlatast til anna helsepersonell, men på grunn av stor mangel på sjukepleiarar gjekk forbundet med på ei midlertidig ordning med hjelpepleiarutdanning. Når NSF godtok hjelpepleiarutdanningane kunne det vera fundert i iveren etter å gjere sjukepleie til ein profesjon (22, s. 203-211). I den samanheng var det kanskje ein fordel å bli assosiert med medisinsk behandling og i mindre grad med vask og stell av sjuke og svake kroppar. Ein profesjon må markere grenser mot andre fag, og gjennom behovsteorien til Henderson markerte sjukepleiefaget seg som eit humanistisk fag, som noko anna enn naturvitskapleg medisin. I tillegg til at teorien fungerte som profesjonsmarkør, var den med på å legitimera den politiske styringa av sjukepleiarane bort frå den kroppslege pleia, for teorien var bygd på idear om at menneske har primære grunnleggjande behov, noko som impliserer at ein har i seg ei indre kraft til å realisera seg sjølv utan hjelp frå andre.

Medisinsk evidens og sjukepleiepraksis

Nedanfor vil me argumentere for at koplinga mellom sjukepleiepraksis og den medisinske forståinga av evidens heller ikkje er politisk uskuldig. Koplingane har oppstått dei siste 15-20 åra samstundes med at ein begynte å organisere og omtale helsevesenet som produksjonsbedrifter. Dette har endra språkbruk i helsevesenet. I dag snakkar ein om produksjon, kvalitetskontroll, kunde, og ein prøver å skape inntrykk av at det er den hjelpetrengjande sjølv som avgjer kva hjelp vedkomande treng. Men tanken bak dette er kanskje ikkje fyrst og fremst omtanken for den enkelte, men styresmaktene sin trong for mindre utgifter til helsetenester.

Den bedriftsøkonomiske måten å drive helsetenester på er inspirert av New Public Management (NPM). Kjernen i denne ideologien er nokre få og enkle premisser om at samfunnet består av menneske som er rasjonelle og maksimerer eiga nytte. Det er ikkje uvanleg å leggje til at aktørane er egoistiske og prioriterer egne interesser framfor kollektive omsyn. Det vil seie at dei gjer

det som lønner seg mest. Ifølge den norske sosiologiprofessor Roar Hagen (24, s. 205-212) tidfestar ein opphavet til NPM til starten av 1980-talet, og stadfestar den til England. Derifrå spreidde fenomenet seg til USA, Australia, New Zealand og til ein del utviklingsland. Etter kvart har det begynt å spela ei politisk rolle på det europeiske kontinentet også, kanskje spesielt i Nederland, men også i Danmark og Noreg. Det var i fyrste omgang det konservative parti som støtta seg til NPM, men etter kvart har sosialdemokratane også teke til seg det same tankegodset. I NPM-perspektivet er velferdsstaten for stor, for kostbar, ineffektiv og tek for lite omsyn til den enkelte sine behov. Omtanken for den enkelte sine behov er tilsynelatande, for behova til sjuke og pleietrengjande er berre interessante dersom dei er med på fremme produksjonen i samfunnet på ein måte som reduserer dei offentlege utgiftene.

For at offentleg sektor skal bli meir effektiv/rimelegare prøver ein blant anna å styre faglærte sjukepleiarar mot medisinsk behandling og diagnostikk: Kroppspleia kan overlatast til mindre utdanna/rimelegare arbeidskraft. Denne politikken treng ikkje vere uttrykk for at sjukepleiar ikkje ynskjer å vaske og stelle pleietrengjande. Ein studie frå Danmark viser i alle høve at sjukepleiarane skulle ynskt at arbeidet var organisert slik at dei både kunne gjennomføre medisinsk behandling og utføre den direkte kroppslege pleia sjølv. Dei sakna meir kontakt med pleietrengjande, og ynskte å bruke mindre tid til administrering, koordinering, dokumentasjon og medisiner (25). Studien blei omtalt i det danske politiske magasinet Mandat, som viste til at stram produksjonsorientering i sjukehusa og stort press på å få flest moglege pasientar utskrivingsklare på kortast moglege tid gjorde sjukepleiarane sitt ynskje om meir tid til sjuke og pleietrengjande urealistisk. Magasinet argumenterte vidare for at ein burde tone ned omsorgsaspekt i sjukepleiutdanninga, fordi det var lite rom for slikt i den produksjonsretta sjukepleiekvardagen (26).

Byggjer ned velferdsstaten

I det produktive helsevesenet prøver ein å skaffe seg kontroll over inntekter og utgifter ved å standardisere behandlinga mest moglege, slik at helsevesenet lettare let seg styre av politikarar og makthavarar, og i mindre grad av fagfolk og skjønn. I den samanheng har evidensbasert medisin kome i framgrunnen, og kravet om synlege, objektive sjukdomsteikn for å akseptera menneske som sjuke. Omgrepa evidensbasert medisin (EBM) og evidensbasert praksis (EBP) vert gjerne brukt om kvarandre, men EBP er meir generell og omfattar fleire helseprofesjonar. I Tyskland er det gjort framlegg om at i framtida skal berre evidensbasert behandling refunderast av det offentlege. Taparar i det evidensbaserte helsevesenet er



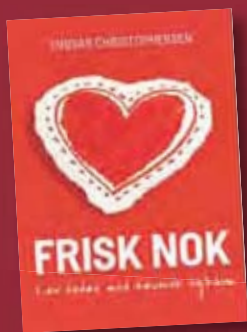
Sykepleier og pasient, Røde Kors klinikk 1945-1950. Foto: Atelier KK.

menneske med sjukdommar og lidningar som ikkje kan forklarast ut i frå naturvitskaplege, fysiske sjukdomsteikn, og lidningar som det ikkje fins standardisert, medisinsk behandling for. I denne gruppa er det mange med kroniske sjukdommar, langvarige pleiebehov, døydande og deira pårørande. Det kan vera vanskeleg å måla mengda og effekten av mykje av det arbeidet som pleiarane utfører i møte med hjelpetrengjande som gradvis vert svakare. Og det kan vere vanskeleg å standardisere tilnærmingane på grunn av dei etiske problema som oppstår i direkte møte med andre menneske si lidning (27-28).

Mangelen på standardisering og målbar effekt kan brukast politisk. England var det fyrste landet som innførte NPM. Der er det i alle høve blitt slik at hjelpetrengjande som ikkje har evidensbaserte medisinske diagnosar som tilseier at dei treng hjelp til kroppsvask, lyt betale private aktørar for slik hjelp, og arbeidet skal primært utførast av ufaglærte. På det viset prøver ein redusere offentlege utgifter, byggje ned velferdsstaten og styre faglærte sjukepleiarar mot evidensbasert medisinsk diagnostikk og behandling (29, s. 106-136). Når Norsk Sykepleiarforbund applauderer politiske føringar om evidensbasert sjukepleiepraksis, kan faget indirekte støtte opp om interesser som går ut på å byggje ned velferdsstaten. ■■■

LITTERATUR

- Skirbekk G, Gilje N. Filosofihistorie: innføring i europeisk filosofihistorie med særleg vekt på vitenskapshistorie og politisk filosofi. 4. utg. ed. Bergen: Universitetsforlaget, 1987.
- Martinsen K. Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays. 2. utg. ed. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
- Sydnes T. Centrale ideer i Florence Nightingales sykepleiefilosofi. In: Birkelund R, editor. Omsorg, kald og kamp Personer og ideer i sykepleiens historie. København: Gyldendal, 2001.
- Schlötz A. Folkets helse - landets styrke. 1850-2003. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
- Natvig H. Hygiene. Jervell A, editor: Fabritius & Sønners Forlag, 1942.
- Moseng OG. Ansvaret for undersåttene helse 1603-1850. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
- Martinsen K. Freidige og uforsagte diakonisser: et omsorgsyrke vokser fram, 1860-1905. Oslo: Aschehoug, 1984.
- Wolf Z. The bath. Journal of Holistic Nursing, 1993;11(2):135-48.
- Boge J. Kroppsvask i sjukepleia: Bergen University, 2008.
- Sundt E. Om renligheds-stellet i Norge. Oslo: Gyldendal, 1975.
- Frykman J. Hel og ren. In: Frykman J, Löfgren O, editors. Det kultiverte menneske. Oslo: Pax Forlag, 1994.
- Stenseth B. Eilert Sundt og det Norge han fant. Oslo: Gyldendal, 2000.
- Vigarello G. Concepts of Cleanliness: changing Attitudes in France since the Middle Ages. Cambridge: Cambridge University Press, 1988.
- Lerheim K. Norsk sykepleierforbund. Lærebok for sykepleieskoler, Bind I: generell sykepleielære. Oslo: Fabritius & Sønners Forlag, 1967.
- Dæhlie K. Vi kunne være renselige uten baderom : en studie av vann : personlig renslighet og modernisering i fjellbygda Alvdal: Universitetet i Oslo, 2006.
- Grøn K, Widerøe S. Haandbok i sykepleien. Kristiania: Aschehoug, 1921.
- Mekki TE, Pedersen S. Grunnleggende sykepleie 1. 3. utg. Oslo: Akribe, 2007.
- Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E-A. Grunnleggende sykepleie, bind 2. Oslo: Gyldendal akademisk, 2005.
- Henderson V. Norsk sykepleierforbund. ICN: sykepleiens grunnprinsipper. Ny utg. ed. Oslo: Norsk sykepleierforbund, 1961.
- Henderson V. Sykepleiens natur og definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning. Refleksjoner etter 25 år. Oslo: Universitetsforlaget, 1998.
- Hall CS, Lindzey G. Theories of personality. 3rd. ed. New York: Wiley, 1978.
- Melby K. Kall og kamp: Norsk sykepleierforbunds historie. Oslo: Norsk sykepleierforbund og J. W. Cappellens Forlag, 1990.
- Jervell A. Lærebok for sykepleiersker, bind I. 3. opplag ed. Oslo: Fabritius & Sønners Forlag, 1944.
- Hagen R. Nyliberalismen og samfunnsvitenskapene: refleksjonsteorier for det moderne samfunnet. Oslo: Universitetsforlaget, 2006.
- Holm-Petersen C, Asmussen M, Willemann M. Sykepleijerskers fagidentitet og arbeidsoppgaver på medisinske afdelinger. DSI rapport 08. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen, 2006.
- Jensen KA. I skyggen af Florence Nightingale. Mandat, Amternes politiske magasin, 2006.
- Martinsen K. Evidens - begrensede eller opplysende? In: Martinsen K, Eriksson K, editors. Å se og å innse. Oslo: Akribe, 2009.
- Martinsen K. Samtalen, skjønnet og evidens. Oslo: Akribe, 2005.
- Twigg J. Bathing, the body and community care. London: Routledge, 2000.



Yngvar Christophersen

Aktuell med: FRISK NOK

– lev bedre med kronisk sykdom

Yrke: Siviløkonom

Bosted: Bærum

Alder: 49 år



På livets slagside

Det er en million kronikere i Norge. Yngvar Christophersen er en av dem. Men han er ikke syk, bare frisk nok.

Tekst Geir Arne Johansen Foto Erik M. Sundt

Kanskje vi kronikere ikke burde anse oss selv som kronisk syke. Vi burde heller se på oss selv som friske nok. Friske nok for livet og for kjærligheten. Friske nok til å bety noe for andre, sier Yngvar Christophersen.

Han har levd med type 1 diabetes i førti år. Til tross for det har han vært norgesmester i seiling. Og drevet konkurransedrett i alpint og fotball. Nå har Christophersen skrevet boken «Frisk nok – lev bedre med kronisk sykdom», som han håper vil inspirere andre kronikere til å gjøre det beste ut av egen situasjon.

