

Samhandling?

Forsterket sykehjem kan bety svekket lokalsykehus. Side 17

Mister 110 000 kroner

Side 50

Søker samklang

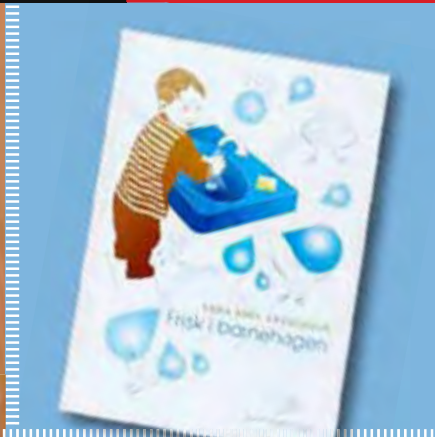
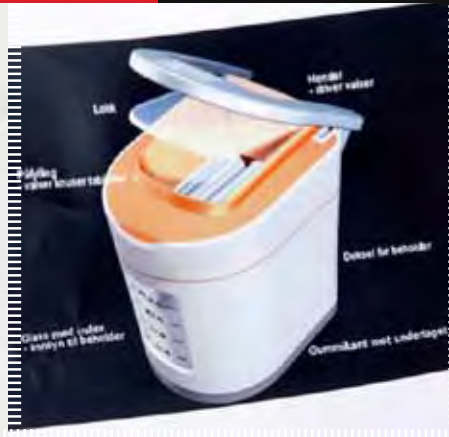
Sigrun Vågeng (KS) vil gjøre kommunesektoren attraktiv for sykepleiere. Side 84

Sykepleien

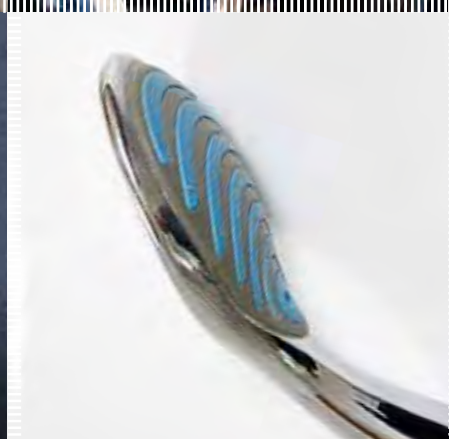
LISBETH NORMANN: Solidaritet er nøkkelen til likelønn.

17 2009
26. november 2009
97. årgang

Årets fagblad 2009



Hvem er smartest?



2009
Smartprisen

Nå starter avstemningen.

Velg din favoritt blant 15 kandidater!

CHAMPIX® kan hjelpe dine pasienter med



Champix Pfizer

Røykeavenningspreparat.

ATC-nr.: N07B A03

TABLETTER filmdrasjerte 0,5 mg og 1 mg: Hver tablett inneh.: Vareniklin 0,5 mg, resp. 1 mg. Fargestoff: 0,5 mg: Titandioksid (E 171). 1 mg: Indigokarmin aluminiumlake (E 132), titandioksid (E 171). Indikasjoner: Røykeavvenning hos voksne. Dosering: Dag 1-3: 0,5 mg 1 gang daglig. Dag 4-7: 0,5 mg 2 ganger daglig. Fra dag 8 til behandlingsslutt: 1 mg 2 ganger daglig. Pasienten bør fastsette en dato for røykeslutt. Dosering bør igangsettes 1-2 uker før denne dato. Pasienter som ikke tolererer bivirkningene kan midlertidig eller permanent få redusert dosen til 0,5 mg 2 ganger daglig. Bør svelges hele med vann. Tas med eller uten mat. 12 ukers behandling anbefales. For pasienter som har klart å slutte å røyke etter 12 uker, kan tilleggsbehandling på ytterligere 12 uker med 1 mg 2 ganger daglig vurderes. Ved høy risiko for tilbakefall kan gradvis dosereduksjon vurderes. Mild til moderat nedsatt nyrefunksjon: Ingen dosejustering. Ved moderat nedsatt nyrefunksjon kan dosen reduseres til 1 mg 1 gang daglig, dersom bivirkninger ikke tolereres. Alvorlig nedsatt nyrefunksjon: 0,5 mg 1 gang daglig de første 3 dager, deretter 1 mg 1 gang daglig. Anbefales ikke ved nyresykdom i siste stadium. Nedsatt leverfunksjon: Dosejustering ikke nødvendig. Bør ikke brukes til barn eller ungdom <18 år. Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for vareniklin eller noen av hjelpestoffene. Forsiktighetsregler: Fysiologiske endringer som resultat av røykeavvenning, uavhengig av vareniklinbehandling, kan endre farmakokinetikken/-dynamikken til enkelte legemidler. Dosejustering kan være nødvendig (gjelder f.eks. teofyllin, warfarin og insulin). Røykeavvenning kan resultere i økt plasmanivå av CYP 1A2-substrat. Røykeavvenning med eller uten farmakoterapi, er assosiert med forverring av underliggende psykiatrisk sykdom (f.eks. depresjon). Sikkerhet og effekt av preparatet er ikke fastslått ved alvorlig psykiatrisk sykdom, som f.eks. schizofreni, bipolar lidelse og alvorlig depresjon. Varsomhet bør utvises ved psykiatrisk sykdom i anamnesen. Nedstemthet, sjeldent med selvmordstanker og selvmordsforsøk, kan oppstå som følge av avbrutt nikotininntak. Behandlende lege bør være oppmerksom på ev. utvikling av alvorlige depressive

symptomer og pasienten bør rettleides deretter. Preparatet bør seponeres omgående ved selvmordstanker/ atferd eller agitasjon, nedstemthet eller atferdsendring som skaper bekymring hos lege, pasient eller familie. Ingen klinisk erfaring med epileptikere. Seponering ved behandlingsslutt har vist økt irritabilitet, røykesug, depresjon og/eller søvnløshet. Vareniklin kan forårsake svimmelhet og døsigheit. Dette kan påvirke evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Forsiktighet må utvises. Interaksjoner: Ingen kjente av klinisk betydning. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon bør samtidig bruk av cimetidin unngås. Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Bør ikke brukes under graviditet. Overgang i morsmelk: Ved amming må fordeler avveies mot potensiell risiko for barnet. Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, forstoppelse, diaré, abdominal distensjon, ubehag i magen, dyspepsi, flatulens, munntørthet. Metabolske: Økt appetitt. Neurologiske: Hodepine, søvnløshet, svimmelhet, nedsatt smakssans. Psykiske: Unormale drømmer, søvnløshet. Øvrige: Tretthet. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Blodig oppkast, blodig avføring, gastritt, gastroøsofageal reflukssykdom, abdominalsmerter, endret tarmfunksjon, unormal avføring, luftoppstøt, åftes stomatitt, tannkjøttmerter, belegg på tungen. Hud: Generelle utslett, erytem, kløe, akne, hyperhidrose, nattesvette. Hørsel: Tinnitus. Luftveier: Dyspné, hoste, heshet, hals- og strupesmerter, halsirritasjon, tett luftrør, tette bihuler, dryppende nese, snue, snorking, bronkitt, nasofaryngitt, sinusitt. Metabolske: Anoreksi, nedsatt appetitt, sterk tørste. Muskel-skjelettsystemet: Leddstivhet, muskelkramper, smerter i brystveggen, costokondriitt. Nevrologiske: Tremor, unormal koordinasjon, dysartri, hypertoni, rastløshet, dysfori, hypoestesi, nedsatt smaksopplevelse, letargi, forhøyet libido, nedsatt libido. Psykiske: Panikkreaksjon, bradyfreni, unormalt tankemønster, humørsvingninger. Sirkulatoriske: Atrieflimmer, palpitasjoner, forhøyet blodtrykk, ST-segmentdepresjon og redusert T-bølgeamplitude ved EKG, forhøyet hjerterytme. Syn: Skotom, skleral misfarging, øyesmerter, mydriasis, fotofobi, myopi, forhøyet tåreproduksjon. Urogenitale: Glukosuri, nokturni, polyuri, menoragi, vaginal utflod, seksuell dysfunksjon, unormal sæd. Øvrige: Ubehag i brystet, brystsmert-er, feber, kuldefølelse, asteni, døgnrytmeforstyrrelser, generell sykdomsfølelse, cyste, soppinfeksjon, vi-

mild til moderat KOLS til å slutte å røyke¹

- Røykeslutt er det mest effektive enkelttiltak for å redusere risiko for utvikling og forverring av KOLS²
- I en dobbelt-blind, multinasjonal studie gjennomført ved 27 studiesentra ble 499 pasienter med mild-moderat KOLS randomisert til behandling med CHAMPIX® 1 mg x 2 eller placebo i 12 uker, og deretter 40 uker oppfølging uten farmakologisk behandling¹
 - Etter 12 ukers behandling med CHAMPIX® var 42.3% av pasientene sammenhengende røykfrie uke 9-12, sammenlignet med 8.8% av de som fikk placebo (OR = 8.40; 95% CI: 4.99-14.14, p<0.0001)¹
 - Etter ett år var 18.6% av pasientene behandlet med CHAMPIX® fortsatt røykfri, sammenlignet med 5.6% av pasientene behandlet med placebo (OR = 4.04; 95% CI: 2.13-7.67, p<0.0001)¹
 - CHAMPIX® var en effektiv og vel tolerert behandling for røyke-avvenning hos pasienter med mild til moderat KOLS i denne studien¹

rusinfeksjon, vektøkning. Etter markedsføring er det rapportert tilfeller av myokardinfarkt, depresjon og selvmordstanker og hypersensitivitetsreaksjoner slik som angioødem og hevelse i ansiktet. Laboratorieverdier: Unormale leverfunksjonstester, reduksjon i blodplatetall, forhøyet CRP, nedsatt blodkalsium. Overdosering/ Forgiftning: Symptomer: Ingen rapporterte overdosetilfeller før markedsføring. Behandling: Støttende. Ved nyresykdom i siste stadium kan vareniklin fjernes ved dialyse. Ingen erfaring med dialyse etter overdose. Se Giftinformasjonens anbefalinger N07B A03. Egenskaper: Klassifisering: Middel ved nikotinavhengighet. Virkningsmekanisme: Partiell agonist til nevralt nikotin- $\alpha 4\beta 2$ -acetylkolinreseptorer. Bindes med høy affinitet og selektivitet. Nikotin konkurrerer om samme bindingssetet. Vareniklin har høyere reseptoraffinitet enn nikotin, og kan derfor effektivt redusere nikotinets evne til å aktivere $\alpha 4\beta 2$ -reseptorer og det mesolimbiske dopaminsystemet. Dette reduserer belønnings- og forsterkningseffektene ved røyking (antagonistaktivitet), samtidig som vareniklin gir tilstrekkelig stimulering til å lindre røyketrang og avvenningsproblemer (agonistaktivitet). Absorpsjon: Så å si fullstendig. Maks. plasmakonsentrasjon etter 3-4 timer. Høy systemisk biotilgjengelighet. Proteinbinding: Lav ($\leq 20\%$), uavhengig av alder og nyrefunksjon. Fordeling: Tilsynelatende distribusjonsvolum: 415 liter. Halveringstid: Ca. 24 timer. Ved gjentatt dosering nås «steady state» etter 4 dager. Eliminering i nyrene skjer hovedsakelig gjennom glomerulusfiltrasjon og aktiv tubulær sekresjon. Metabolisme: Minimal. Utskillelse: 92% utskilles uforandret i urin, <10% som metabolitter. Pakninger og priser: 0,5 mg/1 mg: Startpakning: 11 tabl. 0,5 mg + 42 tabl. 1 mg kr 791,80. 0,5 mg: 56 stk. kr 783,80. 1 mg: Enpac: 56 stk. kr 783,80. 112 stk. kr 1532,60.

Sist endret: 21.04.2009



Referanser: 1. Tashkin D et al. Efficacy and safety of varenicline for smoking cessation in patients with mild to moderate Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). Poster Abstract Presented at CHEST, Oct 31st - Nov 5th, 2009, San Diego, California: Abstract 1054. <http://meeting.chestpubs.org/cgi/gca?sendit=Get+All+Checked+Abstract%28s%29&SEARCHID=1&FULLTEXT=varenicline&VOLUME=136&ISSUE=4&FIRSTINDEX=0&hits=10&RESULTFORMAT=&gca=chestmtg%3B136%2F4%2F151S-b>
 2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Pocket guide to COPD diagnosis, management and prevention. A guide for for healthcare professionals. Updated 2008. <http://goldcopd.org>

E2009-1309

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:

Redaksjonsjef 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 Nina Hernæs
tlf. 22 04 33 67/90 69 14 11
nina.hernes@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.helmerts@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/deskleder Ellen Morland
tlf. 22 04 33 60 / 41 02 56 22
ellen.morland@sykepleien.no

Grafisk formgiver Hege Holt (permisjon)
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

Markedsjef 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:



Berit Støre Brinchmann

Når nye sykehus og sykehjem skal planlegges må helsepersonell på banen. Rommenes utforming har mye å si for om pasienter og pårørende opplever verdig behandling eller ikke. Brinchmann opplevde det som pårørende til en døende. Dilemma side 82.



Dag Karterud

Rekruttering av menn til sykepleieryrket hemmes av oppfatninger om hva som er et naturlig yrkesvalg. Både kvinner og menn har lett for å knytte egenskaper til kjønn. Side 80.



Arne Teige

Å beregne sannsynlighet er et metoderedskap til bruk i forskning, eller for å finne ut hvor stor sjansen er til å vinne i lotto. Side 72



Ingrid S. Berthinussen

Deltidsstudiet i sykepleie på Stokmarknes er et studietilbud som gjør det mulig for folk i distriktet som har familie å utdanne seg. Dette har betydning for rekrutteringen. Side 67



Innhold

Sykepleien

AKSJONISTEN: «I motsetning til det

Hva skjer

- 7 Aksjonisten
- 8 Hva skjer — småstoff
- 10 Magnetisme på norsk
- 14 Her er sykepleierlønningene
- 16 Linedans mellom linjene
- 18 Tar tekno-ballen
- 20 – Skammen er verre enn overgrepet
- 22 Misfornøyde sykepleiestudenter
- 24 Nei til felles nødsentraler
- 27 Vi bare spør Sunniva Ørstavik

Der ute

- 48 Bunnlinja styrer mer enn kvalitet
- 50 Mister 110 000 kroner av lønna
- 54 Verkstedet
- 55 Min jobb
- 56 Sykepleiere i skuddlinja
- 58 Øyeblikket



84

18

Tema:

Smartprisen 2009

Fra side 28 presenteres alle kandidatene til årets smartpris. Les om de forskjellige prisene, kandidatene og hvordan du stemmer. Du kan lese det samme, og stemme, på sykepleien.no

28



Hvem er smartest?

mange tror, er det amerikanske helsevesen av ypperste kvalitet.»

17 · 2009

26. november 2009 · 97. årgang

Fag og bøker

- 62 Hva er et godt prosjektarbeid?
- 66 Fagkronikk: Tv — blindpassasjer eller verktøy
- 67 Fagdebatt: Vern studietilbudet i Vesterålen
- 68 Bedre ernæring på intensiv
- 70 Forfatterintervju: Einar Aadland
- 72 Det metodiske hjørnet
- 73 Bokanmeldelser
- 74 Kvinner lever lenger, men ikke bedre
- 74 Quiz

Mennesker og meninger

- 76 Lisbeth Normann om solidaritet
- 77 Siden sist og meninger
- 80 Dag Karterud om mannlige sykepleiere
- 82 Dilemma
- 84 Tett på Sigrun Vågeng
- 88 Ellinor F. Major vs. Joar Tranøy
- 90 Refleks: Martine Aurdal

- 91 Stillingsannonser
- 100 Meldinger, skoler og kurs

GJESTESKRIBENTEN:

«Det er ikke religionsfrihet for kongelige.»

Martine Aurdal

90



«Hensynet til økonomien blir viktigere enn kvalitet, trygghet og tillit.»

48



16

zendium - mild og effektiv tannkrem

- velg mellom 8 varianter tilpasset forskjellig behov

zendium tannkrem inneholder noen av de enzymer som inngår i spyttet. Voksenvariantene inneholder dessuten colostrum (melkeprotein) som supplerer bestanddelene i spyttet. Alle zendium varianter inneholder natriumfluorid i forskjellige konsentrasjoner, som øker tennenes motstandskraft overfor karies.

Slipemiddel og skummiddel i alle zendium varianter er både skånsomme og effektive. zendium inneholder ikke natriumlaurylsulfat (SLS).

Til pasienter med behov for basis beskyttelse:

zendium Classic

En basis fluortannkrem til hele familien. Inneholder enzymer, sink og colostrum

Fluor: 1100 ppm. RDA*: 75



Til pasienter med lette misfarginger eller et ønske om friskere ånde:

zendium Fresh+White

Inneholder ekstra sink som motvirker dårlig ånde, samt en ekstra rengjørende ingrediens (pyrofosfat), som reduserer misfarginger.

Fluor: 1450 ppm. RDA*: 80

zendium Mild Whitener

Inneholder en ekstra rengjørende ingrediens (pyrofosfat), som reduserer misfarginger skånsomt.

Fluor: 1100 ppm. RDA*: 75

zendium Cool Mint

En basis fluortannkrem med frisk mint, til hele familien. Inneholder ekstra sink som binder de vondtluktende bakteriene, slik at dårlig ånde reduseres.

Fluor: 1100 ppm. RDA*: 80



Til pasienter med spesielle behov:

zendium Sensitive

En ekstra mild og skånsom tannkrem med kaliumnitrat som beskytter følsomme tannhalsar og forebygger ubehagelig ising.

Fluor: 1450 ppm. RDA*: 50

zendium Syreforsvar

En tannkrem som inneholder proteiner som i samspill med spyttet hjelper til med å beskytte tannemaljen mot syreskader.

Fluor: 1450 ppm. RDA*: 80



Til barn:

zendium Første Tann med Postmann Pat

En mild tannkrem til de aller minste barna (0-5 år) med ekstra mild smak og skummiddel.

Fluor: 1000 ppm. RDA*: 60

zendium Junior med Asterix

En mild tannkrem til de litt større barna (6-12 år) med mild smak og skummiddel.