– Grunntanken bak tittelen er at vi må bestemme oss for å si «jeg er frisk nok», i stedet for «jeg er syk». Å leve med kronisk sykdom er som å kjøre gjennom livet med en mandagsbil. Men selv om bilen harker og vinger, så er den tross alt kjørbær. Mandagsbiler starter ikke alltid på første forsøket. Men de starter til slutt. Som regel. Det er en kunst å kjøre mandagsbil.

Christophersen snakker av erfaring. Selv om han presiserer at boken ikke er basert på hans egen pasienthistorie.

– Jeg har jo litt innsikt i hvordan dette er, og har gjort meg mange erfaringer gjennom livet. Det går an å være glad selv om man har en kronisk sykdom. Men det krever litt mental innsats. Å dvele ved problemene lø-

ser ingen ting. Vi må gjøre noe med det vi kan gjøre noe med, og så får vi lære oss å akseptere det vi ikke kan endre på.

I boken introduserer han ulike verktøy og metoder for hvordan hver enkelt kan sette i gang det han kaller «sin egen gode sirkel».

– Jeg fokuserer på hva den syke og dens pårørende selv kan gjøre. Målet er å motivere kronikere til å bevege seg på en kronglete sti fra behandling til mestring. Fra å være passivt mottaker til aktivt handlende. Fra forsakelse til utfoldelse.

– Er kronikere for lite flinke til å benytte seg av helsetjenesten?

– En del kronikere kan stille litt strengere krav til seg selv. Møte opp til avtaler. Stille forberedt hos legen. Tenke igjennom ting på forhånd. Lete litt på nett, snakke med andre pasienter. Ta det litt på alvor.

– Hvem har du skrevet boken for?

– Først og fremst de som har en kronisk lidelse. Men like mye de som lever sammen med dem. De er indirekte rammet. Mange påvirkes når en av deres nærmeste får en kronisk diagnose. Boken er også rettet mot leger, sykepleiere og alle som jobber i helsevesenet. Jeg har en ambisjon om å treffe dem som styrer landet også. Selv om dette ikke er ment å være en brannfakkell i den politiske debatten.

– Hva vil du si til politikerne?

– Litt om hvordan helsevesenet er

lagt opp. Det er generelt ganske dårlig til å håndtere kronikere. Mange kronikere trenger et skreddersydd behandlingssystem i hverdagen. Men det finnes ikke systemer for å håndtere en så stor pasientgruppe som kronikerne er. Diabetikere skal for eksempel håndteres av fastlegene, men de fleste har ikke nok kompetanse til å følge opp hele sykdomsbildet.

Christophersen mener det kan være mer hensiktsmessig for kronisk syke å ha en skikkelig samtale med legen en gang i året, enn hyppige ti minutters treff.

– Dessuten tror jeg behandlere av kronikere synes det er morsommere når de vet mer om pasienten, og kan følge vedkommende over flere år. Jeg innbiller meg at det kan være ganske givende for legen å bli kjent med og få fellesskap med pasienten. Mange pasienter vil i løpet av årenes løp bli svært kunnskapsrike. Helsepersonell

pasientene. At de ikke greier å få dem til å innse realitetene, og overbevise dem om at de må gjøre litt selv.

– Du skriver i boken at det er viktig for kronikere å alliere seg med familie og venner?

– Jeg tror det ligger i norsk, puritansk tradisjon å lide i stillhet og kjempe alene. Veldig ofte er det for å skåne, så det ligger gode motiver til grunn. Men en kronisk syk trenger sine foreldre, sine barn, sin ektefelle og sine venner. Det er avgjørende for livsgleden å la dem få delta i kampen, forstå, inspirere og elske.

Yngvar Christophersen tenkte litt som en barnelege da han skrev boken. For den måtte bli slik at han selv ville orke å lese den.

– Barnelegene er snille og koselige. De har med seg bamser. Og skaper en lystbetont og uformell stemning. Slik håper jeg leseren opplever å lese denne boken. Den tar opp et alvorlig

Å leve med kronisk sykdom er som å kjøre gjennom livet med en mandagsbil.

er etter min erfaring veldig interessert i å høre på pasienten. Det hjelper dem å forstå mer om hvordan det er å leve med sykdommen 365 dager i året. De har tross alt ikke skoen på selv.

Han oppfordrer leger og sykepleiere til å spørre pasientene hvordan de tar det i dag, fremfor hvordan de har det.

– Det ligger en viktig forskjell mellom å ha en sykdom og ta en sykdom. Jeg tror leger og sykepleiere ofte kan føle på at de ikke klarer å nå frem til

tema, men henvender seg til leserens hjerte.

– Min ambisjon med boken er at mitt håp skal bli vårt håp. Diagnosene våre er ulike, men ett har vi kronikere felles: en seig motstander, en ledsager for livet, en påtvunget følgesvenn, som tidvis kommanderer, som sperrer, og som bare adlyder oss en gang iblant. Min oppfordring er at du satser på det gode, ikke det beste. Og at du fokuserer på dine styrker, ikke dine svakheter. Det er ofte godt nok. ■■■

Å skrive liv

ORDET BIOGRAFI KOMMER AV det greske «bios» som betyr liv og «graphie» som betyr skrive, altså å skrive liv. En tradisjon som strekker seg gjennom hele den vestlige litteraturhistorien fra Augustins (bildet) «Bekjennelser» fra år 397 til Marcel Prousts modernistiske tolvbindsverk «På sporet av den tapte tid».

Da jeg var 14 år og hadde tatt det første steget inn de voksnes lesende rekker, var jeg sikker på at jeg aldri skulle lese en biografi. Lese om et annet menneskes liv, hvorfor det? Nei, romaner var tingen. Det diktete livet var det som interesserte meg.

I dag, snart tretti år og noen hundre romaner etter, er nattbordet mitt fullt av biografier. Det begynte med at jeg fikk Simon Beauvoirs «Moden alder» til førtiårsdagen. I løpet av et par år har jeg lest meg gjennom mange interessante menneskers liv, skrevet av dem selv eller andre. I dag synes jeg det å lese en god biografi er en helt egen og fullverdig leseropplevelse. På sitt beste levde liv, samtidshistorie og fiksjon i ett.

Per Olov Enquist understreker det fiktive aspektet ved selvbiografien i sin nylig utgitte selvbiografi «Et annet liv» ved at den er skrevet i tredje person. Slik aktualiseres spørsmålet om det virkelig er seg selv han skriver om. På den annen side: er vi den vi engang var? Sigmund Freud brukte begrepet «nachträglichkeit» for å belyse avstanden mellom det fortellende og det fortalte jeg. Da Tore Rem ble intervjuet i forbindelse med Bjørneboe-biografien han nettopp har gitt ut, innrømmet han at det å skrive en biografi på ett plan også innebærer å skrive om seg selv. Karl Ove Knausgårds ambisiøse selvbiografiske «Min kamp» som kommer i seks bind, leker også med dette tette forholdet mellom virkelighet og fiksjon: Alt er sant hevder han. Men hva er å være sant, kan vi som leser lure på.

Slik ender vi opp ved det uløselige mysteriet om forholdet mellom kunstneren og verket.

Kan disse skilles fra hverandre? Er det i det hele tatt mulig å skrive uten at det handler om en selv? I så fall er all fiksjon selvbiografisk og all biografi fiksjon.

Jeg tror det er derfor det er så spennende å lese biografi, fordi det å lese om andres liv, på ett plan, også er å lese om sitt eget.



Susanne Dietrichson



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.

Om grafiske figurer og tabeller

Jeg har beskrevet hvordan vi kan sammenfatte data ved hjelp av ulike mål for gjennomsnitt og variabilitet. Tabeller og grafiske figurer kan hjelpe oss med det samme.

Tabeller og grafiske figurer er også viktige hjelpemidler i forberedelsen til de statistiske analysene. Datasettet nedenfor er «masse tall» som det er vanskelig å få oversikt over. Dette til tross for at datasettet har få (48) verdier.

Tabell 1.
Luteiniserende hormon (Ie/L) målt hos NN hvert 10. minutt

1	2.4	7	2.3	13	2.2	19	2.2	25	2.3	31	2.7	37	1.5	43	3.1
2	2.4	8	2.3	14	1.8	20	1.9	26	2.0	32	2.3	38	1.4	44	2.6
3	2.4	9	2.5	15	3.2	21	1.9	27	2.0	33	2.6	39	2.1	45	2.1
4	2.2	10	2.0	16	3.2	22	1.8	28	2.9	34	2.4	40	3.3	46	3.4
5	2.1	11	1.9	17	2.7	23	2.7	29	2.9	35	1.8	41	3.5	47	3.0
6	1.5	12	1.7	18	2.2	24	3.0	30	2.7	36	1.7	42	3.5	48	2.9

Vi kan sortere datasettet ved hjelp av «stamme-og-blad»-metoden (stem-and-leaf plot) (figur 1). Vi deler datasettet inn i hensiktsmessige, like intervaller, og noterer hver registrering:

Figur 1.
Lh (Ie/L) målt hvert hos NN hvert 10. minutt

Stamme-og-blad-plott

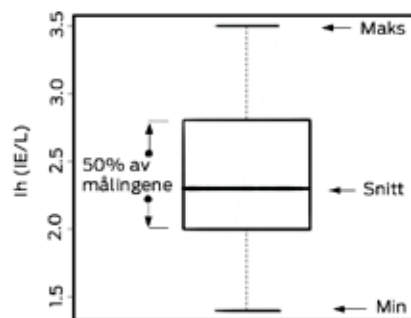
14		000
16		00
18		000000
20		000000
22		00000000
24		000000
26		0000000
28		000
30		000
32		000
34		000

Kommaet blir tatt bort. (Her ligger det et siffer til venstre for den lodrette streken.) De tre minste målingene er 1.4, 1.5 og 1.5, ikke 14.0 tre ganger, som en kan forledes til å tro. Vi ser området for målingene, og

hvordan dataene fordeler seg. Vi kan anslå gjennomsnittet noenlunde. Men: plottet kan være misvisende.

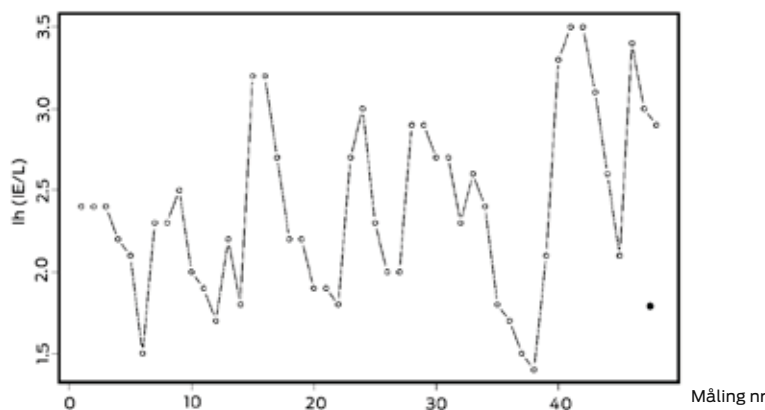
Alternativt kan vi beskrive målingene ved hjelp av et boksdiagram. (Navnet er morsommere på engelsk: «box-and-whiskers-plot»; – «kasse-og-værhår -diagram»).

Figur 2.
Lh (Ie/L) hos NN målt hvert 10. minutt



Boksdigrammet inneholder mye informasjon. Vi ser området, gjennomsnittet, og min- og maksverdiene. Boksen inneholder de midterste 50 prosent av målingene (dvs. fra 25. til 75. percentil). Hadde vi hatt en sterkt avvikende verdi, ville denne vært angitt som en liten sirkel eller ei stjerne «utenfor» værhåra.

Figur 3.
Lh (Ie/L) hos NN målt hvert 10. minutt



Målingene er foretatt med 10 minutters mellomrom. Slike målinger kalles tidsserier. Plotter vi målingene i den rekkefølgen de er gjennomført, vil svingningene i konsentrasjon komme fram.

Stamme- og bladplottet sorterer informasjonen fra «minst» til «størst». Dette kan være misvisende, om det ikke gjøres kjent. Statistiske figurer skal oppsummere den vesentlige informasjonen. Informasjonen skal være tydelig, korrekt og komplett. Man skal ikke trenge å lese artikkelen. Figuren eller tabellen skal forstås allikevel.

En kan gjerne kombinere flere figurer, eller figurer og tabeller. Når en skal lage slike, gjelder regelen «jo enklere, jo bedre». En bør bruke minst mulig overflødig informasjon, som farger, tredimensjonale stolper, skraveringer osv. Hvert element skal være nødvendig. Dette gjelder overskrifter, betegnelser på aksene, måleenheter, og selve grafikken.

Tabeller skal også ha minst mulig «krimskrams». Mange institusjoner og tidsskrifter har detaljerte normer for hvordan tabeller og figurer skal utformes. Dessverre varierer normene. Normene til «American Psychological Association» benyttes mye. Se «Publication Manual of the American Psychological Association» 6.th Ed., eller nettsida deres: <http://www.apastyle.org> for detaljer. ■■■



Bare en overlevende

Av Jan Faye Braadland
Fotografier av Esther Frydenlund
159 sider
Tekstforlaget 2009
ISBN: 978 – 82 – 992312 – 3 – 7
Anmelder: Inger Frogg Jørgensen,
psykiatrisk sykepleier

Livet som overlevende etter tsunamien

ANMELDELSE: Søndag 2. juledag 2004 ble forfatteren og hans familie tatt av monsterbølgen på paradisoya Koh Hong i Thailand, og feid av gårde med stor kraft innover i jungelen. Alle fire overlevde. Boken handler mye om nettopp det. «Det er ikke lett å være heldig. Å være dem som overlever en katastrofe, med alt man har vært vitne til og delaktig i.»

I første del beskriver Braadland hendelsesforløpet kort og konsist. Nesten i telegramstil. Et kjent litterært grep, som ikke unngår å gjøre sterkt inntrykk på leseren. I del 2 benyttes terapeutiske dikt til å beskrive det ubeskrivelige. Diktene er ført i pennen av forfatteren selv, og supplert av eminente symboltunge fotografier tatt av hans kone Esther.

Deretter følger del 3, som også er den lengste. Personlig finner jeg denne som den beste, men også som den mest provoserende. Her får vi faktaorientering om hva en tsunami er forårsaket

av, og forfatteren har gått grundig til verks når det gjelder kildemateriale fra mange vitenskapelige hold. Et til dels motstridende forskningsmateriale, presiserer Braadland.

De filosofiske betraktningene er også verdt å dvele ved. Var det en tsunami som la Atlantis under havet? Og hvorfor været urbefolkningen og dyrene katastrofen, slik at de unngikk den ved å flykte i tide? Kanskje vitner dette om en type sanser som for lengst er gått tapt i vår høyteknologiske hverdag.

Jeg har imidlertid også innvendinger til Braadlands gripende og nødvendige vitnesbyrd. Blant annet at smerte og traumer ikke bør settes opp mot hverandre. Dette er ikke noe man kan måle på en vekt. Det vises til «små ulykker» eller «dårlige nyheter fra lege». Man dør vel ikke nødvendigvis vakrere etter dårlige nyheter fra legen, enn i en tsunami. Men muligens langsommere.

En annen – i denne sammenheng

– nådeløs kommentar må med. Jeg er av den oppfatning at overlevende etter tsunamien ikke kan sammenlignes med stigmatisering av krigseilere, nordsjødykkere og FN-veteraner. De var ikke på ferie. Et faktum som ikke gjør forfatterens katastrofe og påfølgende traumer mindre.

Esther setter fingeren på noe som er vel verdt å reflektere over: De overlevende mottar i ettertid et spørreskjema i forskningsøyemed. Et av spørsmålene lyder: «Vurderer du å ta ditt eget liv?» Esther, som selv er sykepleier, ser varsellampene blinke. For de overlevende skal svare anonymt. Så hva gjør forskerne da med hver rubrikk det er kryssset av «ja» for?

Stort pluss til forfatteren for en redelig og omfattende litteraturliste. Alt i alt en bok som vekker tanker, følelser og reaksjoner.

Les også forfatterintervju med Esther Frydenlund i nr. 13/2009

Jeg skal jo bare vandre gjennom denne verden en gang. Alt det gode jeg kan gjøre, all den vennligheten jeg kan vise et annet menneske, må jeg gjøre nå. Jeg må ikke utsette og forsømme det, for jeg kommer aldri denne veien igjen. Henry Drummond



Livet med diabetes i ord og bilder

Av Sven Grotdal (red.)
232 sider
Norges Diabetesforbund 2009
ISBN: 978-82-90472-13-4
Anmelder: Elisabeth Holmen Berg,
diabetespsykepleier ved Oslo universitets-
sykehus, Ullevål

Nært og personlig om å leve med diabetes

ANMELDELSE: Sven Grotdal er prosjektleder bak denne boken, som inneholder over 100 enkeltbidrag fra ulike mennesker som forteller om hvordan livet med diabetes arter seg for dem. De deler av sine personlige historier, bilder og dikt. Noen av bidragsyterne er barn, som har laget tegninger eller fått hjelp av foreldrene til å fortelle sin historie. Andre er godt voksne, som har hatt diabetes siden tidlig på 1950-tallet.

Historiene i boken tydeliggjør heldigvis at mye har endret seg for diabetikere siden den gang. Både når det gjelder holdningene man blir møtt med, og det medisinske utstyret som er tilgjengelig. I boken møter vi personer med type 1 og type 2 diabetes, men har du ikke fått med deg hva type

3 og type 4 diabetes innebærer, har du kanskje en ekstra god grunn til å lese den.

Vi får ta del i opplevelser og situasjoner knyttet til følingsepisoder, og diabetikerne i boken gir uttrykk for noe av den følelsesmessige belastningen livet med diabetes innebærer. Helsepersonell får også komme til orde i boken. De forteller om sine møter med diabetikere, og gir uttrykk for respekt for den utfordringen det er å leve med diabetes hele livet.

«Skal du forstå diabetes, må du forstå føling» hevder Yngvar Christoffersen (forfatter av boken «Diabetes for livet»). Jeg har større forutsetninger for å forstå føling etter å ha lest denne boken.

Gruppen Ungdiabetes i Norges Dia-

betesforbund, har beregnet at personer med diabetes bruker om lag 0,0228 prosent av året hos legen. Vi sykepleiere møter personer med diabetes som er innlagt på sykehus, eller i poliklinikken. Korte møter hvor vi i hastige øyeblikk utfører det vi som helsepersonell er mest opptatt av, nemlig å måle blodsukker/HbA1c og dosere insulin/tabletter.

Boken kan være med og åpne øynene våre for hvordan livet med diabetes er de resterende 99,78 prosentene av tiden. Personene vi møter har ikke diabetes kun i møte med helsevesenet. Det meste av livet med diabetes dreier seg om livet utenfor sykehusets vegger, og de viktigste personene i livet er ikke helsepersonell, men foreldre og barn, kjæreste og venner.

Quiz

tekst Eivor Hofstad foto Colourbox

Er du en kompetent sykepleier?

Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hvor mange av landets psykisk utviklingshemmede får psykofarmaka uten å ha en psykiatrisk diagnose?

- A En av ti
- B Fire av ti
- C Sju av ti

2 Hva skiller H1N1-viruset fra vanlige sesonginfluensavirus ifølge forskere ved Imperial College i London?

- A Det smitter særlig kvinner
- B Det gir infeksjon dypt i lungene
- C Det tredobler risikoen for å få Multippel sklerose

3 Hva er symptomene på den såkalte «kinky hair disease»?

- A Vridde, vanskapte hår, grå, slapp hud og hjernesvinn
- B Abnorm kroppsbe håring og stor seksuell appetitt ved fullmåne
- C Ekstra lange hår rundt kjønnsorganene og under armene, samt sterk kroppslukt

4 Og hva forårsaker denne hårsykdommen?

- A Vitamin B-mangel
- B Koppermangel
- C Aterosklerose (åreforkalkning)

5 Hvilken forskning fikk tre amerikanere den medisinske nobelprisen for i år?

- A Telomerenes rolle hos kromosomene
- B Makrofager i kokultur
- C Hiv-virusets spredningsmønster

6 Fra første januar 2010 endres helsepersonelloven. Hva er blant annet nytt?

- A At helsepersonell skal la taushetsplik-

- ten gå foran opplysningsplikten
- B At helsepersonell plikter å ivareta mindreårige barn som pårørende
- C At helsepersonell på sykehus må informere om kvaliteten ved alle helseforetak før pasienten blir tilbudt fritt sykehusvalg

7 Både politibetjent og sykepleier har tre års bachelorutdanning. Hvordan er begynnerlønnen ifølge nettsiden utdanning.no?

- A De tjener omtrent likt
- B Sykepleierne tjener minst 48 000 kroner mer i året
- C Politibetjentene tjener minst 84 000 kroner mer i året

8 Det diskuteres hvor trygt det er å gi barn febernedsettende kombinasjonsmidler som inneholder både ibuprofen og paracetamol. Hvilke bivirkninger er man redd for ved denne kombinasjonen, ifølge British Medical Journal?

- A Alvorlig leverskade
- B Nyreforgiftning og streptokokk-infeksjon
- C Lavt blodtrykk og forlengelse av sykdomstid

9 Hvem konstruerte ordet allergi i 1905?

- A Bakteriolog Alexander Fleming
- B Immunitetsforsker Paul Ehrlich
- C Barnelege Clemens von Pirquet

10 Hvor mange sykepleiere sitter på Stortinget?

- A Åtte
- B 19, en fra hvert fylke, slik loven sier
- C En (Laila Dåvøy)

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.)



MÅNESYK: Er dette et tilfelle av Kinky Hair Disease?

SVAR: 1C, 2B, 3A, 4B, 5A, 6B, 7C, 8B, 9C, 10A

FAG NYHET

Rydder vei i prosedyrevellinga

Omfanget av kliniske prosedyrer i norske sykehus er enormt. Nå skal det ryddes opp.

Tekst Bjørn Arild Østby

Et nyopprettet nettverk tar mål for seg å rydde opp og bidra til samarbeid mellom sykehus, bedre kvalitet, bedre tilgjengelighet og økt bruk av forskning i utvikling av kliniske prosedyrer.

35 000 prosedyrer

En undersøkelse som Sykehuset Innlandet, Oslo universitetssykehus, Ullevål og Kunnskapsenteret gjennomførte ved 30 sykehus i sommer, viser at behovet for å rydde er stort. Undersøkelsen avdekket blant annet at det finnes mer en 35 000 prosedyrer og at de fleste ikke koordinerer sine prosedyrer med andre foretak.

– Vi fant også at enkelte avdelinger ikke hadde prosedyrer, eller bare hadde prosedyrer som var samlet i permer. Prosedyrer varierte avdelinger imellom, prosedyrer hadde irrelevante referanser, manglet referanser eller hadde ikke vært oppdatert på flere år, det fantes prosedyrer som det ikke var mulig å gjennomføre i praksis og som ikke hadde vært på høring hos kliniske

eksperter, opplyser koordinator for arbeidet, Karin Borgen.

Nytt nettverk

Et nyopprettet nettverk vil utarbeide nye felles kliniske prosedyrer. Prosedyrene skal lages i henhold til internasjonal standard.

– Klinikere og forskere som har ansvar for enkelte pasientgrupper, samarbeider om å lage kliniske prosedyrer. Klinikerne sørger for at prosedyrene lar seg gjennomføre i praksis, og forskerne sikrer godt dokumentert kunnskapsgrunnlag. Prosedyrene skal gjøres fritt tilgjengelig for alle helseinstitusjoner og alt helsepersonell via Helsebiblioteket, sier Borgen.