Fluor: 1000 ppm. RDA*: 80



zendium er mye mer enn tannkrem. Vi har også zendium Saliva Gel som motvirker munntørhet, zendium munnskyll og Postmann Pat barnetannbørste. Les mer på www.zendium.no

Sara Lee Household & Body Care
Postboks 653, 1411 Kolbotn

* RDA: Slipemidler måles i RDA verdier: 0 – 50: lavt slipende / 50 – 100: middels slipende / 100 +: kraftig slipende
*Voksenvariantene inneholder små mengder egg- og melkeprotein.

zendium



Barth Tholens om håp

Stilling: Redaktør i Sykepleien

E-post: barth.tholens@sykepleien.no

Det er ikke fordi Barack Obama har skrytt amerikanske sykepleiere helt opp i skyene, at han fortjener en fredspris. Det var heller symptomatisk.



FOLKETS TROPPER: Når Obama smiler fatter til og med kineserne håp. Da kan det gå mot bedre tider her hjemme også.

Mens vi venter på Stoltenberg

President Obama er over oss. Snart vil han innta Norge for å motta Nobelmedaljen i Oslo Rådhus og vinke fra balkongen på Grand Hotel. Om han vil se på prisen som en ære eller som enda en tung forventning på sine skuldre, er jeg litt usikker på. Kanskje begge deler. Men én ting er sikkert: Ingen i vår tid har vakt større optimisme hos oss som mener at verden skriker etter nye løsninger.

Som de fleste vil også jeg kjenne et stikk av samtidshistorisk fascinasjon under Obamas besøk, selv om jeg muligens ikke blir å finne blant dem som vil flokke seg under Grand-balkongen. Fascinasjonen har noe med Kennedy å gjøre, tror jeg. Kennedy representerte noe stort, men det glapp da han ble skutt i Dallas. Nå vil jeg oppleve Obama mens han ennå er her. Jeg er nysgjerrig etter mannens enestående utstråling. Hva er det som gjør at hele verden går av hengslene av å høre ham?

I Kina, der folkearmeen troppet opp i full styrke da presidenten

Håp er en universal medisin

besøkte landet, selges det nå T-skjorter med påskriften «Oba Mao». Han er ikke bare en amerikansk markedsføringsuksess for oss fra Vesten. Han er til og med kinesernes helt! Det forteller kanskje mer enn noe annet at håp er en universal medisin som alle gladelig svelger i en globalisert verden.

Håpet som Obama representerer, er selvfølgelig ikke nok i seg selv. Fortsatt kan alt havne i grøfta. Før vi vet det, kan jorda være fire grader varmere. Guantánamo står i fare for ikke å bli avviklet. Afghanistan og Irak kan bli det marerittet de ser ut som. Og den amerikanske helsereformen kan gå fullstendig i dass.

Men det ekstraordinære med Obama er at han klarer å overbevise oss om at han virkelig tror på det han sier. Det samme kan ikke sies om Brown, Merkel, Berlusconi eller vår egen «kjedelige» Stoltenberg. Men til Obama lytter vi, som tørste barn foran et Coca-Cola-utsalg. Når han uttaler håp for oss, føler vi at han tar oss på alvor.

I høst skjedde det noe spektakulært. Som kjent sliter Obama med å overbevise de folkevalgte om velsignelsene med den store amerikanske helsereformen. Etersom tiden går og kompromissene blir flere, blir reformen kanskje mindre stor enn Obama hadde håpet på. Midt i denne striden besøkte han landsmøtet til det amerikanske sykepleierforbundet. Her utropte han sykepleierne til en viktig alliert for å få reformen på plass. Presidenten holdt et langt og varmt innlegg om betydningen av sykepleierens innsats i det amerikanske helsevesenet. De gjør en uvurderlig innsats, mente han.

I motsetning til det mange tror, er det amerikanske helsevesen av ypperste kvalitet. Sykehusene har de beste legene og de beste sykepleierne. Sykehusene har satset mye for å få bedre resultater og for å høyne standarden på sykepleiertjenestene, slik at det skal være attraktivt å jobbe der. Problemet over Atlanteren er ikke at helsetjenesten har for dårlig kvalitet, men at svært mange ikke har råd til den.

Amerikanske sykepleiere har gjennomgående høy bevissthet rundt sine faglige mål. Der i gården mangler det ikke på ambisjoner. Likevel ga Obamas tale et voldsomt løft i en verden der legene ofte står fremst når ros skal deles ut. Presidentens ord ga anerkjennelse, men også håp om at sykepleierens kompetanse endelig skal bli sett på som en nøkkelfaktor for arbeidet med pasientsikkerhet.

Her hjemme venter vi fortsatt på statsministeren. Sosialøkonomen Stoltenberg ser ut til å være mer opptatt av at utgiftene kan løpe løpsk enn av yrkesgruppene som skal sørge for at pengene til helsetjenestene skal brukes best mulig. Mens Obama «feirer» en hel yrkesgruppe fordi han ser at de gjør en forskjell, ser det ut til at Stoltenberg skyr de samme sykepleierne fordi de fort kan bli dyre. Kanskje han er redd for å måtte punge ut i likelønnsoppgjøret hvis han er for mye på Dagsrevyen sammen med Lisbeth Normann?

Vi kan jo håpe at Obama visker ham noen ord i øret når de står og nyter utsikten på toppen av Regjeringsbygget. Yes, Stoltenberg. You can!

Brandvold anker

Ellen Beccer Brandvold har anket dommen fra Oslo tingrett. I oktober tapte hun saken mot Norsk Sykepleierforbund. Oppsigelsen fra stillingen som generalsekretær var gyldig.

Anken dreier seg om erstatning. Brandvold krever ikke stillingen tilbake, og ny generalsekretær kan nå ansettes. NSF skal gi tilsvar innen 1. desember.

NSFs advokat Knut Smedsrud sier nei til rettsmekling: – Det var full seier i tingretten. Erstatning er ikke et tema for oss.

Det kan ta flere måneder før lagmannsretten behandler saken.



Foto: Marit From

Hjernedop er god økonomi

Den engelske filosofen John Harris mener det finnes mange gode grunner for å bruke hjernedop.

– Prestasjonsfremmende legemidler kan forbedre dagens kostbare utdanningssystem og være en samfunnsøkonomisk investering, sa John Harris på et møte i Vitenskapsakademiet, melder etikkom.no.

Han innrømmet imidlertid at han ikke brukte noen form for hjernedop selv.

Harris argumenterer med at skole og utdanning er kostbart. Hvis skoleungdommer ble mer mentalt mottakelig for kunnskap, er det kostnadseffektivt for samfunnet. Han mener medisiner er en billig ressurs i motsetning til utdanningssystemet.



Foto: Colourbox

Røykevaksine på gang

Legemiddelfirmaet GlaxoSmithKline har inngått en avtale om å støtte det amerikanske bioteknologiselskapet Nabi Pharmaceuticals med 540 amerikanske dollar for å teste ut en vaksine (NicVAX) som skal hjelpe røykere å slutte. Så langt har vaksinen vist seg å halvere antallet personer som sprekker etter seks måneder sammenlignet med kontrollgruppen som fikk placebo. Etter et år var det tre og en halv ganger så stor sjanse for at de vaksinerte ikke røykte sammenlignet med kontrollgruppen.

Kilde: Financial Times



Foto: Børn Alild Østby

Hva skjer

Les mer om:

- [10 Magnetisme på norsk >](#)
- [14 Dette tjener sykepleiere >](#)
- [16 Linedans mellom linjene >](#)
- [18 Tar tekno-ballen >](#)
- [20 – Skammen er verre enn overgrepet >](#)
- [22 Misfornøyde sykepleiestudenter >](#)
- [24 Nei til felles redningsentral >](#)

sykepleien.no

> Nytt Sykepleien Forskning, les forskningsartiklene på sykepleien.no



Vil skifte yrke



MANGELVARE: Noen sykepleiere vil ikke mer.

Hver tiende sykepleier sier de vil forlate yrket, viser en undersøkelse i regi av Norsk Sykepleierforbund. Det betyr at 7 850 sykepleiere vil forlate yrket hvis de får en annen mulighet. Regjeringen har på sin side lovet 12 000 nye pleieårverk innen 2015.

Ifølge arbeidsgiverorganisasjonen KS kan kommunene i verste fall mangle rundt 300 000 årsverk innen helse og omsorg fram mot 2050. Hver tredje ungdom må velge å ta helseutdanning de nærmeste årene for å dekke behovet.

Er du stolt av arbeidsplassen din?

I fjor vant Nes kommune og Sykehuset Innlandet, avdeling Tynset KLPs arbeidsmiljøpris. Prisen deles ut hvert år og er på 100 000 kroner. Alle kommuner, helseforetak og bedrifter med konkrete tiltak eller prosjekter som øker arbeidstakerenes trygghet, gir lavere sykefravær og færre tilfeller av uførhet, oppfordres til å søke. Fristen er 1. desember. Mer informasjon på www.klp.no



Foto: Colourbox



Foto: Colourbox

Mumier med hjertesykdom

Amerikanske og egyptiske forskere har skannet 22 mumier fra Kairo museum. De fant herdede arterier og mulig hjertesykdom hos flere av mumiene. Noen av dem hadde forkalkning i opp til seks forskjellige arterier. Egyptere på den tiden verken røykte ellers spiste bearbeidet mat.

– Funnene tyder på at vi må se forbi moderne risikofaktorer for å forstå sykdommen, sier dr. Gregory Thomas fra University of California til BBC.

Studien er publisert i Journal of the American Medical Association.



BYRÅKRATEN ØNSKET PLUTSELIG AT HAN HADDE INVILGET MER PENGER TIL HELSESEKTOREN



Foto: Sigmund Wæren

Sykepleiere vant over Ullevål

Sommeren 2006 ble sykepleiere pålagt å jobbe en turnus som de tillitsvalgte ikke hadde godkjent. Arbeidstiden kunne derfor ikke gjennomsnittsberegnes. I etterkant anla 23 sykepleiere sak mot Ullevål universitetssykehus for å få overtidsbetaling og vant i Oslo tingrett. Sykehuset må nå gi sykepleierne full overtidsbetaling i form av både timebetaling og overtidstillegg. Beløpet utgjør om lag 160 000 kroner. Ullevål må i tillegg betale saksomkostningene.

Åtte gener kan løse gåten om benskjørhet

Norske kvinner ligger i verdenstoppen når det gjelder tilfeller av benskjørhet. Nå mener norske forskere de er i ferd med å løse gåten om hvorfor noen kvinner er mer utsatt enn andre. Forskerne har funnet åtte gener som skal gi svar. Forskningsleder er Kaare M. Gautvik fra Oslo universitetssykehus, Ullevål. Resultatene publiseres i det amerikanske osteoporosemagasinet Bone.



Foto: Colourbox

Meninger fra www.sykepleien.no

– Rektal temp er best



Rektal temperatur representerer ikke pasientens akutte temperatur. I en britisk studie var det bare 8 prosent av leger/sykepleiere som gjennomførte prosedyren riktig.

Hva mener du?

Dette tar liksom aldri helt av som et debattforum. Hadde folket blitt flinkere til å bruke kommentarfeltet med meninger, erfaringer, diskusjoner, «krangling» osv., hadde i hvert fall jeg vært mer aktiv her :)

Hele innlegget finner du på: www.sykepleien.no_debatt

Magnetisme på norsk

Nå skal fire fylker utvikle en norsk variant av den sykepleierorienterte, amerikanske «Magnet»-sertifiseringen for både sykehus og sykehjem. Hva innebærer det egentlig?

Tekst Eivor Hofstad Foto Scanpix og Eivor Hofstad

Den største utfordringen hvis dere skal få magnetsykehus i Norge er at dere må overlate kontrollen til sykepleierne under dere, advarte Barbara Summers de vel hundre norske sykepleierlederne som var samlet på seminar i Tromsø i slutten av oktober.

Summers er en godt voksen kreftsykepleier, visepresident og sjefsykepleier ved M.D. Anderson Cancer Centre i Houston, Texas, som årlig behandler 90 000 pasienter og har over en million besøkende. Magasinet US News & world report har fire år på rad kåret det til USAs beste kreftsykehus. Åtte av de ti best rangerte sykehuse på denne listen er magnetsykehus. Ett av kriteriene som gir poeng i den årlige kåringen er

67 ulike jobbtitler. Magnet krever en spesiell ledelsesmodell hun kaller «transformational leadership», transformasjonsledelse. Bare et par hender rekkes i været når hun spør om noen av sykepleierlederne i Tromsø har hørt begrepet før.

– Transformasjonsledelse er flatere enn den vanlige hierarkiske modellen, som jeg har inntrykk av er utbredt ved norske sykehus. Den krever at det settes av rikelig tid til å tenke fremover, ikke bare drive med problemløsninger og brannsløkningsarbeid, forklarer Summers.

Ifølge henne handler transformasjonsledelse om å hjelpe hverandre til å nå målet. Og målet er en visjon alle deler «i sine hjerter og sinn»,

å stake ut veien mot stadig å bli et bedre sykehus for både ansatte og pasienter.

– Da er alle kreative ideer lov. En gang var det noen som kom med forslag om at sykepleierne skulle hentes hjemme i sin egen limousin hver morgen, og kjøres til jobb. Da vi diskuterte dette litt nærmere, kom det fram at det faktisk var et stort problem for sykepleierne å få parkert på sykehuset.

Dermed resulterte den i utgangspunktet ville ideen i et mer moderat og pragmatisk forslag om egnede parkeringsordninger for ansatte.

Et annet tips er å gjøre veien fra idé til utprøving enkel, slik de har gjort det gjennom et program hvor målet er at pasientomsorgen skal bli bedre.

– Dersom en sykepleier hos oss har en god idé, kan hun bare prøve den ut på en pasient og se hvordan det går, uten å måtte innhente tillatelse fra hele organisasjonen. Det holder at hennes nærmeste leder godkjenner. Er ideen god, sprer den seg. Er den dårlig, legges den bort, uten noen skyldfølelse, sier Summers.

«Magnet er et helhetlig ledelsesverktøy som fremmer samhandling og systematisk faglig fokus for å oppnå høy kvalitet på sykepleie.» Øyvind Nordbø

nettopp om sykehuset har magnetsertifisering.

Det 26 år gamle sertifiseringssystemet fikk opprinnelig navnet sitt fordi det skulle rekruttere og holde på sykepleiere som en magnet. Nå har det blitt et stempel «of excellence» som bare 6 prosent (352 av 5708) av alle amerikanske sykehus har. I tillegg finnes det to magnetsykehus i Australia, et i New Zealand, og et i Libanon.

Det amerikanske sykepleierforbundet, American Nurses Association, har opprettet en egen underavdeling (American Nurses Credentialing Centre, ANCC) som tar seg av sertifiseringen. Dersom norske institusjoner vil søke om å bli magnetsykehus, må de også gå veien om ANCC.

Transformasjonsledelse

Barbara Summers har hatt sjefsstillingen ved M.D. Anderson i seks år nå, og vet godt hva magnetorganiseringen stiller av krav til sykepleierlederne. Selv leder hun alle sykehusets sykepleiere, det vil si 2 800 stykker fordelt på

ved at de har vært med i prosessen fra begynnelsen. Det er viktig med eierfølelse til målene. Summers har erfart at når hun delte ut flotte planer om hvordan de skulle nå et bestemt mål, smilte hennes lojale ansatte og sa «Good plan, dr. Summers!». Likevel var ikke målet nådd etter et år. Feilen var at hun hadde klekket ut målet og planene alene.

Summers forklarer at det er en lang prosess å komme dit at alle blir engasjert i å ta bestemmelser og utpeke mål.

– Det er en virkelig utfordring. Spesielt hvis du er en typisk flink sykepleierleder. Jeg må komme meg ut av veien for sykepleierne. Men fremdeles går det ikke én uke uten at jeg tenker om et forslag fra mine ansatte at «dette er ikke slik jeg ville gjort det».

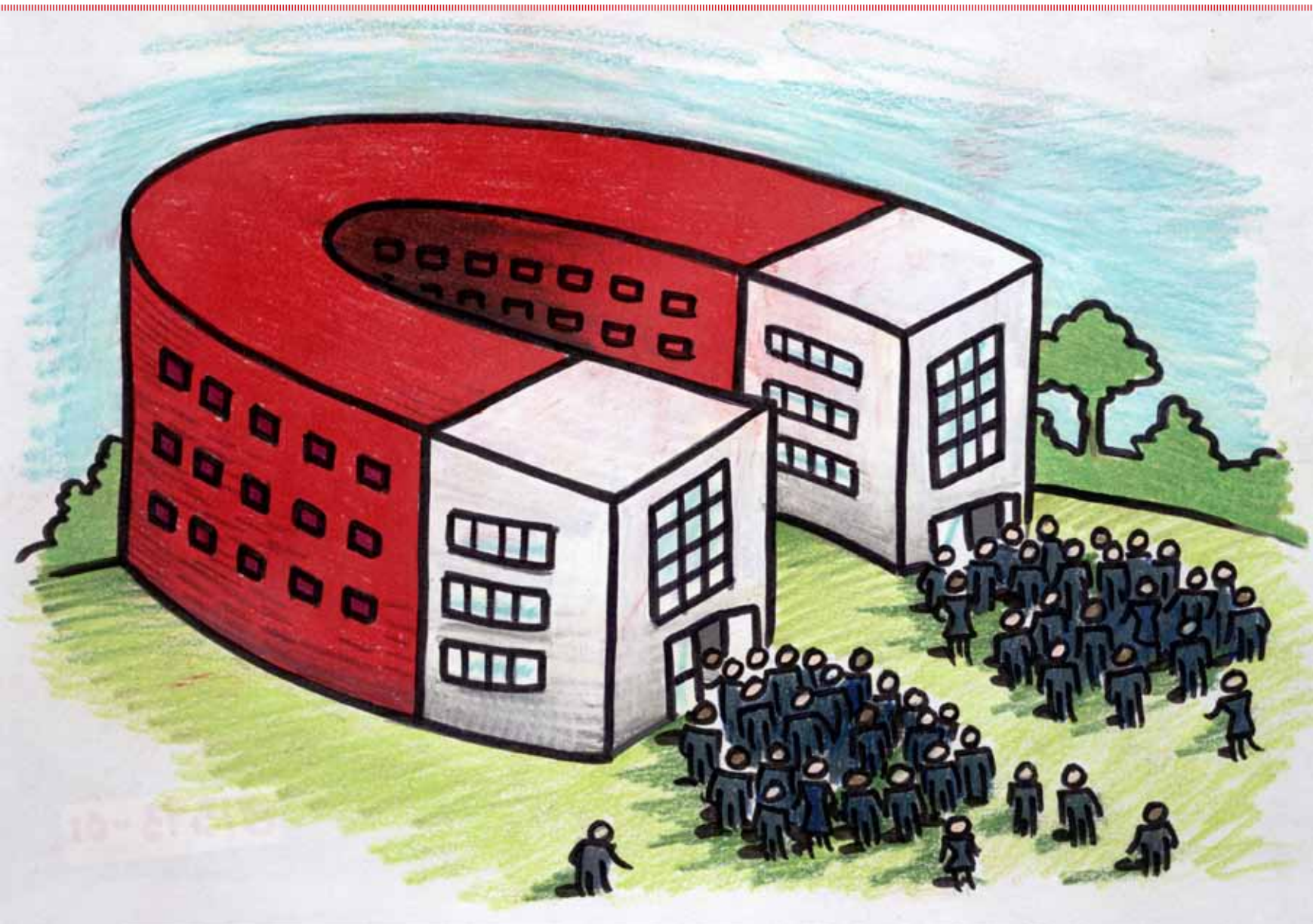
Fra limousineskorte til parkeringsplass

Summers har nedsatt grupper av sykepleiere på tvers av avdelingene som jevnlig møtes for

Magnet-kritikk

Enkelte amerikanske sykepleierorganisasjoner har kritisert magnetprogrammet. Blant annet ble det hevdet at dette kun var et reklameverktøy for sykehusene som lignet Joint Commision (et annet sertifiseringssystem) i et nærmest incestuøst forhold til sykehusledelsen og at enkelte sykehus motarbeidet noen av programmets nøkkelprinsipper så snart sykehuset hadde fått magnetstatusen. Programmet hadde ikke gode nok målinger på at sykehuse holdt seg til kriteriene, ble det hevdet. Det ble også etterlyst bevis på om sykepleiere ved magnetsykehus virkelig hadde det bedre enn sykepleiere andre steder. Suzanne Gordon skrev i «Nursing against the Odds» i 2005 at mange av de frivillige retningslinjene kunne bare tilby en illusjon av sykepleiermakt.

I 2006 foreslo The Centre for Nursing advocacy en rekke forbedringspunkter, som endte med at kriteriene ble forenklet til kun å omfatte fire punkter, som alle kretser rundt målet; empiriske resultater.



REKRUTTERINGSHJELP: Magnetsykehus fikk opprinnelig navnet sitt fordi de skulle rekruttere og beholde sykepleiere som en magnet.

- 1 Lederskap (transformational leadership)
- 2 Organisasjonssystemer (structural empowerment)
- 3 Førsteklasses profesjonell praksis
- 4 Anvendelse av ny kunnskap

Nå blir sykehusene resertifisert hvert fjerde år, og må annethvert år levere dokumentasjon på at det anvender ny kunnskap og har empiriske resultat i tråd med 88 standarder/ kvalitetskriterier.

– Det blir store papirbunker av all rapporteringen som er nødvendig for å bli godkjent, innrømmer Øyvind Nordbø, spesialrådgiver i fagpolitisk avdeling hos Norsk Sykepleierforbund (NSF).

Men han påpeker samtidig at mye av rapporteringen som fremlegges i Magnet innebærer synliggjøring av den faglige kvalitet på sykepleiertjenesten i tillegg til oppfyllelse av dokumentasjonskrav, som vi allerede har i norsk helsetjeneste.

Forskjell på ISO og Magnet

Det finnes mange ulike sertifiseringssystemer.

Som nevnt har Magnet fått kritikk for å ligne på Joint Commission, noe Barbara Summers tilbakeviser:

– Det er stor forskjell på Joint Commission og Magnet. Den første er kun et minimumssett av kriterier, mens Magnet er et excellence-bevis.

ISO-sertifisering som mange i Norge kanskje kjenner bedre til, er også et kvalitetsbevis som det tar lang tid å oppnå, i likhet med Magnet. På lederseminaret i Tromsø lurte noen av sykepleierne på hva forskjellene var.

– ISO er på mange måter grunnmuren for Magnet, ved å legge til rette for et forsvarlig helsesystem. Men Magnet dekker i tillegg også det sykepleierfaglige. Vi må sikte høyere enn ISO for å få god praksis. Da kan vi bruke den helhetlige tilnærmingen i Magnet, sier Øyvind Nordbø.

Fire magnetfylker

Han forteller videre at NSF er i dialog med ANCC i forhold til tilpasning og implementering av Magnet til norske forhold. Magnet utvikles nå som et prosjekt i fire fylker, Oslo,

Akershus, Vestfold og Rogaland.

– Delelementer i prosjektet vil være å gjøre konseptet kjent, oversette søkermanualen for akkreditering og reise til Magnet-konferansen neste høst. De fire fylkene vil også invitere ANCC til Norge til våren.

– *Hvorfor har NSF valgt akkurat Magnet som kvalitetsstandard når det finnes så mange andre sertifiseringssystemer?*

– Fordi dette er et helhetlig ledelsesverktøy som fremmer samhandling og systematisk faglig fokus for å oppnå høy kvalitet på sykepleierpraksis. Omfattende forskning dokumenterer positive resultater både for medarbeidere, virksomheter og pasienter, sier Nordbø.

Magnet innebærer mer makt til sykepleierne og krever en stor omorganisering på ledelsesnivå.

– *Er det ikke dermed en fare for at systemet verken får gjennomslag hos ledelse eller de andre yrkesgruppene på sykehuset?*

– Hensiktsmessig organisering av sykepleiertjenesten er et krav for å godkjennes som Magnet. Samtidig er ANCC i sitt internasjonale





TRANSFORMASJONSLEDEREN: – Vi tar våre ansatte fra å være perfekt akseptable til å bli simpelthen ekstraordinære. Fra solnedgang i Texas til nordlys i Tromsø, sier Barbara Summers metaforisk.

engasjement opptatt av tilpasning til rammevilkårene for helsetjenester i de enkelte land.

Magnetsykehjem

I Norge var Aker sykehus i ferd med å utvikle Magnet-inspirert organisering gjennom et prosjekt kalt «Sykepleierløftet». Men arbeidet strandet vinteren 2008 etter at Lisbeth Normann og Ellen Reine sluttet som henholdsvis helsefaglig direktør og utdanningskoordinator.

– Det var blant annet problemer med å for-

tre andre sykehjem i Oslo og NSF i prosjektet nevnt over.

– Det vil være kontinuerlig forbedring innen kompetanseutvikling, kunnskapsbasert praksis, personalforvaltning og ledelse. Vi kaller det «Magnetreisen», og prosjektet vil ta noen år. Men det er for tidlig å si om NSF går for ANCC Magnet-sertifisering, eller om det blir utviklet en lignende norsk sertifisering, sier Reine.

– Det er en god idé å overføre Magnet til

«Det er en god idé å overføre Magnet til sykehjem.» *Barbara Summers*

ankre prosjektet i ledelsen på klinikknivå. I arbeid med sammenslåing til Oslo universitetssykehus, har prosjektet blitt lagt på is på helseforetaksnivå, sier Reine.

Nå er hun institusjonssjef ved Täsenshjemmet i Oslo og i startfasen av å jobbe mot magnetstandard for sykehjemmet i samarbeid med

sykehjem. Jeg vet ikke om noen magnetsykehjem i USA, men det vil ikke overraske meg om det kommer. Det finnes ikke gode systemer for å takle de mange eldre med kroniske helseproblemer som kommer fremover. Det vil bli sykepleierens jobb, sier Barbara Summers. ■■■

C Daivobet® LEO

Middel mot psoriasis.

T SALVE: 1 g inneh.: Calcipotriol 50 µg, betametasondipropionat 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 etter legens anbefaling. Maks. daglig dose 15 gram, maks. ukentlig dose 100 gram. Behandlet område skal ikke være mer enn 30% av kroppens overflate. Anbefales ikke til barn eller ungdom <18 år. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Pga. innholdet av calcipotriol er preparatet kontraindisert hos pasienter med forstyrrelser i 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 hudvener, iktyose, akne rosacea, hudskår/-skader, perianal og genital kløe. Ved guttat, erytrodermisk, eksfoliativ og pustuløs psoriasis. Ved alvorlig nyreinsuffisiens eller alvorlig leversykdom. **Forsiktighetsregler:** Unngå applikasjon og utilsikket overføring til hodebunn, ansikt, munn og øyne. Hørene må vaskes etter hver påsmøring. Samtidig behandling med andre steroider må unngås. Hemmet binyrebarkfunksjon eller innvirkning på den metabolske kontroll av diabetes mellitus kan forekomme pga. systemisk absorpsjon. Applikasjon på store områder av skadet hud, under okklusjon, på slimhinner eller i hudfalter bør unngås, da det øker det systemiske opptak av kortikosteroider. Huden i ansiktet og genitalia er svært følsom for kortikosteroider. Langtidsbehandling av disse kroppsdeler bør unngås. Disse områdene bør behandles med svakere steroider. Når lesjonene blir sekundærinfisert bør antimikrobiell behandling gis. Behandlingen med kortikosteroider bør stoppes om infeksjonen forverres. Når en behandler psoriasis med topiske kortikosteroider kan det være en risiko for utvikling av den pustuløse form eller «rebound»-effekt ved seponering. Det er økt risiko for lokale og systemiske kortikosteroidbivirkninger ved langtidsbehandling. Behandlingen bør seponeres hvis bivirkninger oppstår som følge av lang tids bruk av kortikosteroider. Det er ingen erfaring med bruk av produktet i hodebunnen. Det er ingen erfaring med samtidig bruk av andre psoriasismedler gitt lokalt eller systemisk, eller samtidig bruk av fototerapi. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Det foreligger ingen data for bruk til gravide. Bør derfor kun brukes under graviditet der fordelene synes større enn risikoen. Overgang i morsmelk: Betametason går over, men risiko for barnet synes lite sannsynlig ved terapeutiske doser. Det foreligger ingen data på overgang av calcipotriol i melk. Forsiktighet bør utvises ved forskrivning til ammende. Skal ikke smøres på brystene ved amning. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Hud: Kløe, utslett, sviende følelse i huden. Mindre hyppige: Hud: 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, teleangiectasi, 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, hudfalter), ved påsmøring av store områder og ved langtidsbruk. Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Bruk av mer enn anbefalt dose kan føre til forhøyet serumkalsium, som faller raskt når behandlingen seponeres. Overdreven langvarig bruk av topiske kortikosteroider kan hemme binyrebarkfunksjonen og gi sekundær adrenal insuffisiens, som normalt er reversibel. Behandling: Adrenal insuffisiens behandles symptomatisk. Ved kronisk toksisitet skal preparatet seponeres gradvis. Oppbevaring og holdbarhet: Åpnet tube må brukes innen 12 måneder. Pakninger og priser: 30 g kr 263,40, 60 g kr 448,70, 120 g kr 863,10

ATC-nr.: D05A X52

C Daivonex® LEO

Middel mot psoriasis.

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 hudfalter/interrigrinøse områder. Begrenset erfaring ved behandling av barn. Bør ikke brukes i ansiktet pga. risiko for ansiktsdermatitt. Hørene 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 amning. **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 kalsiumomsætning, ca. 1% av 1,25 (OH)2D3. Virkningsmekanisme: Topikal applikasjon inducerer celledifferensiering 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.

ATC-nr.: D05A X02

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

Hva tjener en sykepleier?

Nå er statistikkene for 2008 klare.

Sjekk om lønnen din ligger over eller under gjennomsnittet.

Tekst **Kari Anne Dolonen**

I 2008 tjente en sykepleiere på sykehus i full stilling 396 000 kroner i snitt. I kommunehelsetjenesten var snittlønnen 395 100 kroner. I lønnen inngår grunnlønn og faste tillegg. Overtid er ikke med i lønnsstatistikken. Tallene er hentet fra Norsk Sykepleierforbunds statistikkhefte «Statistikk 09».

Lønnsløft

Selv om mange ikke tror det, har sykepleierne hatt en sterk lønnsvekst de siste sju årene. Ved sykehusene har sykepleiere i snitt økt lønnen med 119 000 kroner fra 2001 til 2008. Spesialsykepleierne har økt årslønnen med 134 000 kroner i samme periode.

For sykepleiere i kommunehelsetjenesten har lønnen i snitt gått opp 111 300 kroner fra 2001 til 2008. For spesialsykepleiere har den i snitt økt med 119 000 kroner.

Tallenes tale på sykehus

I tabellen (tabell 1) kan du se hva en sykepleier ved norske sykehus i snitt tjente i 2008. Tallene viser lønn dersom man er ansatt i 100 prosent stilling og er snittet av grunnlønn, pluss faste og variable tillegg. Overtid er ikke med.

Dersom du skal sammenligne egen lønn, og jobber deltid, må du ta høyde for det i regnestykket. Dette er gjennomsnittstall. Noen vil ligge over snittet, mens andre ligger under. Det kan likevel gi en pekepinn om hvor på skalaen du selv ligger. I tillegg kan det muligens være et nyttig redskap for tillitsvalgte å ta med seg under forhandlinger.

Tallene i kommunehelsetjenesten

Jobber du i kommunehelsetjenesten, ser gjennomsnittet ut som i tabellen nedenfor. Også i disse tallene viser lønn i 100 prosent stilling. I lønns gjennomsnittet er grunnlønn pluss faste og variable tillegg tatt med. Overtid er ikke med. (Se tabell 2.)

Flere tall

Her er flere tabeller fra NSFs forhandlingsavdeling som forteller litt om hva sykepleierne får i lønn:

Tabell 3 viser minstelønn/laveste mulige regulativlønn for en del stillinger pr. 1. mai 2009. Vær oppmerksom på at det kan være ulike virkningsdatoer i de ulike tariffområdene. ■■■

Tabell 1: Alle sykehusene

Stilling	Gjennomsnittlig årslønn 2008	Økning i kroner 2001-2008	Økning i prosent 2001-2008
Sykepleier	396 300	119 900	43,4
Spesialsykepleier	437 600	134 900	44,6

Tabell 2: Kommunehelsetjenesten

Stilling	Gjennomsnittlig årslønn 2008	Økning i kroner 2001-2008	Økning i prosent 2001-2008
Sykepleier	395 100	111 300	39,2
Spesialsykepleier	401 100	119 400	42,4

Tabell 3: Minstelønn/lavest mulig regulativlønn

KS – pr. 1. mai 2009					
Lønnsansiennitet	0 år	4 år	8 år	10 år	16 år
Sykepleier	310 700	314 300	322 800	353 700	
Spesialsykepleier/Helsesøster	330 300	334 200	337 600	375 400	
Mastergrad	351 100	365 700	386 600	414 500	
Lærer	316 400	332 000	340 500	349 000	391 800
Adjunkt	349 000	359 700	367 600	376 400	414 700
Adjunkt m/ till. utd.	364 100	376 300	388 300	395 600	437 400
Lektor	381 400	389 100	402 900	419 800	468 900
Lektor m/ till. utd.	395 000	402 100	417 000	434 700	492 200
Spekter – f.o.m. 1. juli 2008 t.o.m. 31. oktober 2009					
Sykepleier	300 000	308 000	320 000	345 000	
Spesialsykepleier/Jordmor	325 000	335 000	350 000	380 000	
Spekter – f.o.m. 1. november 2009					
Sykepleier	310 000	317 000	329 000	354 000	
Spesialsykepleier/Jordmor	330 000	340 000	355 000	385 000	
Oslo kommune – sykepleier pr. 1. mai 2009 (Nettolønn ekskl. 2 % pensjonspremie og OU-premie)					
Lønnsansiennitet	0 år	1 år	2 år	3 år	
Lønnstrinn	26	27	28	29	
Sykepleier	305 300	309 500	313 700	317 900	
Lønnsansiennitet	4 år*	6 år	7 år	8 år	
Lønnstrinn	29	30	31	32	
Sykepleier	317 900	322 800	327 500	332 100	
Lønnsansiennitet	9 år	10 år	12 år**	13 år	
Lønnstrinn	33	34	35	36	
Sykepleier	336 700	341 100	346 000	351 000	
Lønnsansiennitet	4 år	15 år	16 år		
Lønnstrinn	37	38	39		
Sykepleier	356 300	361 800	367 500		

Nyhet!

Ny styrke!

Calcigran Forte

1000 mg kalsium
+ 800 IE vitamin D₃

Nå én tablett daglig!



Calcigran Forte®
STERK KOMBINASJON FOR STERKE BEIN

C Calcigran Forte Nycomed Pharma

ATC-nr.: A12A X-

TYGGETABLETTER 500 mg/400 IE og 1000 mg/800 IE: Hver tyggetablett inneh.: Kalsiumkarbonat tils. kalsium 500 mg, resp. 1000 mg, kolekalsiferol (vitamin D₃) 10 µg, tils. 400 IE, resp. 20 µg, tils. 800 IE, sorbitol 390 mg, resp. 780 mg, sakkarose 1,5 mg, resp. 3,3 mg, aspartam, isomalt, hydrogenert soyaolje, hjelpestoffer. Sukkerholdig. Sitronsmak.

Indikasjoner: Forebygging og behandling av vitamin D- og kalsiummangel hos eldre. Tilleggsbehandling ved osteoporose når det er risiko for vitamin D- og kalsiummangel.

Dosering: Tablettene kan tygges eller svelges hele. Kan også røres ut i vann. **Voksne og eldre:** 500 mg/400 IE: 1 tyggetablett 2 ganger daglig. **1000 mg/800 IE:** 1 tyggetablett 1 gang daglig. Nedsatt nyrefunksjon: Preparatet bør ikke brukes hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon.

Kontraindikasjoner: Høyt kalsiuminnhold i blod eller urin, nyresten, D-hypervitaminose, overfølsomhet overfor soya, peanøtter, kalsium, vitamin D eller noen av hjelpestoffene.