Borgen opplyser at Agree-instrumentet skal brukes for å lage og vurdere prosedyrene. Metoderapport, søkehistorikk osv. skal legges ved den kliniske prosedyren.

– Man skal kunne gå oss etter i sømmene for å kontrollere hvordan vi er kommet frem til resultatet, sier Karin Borgen. ■

Behandling / forebygging av ligge- og trykksår

Wima-labben

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



Wima produkter

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

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

Jeg ga rapport og ble
latterliggjort side 67

Rød-grønn løgn
til sykepleierne! side 66

Vil bli sykepleier,
men et annet sted side 68

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 LAILA REIERTSEN

«Eg og, hvisket de.
Eg og er Frp-er.»

72

DILEMMA PER NORTVEDT

«Tenk om pasienten faktisk ga
blaffen og at dette for ham var
en seriøs beslutning.»

70



NSF HAR ORDET Forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no

Er vi kvinner sykkelige?

Ifølge tall fra Nav stiger sykefraværet blant kvinner dramatisk. Vår egen statistikk viser derimot ingen økning blant sykepleierne som gruppe, og andre fagmiljøer mener Navs tall er misvisende. Vi må likevel ta problemet med sykefravær på alvor og stille oss spørsmålet: Hvorfor er det slik?

Tall fra Nav viser i korte trekk at sykefraværet i siste kvartal var på 8,8 prosent for kvinner og 5,7 prosent for menn. Fra 1989 til 2008 har kvinner hatt 36 prosent økning i sykefraværet, mens det for menn har økt med 4 prosent. Andre fagmiljøer hevder at Nav har basert seg på feil grunnlag – blant annet ikke tatt hensyn til at kvinner i større grad jobber deltid i sine utregninger. Uansett må vi hele tiden ha sykefravær og årsakene til sykefravær på dagsorden.

I Dagsavisen 29. september kan vi under overskriften «Mannlige pleiere viser mest omsorg», lese at også menn i eldreomsorgen blir utbrent. Forfatteren av boka «Menn i pleie og omsorg – brødre i hvitt», Helge Svare, blir

Kvinner mangler kultur for å si fra.

intervjuet om dette og forklarer: «At mennene legger mye energi i at beboerne skal ha det bra, gir økt fare for utbrenthet, særlig når tidspres eller manglende ressurser ikke tillater det».

Dette er selvsagt et viktig moment for de fleste kvinner i helse- og omsorgssektoren. Vi lever med konstant dårlig samvittighet for det vi ikke fikk gjort på jobben – og det vi ikke fikk gjort hjemme. Kvinner er fortsatt dem som tar ansvaret for hus og hjem og lever i en dobbeltrolle som sliter i det lange løp. Det må ikke være sånn at omsorgsinstinktet vårt gjør oss syke. Vi må klare å finne måter å håndtere dette på, både i jobben og hjemme. Og når vi samtidig vet at sykefraværet er høyest blant de unge kvinnene, der man skulle tro likestillingen har kommet lengst på hjemmebane, så må forklaringen ligge et annet sted. Det kan jo være fristende å sitere Kristin Clemet som

kritiserte vår manglende arbeidsmoral, at de unge mangler viljen til å arbeide.

Vi vet imidlertid at de unge krever mer av arbeidsgiver enn det som var vanlig tidligere. De ønsker ikke rutinejobber, men forventer at

det blir investert i dem i form av kompetanseheving og lønn. Vi ser store forskjeller mellom institusjonene på sykefravær. Jeg våger den påstanden at der sykefraværet er lavest, er der det avsettes penger til faglig utvikling. For vi trenger alle, og de unge ansatte krever det, å utvikle oss faglig og personlig. Hvis ikke blir arbeidet kjedelig og rutinepreget, og vi mister gnisten til å gå på jobb. Dette, sammen med økt lønn, må til for å få oss til å føle oss verdsatt og viktige. Det er avgjørende for å føle ansvar og glede ved den jobben man skal utføre. Helge Svare sier det helt riktig: «Hvis man tilbyr kurs i medisin, etikk, filosofi eller litteratur, vil jobbene bli mer attraktive».

Det er et annet perspektiv jeg også har lyst til å bringe inn, og det er kultur. Min erfaring er at kvinner i for stor grad mangler kultur for å si ifra. Vi har en usunn evne til å bite ting i oss, og deretter «lide» i stillhet. Vi må våge å stå sammen, si ifra og finne språket som gjør at vi blir lyttet til. Vi må lære oss til å argumentere faglig for våre krav og vise til konsekvenser. Vi må våge å spørre ledelsen: «Hvilke konsekvenser får det for pasientene, faget, rekrutteringen og min evne til å utvikle meg som god sykepleier dersom jeg ikke får kompetanseheving?» – og deretter være tydelig på egne argumenter. For igjen å si det med Helge Svare slik han formulerer det i sin bok: «Å velge en politisk mestringsstrategi, slik mennene har fått æren for å ha gjort, innebærer ikke bare å si tydelig ifra. Det innebærer også å rette blikket bort fra seg selv, mot maktforhold og strukturer i omgivelsene.»



UANSETT om det stemmer at kvinner er sykere, eller ikke, må vi alltid ha sykefravær og årsakene til det på dagsorden, skriver Normann.

DEBATT

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

Det som gagnar legene, gagnar også pasientene!

Jeg ønsker å svare på artikkelen «Det handler om makt» i Sykepleien nr. 13, 2009.

«Det som gagnar legene går ut over pasientene», sier Janne Sonerud, direktør i Divisjon for sykepleie på Ahus. Hun omtaler avgangen til direktør Erik Kreyberg Normann, og mener i hovedsak at dette ikke dreier seg om Normanns lederstil, men om en maktkamp innad i sykehuset mellom leger og sykepleiere. Dette er et utsagn jeg gjerne vil komme med noen synspunkter på.

For det første; det er ikke bare legene som er misfornøyd med divisjon for sykepleie og måten den drives på, et stort flertall i pleiegruppen deler legenes oppfatning om at mye fungerer svært dårlig, dette gjelder i hovedsak de som jobber innen det kirurgiske miljøet. Jeg opplever at det er stor enighet mellom leger og sykepleiere når det gjelder hva som fungerer og ikke, jeg er ikke vitne til den maktkampen som Janne Sonerud snakker om, og opplever at dette ikke stemmer med virkeligheten for oss i kirurgisk enhet, og vi utgjør tross alt en ganske stor gruppe ansatte.

Janne Sonerud har standardisering og fleksibilitet som utgangspunkt, og grunnlag for sykepleie-divisjonen, det vil si at en sykepleier i prinsipp skal kunne jobbe på hvilken som helst avdeling på huset og at pasientene skal kunne ligge hvor som helst på huset bare det er en ledig seng tilgjengelig. Jeg er veldig uenig i at dette er en god modell. Jeg mener tvert imot at sykepleiernes spisskompetanse

er helt avgjørende for at hver enkelt pasient skal få riktig behandling til rett tid! Det er ikke likegyldig hvilken avdeling du ligger på om du blir innlagt på sykehus med for eksempel ileus; du er prisgitt sykepleiere som kan faget sitt og har kompetanse nok til å iverksette de riktige tiltakene omgående. Jeg mener at denne modellen er svært uheldig i forhold til at pasientens behov til enhver tid skal komme først. Jeg oppfatter heller dette som et ønske om å unngå korridorpasienter, og det for enhver pris!

Det er selvfølgelig bra at pasienter slipper å ligge på korridor, ikke misforstå meg, men det hjelper svært lite å ligge på et fint rom med tv og internetttilgang om man ikke får den sykepleien som er nødvendig. Hvis man skal snakke om at pasientens behov kommer først, må man sørge for at pasienten får effektiv og kompetent sykepleie fra første stund, og unngå situasjoner hvor pasienter blir liggende i opptil tre døgn uten å få iverksatt adekvat behandling.

«Sykepleiefaget settes i fokus», sier Janne videre, «og vi legger spesielt fokus på kompetanse». Dette har jeg sett svært lite til i løpet av året som har gått. Fagutvikling har vært et ikke-tema, blant annet på grunn av høy arbeidsbelastning og dårlig økonomi. Dette har resultert i at fagsykepleie har måttet bidra ute i pleien og ikke fått mulighet til å gjøre jobben sin. I stedet for fagutvikling har det stikk motsatte skjedd; nemlig en nedbygging av den sykepleiefaglig kompetansen i hele det kirurgiske miljøet på huset.

Jeg har vært fortvilet vitne til at veldig mange av mine kompetente og dyktige kollegaer har sluttet. Konsekvensene av dette er blant annet at det meldes alvorlige avvik hver eneste uke på Ahus, pasientene får ikke den sykepleien de trenger! Jeg opplever at det i like stor grad er frustrasjon over denne negative kompetanseutviklingen blant legene som hos sykepleierne. Jeg opplever bred støtte fra legene. De ser godt at sykepleien som gis per i dag ikke er tilfredsstillende. Så langt jeg forstår er vi med andre ord enige og utøver ingen maktkamp!

Helt til slutt; Janne Sonerud og sykepleiedivisjonens idé om hvordan sykehuset skal drives er etter min mening utopi. Den standardiseringen Janne Sonerud snakker om er etter min mening en fallitterklæring for sykepleiefaget; en sykepleier er ikke en sykepleier! Uten spisskompetanse innen alle fagfelt er vi etter min mening dømt til å mislykkes.

Ingunn Åmot, sykepleier på

S202 gastrokirurgisk avdeling, Ahus, og kolleger:

Tonje Sakshaug, Mari Klingenberg, Lise-Mette Holme, Mette Breiby Andersen, Anne Lie, Hilde Byklum, Inger Berit Ekkjestøl, Anne K Fossum, Sissel Irene Hoem, Inger Lise Stubberud Næss, Heidi Miltvedt, Silje Bjerke, Mari Julie Fagernes, Kati Silvekoski, sykepleiere og hjelpepleiere på S202.

SIDEN SIST
Siden sist inneholder korrigererte og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe? Kontakt oss på interaktiv@sykepleien.no

Mente det ikke slik

Takker for interessen fra dere da dere skrev artikkel «vi bare spør Lona Gamst» i Sykepleien 13/2009.

Ble veldig lei meg da jeg ble referert helt feil når det gjelder mitt syn på å ta inn utenlandske sykepleiere på sykehjem. Mitt egentlige syn er at det er uverdige for de utenlandske sykepleierne å skulle bli satt inn i et yrke hvor kommunikasjon er en stor del av omsorgen til pasientene, uten å få god nok norskopplæring og oppfølging fra kommunene.

De utenlandske pleierne jeg har jobbet med er veldig omsorgsfulle, pliktoppfylgende, faglig dyktige og ikke minst villig til å lære, men norskkunnskapene bør være bedre når de får tildelt en stilling slik at de på lik linje med oss norske sykepleiere kan utføre den jobben det forventes

en skal gjøre. Det er ikke rom og tid nok til god oppfølging, spesielt mht. språkopplæring til alle disse flotte menneskene som er villig til å hjelpe Norge med en skrantende eldreomsorg. Dessuten går det ferdig utdannede sykepleiere i altfor lang tid i hjelpepleierstillinger/assistentstillinger i påvente av en norsk godkjenning. Er dette en måte å spare penger på?

Skal vi ansette utenlandske kolleger så må vi i mye større grad ta vare på dem – tett oppfølging og ikke minst ha en plan for alle de som er utdannet sykepleiere fra hjemlandet og få de mye i sykepleier stillinger – hvor de faktisk hører hjemme.

Forventer at denne rettelsen kommer på trykk, det fortjener alle våre nye utenlandske kollegaer.