Forsiktighetsregler: Ved langtidsbehandling bør kalsiumnivåene i serum følges og nyrefunksjon bør monitoreres med serumkreatininnivåer. Monitorering er særlig viktig hos eldre pasienter som samtidig behandles med hjerteglykosider eller diuretika og hos pasienter med tendens til steindannelse. Ved hyperkalsemi eller tegn på nedsatt nyrefunksjon bør dosen reduseres eller behandlingen opphøre. Vitamin D skal brukes med forsiktighet til pasienter med nedsatt nyrefunksjon og kalsium- og fosfatnivåer bør kontrolleres. Risiko for kalsifisering av bløtvev må vurderes. Hos pasienter med kraftig nedsatt nyrefunksjon metaboliseres ikke vitamin D i form av kolekalsiferol normalt og andre former for vitamin D bør brukes. Preparatet skal brukes med forsiktighet hos pasienter med sarkoidose pga. risiko for økt metabolisme av vitamin D til den aktive formen. Disse pasientene må kontrolleres jevnlig med hensyn på kalsiuminnholdet i serum og urin. Preparatet skal ikke brukes hos immobiliserte pasienter med osteoporose pga. økt fare for hyperkalsemi. Ved forskrivning av andre legemidler som inneholder vitamin D, skal det tas hensyn til D-vitaminosen. Administrering av ytterligere doser kalsium eller vitamin D skal følges grundig opp av lege. I slike tilfeller er det nødvendig å kontrollere kalsiumnivået i serum og kalsiumutskillelsen i urin ofte. Preparatet inneholder aspartam (en fenylalaninkilde), kan være skadelig for personer med fenylketonuri. Preparatet inneholder sorbitol, isomalt og sakkarose. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med fruktoseintoleranse, glukose-galaktosemalabsorpsjon eller sukrase-isomaltasemangel bør ikke ta dette legemidlet. Preparatet anbefales ikke til barn.

Interaksjoner: Tiaziddiuretika reduserer renal ekskresjon av kalsium. Pga. risiko for hyperkalsemi, bør serumnivået av kalsium kontrolleres regelmessig ved samtidig bruk. Systemiske kortikosteroider reduserer kalsiumabsorpsjonen. Det kan være nødvendig å øke dosen av Calcigran Forte ved samtidig bruk. Samtidig behandling med ionebyttereseiner, slik som kolestyramin, eller laktativa, f.eks. flytende parafin, kan redusere gastrointestinal absorpsjon av vitamin D. Kalsiumkarbonat kan påvirke absorpsjonen av samtidig administrerte tetracykliner. Tetracykliner skal derfor administreres minst 2 timer før eller 4-6 timer etter peroralt inntak av kalsium. Hyperkalsemi kan øke hjertets følsomhet for digitalis. Dersom bisfosfonater eller natriumfluorid administreres samtidig, bør disse preparatene tas minst 3 timer før inntak av

Calcigran Forte pga. risiko for redusert absorpsjon. Oksalsyre (finnes i spinat og rabarbra) og fytinsyre (finnes i hele korn) kan danne uoploselige forbindelser med kalsiumioner og dermed hemme kalsiumabsorpsjonen. Kalsiumpreparater og mat med høyt innhold av oksalsyre eller fytinsyre bør tas med 2 timers mellomrom.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Det daglige inntak av kalsium og vitamin D ved graviditet må ikke overstige 1500 mg kalsium og 600 IE vitamin D. Calcigran Forte 1000 mg/800 IE er derfor ikke egnet for bruk under graviditet. Calcigran Forte 500 mg/400 IE kan brukes under graviditet ved vitamin D- og kalsiummangel. Overgang i morsmelk: Preparatet kan brukes ved amming. Kalsium og vitamin D går over. Dette må det tas hensyn til dersom det gis tillegg av vitamin D til barnet.

Bivirkninger: Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Stoffskifte/ernæring: Hyperkalsemi og hyperkalsuri. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Gastrointestinale: Obstipasjon, oppblåsthet, kvalme, magesmerter og diaré. Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent: Hud: Kløe, utslett og urticaria.

Overdosering/Forgiftning: Overdosering kan føre til hypervitaminose og hyperkalsemi. Symptomer: Anoreksi, tørste, kvalme, oppkast, forstoppelse, magesmerter, muskelsvake, tretthet, mentale forstyrrelser, polydipsi, polyuri, smerter i benvev, nefrokalsinose, nyresten og i alvorlige tilfeller hjertearytmier. Ekstrem hyperkalsemi kan føre til koma og død. Vedvarende høye kalsiumnivåer kan føre til irreversibel nyreskade og kalsifisering av bløtvev. Behandling: Behandlingen med kalsium og vitamin D må opphøre. Behandling med tiaziddiuretika, litium, vitamin A, vitamin D og hjerteglykosider må også opphøre. Magetømming hos pasienter med nedsatt bevissthet. Rehydrering og, avhengig av alvorlighetsgrad, isolert eller kombinert behandling med loopdiuretika, bisfosfonater, kalsitonin og kortikosteroider. Elektrolytter, nyrefunksjon og diuresis skal overvåkes. I alvorlige tilfeller bør EKG og CVP (sentralt venetrykk) overvåkes. Se Giftinformasjonens anbefalinger for kalsiumkarbonat A12A A04 og vitamin D3 A11 C C.

Egenskaper: Klassifisering: Mineralpreparat med D-vitamin. Virkningsmekanisme: Kontinuerlig kalsiumtilførsel er nødvendig for nydannelse av ben og vil antagelig undertrykke produksjon av parathyreoideahormon og derved redusere bennedbrytning. Vitamin D er viktig for absorpsjonen av kalsium fra tynntarmen. Absorpsjon: Ca. 30% av tilført kalsium. Vitamin D₃ absorberes raskt i tynntarmen. Fordeling: 99% av kalsiumet i kroppen er konsentrert i den harde strukturen i ben og tenner. 1% finnes i intra- og ekstracellulærvæskene. Ca. 50% av det totale kalsiuminnholdet i blodet er i fysiologisk aktiv ionisert form og ca. 10% er kompleksbundet til sitrat, fosfat eller andre anioner. De resterende 40% er proteinbundet, hovedsakelig til albumin. Kolekalsiferol og dets metabolitter sirkulerer i blodet, bundet til et spesifikt globulin. Lagres i muskel- og fettvev. Metabolisme: Kolekalsiferol omdannes i leveren ved hydroksylering til den aktive formen 25-hydroksykolekalsiferol. Videre skjer omdanning i nyrene til 1,25-dihydroksykalsiferol. 1,25-dihydroksykalsiferol er metabolitten som er ansvarlig for å øke kalsiumabsorpsjonen. Utskillelse: Kalsium utskilles via feces, urin og svette. Renal ekskresjon avhenger av glomerulær filtrasjon og tubulær reabsorpsjon av kalsium. Vitamin D utskilles i feces og urin.

Pakninger og priser:
500 mg/400 IE: 100 stk. (boks) kr 148,70.
1000 mg/800 IE: 60 stk. (boks) kr 172,90.

Linedans mellom linjene

På små steder må helsetjenestene balanseres mellom samhandlingsreform og lokalpolitikk. Forsterket sykehjem kan fort bety svekket lokalsykehus.

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers** Foto **Björg Margrethe Narjord**

Sykehuset på Tynset ligger bare et par hundre meter unna Tjønnsenteret, sykehjemmet på Tynset. Samarbeidet er i dag knirkefritt, bedyrer ledelsen ved begge institusjonene. Men Stortingsmelding 47 – om samhandlingsreformen, kan forstyrre idyllen.

I 2040 vil andelen av befolkningen over 80 år

Tjønnsenteret, et moderne sykehjem med enkeltrom til alle som ønsker det, ligger mer strategisk til for fremtiden. Rehabiliteringsavdelingen er allerede innenfor grensesnittet som samhandlingsreformen beskriver. Større tilgang på lege, fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleiere betyr i praksis en forsterket sykehjemsavdeling.

interkommunalt sykehjem for fjellregionen – en halvannenlinjetjeneste.

– Vi føler jo et visst press når vi jobber med dette. For det er mulig å tenke seg et interkommunalt samarbeid hvor vi for eksempel har to observasjonssenger på Tjønnsenteret på Tynset, og tilført ressurser tilsvarende dette. Vi har allerede god kompetanse på en del tjenester som er beskrevet i samhandlingsreformen – vi gir blant annet palliativ behandling, vi setter venefflon og gir intravenøst ved behov. Men sykehuset må ha et visst pasientgrunnlag, og selv om vi kunne tatt noen, trenger vi lokalsykehuset til andre pasientgrupper, sier Rønning.

– Er det å undergrave hovedideen med samhandlingsreformen?

– Nei, jeg synes ikke det. Vi samarbeider allerede med spesialisthelsetjenesten, og vi ligger omtrent på det grensesnittet som er beskrevet i stortingsmeldingen. Men det er klart, det er mulig å tenke seg flere måter å organisere seg på, sier Rønning.

Sårbart

I korridorane på Tynset sykehus er det en viss spenning – sykehuset har kjempet sine kamper før, men fremdeles er viktige akuttfunksjoner inntatt. Sykehuset på Tynset har også jordmorstyrt fødestue, medisinsk avdeling med blant annet egen cytostatika- og søvnenhet og sykepleierfaglige team for slagbehandling, diabetes og lungemedisin. Og tilbud om kirurgi og ortopedi.

Med et lite pasientgrunnlag, allerede på minimumsdefinisjonen for å kunne være et akutt-sykehus, er funksjonene sårbare.

«Mister vi lokalsykehuset, taper vi mer enn vi vinner.»

Inga-Lill Rønning

være fordoblet sammenlignet med i dag. Det er derfor reformen kommer nå.

Kravet i Stortingsmeldingen er krystallklart: «Dette er utfordringer som må møtes med dyptgripende og langsiktige tiltak. Det vil kreves både mer effektiv drift av helse- og omsorgssektoren i Norge og det politiske miljøet må være beredt til nye og mer krevende prioriteringsbeslutninger.»

Sykehusinnleggelse skal unngås om mulig – og kommunene må ta unna mer. Ingen vil si med rene ord at det kan bli konkurranse om pasientene i regionen – men det kan ligge i kortene.

Dilemma

Sykehuset har akuttfunksjoner, og et opptaksgrunnlag på til sammen cirka 17 000 pasienter. Pasientbelegget er imidlertid nede på cirka 75 prosent, og bør ikke være lavere hvis det skal være håp om fortsatt å beholde akuttfunksjonene.

På Tynset og i omkringliggende kommuner tenkes det nå høyt og lenge for å løse dilemmaet: å beholde sykehuset og samtidig styrke kommunehelsetjenesten.

Aldrende befolkning

Samhandlingsreformen skal bøte på tre problemer: At pasientene ikke får godt nok koordinerte tjenester, at tjenestene ikke fokuserer nok på forebygging og begrensning av sykdom, og at flere eldre og syke gir utfordringer som kan true samfunnets økonomiske bæreevne.

Samler tråder

Inne på et lite kontor på Tjønnsenteret på Tynset sitter en arbeidsgruppe og forsøker å samle trådene – de store og de små. Gjennom et prosjekt har helseleder Inga-Lill Rønning, Gudrun Strømbu og kommunelege Åse Ingeborg Borgos fått støtte til å utrede behovet for et forsterket og



- › I juni la regjeringen frem Stortingsmelding 47 – samhandlingsreformen.
- › Reformen skal føre til bedre samarbeid mellom helse- og omsorgstjenestene i kommunene og sykehusene.
- › Mye av finansieringen flyttes fra staten til kommunene.
- › Det skal bli lønnsomt for kommunene å satse på forebyggen- de helse for å minske behovet for sykehustjenester.
- › Det er foreslått å opprette en halvannenlinjetjeneste, og det er også et ønskelig å gjøre om enkelte lokalsykehus til distrikts- medisinske sentre, og at små kommuner skal gå sammen om å bygge ut lokale helsesentre.
- › Stortingsmeldingen skal behandles i Stortinget, men sannsynligvis ikke før jul, slik den opprinnelige planen var. Mye må konkretiseres og forhandles om før den settes i verk innen 2012.

BEHANDLES HER? Oddbjørn Øien, direktør på sykehuset på Tynset er betinget optimist på sykehusets vegne etter samhandlingsreformen.

ELLER HER? Helseleder og sykepleier Inga-Lill Rønning, Gudrun Strømbu og kommunelege på Tynset Åse Ingeborg Borgos utreder nå behovet for et interkommunalt og forsterket sykehjemstilbud lokalisert i deres kommune. På Tjønnsenteret har de allerede en slags halvannenlinjetjeneste.

– I ytterste konsekvens kan samhandlingsreformen føre til at oppgaver sykehuset i dag gjør, må gjøres av kommunene, og da utenfor sykehuset. For sykehus med lite opptaksområde, kan det bety problemer med stort nok pasientvolum, erkjenner sykehusdirektør Oddbjørn Øien.

Må samtene

– Hva tenker du om muligheten for et interkommunalt forsterket sykehjem på Tynset, i forhold til tilbudet sykehuset har?

– Jeg vet det foregår en utredning på muligheten for dette i kommunehelsetjenesten på Tynset, og jeg vil gjerne se hvilke tanker og konklusjoner de har, før jeg vil mene så mye om det. Til nå har vi hatt positive og konstruktive samtaler med kommunene. Men det er klart; vi er et lite sykehus med et lite opptaksområde, og kan ikke gi fra oss så veldig mye. Samtidig er det ikke gitt at pasientgrunnlaget vil bli mindre på sikt, reformen kan også føre til at

sykehuset får nye oppgaver, og et eventuelt lokalmedisinsk senter trenger ikke være knyttet til kommunen, det kan også knyttes til sykehuset. Foreløpig mangler det mye konkretisering i reformen, men vi er i dialog med kommunene, og innser at fremtiden krever både samtenking og samplanlegging.

Har kartlagt

Ved Tjønnsenteret forteller Rønning, Strømbu og Borgos at det har brukt høsten på å reise rundt til sykehjemmene i alle kommunene i fjellregionen, og forsøkt å finne ut hvordan de organiserer seg, og hvor det ligger muligheter for å samarbeide.

De har ikke ferdigkonkludert, men bekrefter at de opplever skvis både fra lokale krefter som ønsker å beholde lokalsykehuset, og samtidig oppfylle intensjonene i samhandlingsreformen. Dersom de i prosjektet anbefaler å opprette et interkommunalt tilbud om forsterkede syke-

hjemsplasser, vil det nødvendigvis gå ut over pasientgrunnlaget ved sykehuset.

– Er det mulig for dere å konkludere med at kommunen kan overta noen av de pasientene som i dag blir lagt inn på sykehuset?

– Nei, det er vel egentlig ikke det, og det er ikke sannsynlig at vi vil anbefale et interkommunalt tilbud med forsterkede sykehjemsplasser. Vi kan ikke risikere å miste lokalsykehuset, da taper vi mer enn vi vinner, sier Inga-Lill Rønning.

Optimist

Også Oddbjørn Øien ved sykehuset velger å se mulighetene:

– Det kan også komme nye oppgaver i forbindelse med reformen. Det blir flere eldre, og det vil bli et større behov for sykehussenger – poenget med reformen er å bremse veksten, det er ikke gitt at det pasientgrunnlaget blir mindre. Jeg er betinget optimist i forhold til å beholde sykehuset, sier han. ■■■

Bekymret for lokalsykehusene

HOVEDBEKYMRINGEN er at våre lokalsykehus vil bli bygget ned for å fylle funksjonen som distriktsmedisinske sentre (DMS), sier Bente Øien Hauge i Folkebevegelsen for lokalsykehusene. Det vil føre til at lokalsamfunnene

mister det vi forstår med «sykehustjenester», sier hun.

Når helseforetakene strever med å få budsjettbalanse vil en overføring til kommunene av ansvar og kostnader selvfølgelig være kjærkomment. Hel-

seforetakene ser nok muligheten til å få definert lokalsykehusene ut av sitt system og kan da konsentrere sine knappe ressurser om større sykehus. Helseforetaksledelsen er alltid knyttet opp mot de største sykehusene, og tenkingen

deres bærer preg av det, mener hun.

Distriktsmedisinske sentre er bare en god idé om det bygges opp i tillegg til sykehusene, ikke i stedet for, sier Bente Øien Hauge i Folkebevegelsen for lokalsykehusene.

Tar tekno-ballen

Jo Canner jobber med NSF's satsning på omsorgsteknologi. Han ønsker en grundig etisk vurdering når organisasjonens politikk på området nå skal formes.

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Marit Fonn**

I forrige nummer av Sykepleien etterlyste Åse Kari Haugeto i Teknologirådet at Norsk Sykepleierforbund (NSF) kom på banen i debatten rundt omsorgsteknologi før teknologene og økonomene tar ballen. Nå tar seniorrådgiver Jo Canner og spesialrådgiver Merete Lyngstad i NSF utfordringen som Teknologirådet sendte til organisasjonen.

Trenger nasjonal satsning

– NSF er ikke teknologifjendtlig. Men vi ønsker en dialog innad i organisasjonen der vi gjør

en del etiske vurderinger før vi går mer aktivt ut, sier Canner.

– Enig i mye

Canner påpeker at NSF er enige med Teknologirådet i mye.

– Vi er enige i at det trengs en overordnet nasjonal satsning. Det bør opprettes et kompetansesenter for omsorgsteknologi og teknologi må sterkere inn i sykepleierutdanningen, sier Canner.

Han opplyser at NSF har jobbet med å få inn temaet i rammeplanen for sykepleierutdanningen. Helsedirektoratet skal utarbeide en fagplan

arbeid med bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) i helsetjenesten.

– For vid definisjon

Lyngstad mener informasjonsteknologi ikke hører med under begrepet omsorgsteknologi. Teknologirådet har en for vid definisjon av begrepet, mener hun.

– Denne typen administrativ teknologi anser ikke NSF for å være omsorgsteknologi. NSF mener omsorgsteknologi er all teknologi som kan bidra til et mer selvstendig liv for pasienten, sier hun.

NSF har pådriverrolle

«Jeg tror det kan være bra. Vi kan jo håpe.» Jo Canner

i elektronisk kommunikasjonsteknologi (EKT), både for utdanningen og praksissteder. Denne blir kanskje sendt ut på høring før jul. NSF mener dette er et stort skritt i riktig retning.

– Hva annet har dere gjort?

– Dette er prosesser som må forankres i organisasjonen først. Men vi er i tett dialog med myndighetene på områder som angår slik teknologi og kommer med høringsuttalelser på området. Vi har også en løpende dialog med Teknologirådet.

Snevreste syn på omsorgsteknologi

NSF har vedtatt at eHelse og IKT skal være et satsingsområde fra 2009 til 2013.

– Vi er tungt inne på elektroniske pasientjournalssystemer og utveksling av helseinformasjon, blant annet gjennom ELIN-kommune og ELIN-helsestasjon-prosjektene, sier Merete Lyngstad. Hun har hovedansvaret for NSF's

Canner og Lyngstad understreker at utgangspunktet for omsorgsteknologi uansett må være pasientens beste, og at NSF har en pådriverrolle å fylle i denne sammenheng.