Mvh. Lona Gamst.

Feil i quiz

I Sykepleien nr. 14/2009 er det en quiz der dere bl.a. spør om hvor mange dagkirurgiske avdelinger som er ISO-sertifisert. Riktig svar er ifølge Sykepleien en avdeling, og jeg går ut ifra at dere her tenker på dagkirurgisk avdeling ved Oslo universitetssykehus HF, Aker, som er omtalt på side 51-53.

Dette er feil! Dagkirurgisk avdeling ved Sykehuset Asker og Bærum ble også ISO-sertifisert i desember 2008.

Mvh. Eli Nørstebø, intensivsykepleier, dagkirurgisk avdeling, Sykehuset Asker og Bærum

Svar:

Dette er sant. Også andre, som Kongsvinger sykehus, er ISO-sertifisert, og flere er i ferd med å bli det.

Red.



DEBATT

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

Rød-grønn løgn til sykepleierne!

Den rød-grønne regjeringen har nå lagt fram sin erklæring, Soria-Moria 2. Også denne gangen ofres norske kvinner og dere rett til like god lønn som menn! Regjeringen sier at den norske lønnsfastsettelsesmodellen skal bevares og at det er en god modell siden konkurranseutsatt sektor gjennom dette har muligheten til å holde norske kvinners lønnsnivå nede. Det skulle jo tatt seg ut om «kjerringene» skulle få like godt betalt som gutta! De inviterer seg selv (partene i arbeidslivet) til å diskutere med seg selv om man skal kunne følge sitt eget (likelønnskommissjonens) råd om å gi kvinner anstendig lønn. Forstå det den som kan.

Gjennom samtale med seg selv og arbeidstakerne skal man da spekulere ut hvilke kvinner som fortjener en anstendig lønn. At de selv (likelønnskommissjonen) for ett og et halvt år siden kom fram til at å gi penger der gapet er størst ser nå ut til å være glemt. Denne plattformen gir sykepleierne i dette landet god grunn til å bli så rasende som man kan lese i dagbladet 5. oktober. Jeg synes synd på den rød-grønne politiker som med noe som helst troverdighet skal kunne forklare at man «dessverre» ikke fikk i havn likelønn nå heller, og at staten Norge derfor ser seg nødt til å diskriminere kvinner og fortsette å bryte sitt eget lovverk på tross av rådene de har fått fra seg selv. Utrolig? Nei, ikke om man er politiker.

Norsk Sykepleierforbund har mange tiårs erfaringer med et forhandlingssystem som hindrer likelønn,

men vi vil alltid engasjere oss for våre medlemmers soleklare rett til å ikke bli diskriminert på grunn av kjønn. Den såkalte frontfagsmodellen er med på å opprettholde kjønnsdiskrimineringen og den ufattelege uretten det er at kvinner skal tjene mindre enn menn. I Norge, 2009, er det slik at for hver krone en mann tjener, tjener en kvinne 85 øre. For kvinner med inntil fire års høyere utdanning (sykepleiere) er forskjellen enda større – her tjener kvinner bare 80 øre av hver krone en mann tjener.

Denne store forskjellen kalles for likelønns-gapet. Likelønnskommissjonen, som var et regjeringsoppnevnt utvalg, anbefalte derfor en likelønns-pott på 3 milliarder kroner. Den skulle gå til å utjevne løningene der urettferdigheten er størst, det vil si de høyskoleutdannede. De fleste i befolkningen skjønner at de store lønnsforskjellene er urettferdige og gjør det vanskelig å rekruttere til blant annet sykepleieryrket. Det er også gjort beregninger som viser at med den farten likelønnskampen nå har og hvor alt er opp til «partene i arbeidslivet» vil det ta 70 år før jeg tjener like mye som om jeg hadde blitt ingeniør eller valgt et annet mannsdominert yrke.

Regjeringen sier også at man må finne mekanismer for å opprettholde effekten av å gi kvinner anstendig lønn. Kjære regjering; det er bare å først gi oss en anstendig lønn og så i etterkant sørge for at dere selv gir oss lik lønnsforhøyelse som gutta. Dere er jo som

tidligere nevnt part i arbeidslivet, gjennom å regjere staten som driver helsevesenet!

Beklager Jens, Kristin og Liv-Signe, men denne plattformen er på trynet og holder ikke, sett fra et likelønns-synspunkt!

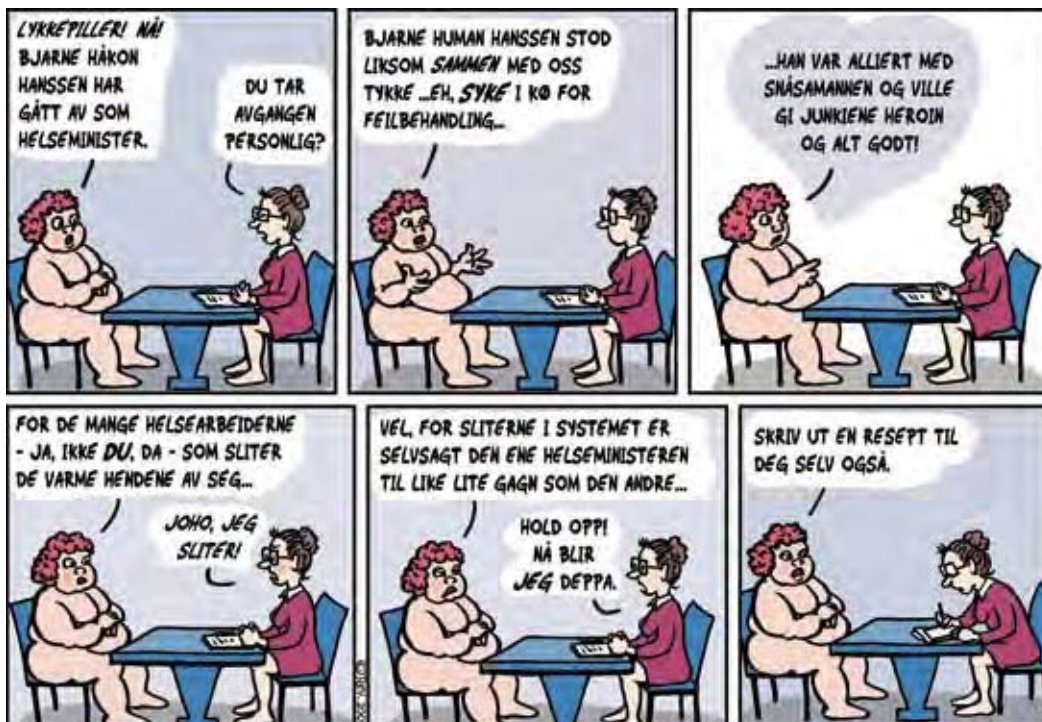
All den tid regjeringen utnevnte en likelønnskommissjon som sier at slik og sånn må vi gjøre for å endre på situasjonen, dere gikk til valg på å dere nå skulle ta tak, og at dere faktisk er en av partene i arbeidslivet gjennom å lede staten Norge så forventet vi at dere nå leverte på dette punktet.

Sykepleierforbundet kan ikke garantere for sine medlemmers sinne og dermed eventuelle aksjoner på grunn av at dere har bedrevet blank løgn for sykepleierne. Jeg personlig kan heller ikke forstå hvordan dere, etter å ha blitt gjenvalgt, skal møte kvinner i det norske arbeidslivet med rak rygg og noen form for troverdighet etter å ha lovt gull å grønne skoger i en valgkamp der løftene tydeligvis glemmes så fort man går inn i Regjeringsbygget.

All den tid dere garanterer full sykehjemsdekning og Bjarne Håkon skal gjennomføre en stor helsereform og det forventes at sykepleierne skal hjelpe dere med å gjøre dette, burde dere vise at dere verdsetter oss. Og da er fortsatt diskriminering på tross av valglofter absolutt ikke veien å gå!

Kenneth Grip, tillitsvalgt i Norsk Sykepleierforbund

TERAPI av Bodil Røvhaug



Lei reklame

Jeg er medlem i NSF, og får dermed Sykepleien. Det er et bra blad, med mye interessant lesning. Det som plager meg er at bladet kommer innpakket i plast, med reklame jeg ikke vil ha. Jeg blir stadig mer provosert av «tilbudene» fra ymse bokklubber jeg slett ikke ønsker å forholde meg til! Det sist ankomne bladet inneholdt «tilbud» om bøker som handler om healing og å finne deg selv og all verdens møkk slik jeg ser det. Kan dere være så snill og gjøre som Teknisk Ukeblad, nemlig å trykke navn og adresse rett på bladet. Så slipper jeg å få den uadresserte reklamen jeg takker nei til på postkassen min? Jeg betaler tross alt allerede for bladet, så det burde være unødvendig å spe på med bokklubbreklame. Dette ville gjøre underverker for både miljøet og blodtrykket mitt. På forhånd takk.

Ellen Sandøy

Ble latterliggjort

Kjære dere i Sykepleien! For en liten tid tilbake opplevde jeg noe på jobb som fikk meg til å reagere. Jeg har tenkt mye på det i ettertid, og bestemte meg for å skrive til dere.

En dag på avdelingen hvor jeg jobber, hadde jeg ansvaret for en pasient som ble regnet for å være preterminal. Pasienten var fremdeles kontaktpbar, men hun ble stadig svakere, og det å kommunisere verbalt og finne de rette ordene ble etter hvert en stor kraftanstrengelse.

I forbindelse med sin tilstand opplevde jeg etter hvert at pasienten var plaget med relativt sterk dødsangst. I samråd med lege og pasientens familie ble det bestemt at pasienten skulle få en liten dose beroligende medikament for å dempe angsten. Dette ble gjort, og medikamentet hadde tilsynelatende god effekt. Men etter kort tid ga pasienten selv klar beskjed om at dette var noe hun ikke ønsket å få igjen. Hun følte at medikamentet gjorde henne likegyldig til hele situasjonen, og dette var noe hun ikke ønsket.

I vaktskiftet denne dagen gav jeg rapport om dette og understreket at pasienten ikke ønsket å få dette medikamentet igjen. Den reaksjonen jeg da fikk av mine kolleger sjokkerte meg, og fortsetter å sjokkere meg når jeg tenker på det nå i ettertid. For disse sykepleierne, som jeg opplever som både erfarne og dyktige i sitt fag, reagerte med å le og si at de ville gi pasienten dobbel dose neste gang. «Hun forstår ikke selv hva som er best for henne, og hun glemmer snart hva hun har sagt. Dette skal du ikke tenke mer på».

Jeg forsøkte å påpeke det etiske i situasjonen og understrekte opp til flere ganger at verken pasienten selv eller hennes familie ønsket dette, men jeg følte meg ikke hørt. Dette gjorde meg sint og frustrert, både på mine egne – og på pasientens vegne. Jeg følte meg latterliggjort foran flere av mine kolleger, og jeg følte også at dette var veldig respektløst ovenfor pasienten. Hun brukte mye av sine siste, verdifulle krefter på å ytre et ønske som ikke ble tatt på alvor. Er det ikke vår oppgave å respektere pasienten, og gjøre vårt ytterste for at hennes siste timer blir slik som hun ønsker? Jeg satt nesten igjen med en følelse av at pleierne tenkte på sitt eget beste i stedet for pasienten. At det ville bli en greiere kveld for dem dersom denne pasienten var rolig og likegyldig. Jeg er klar over at dette er sterke påstander, men dette er slik jeg opplevde situasjonen.

Det gjør meg arg å tenke på at pasienten mest sannsynlig fikk dette medikamentet hun hadde så sterke motforestillinger mot, flere ganger disse siste timene før hun døde. Dette strider mot alt jeg har lært om etikk både på sykepleien og ellers i livet.