– Innovasjonsutvalget under ledelse av Kåre Hagen skal ha en innstilling ferdig i 2011. Vi vil blant annet jobbe opp mot dette. NSF har verken virkemidler eller myndighet til å implementere omsorgsteknologi, men vi kan påvirke, minner Canner om.

Da Sykepleien skrev om dette sist, skjøv Bjarne Håkon Hanssen ansvaret for omsorgsteknologi over på kommunene. Nå sitter Anne-Grete Strøm-Erichsen ved roret, og hun har en bakgrunn som it-ingeniør.

– Tror du det kan bety en sterkere nasjonal satsning på omsorgsteknologi?

– Jeg tror det kan være bra. Vi kan jo håpe. ■■■



OMSORGSTEKNOLOGIEN: Seniorrådgiver Jo Canner skal sørge for at NSF har en pådriverrolle i arbeidet for å utvikle ny omsorgsteknologi.

Effektiv?

Skånsom?

Effektiv eller skånsom håndhygiene? Nå slipper du å velge....

Med Dixin får du effektivt rene hender på en dokumentert mild måte. Håndsåpen gir en effektiv og skånsom vask, desinfeksjonsmiddelet tilfredsstillende krav i bl.a. EN 1500 og prEN12791, mens hudkremen trekker raskt inn i huden og bevarer fuktigheten. Dixin har luft- og bakterietette doseringsventiler og en praktisk, hygienisk design. For mer informasjon se: www.lilleborgprofesjonell.no



Alle tre er godkjente av
Norges astma -og allergiforbund.



Dixin

- effektiv omsorg for hendene

– Skammen er verre enn overgrepet

– Det viktigste er å snakke om skammen, sier Kaare Pettersen. Han koordinerer landets første videreutdanning om seksuelle overgrep mot barn.

Tekst og foto **Marit Fonn**

Videreutdanningen startet opp i høst på Høgskolen i Østfold. Studiet gir 30 studiepoeng og er tverrfaglig. Den største gruppen er sykepleiere.

Helse- og sosialsektoren trenger mer kunnskap for å avdekke og behandle overgrepene. Det er bakgrunnen for studiet som går over ett år og har

samtaler og skrevet doktoravhandling om skyld og skam.

– Skammen er ofte verre enn selve overgrepet. Krenkede barn blir skadde som voksne. Men hvis barna tidlig blir tatt hånd om, kan man unngå skammen, sier Kaare T. Pettersen.

Sykepleiere og barnevernsarbeidere må samarbeide mer, mener Pettersen.

– Vi har mange spennende diskusjoner i klassen. Sykepleierne har hjelpeperspektivet: «Hva er best for barnet?» Barnevernet er mer opptatt av kontroll og beskyttelse: «Vi må ta barnet ut av hjemmet.»

Pettersen spør seg: Kan det være rom for å la barnet bli i hjemmet der overgriper er?

– Den tanken må inn i debatten. Dette prøves nå ut i flere land. Poenget er å prøve å ta vare på relasjonene i familien. Brutte bånd er ofte det verste for barnet.

«Kan det være rom for å la barnet bo med overgriper?» Kaare Pettersen

16 samlinger. I høst har det dreid seg om teori og forskning. Til våren blir temaet behandling og forebygging.

– Det er banebrytende å gjøre seksuelle overgrep til et akademisk tema, mener sosionom og studiekoordinator Pettersen.

Hva er best for barnet?

Pettersen har hatt hundrevis av voldsutsatte til

– Incest er mer tabubelagt enn seksuelle overgrep. Særlig incest, overgrep av nær slekt, er vanskelig å etterforske.

Pettersen viser til at i 2007 ble 720 straffedømt for seksuelle overgrep, men bare to av dommene dreide seg om incest.

– Vi mangler gode metoder. En datter ønsker sjelden at far skal straffes. Det er fortsatt mye vi ikke vet.

Forbudte følelser

Barna kan ha opplevd overgrepene som positivt.

– Kanskje fikk de orgasme da de lå med faren. De likte det, men visste at det var forbudt. Skammen oppstår i møte med andre.

Følgene kan bli selvskading og spiseforstyrrelser.

– Skam fører til uførhet og arbeidsledighet. Det er dyrt for samfunnet.



” Hei dyktige medarbeidere i Sykepleien!
Et fantastisk tidsskrift!

Sykepleien har blitt et fantastisk godt tidsskrift med aktuelle tema. Sommersnummeret med «logistikk» var utrolig bra, tankevekkende og informativt om pasientforløp.

Jeg er så stolt av bladet, og det er lett å drive reklame for det nå. Tusen takk til dere fra en ivrig leser som venter spent og med glede på neste nummer.

Vennlig hilsen
Jorun Bøyum, Helse Sunnmøre

Helsepersonell må få barna til å fortelle om skammen, for den vil de prøve å skjule. Det gjelder å bygge opp tillit. Så kan man begynne å jobbe med skammen og selvbildet.

– Nye aktiviteter og erfaringer kan øke selvbildet, og det reduserer skam. En spisevegrer som klarer å spise en skive med smør, oppdager at det ikke er farlig.

Skuffet over mødrene

Pettersen fant i doktorgradsarbeidet at skyld og skam ofte er den samme følelsen for dem som er utsatt for overgrep.

– De kan forstå rasjonelt at det som skjedde var et overgrep. Men så tenker de: «Det må være noe med meg, noe med min kropp, siden det var meg han valgte.»

Hans informanter snakket tre ganger så mye om mødrene som om overgriperne. Det at mor ikke beskyttet dem var mer traumatisk enn selve overgrepet.

– «Hun må ha visst det. Mamma sviktet», tenker de. Et godt tiltak er å forsøke å bedre relasjonen mellom mor og barn. Mor kan ha mange svar på barnets spørsmål.

– *Hvorfor svikter mødrene?*

– Ofte er de selv utsatt for overgrep. Kanskje mener de at det er tillatt: «Det er sånn menn er.» Overgrep kan gå i arv i familien i generasjoner.

Reflektert hjelper

Pettersen tror mange sykepleiere selv har vært utsatt for overgrep, uten at de har snakket om det.

– Uten et reflektert forhold til egne erfaringer, stenger de fort døren som hjelper. Men klarer de å snu sine erfaringer til noe positivt, kan de bli særdeles gode hjelpere.

Flere på studiet snakker åpent om at de selv har opplevd overgrep, og tar det med i diskusjonene i klassen. Men Pettersen understreker at de ikke skal bruke egne erfaringer på eksamen.

Vil hjelpe de unge

– Alle vet at overgrep skjer. Men vi er redd for å åpne øynene for det, sier sykepleier Izabela Arntzen, en av studentene.

Hun har arbeidet på ungdomspsykiatrisk seksjon på Veum, Sykehuset Østfold, i to år.

– Det var lite fordypning i psykiatri i grunntdanningen. Det var ikke nok.

Arntzens unge pasienter kutter seg selv, har spiseforstyrrelser, er deprimerte og aggressive.

– Når pasientene kommer til oss, er de skjøre. Det er ikke lett å vite hva som er rette tilnærming. Ikke sjelden er problemet seksuelle overgrep. De jobber hardt for ikke å vise det, særlig når det gjelder incest. Skam og redsel blandes med mye kjærlighet. Barnet vil beskytte faren og familien.

Utdanningen om seksuelle overgrep gjør at hun er blitt sikrere på meg selv.

– Jeg stiller nå andre spørsmål til behandlerne, og de hører på meg. ■■■



SKYLD: Mange klandrer seg selv – og mødrene – for at de ble utsatt for overgrep, sier Kaare Pettersen.



STUDENT: Sykepleier Izabela Arntzen vil hjelpe sine unge pasienter på Veum med å avdekke overgrep. Nå får hun ny kunnskap.

Misfornøyde sykepleierstudenter

Fire av ti sykepleierstudenter ved Høgskolen i Oslo (HiO) har vurdert å slutte i løpet av studiet.

Tekst Bjørn Arild Østby

Undersøkelsen «Avgangsstudenten» oppgir sykepleierstudentene administrativt rot og at informasjon om studieopplegget ikke blir formidlet på en effektiv måte, som bakgrunn for misnøyen. Selv om 80 prosent av studentene ville valgt utdanning igjen, ville bare 19 prosent tatt den ved HiO.

Undersøkelsen er gjennomført av stipendiat Ida Katrine Riksaasen

stort, og krever mye av studentene. Noen står på med liv og lyst, og jeg tror de klarer seg greit. Kanskje har noen studenter for mye ved siden av skolen, og for dem kan studiet bli vel tungt.

I undersøkelsen oppgir i gjennomsnitt sykepleierstudentene å bruke om lag 31 timer per uke på studierelaterte aktiviteter, og er blant de

«Arbeidspresset på tredje året er stort, og krever mye av studentene»

Høyskolelektoren Ulf Larsen, Høgskolen i Oslo

Hatlevik for studieseksjonen ved HiO og omfatter avgangsstudentenes helhetlige vurdering av studiet ved ni ulike profesjonsstudier i 2007.

Av disse skiller sykepleierstudiet ved HiO seg markant ut ved at studentene generelt er mer misfornøyd med sitt studium enn hva studenter ved andre utdanninger er.

Sykepleierne er den studentgruppen som er minst fornøyd, når de gir en samlet vurdering av den utdanningen de har fått.

Fritid går ut over skole

Høyskolelektoren Ulf Larsen ved tredje året på sykepleierutdanningen forstår at studentene føler arbeidsmengden på kroppen, men mener det kan finnes flere forklaringer på det.

– Arbeidspresset på tredje året er

studentgruppene som bruker mest tid per uke på undervisning og andre organiserte studieaktiviteter og litt over middels tid på selvstendige studieaktiviteter.

Også misnøye i Buskerud

Det er ikke bare ved HiO studentene føler misnøye. Også ved Høgskolen i Buskerud (HiBu) har sykepleierstudentene ting å utsette på studieopplegget.

– Lærerne sender oss ut i praksis uten å være sikre på at det finns nok sykepleiere til å veilede oss. Vi har fått klar beskjed om at vi skal ha sykepleiere og ikke hjelpepleiere som veiledere, likevel blir jeg nå veiledet av en hjelpepleier, sier en oppgitt sykepleierstudent Cathrine Koch Kvam (23) til journalen.hio.no. ■■■

Skal finne ut mer om papirløse

FaFO har fått i oppdrag av UDI å kartlegge levekårene til papirløse flyktninger. Fokus skal særlig rettes mot helse. Fafo tar gjerne i mot henvendelser fra helsepersonell som har erfaringer eller opplevelser med denne gruppen. Prosjektet skal være ferdig høsten 2010.

Kirkens Bymisjon og Røde Kors starter opp et helsetilbud for illegale flyktninger, som trolig vil være i gang før jul.

C

Gardasil® «Sanofi Pasteur MSD»
Vaksine mot humant papillomavirus
ATC-nr.: J07B M01

INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon: Hver dose inneh.: Humant papillomavirus (HPV) type 6 L1-protein ca. 20 µg, type 11 L1-protein ca. 40 µg, type 16 L1-protein ca. 40 µg, type 18 L1-protein ca. 20 µg, natriumklorid, L-histidin, polysorbat 80, natriumborater, aluminium (som amorft aluminiumhydroksyfosfat) 225 µg, vann til injeksjonsvæsker. **Indikasjoner:** Vaksine som skal forhindre premaligne genitale lesjoner (cervikale, i vulva og vaginale), cervixcancer og kjønnsvorter (condyloma acuminata) som har årsakssammenheng med humant papillomavirus (HPV) av typene 6, 11, 16 og 18. Indikasjon er basert på effekt hos voksne kvinner 16-26 år og påvist immunogenisitet hos barn og ungdom 9-15 år. Beskyttelseeffekt er ikke undersøkt hos menn. Bruk av preparatet skal følge offentlige anbefalinger. **Indikasjoner:** Vaksine som skal forhindre premaligne genitale lesjoner (cervikale, i vulva og vaginale), cervixcancer og kjønnsvorter (condyloma acuminata) som har årsakssammenheng med humant papillomavirus (HPV) av typene 6, 11, 16 og 18. Indikasjon er basert på effekt hos voksne kvinner 16-26 år og påvist immunogenisitet hos barn og ungdom 9-15 år. Beskyttelseeffekt er ikke undersøkt hos menn. Bruk av preparatet skal følge offentlige anbefalinger. **Dosering:** Primær- og boosterinjeksjon: 3 separate doser på 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. Ved alternativt vaksinasjonsplan gis den 2. dosen minst 1 måned etter den 1. dosen, og 3. dose gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene må gis innen 1 år. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. **Barn: <9 år:** Ikke anbefalt pga. utilstrekkelig data vedrørende immunogenisitet, sikkerhet og effekt. Gis i.m., fortrinnsvis i overarmens deltarmuskel eller i det øvre anterolaterale området på låret. Må ikke injiseres intravaskulært. Hverken subkutan eller intradermal administrering er undersøkt, og anbefales derfor ikke. Det anbefales å fullføre vaksinasjonsplanen. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved symptomer på overfølsomhet, må det ikke gis flere doser. Vaksinerings utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. Vaksinerings er ikke kontraindisert ved mindre infeksjon, som en lett øvre luftveisinfeksjon eller lett feber. **Forsiktighetsregler:** Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle sjeldne anafylaktiske reaksjoner. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-type 6, 11, 16 og 18. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer må fortsatt følges. Beskytter ikke mot eksisterende HPV-infeksjoner. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert som behandling av cervixcancer, høygradige cervix-, vulva- og vaginaldysplasi eller kjønnsvorter, eller for å hindre utvikling av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig screeningundersøkelse av cervix. Regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Det foreligger ikke data om bruk ved svekket immunrespons. Personer med svekket immunrespons, uavhengig av årsak, kan ha redusert respons på vaksinen. Må gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller annen koagulasjonssykdom, fordi det etter i.m. injeksjon kan oppstå blødning hos disse pasientene. Varighet av beskyttelsen er ukjent. Vedvarende beskyttelseeffekt har vært påvist i 4,5 år etter fullført primær- og boosterinjeksjon på 3 doser. Ingen sikkerhets-, immunogenisitet- eller effektivitetsdata støtter kombinasjon med andre HPV-vaksiner. **Interaksjoner:** Kan gis samtidig med hepatitt B-vaksine på annet injeksjonssted uten å forstyrre immunresponsen på HPV-vaksinen. Andel personer som oppnådde et beskyttende nivå av anti-HB f10 mIU/ml ble ikke påvirket, men anti-HBs geometriske middelverdier var lavere når vaksinen ble gitt samtidig. Klinisk betydning er ukjent. Samtidig bruk med andre vaksiner er ikke undersøkt. Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på preparatet. **Graviditet/Amning: Overgang i placenta:** Begrensede data indikerer ingen sikkerhetsrisiko. Bruk under graviditet anbefales imidlertid ikke, og vaksinerings bør utsettes til etter fullført graviditet. **Overgang i morsmelk:** Kan gis til ammende. **Bivirkninger:** Svært vanlige (≥1/10): Øvrige: Erytem, smerte og hevelse på injeksjonsstedet, pyreksi. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Øvrige: Blåmerke og pruritus på injeksjonsstedet. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Hud: Urticaria. Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent: Blod/lymfe: Lymfadenopati. Gastrointestinale: Kvalme, oppkast. Immunsystemet: Overfølsomhetsreaksjoner inkl. anafylaktiske/anafylaktoide reaksjoner. Luftveier: Bronkospasme. Muskel-skjelettsystemet: Uspesifikk artritt/artropati, artralgi, myalgi. Nevrologiske: Guillain-Barré syndrom, svimmelhet, hodepine, synkope, iblant etterfulgt av bevegelses- og tonisk-klonisk type. Øvrige: Asteni, utmattelse, uvelhet. **Overdosering/Forgiftning: Symptomer:** Ved overdosering er bivirkningsprofilen sammenlignbar med det som er observert ved anbefalte enkelt-doser. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Rekombinant, adsorbert, ikke-infeksiøs fire-komponentvaksine med adjuvans, laget av høyrensede viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidprotein til HPV-type 6, 11, 16 og 18. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ikke virus-DNA og kan ikke infisere celler, reproducere eller forårsake sykdom. **Virkningsmekanisme:** HPV infiserer bare mennesker, men dyreforsøk med analoge papillomavirus antyder at L1 VLP-vaksiner beskytter ved å inducere en humoral immunrespons. Preparatet beskytter mot infeksjoner forårsaket av de fire HPV-typene i vaksinen. Etter 3 år er beskyttelseeffekten mot HPV 6-, 11-, 16- og 18-relatert CIN 2/3 og AIS, VIN 2/3, VaIN 2/3 og kjønnsvorter på hhv. 99%, 100%, 100% og 99%. Kryssbeskyttelseeffekt mot CIN 2/3 og AIS er også vist mot 10 ikke-vaksinertyper. Kombinert er effekten på 23%, mens for HPV-31 alene er effekten på 56%. Det er ikke vist beskyttelse mot sykdom forårsaket av HPV-typer hos pasienter som er PCR- og/eller antistoffpositive før vaksinerings. Påvirker ikke utvikling av infeksjoner eller lidelser som er til stede ved vaksineringsstidspunktet. **Terapeutisk serumkoncentrasjon:** Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke identifisert. Innen 1 måned etter 3. dose er 99,9% antistoffpositive mot HPV 6, 99,8% mot HPV 11 og HPV 16, og 99,6% mot HPV 18. Immunogenisitet har sammenheng med alder og anti-HPV-nivåer ved måned 7 og er merkbart høyere hos pasienter <12 år enn hos eldre. Eksakt varighet av immunitet etter primær- og boosterinjeksjon med 3 doser er ikke fastslått. Bevis på immunologisk hukommelse ble sett hos vaksinerte personer som var antistoffpositive mot relevant HPV-type(r) før vaksinerings. Vaksinerte som fikk en tilleggsdose 5 år etter vaksinasjon, viste en hurtig og kraftig antistoffrespons (tegn på immunologisk hukommelse) som var større enn anti-HPV geometrisk middelverdier observert 1 måned etter den 3. dosen. Basert på immunogenisitetssammenligning kan en anta at vaksinen også har beskyttelseeffekt hos jenter 9-15 år. Immunogenisitet og sikkerhet er vist hos gutter 9-15 år. Beskyttelseeffekt er ikke evaluert hos menn. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Må ikke fryses. Beskyttes mot lys. **Andre opplysninger:** Hele den anbefalte vaksinedosen må benyttes. **Ristes godt før bruk.** Etter risting er innholdet en litt uklær, hvit suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging før injeksjon. Legemidlet skal kastes dersom det inneholder partikler eller er misfarget. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksinerings. Passende kanylen velges ut i fra pasientens størrelse og vekt for å sikre i.m. injeksjon. Sørg for at luftbobler fjernes fra sprøyten før injeksjon. Må ikke blandes med andre legemidler. Destruksjon: Ubrukt legemiddel eller avfallsmateriale skal behandles iht. lokale krav.