Hvor ble det av pasientens rett til selvbestemmelse? Er dette noe vi kan gi oss selv myndighet til å frata pasienten i hans/hennes siste timer av livet fordi vi tror at vi vet bedre? Jeg bare spør...

Mvh. anonym

Velkommen til

INGA-LÅMI
LILLEHAMMER SKIKLUB
2010

Påmelding starter
20. oktober 09
på
www.inga-laami.no

Norges største jentelangrenn!

INGA-LÅMI
Lørdag 13. mars 2010
Lillehammer



Professor, Høgskulen i Volda
Kåre Heggen

Utdanning for god sjukepleie

Mange sjukepleiestudentar seier ved slutten av studiet at dei ville ha valt same type utdanning på nytt, men langt fleire enn i andre profesjonar seier dei ville ha valt ein annan studiestad.

Når studentar i sjukepleieutdanninga blir spurt om kva som er det viktige grunnlaget for å utøve yrket, vurderer dei både fagkunnskap og personlege eigenskapar som svært viktige. Til samanlikning legg allmennlærer- og sosialarbeidarstudentar mindre vekt på fagkunnskap. Det tyder på at det å kvalifisere seg til sjukepleieryrket stiller klare krav både til å utvikle ein solid kunnskapsbase, men òg ei sterk personleg identifisering og engasjement i korleis yrket bør utøvast.

Kritisk til eiga utdanning

Både studentar som gjennomfører sjukepleieutdanning og ferske sjukepleiarar i yrkesfeltet har viktige erfaringar som vi bør lytte til i arbeidet for å styrke kvaliteten i utdanninga og dermed

Mykje kan tyde på at sjukepleie-
utdanninga er «skrudd saman»
på ein måte som mange studentar
synes gir god mening.

kompetansen til sjukepleiarane. «StudData prosjektet» som er gjennomført ved Senter for profesjonsstudier (SPS) ved Høgskolen i Oslo frå 2001, har systematisk samla inn data frå sjukepleiarar og andre profesjonar.

Eg vil konsentrere meg om følgjande tre spørsmål: 1) Korleis vurderer studentar og ferske sjukepleiarar utdanninga si? 2) Kva meiner ferske sjukepleiarar i yrkesfeltet – tre år etter avslutta utdanning – om kva som er viktig kompetanse, og i kva grad har dei erverva seg denne kompetansen i grunnutdanninga? 3) Kan studentane sine vurderingar av sterke og svake sider ved utdanninga vere med å forklare svara på 1 og 2?

I framstillinga byggjer eg på svar (gjennom bruk av spørjeskjema)

frå vel 800 sjukepleiestudentar i sluttfasen av studiet (4 høgsular) og om lag 550 sjukepleiarar av dei som er yrkesaktive sjukepleiarar tre år etter. Dei blir samanlikna med tilsvarende tal studentar og utøvarar i lærar- og sosialarbeidarprofesjonen.

Samla sett vurderer sjukepleiarane utdanninga si meir kritisk enn både lærarar og sosialarbeidarar både ved slutten av studiet og tre år etter. På ein skala frå 1-5 (5 best) er gjennomsnittssvaret på begge tidspunkta 3,0 for sjukepleiarane, medan lærarane ligg på 3,1 og 3,2 og sosialarbeidarane på 3,5 på det same spørsmålet.

Pasientar og pårørande

Ut frå ei rekkje delspørsmål om kompetanse, er det laga mål som omfattar tre sentrale kompetanseområde: teoretisk, praktisk og relasjonell kompetanse. Alle tre blir sterkt vektlagde av ferske sjukepleiarar som viktige i yrket. Men relasjonell kompetanse, det vil seie korleis handtere forholdet til pasientar og pårørande, er halde fram som den viktigaste, derest praktisk og teoretisk kompetanse. Rangeringa er lik den vi finn i dei to andre profesjonane. Avstanden mellom det behovet for kompetanse ein har i yrket og det ein har tilegna seg i utdanninga, er størst når det gjeld praktisk kompetanse, noko mindre på dei to andre områda. Det gjeld alle utdanningane, og kan tolkast som at mykje av den praktiske kompetansen må utviklast i yrket. Når det gjeld teoretisk og relasjonell kompetanse er «gapet» mellom yrkesbehov og tilegning i utdanninga noko mindre for sjukepleiarane enn til dømes lærarane, men noko større, særleg på teoretisk kompetanse, enn for sosialarbeidarane.

Utdanningskvalitet

Korleis vurderer så studentane på slutten av studiet, utdanninga sine kvalitetar? Det er her skilt mellom fire område som alle kan seiast å vere viktige i forhold til profesjonsutdanningane sine viktigaste målsettingar: 1) Kor godt organisert er utdanninga (gjeld mellom anna plan, studiestruktur og informasjon)? 2) Kor gode er lærarane (gjeld mellom anna god undervisning, god lærar-/studentrelasjon)? 3) Kor god fagleg samanheng har studiet (gjeld faga sin samanheng og innretting mot yrket)? Og 4) I kva grad



har studiet klart å skape motivasjon og profesjonelt engasjement hos studentane?

På desse spørsmåla kjem det fram interessante mønster for sjukepleiarane: Dei skårar relativt lågt på dei to første, men derimot bra på dei to siste. Dei skårar klart svakare enn lærarar og sosialarbeidarar når det gjeld god studiestruktur, god informasjon og så bortetter, men òg når det gjeld kvalitet på undervisninga, lærarar som gir systematisk tilbakemelding på studentane sine arbeid og som lyttar til det studentane har å seie. Derimot skårar sjukepleiarstudentane mykje betre enn lærarstudentar når det gjeld studiet sin faglege samanheng, det vil seie at faga i studiet inngår i ein samanheng, og at faga har ein samanheng til yrket det kvalifiserer for. Det er òg mange sjukepleiarstudentar som seier at studiet har motivert dei for yrket og at det har skapt eit etisk og moralsk engasjement for yrket. På dei to siste spørsmåla er det lærarutdanninga som skårar klart svakast, medan sjukepleiarane sine svar ligg nærare sosialarbeidarstudentane.

Eit interessant trekk er det at relativt mange sjukepleiestudentar ved slutten av studiet seier dei ville ha valt same type utdanning om dei kunne velje på nytt, men langt fleire enn i dei andre profesjonane seier dei ville ha valt ein annan studiestad. Dei tolkar truleg svak organisering og lærarkvalitet som eit lokalt trekk, som dei kunne unngått ved å velje annan studiestad. Det som er påfallande er at dette gjeld studentar ved alle studiestadene.

Skrudd godt saman

Når sjukepleiestudentane gir relativt gode vurderingar av utdanninga

sin faglege samanheng og det profesjonelle engasjementet dette har skapt, kan det tyde på at utdanninga er «skrudd saman» på ein måte som mange studentar synes gir god mening.

Filosofen Harald Grimen seier i ein artikkel i 2008 at utdanning kan skape meningsfull samanheng på ulike måtar. Det kan skje gjennom teoretiske syntesar, når dei teoretiske kunnskapane har ein indre samanheng som skaper mening i seg sjølv. Men profesjonsutdanning av denne typen vi har studert her, har neppe eit slikt kunnskapsmessig innhald. Her kan det faglege innhaldet berre skape mening sett i lys av den praktiske yrkesutøvinga. For at utdanninga skal skape mening, må studenten kunne adressere kunnskapen i forhold til praktiske oppgåver i yrket. Data vi har presentert, tyder på at sjukepleieutdanninga oppnår dette i større grad enn til dømes lærarutdanninga.

Styrka kunnskapsbase

Studiane viser først og fremst at sjukepleiarane er kritiske til høgskulens tilbod i utdanninga, men at studiet fungerer bra i forhold til profesjonsretting og samanheng. Utdanninga sin lange tradisjon med stor vekt på opplæring i yrkesfeltet kan vere ein viktig grunn til dette. Men svara kan tyde på at den skulebaserte utdanninga er for tilfeldig og svakt utvikla for å skape ein tilfredsstillande fagleg/teoretisk kunnskapsbase i utviklinga av god sjukepleie. ■■■

Kronikken byggjer på fleire publiserte artiklar om emnet. Litteraturhenvisningar kan fås ved å kontakte Kåre Heggen: kare.heggen@hivolda.no

MANGLER: Den skulebaserte utdanninga er for tilfeldig og svakt utvikla for å skape ein tilfredsstillande fagleg/teoretisk kunnskapsbase i utviklinga av god sjukepleie. Illustrasjonsfoto: Stig Weston.



DILEMMA

Per Nortvedt om mild tvang

Navn: Per Nortvedt
Bakgrunn: Professor ved seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo
E-post: p.nortvedt@medisin.uio.no

Omsorgsfullt eller overkjøring?

Vi vil pasientens beste, men er usikre på hva pasienten selv vil og orker.

Tone, la oss kalle henne Tone, var sykepleierstudent på andre året og dette var hennes praksis på indremedisinsk avdeling. Avdelingen var en spesialavdeling for slagpasienter. Undertegnede som var praksislærer sto og snakket med slagsykepleieren da Tone fortvilet kom løpende og sa: «Pasienten vil ikke opp, og jeg vet ikke hva jeg skal gjøre». «Bli med meg», sa Siri, som

stå opp eller hvorfor han ikke ville gjennomføre den treningen som var nødvendig. Hun bare sa rolig, men bestemt at han måtte stå opp i dag. Og før pasienten fikk anledning til å uttale seg begynte Siri varsomt, men bestemt å mobilisere ham opp på sengekanten. Hun informerte hele tiden om hva hun gjorde, og meget kompetent dempet hun de begynnende spasmer han fikk i lårmuskulaturen da han var oppe på sengekanten. Helt uten hjelp og med god løfteteknikk fikk hun ham videre fra sengekant til stol, der han var klar til fysioterapeuten skulle komme. Under hele seansen hadde ikke pasienten ytret et ord.

Hva kan vi lære av denne situasjonen? Var det hele et overtramp? Overkjørte sykepleieren pasienten fullstendig, eller tok hun bare styringen så han fikk forsvarlig pleie? Var pasienten beslutningskompetent, ble dette i det hele tatt undersøkt, og hvis så, hadde det hatt noen betydning om han var det?

Det er også mange andre momenter som spiller inn i denne situasjonen og som har betydning for om handlingen kunne sies å være akseptabel eller ikke. Ikke minst er det å ha oversikt over sykepleiefaglige og medisinske fakta i situasjonen viktige. For å avgjøre hvor presserende det er å legge press på ham for å få han opp av sengen, er det for eksempel viktig å vite hvor alvorlig tendensen til leddkontrakturer er og hvor lenge han har ligget immobilisert og uten trening. Det er nødvendig å bedømme graden av hypersensitivitet og spastiske pareser, samt hvor plaget pasienten er av spasmene. Videre, må en vite noe om hans psykiske tilstand, hvorvidt han er deprimeret,

apatisk, og hva en kan gjøre med det.

Alt dette er viktige fakta for å kunne bedømme om Siri handlet riktig når hun så bestemt tok over og handlet mot det som tilsynelatende var pasientens vilje.

Holdninger, erfaring og faglig kompetanse

Det er mye som tyder på at grunnlaget for at det som skjedde i denne situasjonen kunne være akseptabelt, var sykepleierens faglige kompetanse og holdninger i mobiliseringen av pasienten. Hadde hun informert ham dårlig, vært uforsiktig eller klossete i bevegelsene og påført pasienten ekstra ubehag og smerte, hadde krenkelsene vært større. Men hun gjorde ikke det. Hun var rolig og sikker, hun viste omtanke i hele situasjonen, i håndlaget når hun dempet spasmer, og i måten hun hele tiden informerte om hva hun gjorde og skulle gjøre. Hun brukte alle de riktige løfteteknikker som gjorde belastningen for pasienten minst mulig.

Siri hadde betydelig faglig kompetanse, hun kjente pasienten fra før og hun hadde mange års erfaring som slagsykepleier. I tillegg viste hun omtanke og respekt for pasienten. Kombinasjonen av faglig kyndighet, av erfaringskunnskap og empati og omtanke i pleien av pasienten som sykepleieren demonstrerte her kjennetegner mye av det vi forbinder med det beste i utøvelse av sykepleie.

Hvor ble det av refleksjonen?

Sykepleier anvendte en form for mild tvang som sto i motstrid til pasientens ønsker. Hun tok for gitt at pasienten ikke kunne vurdere hva som var til hans eget beste, og at hun visste det som var best for ham. Men tenk om han virkelig ikke orket, eller

Det som virkelig manglet var refleksjon over handlingen i etterkant.

var den erfarne sykepleieren her. Sammen gikk vi inn til pasienten og stilte oss bak Siri ved sengen.

Måtte stå opp

Pasienten hadde hatt et slag, men var i bedring og ventet på rehabiliteringsplass på en spesialavdeling. Han virket deprimeret og apatisk, han hadde afasi, men kunne stort sett svare adekvat ja eller nei på spørsmål. Han var halvsidig lammet og hadde uttalt tendens til spasmer i muskulatur ved berøring, noe som kunne være både ubehagelig og smertefullt.

Dette var situasjonen da slagsykepleier kom inn på rommet med student og lærer i helene. Hun gikk rett bort til pasienten og forklarte vennlig at han måtte opp i stol fordi fysioterapeuten snart kom og skulle trene med ham. Han skulle dessuten også til ergoterapeuten etterpå.

Sa ikke et ord

Sykepleieren spurte ham ikke om han ville

Andre faste bidragsytere



Utdannet sykepleierleder, -veileder og -lærer
Marie Aakre



Professor i sykepleie ved Høgskolen i Bodø
Berit Støre Brinchmann



ville stå opp for å trene? Tenk om pasienten faktisk ga blaffen og at dette var for ham en seriøs beslutning?

Et dilemma som dette er uhyre komplekst, og det finnes sjelden et fasitsvar. Vi sitter ofte eller alltid igjen med en tanke om kanskje vi kunne eller burde ha handlet annerledes uansett. Jeg har også alltid tenkt at det som gjorde denne situasjonen etisk akseptabelt, mye berodde på sykepleierens kompetanse og holdninger i utøvelse av faget i den aktuelle situasjonen.

Men det som virkelig manglet i denne situasjonen var refleksjonen over handlingen i etterkant. For det ble aldri i ettertid diskutert hvorvidt det var etisk akseptabelt å bruke mild tvang for å få pasienten mobilisert. Det ble aldri reflektert over hvorvidt pasienten var beslutningskompetent eller ikke og om det var til pasientens beste det som ble gjort.

Studenten fikk aldri noen begrunnelse fra sykepleieren på hvorfor hun gjorde som hun gjorde. Dette til tross for at en slik situasjon roper etter spørsmål og refleksjoner, og det er mye man kan lære av den for en ung student. Læreren (meg) sviktet i forhold til å ikke fullføre den som en god læresituasjonen for studenten.

Mange etiske problemstillinger i sykepleien er av en slik situasjonsbestemt art: Det er vanskelig helt sikkert å vite hva som er riktig. Men en må likevel handle ut fra et faglig og etisk skjønn til pasientens beste og i respekt for pasientens kompetente vilje, eller det man antar ville ha vært pasientens ønske, hadde han eller hun hatt kompetanse. Ikke minst må slike situasjoner diskuteres i et fagfelleskap, på avdelingen der det skjer, så man kan trekke lærdommer for tilsvarende situasjoner senere. ■■■



Til refleksjon

- › Var det riktig det Siri gjorde? Var det til beste for pasienten når hun bare gjorde det kyndig og omsorgsfullt?
- › Hvis man hadde kommet fram til at pasienten var beslutningskompetent, ville det uansett være galt å mobilisere ham opp av sengen mot hans vilje?

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.

SLIT: Når pasienten ikke selv kan si fra, er det vanskelig å vite hvor langt man skal gå i å overtale. Arkivfoto: Tarjei Ekenes Krogh. Personene på bildet har ingen tilknytning til historien i teksten.

LITTERATUR

Pedersen R, Hofmann B og Mangset M (2007). Pasientautonomi og samtykke i klinisk arbeid, Tidsskrift for den norske legeforening, nr. 12, 127; s. 1644-1647.

www.sykepleien.no

Flere dilemma på Sykepleiens nettside.



TETT PÅ
Laila Reiertsen

Hvem: Laila Marie Reiertsen

Alder: 49 år

Yrke: Stortingsrepresentant og daglig leder.

Er utdannet sykepleier

Hvorfor: Fordi hun er Fremskrittspartiets
første sykepleier på Stortinget

Sykepleier på spranget

Sykepleier Laila Reiertsen er fersk på Stortinget.
Men hun har lenger fartstid i Frp enn Siv.

Tekst **Marit Fonn** Foto **Bo Mathisen**



«De fleste klarer å ta hånd om eget liv. Det burde vi snakke mer om.»

Reiertsen er i opplæring. Det er første dag i nytt verv. Hele uken skal ferskingene på Stortinget få vite hvordan de skal te seg som landets lovgivende myndighet.

Nå er det pause og hun venter i foajeen. Det tyter allerede dokumenter opp fra den svarte vesken hennes. Hun peiler seg inn på en skinnsofa under maleriet av kong Harald.

Fire år med pendling ligger foran henne. Hun er spent.

– Er i en egen verden, kan du si. Jeg vet ikke helt hva som skal skje. Eller kan skje.

Hun har lyst til å komme i gang.

– Jeg lurer på hvor mye jeg kan påvirke. Jeg er jo vant til kommunen. Dette er et større system.

REIERTSEN MELDTE SEG INN i Frp lenge før hun ble sykepleier. Hun var 20, og året var 1980.

Det var en naturlig sak, syntes hun, og visste ikke da at hjemkommunen skulle skape Frp-rekord. Os utenfor Bergen ble landets første Frp-styrte kommune i 1997. I 2003 stemte nesten halvparten av innbyggerne på partiet hennes.

16 år gammel giftet hun seg. Hun måtte. Mannen var 17. Da sønnen kom, var også hun blitt 17. I 1987 ble hun formann, som det het, i Os Frp. Da hadde hun også fått en datter. Vervet hadde hun i sju år.

Det var særlig det med fokuseringen på individet som trakk henne mot partiet. Det å ta ansvar sjøl.

– Hva er det med Os?

– Veldig mange spør om det. Vi har fått til at det skjer noe. Før

«Frp har hatt tøffe opprenskninger. En spesiell en i Os.»

hadde Os bygdelister og dårlig økonomi. Vi prøvde å ha nye saker som har innvirkning på alle innbyggerne: Badeanlegg, Eldreomsorg. Nå er det kunst og kultur.

DIALEKTEN INKLUDERER o-endelser. Strilen fra Os-bygdo snakker som en foss.

– Skulle ønske jeg brukte færre ord. Kan hende jeg skal ta et lite kurs, ler hun og lover at hun ikke skal bli møteplager i spørretimen.

Hun forteller i fykende fei om hvor «serviceminded» de er i Os. Innbyggerne får raske tilbakemeldinger når de tar kontakt med kommunen.

– Det er lite som skal til. Vi skærer mye på det.

Nå sitter hun her og er spent på hvilken komité hun kommer i på Stortinget. Hun ønsker seg helse og omsorg. Andrevalget hennes er arbeid og sosial. Tredje er kommunal.

– Hva sa Siv da du ble valgt?

– Hun gratulerte alle. Stort at det ble flere av oss. Tre, og alle er kvinner.

Frp har aldri hatt så mange representanter som nå, nemlig 41. Ti er kvinner.

Dessuten er det nå åtte sykepleiere på tinget, antakelig rekord det også. To heter Laila og er fra Hordaland. KrFs Dåvøy er eksminister og eksleder i Sykepleierforbundet.

– Vi har fått kjeft for ikke å ha fått til det med damene. Det er jo ikke lett for kvinner i 30–40-årene med små barn.

Selv er hun blitt 49. Hun har nå fire barn, fra ti til 31 år. Tre barnebarn har hun også. Mannen er den samme.

Hun synes det er kjekt med attpåklattene.

– Og nå reiser du fra dem?

– De har en far. Da er jeg trygg. Barna er innforstått med at jeg skal pendle. De er ti og tolv og opptatt av sitt i uken. Så skal jeg ta meg ekstra av dem i helgen.

Hun sitter som på spranget, ytterst på skinnsofaen.

DET VAR 50 MENN og fem damer på hennes første årsmøte i Hordaland Frp. Der reiste hun seg flere ganger og sa til sidemannen. «Dette er ikke noe for meg.»

«Hold ut», sa han. Hun ble.

– De drev på om natten for å sikre seg mandat. Jeg hadde ikke sans for uryddig spill. Det var for mange sære originaler.

I ettertid er det kjekt å ha vært med så lenge.

– En interessant tid. På godt og vondt.

– Vondt?

– Frp har hatt tøffe opprenskninger. En spesiell en i Os.

Frps ordfører Terje Søviknes ble i 2001 tatt i å ha hatt sex med en 16-åring i ungdomspartiet.

– Det var knallhardt. Vi ble overhøvet fra alle kanter. Politikerkolleger sa «nett da dei meinte».

Selv var hun sint. Han hadde tross alt kone. Reiertsen kjefte. De hadde jo en plan om stortingsplass.

– Vi var langt nede. Det var et tungt slag for oss.

Men hun landet på at det fikk bli et problem mellom han og «kåno». Siden har de samarbeidet godt. Søviknes, som er blitt kalt trollmannen fra Os, er fortsatt ordfører. Men det var hun som kom på tinget.

«DU UTDANNER DEG FØRST, jeg etterpå.» Det var avtalen hun hadde med mannen sin.

Han jobbet i Forsvaret mens hun gjorde litt av hvert; kjørte med posten, drev klesbutikk. Så ble hun sykepleier i 1995.

Sykepleierkarrieren begynte på gastro på Haukeland.

– En pangstart. Jeg måtte ta ansvar med en gang.

Siden ble det hjemmesykepleie, og nattevakter i private Norlandia. Hun tok videreutdanning i ledelse og ble gruppeleder i hjemmesykepleien i Bergen. En liten tur innom barneklubben før hun startet sitt eget kvinnesforetak:

– Jeg leide meg ut som sykepleier: Til psykiatrien, sykehus, hjemmesykepleien og konfliktløsningsoppgaver.

Hun holdt på i halvannet år. Men mannen reiste mye og det ble enklere å bli avdelingsleder på sykehjemmet i kommunen. I august ble hun daglig leder på en privat rehabiliteringsinstitusjon. Nå må de finne seg en vikar for sjefen.

– Litt ustabil?

– Nei, men jeg tar lett utfordringer. Jeg er ikke redd for å si ja og er veldig løsningsorientert. Hvis noe irriterer meg, lar jeg det ikke gå ut over kroppen.

– Utagerende altså?



– Nei, jeg er rolig til sinns. Men det kribler i meg etter å bidra. Hun liker å bestemme sjøl over livet sitt og forventer ikke at andre skal ordne opp.

– Det ligger dypt i meg. Hvis noen har lyst til noe, spør jeg: «Hva er det som stopper deg?»

– *Hva med velferdsstaten da?*

– Den trenger vi. Men den trenger vel ikke være så dominerende. De fleste klarer å ta hånd om eget liv. Det burde vi snakke mer om.

Nå renner det ut om eksplosjonen i antall uføre, og syng av puter under armene. Altfor mange unge dropper ut av skolen og ender opp på trygd.

– Kanskje begynte det med en tilfeldighet, bare at ingen så dem. Vi må gripe inn før de dropper ut. Forebygge.