Pakninger og priser: Ferdigfylt sprøyte med to kanyler: 0,5 ml 098722. Kr 1181,10

Godkjent SPC: 09.03.2009

I DAG KAN VI GJØRE MER


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

NOE DU KANSKJE IKKE VET om humant papillomavirus og **Gardasil®**

- Årlig koniseres det i Norge 3,000 kvinner pga HPV-induserte celleforandringer på livmorhalsen¹
 - dette inngrepet øker risikoen for premature fødsler og senaborter 4- 5 ganger²
- Årlig diagnostiseres det i Norge ca. 300 tilfeller av livmorhalskreft³
 - 70-80 kvinner dør
- **Gardasil®** er en vaksine som skal forhindre premaligne genitale lesjoner (cervikale, i vulva og vaginale), cervixcancer og kjønnsvorter (condyloma acuminata) som har årsakssammenheng med HPV av typene 6, 11, 16 og 18⁴

**Gardasil® kan foreskrives
til jenter fra 9 til 26 år!**



www.gardasil.no

1. Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Nasjonalt folkehelseinstitutt for å vurdere bruk av HPV-vaksine i Norge – Vaksine mot humant papillomavirus (HPV), Rapport 2007/9.

2. Albrechtsen S et al, Pregnancy outcome in women before and after cervical conisation: population based cohort study, BMJ 2008;1-5

3. Cancer Registry of Norway. Cancer in Norway 2006 – Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway, Oslo: Cancer Registry of Norway, 2007.

4. Norwegian SPC 090309

Nødnummer

Nødmeldetjenesten mottar nødansrop, vurderer situasjonen, gir profesjonell veiledning til innringeren og iverksetter nødvendige tiltak som for eksempel utrykning. Dagens nødmeldetjeneste er tredelt med ett nødnummer for hver av nødetatene brannvesen (110), politi (112) og helsevesen (113).



AMBULANSE: Regjeringen ønsker å bytte ut 113 med et felles 112 nødnummer.

Nei til felles nødsentraler

– Den antatte positive effekten av ett felles nødnummer og færre nødmeldingssentraler er i beste fall usikker, mener Norsk Sykepleierforbund.

Tekst og foto **Bjørn Arild Østby**

Regjeringens forslag til ny organisering av nødmeldetjenesten møter stor motstand.

Det finnes i dag 69 nødsentraler hvorav 23 sentraler er for brannvesenet, 27 for politiet og 19 akuttmedisinske kommunikasjonsentraler (AMK) for helsetjenesten. Nå foreslår regjeringen å innføre 112 som eneste nødnummer, og at det etableres sju eller åtte nye 112-sentraler til å motta alle 112-anropene. Norge er alene om å ikke ha innført 112 som eneste nødnummer i Norden.

akuttmedisinsk tjeneste for befolkningen, ifølge Helsedirektoratet.

Direktoratet påpeker videre at AMK ikke bare mottar varsler, men at den er kommunikasjonsknutepunkt og kommandosentral i den fagmedisinske aktiviteten som skjer på et skadested og under transporten til sykehuset.

– Forslaget vil ikke medføre en bedret katastrofehandtering for helsetjenesten, men rive vekk en av de viktigste pilarene i helsetjenestens beredskapsorganisasjon, skriver Helsedirektoratet videre.

Sykepleierforbundet

– En fortsatt ordning med akuttmedisinske nødsentraler direkte knyttet til helseforetakene vil være å foretrekke

Helsetilsynet

Å etablere felles nødmeldingssentraler som skal ta over virksomheten til AMK-sentralene vil ifølge Helsetil-

«Forslaget vil medføre en generell svekket helseberedskap.» *Helsedirektoratet*

fordi de gjennom sin faglige og organisatoriske forankring sikrer nødvendig samhandling med øvrige aktører i behandlingsskjeden, både ved akuttmedisinske tilstander, hasteoppdrag og andre tilstander som kan kreve behandling i sykehus, skriver blant annet Norsk Sykepleierforbund i sitt hørings svar.

synet gi et dårligere akuttmedisinsk tilbud, og samtidig gi dårligere styring med helsetjenestens ressurser.

– Utvikling av nye behandlingsmetoder for ulike sykdoms- og skadetilstander gjør det nødvendig med kontinuerlig oppdatering av medisinske fagkunnskaper i AMK-sentralene. En organisatorisk og ledelsesmessig forankring i en akuttmedisinsk sykehusavdeling er avgjørende for å ivareta og sikre en slik kontinuitet, heter det i Helsetilsynets hørings svar. ■■■

116 111
ALARMTELEFONEN
for barn og unge

Å nig t id
k . 150
på h x x d g x x
d g p x n i h l g x r
g h l l i g d g x r.

Telefo n 1 g r a i s
En å l : b a t t
4 1 7 1 5 1
Telefo fra t u l d et: 4 7 9 4 1 7 5 5



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 beinbyggingen. 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



Bli med til fantastiske Kina!

Nå har du sjansen til å bli med på en 8 dagers tur til Kina **kun for Sykepleiens lesere**. Turen går i mars 2010 og prisen dekker reise, mat og opplevelser/utflukter. Vi flyr til den kinesiske hovedstaden som med sine dufter, mylder av mennesker, historiske severdigheter og spennende nåtid bergtar de fleste. Benytt sjansen og bestill i dag!



Program

- Dag 1** Avreise fra Oslo
- Dag 2** Ankomst Beijiing og Lama tempelet
- Dag 3** Den himmelske freds plass, Maos mausoleum og Den forbudte by
- Dag 4** Tai-Chi, Himmelens tempel, perlemarked og Hotung-besøk
- Dag 5** Beiing. Cloisonne-fabreikk, "Ånde-alleen", Ming-gravene, lokal landsby og Den kinesiske mur
- Dag 6** Vi besøker et kinesisk sykehus og tid for egenaktiviteter
- Dag 7** Beiing på egenhånd, etterfulgt av Peking-and
- Dag 8** Den Olympiske stadion, hjemreise, ankomst Oslo

Prisen inkluderer: Fly med SAS fra Oslo – Beijing t/r, alle flyskatter og avgifter, hyggelig hotell i delt dobbeltrom, frokost daglig, lunsj dag 2-6, middag dag 2-5 og 7, skandinavisktalende reiseleder og engelskspråklig lokalguide, transport og utflukter jf. program

Bestill via å ringe 800 58 106.

Åpent hverdager fra kl. 09.30-17.00 eller via www.albatros-travel.no/sykepleien
Oppgi annonsekode SYKL01 ved påmelding.

Avreise: 4. Mars 2010

Pris: kun 10.990,-
(tillegg enkeltrom: 1.290,-)
Begrenset antall plasser.

Kun for sykepleiens lesere!

kun
10.990,-

Avreise 4. mars 2010

Albatros
travel

ROF ULLRECARANT FONDET

Reserver plass i dag på tlf 800 58 106 – en fantastisk tur venter på deg!

Sunniva Ørstavik

Alder: 42 år

Aktuell som: Nyutnevnt likestillings- og diskrimineringsombud

BAKGRUNN:

Sosiologen Sunniva Ørstavik har vært generalsekretær i Rådet for psykisk helse siden 2005 og ansatt der i over ti år. Etter nyttår overtar hun som likestillingsombud etter juristen Beate Gangås. Da skal hun passe på at verken kjønn, etnisitet, religion, funksjonsevne, seksuell orientering eller alder skal stå i veien for noen.

– La folk være det de er

Har du et yndlingsområde du vil forsvare?

– Hm. En av grunnene til at jeg ble valgt, er at jeg ikke er spesialist på noen, og like opptatt av alle virkeområdene.

Du har jobbet lenge med psykisk helse. Hva tar du med deg derfra?

– Mye, men det viktigste er at hovedårsaken til at mennesker med psykiske lidelser kjenner seg stigmatisert, er ikke mangel på lover, men holdninger og fordommer.

Det blir vel mye likelønnsjobbing?

– Sikkert – og mye annet. Likelønn er jo ett av fem viktige punkt ombudet nettopp har formulert.

Hva vet du om sykepleiernes likestillingsproblemer?

– Kan tenke meg at det er mange. Etnisitet og det å være hjelper, for eksempel. Og utdanning. Jeg gleder meg til å se hvordan sykepleierne jobber for å rekruttere utradisjonelt.

Tenker du på utdanning knyttet til kjønn?

– Det er én utfordring. Men det handler også om etnisitet, religion, seksuell orientering og funksjonshemming. Jeg synes de fleste yrker skal speile befolkningen. Man kan bruke rullestol og være sykepleier likevel.

Blir det viktig å være mye i mediebildet?

– Skal vi få i gang debatt, må ombudet være synlig. Hvis det er sant at holdninger hindrer likestilling, er vi avhengig av kontakt med folk. Vi kan ikke gjemme oss

bak papirbunkene på kontoret. Jeg vet fra min nåværende jobb hvor utrolig effektivt det er å være synlig i mediene.

Du er ansatt av departementet. Kan det by på problemer å være ordentlig vaktbikkje?

– Det skal jeg se nærmere på. Det er viktig at ombudet er fritt og uavhengig. Ombudet er folkets stemme. Jeg har ingen lojalitet til sittende eller framtidig regjering.

Din forgjenger er jurist, du er sosiolog. Betyr det mindre lovpirkning?

– Bakgrunnen til ombudet har lite å si, tror jeg. Jeg håper vi blir like gode som før til å ha tilsyn med lovverket. Som sosiolog passer jeg vel til å drive samfunnspolitisk arbeid.

Føler du deg selv som likestilt?

– Ehh, jeg har kjent på det å være ung kvinne i et akademisk miljø og å måtte være dobbelt så flink. Men jeg har vokst opp i et likestilt hjem. Og lever likestilt med min mann.

Har du sett mye diskriminering?

– Veldig mye i jobben i Rådet for psykisk helse. De med psykiske lidelser som i tillegg har en annen etnisk bakgrunn, er særlig utsatt. Homofile risikerer psykisk lidelse mer enn andre. Svært mange er systematisk diskriminert på grunn av noe de er. Min jobb blir å sørge for at folk skal få være det de er, og gjøre det de har lyst til.

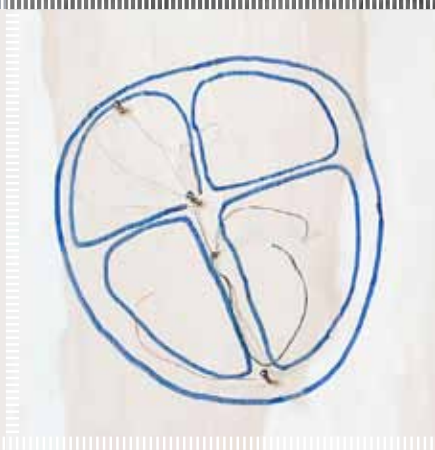
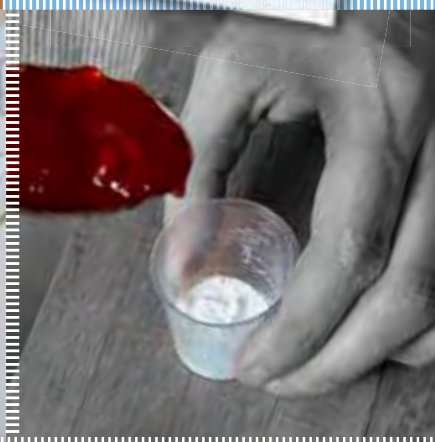
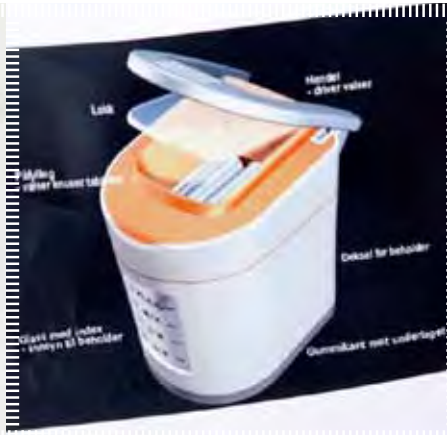
Hvorfor ville du bli sosiolog?

– Jeg var samfunnsengasjert og opptatt av gode diskusjoner. Men egentlig hadde jeg lyst til å bli lærer. Jeg har forresten undervist sykepleiere i sosiologi.

Hva synes du om dem?

– En fantastisk yrkesgruppe. Jeg skal si mer om hva jeg mener om maktfordelingen etter nyttår.

Tekst Marit Fonn Foto Rådet for psykisk helse/Isaksen



Les om alle de 15 kandidatene på de neste sidene.

Smartest i 2009?

En av disse kandidatene vil motta hovedpremien på 100 000 kroner i årets Smartpris-konkurranse. Og det er du som bestemmer hvem!

Lesernes
hovedpris:
kr. 100 000

Fagjuryens
favoritt:
kr. 100 000

Beste fra
kommunene:
kr. 50 000

Nyfødtposten på Haukeland sykehus (2006), Barneenheten ved Rikshospitalet (2007) og psykiatrisk avdeling ved sykehuset Namsos (2008) har alle fått hovedprisen i Smartpris-konkurransen tidligere.

Nå er det tid for å kåre årets smartinger blant sykepleierne igjen. Frem til nyttår kan du stemme på sykepleien.no eller sende inn stemmekortet som følger med denne utgaven av Sykepleien. Reglene er enkle. Kandidaten som får flest stemmer, vinner.

Tredje året

Det er stor oppfinnsomhet og vilje til nytenkning blant sykepleiere ute på arbeidsplassene. De første tre årene samlet Smartpris-konkurransen hele 55 kvalifiserte kandidater.

I år har 15 kandidater sluppet gjennom nåløyet til Innovasjon Norge (IN). Seniorrådgiver Siri Bjørnstad i IN har stått for kvalitetssikringen. Hun har vært opptatt av at terskelen for å godkjenne kandidater ikke må være for høy, men heller ikke for lav.

En forutsetning for å godkjenne kandidater, er at forslaget må gi en ny løsning på en utfordring i helsetjenesten og at sykepleiere må ha vært med på å initiere forslaget.

Mellomtittel

Bjørnstad mener det er spennende kandidater i årets konkurranse.

– Smartprisen utløser noe positivt, fremtidens løsninger som ellers ikke ville kommet fram. Forslagene er veldig forskjellige. Noen har bakgrunn i større prosjekter, andre er enkle tips som kan bedre hverdagen, mener Bjørnstad.

Kandidatene fordeler seg likt på sykehus og kommunene. Geografisk kommer de fra hele landet med et lite forsprang for Stavanger. Hele fire forslag fra denne byen ble godkjent av Innovasjon Norge.

Halvparten av forslagene er konkrete «dingser» som løser et eller annet problem. De øvrige kandidater har ønsket ut informasjonstiltak, nye rutiner eller nye arbeidsmiljøtiltak.

Avstemning

Til venstre ser du alle kandidatene du kan stemme på i år. Hver kandidat blir behørig presentert på de følgende sidene. Husk nummeret til den kandidaten du ønsker å stemme på. Bare medlemmer i Norsk Sykepleierforbund kan stemme.

Kommunepreis

Siden 2008 har Sykepleien og Innovasjon Norge samarbeidet med kommunenes interesseorganisasjon KS. I tillegg til lesernes pris skal en fagjury dele ut to priser:

- › Prisen for beste idé, på 100 000 kroner (Innovasjon Norge)
- › Prisen for beste idé fra kommunesektoren, på 50 000 kroner (KS).

– Vi tror at denne type konkurranse, med den oppmerksomheten som følger, kan stimulere til enda mer kreativitet og nytenkning, sier Gudrun Grindaker fra KS. Hun er medlem av fagjuryen.

– Å stimulere den enkelte til å bruke sin kreativitet er god arbeidsgiverpolitikk. Smarte løsninger er et gode for brukerne av kommunenes helse og omsorgstjenester. Dessuten må nytenkning og innovasjon til for å klare utfordringene kommunene står overfor i årene fremover.

Innovasjon Norge eies av Nærings- og handelsdepartementet og jobber for å styrke norsk næringsliv. Selskapet kan gi pengestøtte eller hjelp med kompetanse når ideer skal videreutvikles til noe oppfinneren kanskje kan tjene penger på. ■



Dette er fagjuryen:



Egil Høyem,
seniorrådgiver
i Innovasjon
Norge.



Knut Dybvik,
intensivsykepleier
i Bodø.



Gudrun Grindaker,
direktør i KS
Arbeidsgiverut-
vikling.



Terje Andersen,
anestesisy-
kepleier på
Rikshospitalet.



Mette Dønåsen,
fagsjef i Norsk
Sykepleierforbund
og leder av
fagjuryen.



Katrine Blårner,
fagutviklings-
sykepleier, Sønd-
vika hjemmeha-
serte tjenester,
Bærum.

Forflytningskunst i praksis

På Stabæktunet bo- og behandlingssenter har de lært seg å flytte pasienter uten å løfte. Sykefraværet er redusert fra 30 til 10 prosent.

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Erik M Sundt**

Bærum kommune har siden 2005 lært opp forflytningsveiledere basert på Per Halvor Lundes bok «Forflytningskunnskap». Nå har kommunen over hundre slike veiledere som formidler forflytningskunnskap til de forskjellige avdelingene. Arbeidet har møtt motstand og hatt varierende resultat. Men ved en avdeling på Stabæktunet bo- og behandlingssenter ble det hele implementert på en ekstra god måte, takket være tidligere avdelingssykepleier Synnøve Åserud og de to hjelpepleierne Grete Brandt og Janne Bjørnestøl. De laget et pågående prosjekt kalt «Fra rødt til grønt».

Forflytningskunnskap

Forflytningskunnskap er en metode utviklet fra 1000 år gammel forflytningskunst der helsepersonellet samarbeider med pasienten og bruker pasientens krefter når de flytter.

– Det er mer skliing, rulling, draing og trekking enn løfting, forklarer kommunens faglige rådgiver Kari Kongshavn, som har foreslått prosjektet til smartprisen.

Dette ble gjort

De søkte tilretteleggingstilskudd hos Nav og bestilte T-skjorter med påskriften «Fra rødt til grønt». Hver beboer fikk en egen verktøypose sydd av gammelt putetrekk. Her oppbevares ulike midler som trengs til forflytning, blant annet sklilaken og strømppepåtreakkere. De laget en intern opplæringsplan for smågrupper, der også nattevakten ble husket. Fotografier av forflytningsmetoder ble hengt opp på tavla.

Resultat

Sykefraværet sank fra 30 til 10 prosent, og evalueringer viser at personalet er mindre slitne i rygg og armer. Morgenstellet går raskere, og både beboere og ansatte er blidere og mer fornøyde. Beboerne ber nå om å bli stelt av dem som kan forflytning. I tillegg økte samarbeidet på avdelingen. Turnover er fortsatt høy og nye ansatte må stadig innlemmes i konseptet. I perioder med mye vikarer, blir det mindre forflytningsopplæring. Da stiger sykefraværet.

Planen videre er at avdelingslederen lager et system for hvem som har



SUKSESS: Tidligere avdelingssykepleier Synnøve Åserud og to av hennes hjelpepleierkolleger laget prosjektet «Fra rødt til grønt». Dette var med på å gjøre arbeidet med forflytningsteknikk ekstra vellykket ved deres avdeling.

fått forflytningsopplæring basert på en sjekkliste den enkelte ansatte får utdelt. De ønsker også å dele erfaringen med andre avdelinger, kommuner og eventuelt helseforetak. ■■■

Historiske smartinger

Hørte hjerteslagene

Franskmannen René Laennec fant opp stetoskopet i 1819. Hans elev, Jacques Alexandre Le Jumeau, Vicomte de Kergaradec, lurte på om ikke innretningen også kunne brukes for å høre fosteret bevege seg i fostervannet. Da han forsøkte, hørte han fosterets hjerteslag.

Senere på 1800-tallet vokste det frem en

forståelse av at hjertefrekvensen kunne avsløre oksygenmangel hos fosteret.

Det karakteristiske jordmorstetoskopet i tre er utviklet av fødselslegen Adolphe Pinard.

Kilde: Fødselshjelpens historie av Mogens Osler



Arkivfoto: Marit Fonn

Sikrer gamle piller

Med TabDust blir overtallige tabletter destruert på en sikker måte.

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

Tabletter som er til overs skal destrueres. Men veien fra medisinerommet til forsvarlig håndtering på apoteket er lang.

– Det er en kjede med mange svake ledd, påpeker Agnethe Tholle.

Hun er enhetsleder innenfor pleie og omsorg i Arendal kommune. I snart ti år har hun og kolleger jobbet med et produkt som kvalitetssikrer rutinene med å håndtere restmedisin.

Syltetøyglass

Ideen tok form da Tholle var styrer på et sykehjem. Der ble medisiner som skulle returneres apoteket lagt i et syltetøyglass på medisinerommet. Når det ble fullt, det tok gjerne uker, ble det satt skrukork på og levert apoteket i de grønne kassene apotekvarene kommer i.

– Vi vet at sykepleiere er utsatt for å misbruke medikamenter. Men når det gjelder returmedikamenter er det ingen kontroll. Mange har en åpen boks på medisinerommet som ingen vet hva inneholder. Det vil være mulig å plukke ut medikamenter uten at noen oppdager det, påpeker Tholle.

Det kan gjøres på medisinerommet, men også under transport og levering på apoteket.

Pulver

Tholle og kollegene så også et problem når tablettene skulle knuses før de ble kastet. Pulveret ble virvlet opp, noe som kan være helseskadelig å puste inn.

– Vi tenkte at det måtte finnes en annen måte å gjøre det på, forteller Tholle.

De forsøkte først å blande medisinerne med vann, men det fungerte ikke.

Hva da med et lukket system, der alle tabletter knuses?

– Vi lette etter et prinsipp og tenkte på kaffekvern og støvsugerposer, som går an å lukke så ikke posen støver når den tas ut.

Tatt patent

Ideen ble videreutviklet på fritiden, rundt kjøkkenbord og med tegninger for frihånd. Resultatet er «TabDust», som så langt bare fins i virtuell versjon. Den destruerer tabletter i en lukket beholder, er lett å flytte på og enkel å bruke.



SIKKER KNUSER: Agnethe Tholle vil ha medisiner som er til overs ned i denne. Vinner hun, skal det utvikles en prototype.

Med midler fra Innovasjon Norge er TabDust designet og patentert. Nå ønsker Tholle og kollegene å få laget en prototype og få satt ideen i produksjon.

– Vi har utført to markedsundersøkelser som viser at det er behov for et sikkert system som dette, sier Tholle.

– Dette er et produkt som sikrer helse, miljø og sikkerhet.

– Jeg fortalte om ideen til en i fengselshelsetjenesten, som mente dette ville være midt i blinken. Der, som ellers i helsevesenet, er det mye returmedisiner, sier Agnethe Tholle. ■■■



Historiske smartinger

En kake fra Florence

Kakediagrammet ble funnet opp av Florence Nightingale. Blant annet brukte hun det til å vise dødeligheten under Krim-krigen. I dag brukes diagrammene, også kalt sektor-diagrammer, hyppig.

Nightingale ble i 1858 som første kvinne valgt inn i Royal Society of Statistics. Hun forsøkte iherdig å få en professortittel i statistikk ved Oxford, uten å lyk-

kes. Ifølge en senere betydelig statistiker, Karl Pearson, skulle Nightingale ikke bare vært kjent som «damen med lampen», men også som «den lidenskapelige statistikeren».

Kilde: Audun Holme og «Hon var ingen Florence Nightingale» av Åsa Moberg



Smart med skje i Skien

Sykepleier Borghild Kydland er lam i begge hendene. Takket være sin egen oppfinnelse kan hun spise selv.

Tekst **Marit Fonn** Foto **Erik M. Sundt**

Anestesisykepleieren fra Skien fikk for ti år siden mononevritt, en kronisk nevrologisk sykdom. Etter hvert er Borghild Kydland blitt lam i ett bein og i begge hendene.

Likevel klarer hun å spise selv, både med skje og gaffel. Hun har seg selv å takke for det.

Oppfinnsom

Da kraften i hendene begynte å forsvinne, sjekket hun først ut nærmeste hjelpemiddelsentral. Men skjeholderne hun fant der, passet ikke henne. De var ikke stabile nok.

Men den praktiske damen visste råd. Hun brukte skinner på hendene og hadde en brukt liggende. Materialet ble formet til det som de siste seks årene har gjort at hun slipper å bli matet.

– Jeg er rullestolbruker. Men det verste er å være uten hender. Jeg har ikke grep i dem. Man blir oppfinnsom av sånt. Så jeg klarer en del likevel.

Skjeen blir stabil

Da mannen levde, var det han som hjalp henne å forme til skjeholderne, som skiftes ut etter hvert som de blir utslitt. Nå får hun hjelp av søsteren Ragnhild.

Skjeholderen kan også brukes til gaffel. Kydland har et sett med skjeer og gaffler av samme type som passer inn i holderen.

Hun får hjelp til å ta maten ut av kjøleskapet og brødskivene blir skåret i biter.

– Skjeholderen sitter fast over hånden og holder skjeen stabil. Jeg kan ikke klare meg uten dette hjelpemiddelet når jeg skal spise, og det betyr veldig mye for meg at jeg kan spise selv.

Funksjonell

Skjeholderen er laget av skinnematerialet Aquaplast. Plasten er 3 millimeter tykk og blir myk i varmt vann, slik at den kan klippes til og formes.

Håndtaket på skjeen må ha lik bredde hele veien slik at det kan tres inn i hullene på holderen.

Kydland har vist skjeholderen til en ergoterapeut på Rikshospitalet.



SELVHJULPEN: Borghild Kydland får et bedre liv fordi hun slipper å bli matet.

Oppfinneren fikk høre at den var funksjonell, og at ergoterapeuten ikke hadde noe liknende i sitt sortiment på avdelingen.

– Hvis du vinner penger, hva kan du bruke dem til?

– Å, så langt har jeg ikke tenkt. Jeg begynner å bli gammel, ble 70 år i sommer. Men hvis andre kan få glede av ideen, så er jo det fint, sier Kydland. ■■■

Historiske smartinger

Péans pinsett

I 1860-årene utviklet visstnok den franske kirurgen Jules Émile Péan arteriepinsetten, som i Skandinavia ofte kalles peang. Mot slutten av attenhundretallet var det flere leger som mente de hadde vært først ute, men Péan krediteres stadig.

Jules Émile Péan var en foregangsmann

innenfor bukholekirurgi og var så berømt at han ble malt av Henri Toulouse-Lautrec mens han opererte.

Kilde: denstordanske.dk og «Surgical and Medical Treatment in Art» av Marcia L. H. Emery

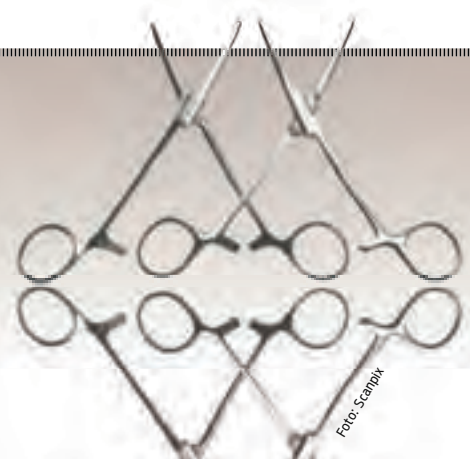


Foto: Scapnik

Mindre smitte i barnehagen

Hvordan redusere sykefravær blant ansatte?
Jo, ved å redusere sykdom blant barna deres.

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

Vera Edel Anthonen gikk hygienisk til verks i barnehagene på Sunnaas sykehus på Nesodden i Akershus.

– Det var mye snakk om at ungene ofte hadde infeksjoner, som omgangssyke, rennende nese og øyebetennelse, forteller hun.

Det førte til sykefravær blant foreldrene som var ansatt på sykehuset. Både fordi de måtte være hjemme med syke barn, og fordi de selv ble smittet.

Tente gnisten

Høsten 2007 satte hygienepleieren planene ut i livet. På et år gikk antall infeksjoner blant barnehagebarna ned med 40 prosent.

Tiltakene hun iverksatte ble til boken «Frisk i barnehagen», som nylig er gitt ut på Kommuneforlaget. Boken er ment for alle som er i kontakt med barn, og krever ikke fagbakgrunn.

Anthonen sier det er viktig å tenne en gnist.

– Du kan prate så mye du vil om hygiene, men det hjelper ikke hvis folk ikke vil følge rådene. Det må oppfattes som meningsfullt.

Bort med høvelen

Prosjektet innebar både undervisning av personalet og fysisk tilrettelegging. For eksempel ble det installert en vaskerenne for håndvask.

– Her fikk barna lov til å plaske med vann, forteller Anthonen.

– De skal oppleve at det er gøy å vaske hendene.

Det ble innført nye rutiner for rengjøring av leker og interiør. Anthonen tok også for seg mathygiene.

– Selvsagt skal barn lære å skjære ost med høvel, men det kan de lære hjemme.

Barnehagene innførte ferdig skivet ost og bruk av serveringsgaffel når barna forsynte seg av pålegg.

Anthonen opplevde at de ansatte ble mer og mer interessert. De har tatt tiltakene på alvor og jobbet iherdig med dem.

– Også barna er utrolig engasjert og lærer lett, erfarer hun.

I gangen på Sunnaas har Anthonen blitt møtt med «dette her er flott. Ungene mine er mye friskere».



HYGIENE I BARNEHAGEN: Vera Edel Anthonens metode er allerede blitt til bok.

Upløyd mark

Fra før fantes det ingen bok om hygiene i barnehagen. Det forbauset henne. Hygiene er heller ikke tema i utdanningen til førskolelærere.

– Det er masse å gjøre innenfor smittevern for barn. ■■■



Historiske smartinger

Apgar score for nyfødte

Virginia Apgar utviklet Apgar score, som hun publiserte i 1953. Skalaen brukes i dag for å vurdere hvordan nyfødte greier overgangen til livet utenfor livmoren. Ti år etter ble det rapportert om en huskeregel som skulle gjøre den lettere å lære. A (appearance), P (pulse), G (grimace), A (activity) og R (respiration).

Virginia Apgar var anestesilege og den første kvinnen

ved Colombia College of Physicians and surgeons som fikk professortittel. Hun etablerte nyfødtdisiplinen og sies å ha gjort mer for å forbedre helsen til kvinner, spedbarn og ufødte enn noen annen i det tyvende århundre. I 1994 ble hun hedret med et eget frimerke.

Kilde: nlm.nih.gov (National Library of Medicine) og Colombia University



Samler trådene

Scope-ledning, mansjettledning, monitorledning og temperaturledning. Det kan raskt bli surr i alle trådene som kobles til en pasient i en akuttsituasjon.

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers** Foto **Jan Inge Haga**

Kjell E. Tjosevik er traumekoordinatør og spesialsykepleier/vaktleder ved akuttmottaket på Stavanger universitetssykehus. Ideen om en kabelsamlere kom av et akutt behov: kaos og uhell med ledninger og kabler når kritisk syke eller skadde pasienter skal stabiliseres før de sendes videre.

Mange duppeditter

Kabelsamleren er rektangulær og laget av stoff, og skal legges på brystet eller hoftene til pasienten. Forskjellige kabler som er nødvendige til overvåking og behandling kan legges inn i stoffet, og lukkes med borrelås.

Tjosevik beskriver hvor mange ledninger og duppeditter en kritisk syk pasient kan ha koblet til seg:

Scope-ledninger, blodtrykkmansjettledning, O₂-monitorledning og rektal temperaturledning.

I tillegg kan pasienten også blant annet ha koblet til seg ventilasjonsutstyr, intravenøs væske, sprøytepumper, infusjonspumper, ventrikkelsonde, urinkateter, defibrillator og thorax-dren.

Spagetti

– Når du jobber med pasienter som er livstruende syke, må de undersøkes raskt og sendes videre til annen, ofte vanskelig behandling. De er da så ustabile at uhell i forbindelse med forflytning må elimineres – det betyr at vi må forberede transporten, helst før pasienten ligger der, sier Tjosevik. Fra sitt ståsted i akuttmottaket ved Stavanger universitetssykehus har han sett hvordan ledninger som kveiler seg sammen kan forsinke transporten:

– Jeg har sett hvilke uhell man kan få. Jeg har opplevd at ledningene i verste fall blir en spagetti, som må løses opp før pasienten kan komme videre i systemet.

Ved akuttmottaket prøver de nå å bruke kabelsamleren hele tiden.

– Jeg har ikke tenkt så langt som til hva jeg ville brukt eventuelle prispenger til, men sånn umiddelbart tenker jeg at dette produktet kan utvikles. Det er mulig å diskutere om kabelsamleren kunne vært transparent, eller om den kunne hatt forskjellige farger, slik at



RETT OG SLETT: Kabelrot unngås om man legger alt opp i denne, sier oppfinner og utvikler Kjell E. Tjosevik ved akuttmottaket ved Stavanger universitetssykehus.

de forskjellige komponentene hadde blitt sortert, sier Tjosevik, og legger til:

– Men det er også mange andre områder innenfor akuttbehandling hvor det er behov for nye ideer. ■■■

Historiske smartinger

Alt på skinner

Intensivsykepleieren Mariska de Mol gikk i 2005 til topps i en nederlandsk innovasjonskonkurranse med et forslag under tittelen Easy Tube Rail.

Fordi intensivpasienter i mindre grad enn før blir sedert og derfor er mer bevegelige, stiller dette større krav til systemet som skal

holde intuberingsslangene på plass. Easy Tube Rail er et skinneresystem i taket som gjør at utstyret følger pasienten både på langs, tvers og diagonalt.

Kilde: Landelijk Expertisecentrum verpleging & verzorging (LEVV)



Kunnskap som forgrener seg

Hvordan få den nyeste kunnskapen ut til dem som trenger den?
Heng den på et tre – klar til å plukke ned.

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers** Foto **Jan Inge Haga**

Sykepleiere må holde seg faglig oppdaterte – og Sigrún Anna Qvindesland fra Stavanger universitetssykehus har en idé både for oppdatering – og deling av kunnskap.

Forslaget er å lage et tre med artikkelholdere – til å henge på vegg. Her skal sykepleiere kunne henge opp artikler de ønsker å dele, og det skal være enkelt å hente ned en artikkel for å lese.

Møbelet tenker hun å produsere i to-tre utgaver: Et veggmontert tre formet som eik, med plass til rundt ti artikler og to bøker. Et dørmontert tre formet som cypress, med plass til rundt fem artikler. I tillegg tenker forslagsstilleren seg en veggmodell som krever mindre plass enn eika.

– Mange legger nok fagartikler i permer – og så blir de gjerne liggende der. Sykepleiere er mye på beina, vi fyker rundt, og da er det bedre at artiklene vi bør lese er enkelt tilgjengelige.

– Hvem skal ha ansvaret for å vedlikeholde informasjonen i treet?

– Jeg tenker at fagsykepleierne skal ha det ansvaret, men alle skal kunne plassere relevante artikler de ønsker å dele der, sier hun.

Drømmer om synlighet

Selve treet er tenkt produsert av en miljøvennlig treplate, og artikkellommene av gjennomsiktig plast. I hver lomme kan det ligge 4-5 kopier av hver artikkel.

I sin Smart-søknad skriver Qvindesland at hun lenge har drømt om mer synliggjøring av sykepleiefaget. Tanken er at et kunnskapstre skal kunne øke interessen for faget, og samtidig gjøre det mer tilgjengelig. Ved synliggjøring, vil også andre yrkesgrupper bli bevisst på hva sykepleierfaget består i, mener hun.

Et nytt møbel

Foreløpig er treet laget i en grov gråpapirmodell. Dersom Qvindesland vinner med denne ideen, ønsker hun å produsere noen prototyper.