– *Her er du vel helt på linje med SV?*

– Det kan godt hende. Ikke noe problem i det hele tatt.

REIERTSEN HAR LYST TIL Å SKRIKE høyt: «Vi må gjøre noe med rekrutteringen i eldreomsorgen!»

Men hun hever ikke stemmen her i nasjonalforsamlingen. I stedet triller det ut argumenter om å ta i bruk det private.

– Sykepleiere blir forskjellsbehandlet. Det er uskreven lov om at de bare skal jobbe i det offentlige. Jeg skulle ønske at flere jobbet i det private. Det er sunt å lære av hverandre. Jeg sier ikke hvor det er best eller verst.

– *Har du sansen for tariffavtaler?*

– Ingen problemer. Lovverk respekterer jeg, ikke noe å diskutere. Har jobbet med det i mange år.

Hun legger til:

– Men det jeg ser er at ansettelsesprosessen i det offentlige kan ta dag ut og dag inn. Når det skal intervjues, er søkeren forsvunnet.

– *Er tariffavtaler nødvendige?*

– Det fins flere institusjoner som ikke har det, og der de ansatte er kjempeforneuede. Da ser ikke jeg at det skal presses på dem. De er voksne. Og de fleste i det private tjener bedre.

SOM SYKEPLEIER har hun fått reaksjoner på partivalget sitt.

– Mange har lurt på hva og hvorfor. Jeg har aldri brydd meg, henger meg ikke opp i sånt. Så lenge de ser at jeg gjør jobben, roer det politiske seg. Men det har vært med på at flere har tort å si at de er Frp-ere. «Eg og», hvisket de. «Eg og er Frp-er.»

Nå har hun fått hyggelige meldinger fra sykepleiere fra hele landet.

– «Stå på», sier de. «Du har jo vært her ute.»

Det må jeg ta med meg videre.

– *Ingen kritikk?*

– Nei.

Reiertsen har ikke noe spesielt forbilde. Jo da, hun synes Siv Jensen er dyktig.

– For all del. Hun gjør en god jobb som partileder. Men jeg har vært med lenger enn henne.

REIERTSEN SYNES IKKE LIKELØNN skal forbeholdes sykepleiere.

– Jeg skjønner at Lisbeth Normann vil prioritere sykepleiere, men jeg mener at alle ansatte er like viktig. Det er nok kommunepolitikerne i meg som kommer fram.

Snart må noe skje, synes hun. Noe annet er en hån mot kvinner.

– Årene går. Eldrebølgen kommer. Jeg er misunnelig på dem som styrer. De kan jo faktisk gjøre noe.

– *Hva provoserer mest med de rød-grønne?*

– De har for lite handlekraft. De får sagt mye, men gjort lite. I etterkant kommer de med vår politikk. Nå vil jo Ap ta i bruke private tilbud. Det er noe fælendes greier. De kommer etter. Hadde vi regjert, hadde vi fått det til. Nå går det vinter og vår.

– *Det kan vel være omvendt og? At Frp følger andre?*

– For all del. Endringer skjer. Å tviholde på partiprogrammet er ikke særlig lurt. Vi må jo ha bakkekontakt og følge med i tiden.

«Frp-ere er veldig omsorgsfulle.»

– *Frp er kjent for å snu kappen etter vinden?*

– Det ser jeg faktisk positivt på. Vi er lydhøre for det som skjer, i stedet for å slå igjen en dør.

FRP-ERE ER VELDIG OMSORGSFULLE, tror Reiertsen.

– *Per Fugelli, sosialmedisineren, synes visst dere er kalde?*

Hun fnyser:

– Fugelli ... Det der begrenser oss veldig. Det er så dumt. Jeg som sykepleier er et menneske. Det er mine hender, uansett hvor jeg jobber.

– *Blir du såret?*

– Litt lei meg. Hvis noen mener jeg ikke gjør en god jobb som sykepleier, er det greit. Men problemet er ikke private tilbud. De som tror det, skjønner ingenting. Det er tåpelig. Mange er negative uansett hva vi kommer med. De har bestemt seg på forhånd.

At det er både kvinner og menn på en arbeidsplass, synes Reiertsen er det beste.

– Men ikke sånn hysterisk halvt-halvt.

– *Kvotering?*

– Bare tull. Det faller på sin egen urimelighet. Om den som ansettes skal heter Knut eller Anne er helt likegyldig. Begge deler er bra. Men det er ikke alltid det går an.

UTIUKEN FÅR HUN svaret: Hun skal i arbeids- og sosialkomiteen.

– Veldig glad for det. Alt går over i hverandre. Skal vi få til noe, er arbeid viktig.

Kollegaen som fikk helsekomiteen har allerede vært på tv og sagt at han skal jobbe mot samhandlingsreformen. Men Reiertsen gir den en sjanse.

– Noe må i alle fall gjøres. Men jeg er redd det blir for mye arbeid for kommunene. Og for dyrt. Hun har jo vært der og sett selv. ■■■



Hovedforklaringen er endrede holdninger til det å utføre arbeid for andre.

Ivar Sønbo Kristiansen, professor, Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo

Når fraværet

Andelen av den yrkesaktive befolkning som er langtidssykmeldt har økt over tid, dog med store variasjoner fra år til år. Andelen uførepensjonerte har også steget betydelig. Økningen har skjedd til tross for avtale om inkluderende arbeidsliv og God Vakt-kampanjer.

– Hvorfor stiger sykefraværet og antall uførepensjonerte?

Ivar Sønbo Kristiansen: – Hypotesene er mange. En hovedtese er at arbeidsfravær, i form av sykmelding og uførepensjonering, skyldes økt belastning på arbeidsplassen og større krav til effektivitet. Vurderer vi hypotesen i et litt lengre tidsperspektiv så er arbeidstiden redusert fra 48 til 38 timer per uke, og antall ferieuker økt fra tre til fem. Samtidig tyder nyere forskning på at effektiviteten er lavere i norske sykehus enn i de andre nordiske landene.

– På den annen side er det mange forhold som tvert om burde tale for redusert arbeidsfravær. I tillegg til arbeidstidsforkortelser er arbeidsmiljøet langt strengere regulert enn tidligere. Fysisk krevende arbeid er gjort lettere ved allehånde tekniske hjelpemidler. Og økt levetid betyr at vi blir syke seinere i livet, som igjen burde ha vesentlig betydning for vår evne til å arbeide. Flere og bedre helsetjenester peker i samme retning. Tilbudet er blitt bedre både når det gjelder diagnostikk og behandling. Ikke minst har det skjedd en dramatisk økning i poliklinisk behandling.

– Når arbeidsfraværet likevel øker, er det rimelig å søke etter nye forklaringsmodeller. Etter min vurdering er endrede holdninger til det å utføre arbeid for andre mot lønn en hovedfor-

klaring. Denne modellen sier at vi føler mindre plikt enn før og opplever det som rimelig at samfunnet overtar ansvaret for å skaffe penger til livets opphold.

Einar Vik Andersen: – Det er ingen tvil om at arbeidsforholdene er blitt tøffere i helse- og sosialsektoren, og at det er det som viser seg i økt sykefravær og mer uførepensjonering. Hovedårsaken er lett å navngi. Den heter lav, altfor lav grunnbemanning. Mens det tidligere var en grunnbemanning som åpnet for at ikke alle måtte yte alt til enhver tid, er det i dag ingen ting å gå på i forhold til grunnbemanningen.

– På en avdeling med 20 ansatte vil det til enhver tid være to til tre personer borte på grunn av blant annet sykefravær, kurs og restferie. Samtidig er døren lukket for bruk av vikarer. Dette vet vi, men arbeidsgivere tar ikke hensyn til det i sine bemanningsplaner. Her tillates ingen å yte 80 prosent hvis de ikke føler seg helt i form. Her forventes at alle yter 105 prosent hele tiden.

– I tillegg opplever mange ansatte ikke å bli tatt på alvor. I Helse Sør-Øst er muligheten for å delta på fagkurs strøket av budsjettet. Her er det snakk om å gi ansatte nødvendig faglig påfyll, og kanskje et lite pusterom fra en hektisk arbeidsdag. Klart dette gjør noe med holdningen til den enkelte ansatte. Når man blir helt nedkjørt er det naturlig å spørre: Hvorfor skal jeg strekke meg hele tiden, når arbeidsgiver ikke bryr seg?

– Tall fra Nav viser at langtidssykefravær blant kvinner har økt med 36 prosent de siste ti årene,

Hovedårsaken er lett å navngi. Den heter lav, altfor lav grunnbemanning.

Einar Vik Andersen, fylkesleder i Buskerud, Norsk Sykepleierforbund

Øker...

mens menn har hatt 4 prosent økt fravær. Hva kan grunnen være?

Kristiansen: – Hovedtesen er at mens den hjemmeverende husmoren tidligere hadde hovedansvaret for husarbeid og barnepass, får kvinnene nå dette i tillegg til lønnet arbeid. Men også her er det flere faktorer som gjør at vi skulle forvente en motsatt utvikling.

– Lengden på svangerskapspermisjonen har økt. De som ønsker det får barnehageplass, noe som burde lette arbeidsbelastningen. Det samme gjelder kontantstøtte for familier som velger å ha småbarn hjemme. I hjemmet finnes hjelpemidler som har redusert arbeidsbyrden betraktelig, samtidig som «støv på hjernen» er mindre utbredt nå enn før. Dette rimer dårlig med påstandene om økt arbeidspress og tidsklemme.

– Mange sykepleiere har kommunen som arbeidsgiver, og ikke kyniske kapitalister som man lett kan få inntrykk av. Lederne i kommunehelsetjenesten er ofte sykepleiere. Det er yrkesgruppen selv som leder og organiserer tjenesten, og som kan gjøre noe med situasjonen. En annen årsak kan være sykepleierhøgskolene. Skolene tar utgangspunkt i svært høye idealer i undervisningen, som det er umulig å oppnå i virkelighetens verden.

Andersen: – Helse- og sosialsektoren topper sykefraværstatistikken. Og det er her kvinner jobber. Vi kan diskutere hvor langt likestillingen på hjemmefronten er kommet. Men det er fortsatt kvinnene som drar hovedlasset hjemme. Dette kommer på toppen av en tøff

arbeidssituasjon hvor muligheten til å påvirke egen arbeidssituasjon er liten, og anledning til å hente seg inn når man blir sliten ikke finnes. Kvinner som tar ansvar på flere arenaer ender ofte med kroniske plager.

– Noe må gjøres, men hva?

Kristiansen: – Ingen av de tiltakene som har vært prøvd har virket. Vi trenger ikke mer av det samme. Derimot kan karensdager, reduserte trygdeytelser, strammere kontroll og strengere regler være en vei å gå. De færreste uførepensjonister er ute av stand til å ta vare på seg selv eller ute av stand til å utføre noen form for arbeid. Er det rimelig at hundretusen som åpenbart har en restarbeidsevne, skal fritas helt fra enhver arbeidsplikt sett i forhold til at så mange eldre har udekkede hjelpebehov? Dessverre finnes det nok ikke politisk mot til å få gjort noe med dette etiske dilemma.

Andersen: – Det må bli slutt på alle de urealistiske minimumsplanene for bemanning. Planene må ta utgangspunkt i det som er virkeligheten i helsevesenet. Og få på plass en grunnbemanning som er robust nok til å tåle sykefravær, og som ikke produserer enda mer sykefravær.

– Avtalen om inkluderende arbeidsliv har ikke fungert etter hensikten. Men det er ikke avtalen det er noe i veien med, men at den aldri har hatt økonomiske betingelser til å overleve. Ansatte som ikke kan yte maks har i dag ingen ting her å gjøre – og det var ikke hensikten med avtalen. ■

Tekst Bjørn Arild Østby Foto Erik M. Sundt