– Jeg må finne en møbelfabrikk som kan produsere prototyper. Jeg tenker at det må brukes en type hard plast i artikkellommene, men det må testes ut. Og skulle det bli penger til overs, kan vi bruke dem på fagutvikling, sier hun. ■■■



HENGENDE KUNNSKAP: Fagartikler på vegg – i et stativ formet som et tre, foreslår Sigrún Anna Qvindesland ved Stavanger universitetssykehus.



Historiske smartinger

Søster Stieltjes` bandasje

Søster Stieltjes, en Nederlandsk hjemmesykepleier, lagde på 1890-tallet furore med en smart bandasje for pasienter med eksem over hele kroppen. Pasienten ble smurt inn med salve, dekket av gasbind og deretter bandasjert. Problemet var at pasienten fikk store problemer med å bevege seg som følge av bandasjeringen, og følgelig ikke var i stand til å arbeide.

Stieltjes fant i stedet opp en bandasje som holdt seg på plass uten at det kjentes stramt ut.

Hennes oppfinnelse gikk helt til topps på en utstilling over produkter av kvinnearbeid i Den Haag like før århundreskiftet.

Kilde: Maandblad voor Ziekenverpleging, 1899



Kateter i lomma

Hver lomme, sitt kateter. Mer fristende å fylle på, enklere å velge riktig, og tidsbesparende i stressede situasjoner med kritisk syke pasienter. Dette er tanken bak «Cathpack».

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers** Foto **Jon Inge Haga**

Forslaget «Cathpack» kommer fra Sigrún Anna Qvindesland, som jobber på akuttmottaket ved Stavanger universitetssykehus. Ideen er en kateterpose for oppbevaring, enkel tilgjengelighet og påfylling av rene katetre.

– Hva er problemet med dagens kateterordning?

– Ved akuttmottaket SUS har vi i dag katetrene i skuffer i akuttralen. Der ligger katetrene buntet med strikk rundt seg, gruppert etter størrelse, forteller Qvindesland.

Klønede i dag

Det er flere problemer med det, ifølge oppfinneren: Størrelsen på katetrene er skrevet med veldig liten skrift, så det kan være vanskelig å se hva som står. Katetrene er lange «stilker», og det kan være litt klønede å stappe og ordne katetrene i strikken. Dersom strikken skader papiret ved av- og pårulling, kan steriliteten skades. Det hender at det i stedet blir mange løse katetre, noe som er enda mindre oversiktlig.

– I tillegg er det i en hektisk hverdag er lett å glemme og fylle opp før det blir tomt, eller at det blir feil, sier hun.

Qvindesland tror at en kateterpose med god og tydelig merking vil kunne løse problemene.

– Tanken er at den skal kunne rulles som en pølse, og legges i kateterskuffen. Det vil kanskje også være mer fristende å fylle opp når det er tydelig hvilke katetre som skal ligge hvor, og det bare er å legge dem opp i lommen. Problemet med rifter i kateterpapiret vil også unngås, sier hun.

Fallskjerm-prototyp

– Hva vil du bruke eventuelle prispenger til?

– Jeg vil bruke pengene til å lage en prototyp. Foreløpig har jeg laget en liten modell i papir sammen med min mann, Arne Qvindesland. Og Sigrún Einarsdóttir, som er psykolog ved SUS, har sydd en prototype av stoff. Jeg fått laget en av vanlig lakenstoff, og en av «kladd»-stoff. Jeg ville likt å se prototyper i forskjellige stoff, for eksempel fallskjermstilke, robust papir og laken – sydd av profesjonelle syersker, sier Qvindesland. ■■■



CATHPACK: Hvert kateter, sin lomme. Da blir det ikke rot, tror forslagsstiller Sigrún Anna Qvindesland ved Stavanger universitetssykehus.

Historiske smartinger

Foto: Colourbox



Gaskins manøver

Jordmoren Ina Mae Gaskin introduserte i 1970-årene Gaskins manøver, en måte å håndtere fastsittende skuldre hos fosteret under fødsel. Den fødende skal stå på alle fire.

Dette skal være den første manøveren innenfor fødselshjelpen som er oppkalt et-

ter en jordmor. Gaskin lærte metoden av jordmødre i Guatemala.

Gaskin er en foregangskvinne for naturlig fødsel i USA. Hun har blant annet skrevet «Spiritual midwifery» om hjemmefødsel. Sammen med mannen driver hun The Farm Midwifery Center i Tennessee.

Knukket og knust

Hvilke tabletter kan egentlig knuses?

Det vil Jens Henning Rygh ha et klart og standardisert svar på.

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

A knuse tabletter og åpne kapsler er ofte nødvendig for å gi medisiner. Men å vite hvilke som kan knuses eller åpnes er ikke enkelt å finne ut.

– Noen ganger opplyses det i Felleskatalogen, andre ganger ikke, sier Jens Henning Rygh, geriatrisk sykepleier på Træleborg bo- og behandlingssenter i Tønsberg.

– Hvis det ikke er opplyst, må det klareres med lege, som ikke alltid er i stand til å svare. Heller ikke apoteket har alltid klart svar.

Foreslår standardisering

Derfor foreslår Rygh at det stilles krav til produsentene om å opplyse om tabletter kan knuses eller kapsler åpnes, og at opplysningene standardiseres så de er lett å finne.

– For eksempel kan det tas inn under punktet dosering i Felleskatalogen.

Rygh påpeker hvor viktig det er å sjekke hver enkelt tablett eller kapsel.

– For eksempel kan noen drasjerte tabletter knuses, andre ikke. Tabletter med delestrek kan ikke nødvendigvis knuses.

Produsentenes ansvar

Rygh mener Felleskatalogen er det naturlige stedet å lete etter informasjon.

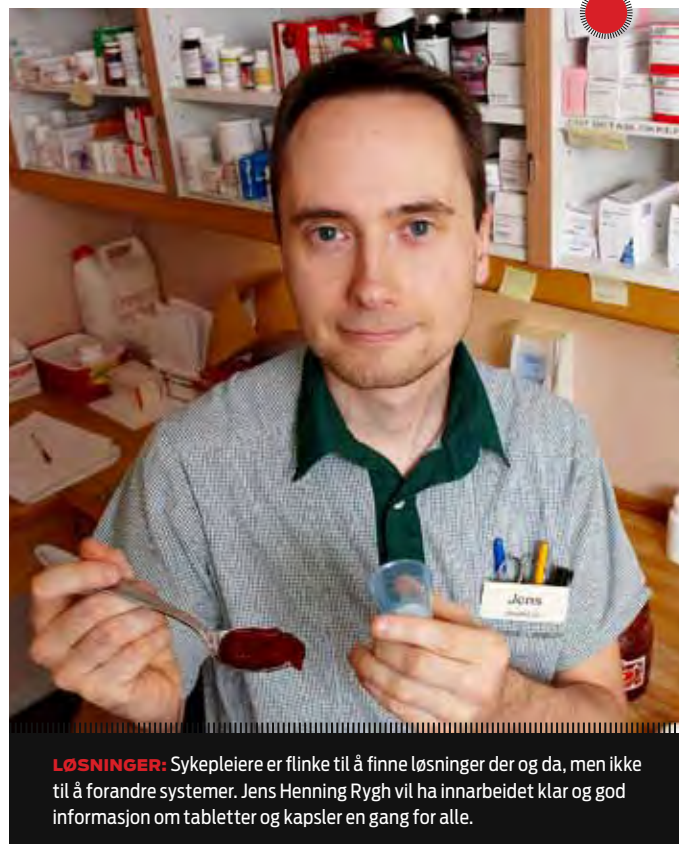
– Vi må stole på informasjonen produsentene gir oss. De har best forutsetning for å si hvordan medikamentet kan gis. Norske myndigheter har også markedsrett til å påvirke produsentene når de velger å benytte seg av dem. Det er i alles interesse at medisiner gis på en sikker måte.

I de tilfellene hvor det oppgis at det ikke er mulig å knuse, ønsker Rygh også at det skal begrunnes.

Trygt og enkelt

Ideen fikk han i møte med kolleger som samlet inn data til et prosjekt om tvangsmedisiner og knusing av tabletter.

– Tidligere har jeg nok sukket og tenkt at dette kunne være lurt, men uten å ha sett muligheten for å gjøre noe med det. Vi sykepleiere er vant til å gjøre det beste ut av dårlige situasjoner. Vi strekker oss



LØSNINGER: Sykepleiere er flinke til å finne løsninger der og da, men ikke til å forandre systemer. Jens Henning Rygh vil ha innarbeidet klar og god informasjon om tabletter og kapsler en gang for alle.

og løser problemer der og da, vi går ikke inn for å forandre systemet.

Får ideen hans gjennomslagskraft, vil den gi økt trygghet for pasientene og lette arbeidsbyrden, ikke bare for sykepleiere, men også for andre faggrupper som deler ut medisiner.

– Egentlig synes jeg det er rart at dette ikke allerede er på plass. ■■■



Historiske smartinger

Kateterkongen

Den amerikanske urologen Frederic Eugene Basil Foley fant opp Foley-kateteret i 1930-årene. Men det er landsmannen David Sheridan som er utropt som «kateterkongen» av Forbes Magazine. Sheridan utviklet i 1940-årene engangskateteret. «Jeg har alltid ment at et kateter ikke bør brukes mer enn én gang», sa han i et intervju

i 1994. Han var i kateterbransjen helt til han ble 90 år.

Sheridan hadde knapt grunnskoleutdanning, men står bak flere enn 50 patenter på medisinsk utstyr, som for eksempel endotrakealtuben.

Kilde: whonamedit.com og The Boston Globe

Ina May Gaskin har også lansert «The Safe Motherhood Quilt Project» for å rette oppmerksomheten mot mødredødelighet i USA.

Kilde: whonamedit.com, inamay.com og feminist.com

Uten en tråd

Da sykepleier Kjersti Valviks mor ble alvorlig syk, ville hun hjelpe som best hun kunne. Resultatet ble «Den trådløse varsleren».

Tekst **Kari Anne Dolonen** Foto **Marit Bendz**

Av og til er det de vanskelige livssituasjonene som setter hjernen på sporet av de kreative løsningene. En syk mor med alvorlig hodeskade og behov tilsyn døgnet rundt, resulterte i at sykepleier Kjersti Valvik sammen med sin mann oppfant «Den trådløse varsleren».

– Vi gledet oss alle til at hun skulle få komme hjem, men skaden gjorde at mor fikk problemer med balansen. Faren var stor for at hun skulle falle.

Valvik har i tillegg to barn som også trenger tilsyn og oppmerksomhet.

– Jeg kontaktet hjelpemiddelsentralen for å høre om de hadde et varslingssystem vi kunne ha hjemme. Mor var blitt vant til snorsystemet på sykehuset. Når hun dro i snoren, visste hun at noen ville komme og hjelpe henne, forteller Valvik.

Hjelpemiddelsentralen kunne bare tilby vanlige trykksalarmer. Det syntes Valvik var altfor kostbart og tungvint.

– Vi trengte et varslingssystem som gav mor trygghet og oss frihet til å drive med andre sysler i nærheten. Spesielt at vi kunne sove i et annet soverom, sier hun.

Sender og mottaker

Slik ble ideen om den trådløse varsleren født. Systemet består av en sender og en mottaker.

– Jeg fikk hjelp av mannen min som er elektriker. Vi har brukt en trådløs ringeklokke som sender og mottaker. På senderen kan man montere en vippebryter med snor. Det er gunstig for brukerne som er mer komfortable med å dra i snoren fremfor å trykke på knappen. Mottakeren kan festes i et belte slik at den er enkel å ha med seg, forklarer Valvik.

– Kunne dere ikke like godt brukt «baby-calling»?

– Vi tenkte på det, men det er ikke lov. Det regnes som overvåking. Den må stå på hele tiden. Brukere har rett på privatliv. Med Den trådløse varsleren, gir brukerne beskjed når de trenger hjelp samtidig som privatlivet vernes. Den egner seg også godt for personer som ikke har evne til å kommunisere, sier hun.

Stort potensial

Valvik tror potensialet for oppfinnelsen er stort.

– Det er en billig og trygg løsning. Systemet er ikke avhengig av



INNEN REKKEVIDDE: Kjersti Valvik kan leke med barna, eller gjøre andre sysler uten å bekymre seg. Hvis moren trenger hjelp får hun beskjed gjennom sin egen oppfinnelse.

strøm og vil derfor ikke bli påvirket av lyn og torden. Jeg mener den har spesielt stort potensial for pårørende, personlige assistenter og andre hjelpere som jobber i boliger med for eksempel fysisk og psykisk utviklingshemmede, sier hun. ■■■

Historiske smartinger

Engangsbleiens mor

I 1946 tok amerikanske Marion Donovan første steg mot å utvikle engangsbleien. Som småbarnsmor var hun lei av bytte våte tøybleier, sengetøy og klær. Hun brukte dusjforheng og sydde vannfaste trekk til bleiene. Tre år senere lanserte hun ideen, men ingen var interessert i å produsere den. Donovan begynte likevel å selge produktet,

med stor suksess. Hun tok patent på ideen i 1951.

Hun jobbet videre med å utvikle engangsbleien i papir. Heller ikke den ville noen sette i produksjon, før i 1961. Da ble Donovans idé brukt til å lage Pampers engangsbleier.

Kilder: ideafinder.com og women-inventors.com



Foto: Calourbox

Vil lære ungdom om eldre

Ungdom på Aure i Møre og Romsdal kan få en unik mulighet til å bli kjent med den eldre generasjonen. Og omvendt. Hvis hjemmesykepleier Lene Sletta får det som hun vil.

Tekst **Ellen Morland** Foto **Anders Todal**

Lene Sletta er enhetsleder i hjemmesykepleien på Aure, en liten bygd på Nordvestlandet. Bygda trenger å holde på ungdommen, og gjerne få noen av dem interessert i helsetjenesten når de skal lukte på yrkesvalg. Det er en av tankene bak hennes smartprisforslag, men det er ikke bare rekruttering hun har i tankene.

Forslaget går ut på å få i stand et samarbeid med ungdomsskolen i Aure. Hun har vært i kontakt med rektor og rådgiver, som er positive. Det er tenkt slik at elevene i 9. og 10. klasse kan velge eldreomsorg som tilvalgsfag. Det utgjør to timer per uke. I timene skal de planlegge aktiviteter for eldre mellom 70 og 80 år, altså ikke de eldste og pleietrengende.

– Vi kan ikke sette skoleungdom inn i pleie, skriver Sletta i søknaden.

Trim eller historie

Hjemmetjenesten skal stå for en viss opplæring av elevene. De må vite noe om hva de eldre liker og trenger av tilbud, og hvordan det må tilrettelegges. Det omfatter også innføring i etikk.

Elevene skal sneke sammen et opplegg som varer omtrent en halv dag en gang i måneden.

– De kan gjerne bruke fysioterapeut, prest eller ergoterapeut i opplegget. Eller det kan være trimtime. Presten vår er veldig opptatt av historie, og kan bidra, mener Sletta.

Aktivitetene kan være i lokaler som står ledige på sykehjemmet. Da kan det passe for de eldre å avslutte med middag i kantinen.

Gode erfaringer

Sletta tenker seg at tre-fire ungdommer kan få delta hvert skoleår. Det er fint å ta det som et gruppearbeid, men gruppen må ikke være for stor. Ungdommen vil gjennom tilvalgsfaget også få et visst innblikk i å administrere og lede, og kanskje økonomistyring hvis noen av aktivitetene gir inntjening. Sletta tenker da for eksempel på vaffelsalg.

Det viktigste er å gi dem innblikk i arbeid med eldre og kjennskap til eldre. For de eldre vil det gi økt trivsel og aktivitet og dermed bedre livskvalitet, mener Sletta. ■■■



SAMARBEID: Aure barne- og ungdomsskole og hjemmetjenesten vil få et unikt samarbeid hvis ideén blir realisert. Idémaker Lene Sletta (til h.) og skolens rådgiver Cathrine Baglo er innstilt på det.



Historiske smartinger

Feber i kurve

Den tyske legen Carl Wunderlich står bak feberkurven. I 1860-årene målte han temperaturen i armhulen til 25 000 mennesker til sammen en million ganger.

Dataene brukte han til å regne ut at gjennomsnittlig kroppstemperatur ligger rundt 37 grader og feber over 38 grader. Funnene omtaler han i

boken «Das Verhalten der Eigenwärme in Krankheiten».

Wunderlich endret også synet på feber i medisinen. Det er sagt at «han fant feber som en sykdom og etterlot den som et symptom».

Kilde: whonamedit.com



Foto: Colourbox

Tar vare på barna

Mange barn av psykisk syke og rusavhengige foreldre blir ikke sett. Barnefokusgruppa i Øvre Eiker kommune vil gjøre dem synlige og sikre dem tidlig oppfølging.

Tekst **Bjørn Arild Østby** Foto **Erik M. Sundt**

Hadde jeg bare hatt ett menneske å snakke med, ville det hjulpet enormt.

Foreleseren, som selv har vært psykisk syk, forteller om det å vokse opp med en psykisk syk mor. Blant tilhørerne sitter helsesøster Britt Gunnerud Håkonsen, helsesøster Nina Børsum og psykiatrisk sykepleier Wenche Rivelsrud. De holder på med videreutdanning i «Involvering av familie og nettverk i behandling av psykisk voksne» på Høgskolen i Buskerud.

Da ble ideen om å opprette en egen ressursgruppe for å hjelpe barn og unge med psykisk syke og rusavhengige foreldre i Øvre Eiker kommune født. Ett år etter er de tre sykepleierne langt på vei med å realisere ideen.

Barnefokusgruppa er opprettet for å samordne tiltak rettet mot disse barn og unge og deres behov. Brosjyre og plakat som forteller om gruppa er allerede spredt til forskjellige samarbeidspartnere i kommunen. Og det er blitt mange informasjonsmøter.

Med tilskudd fra Helsedirektoratet er arbeidet med en egen nettside for barnefokusgruppa godt i gang. Målet med barnefokus.no er å gi barn, unge og foreldre mulighet til direkte kontakt med de tre ildsjelene i Barnefokusgruppa eller å stille spørsmål på nett om det de opplever som vanskelig.

Viktig knutepunkt

Mottoet for Barnefokusgruppa er: Ser deg. Lytter til deg. Tar vare på deg.

– Barnefokusgruppa er en instans hvor samarbeidspartnere som for eksempel fastlegene, Nav, psykisk helsetjeneste, barnevern og sosialtjenesten kan ta kontakt når en mor eller en far er psykisk syk eller sliter med rusproblem. Vi i Barnefokusgruppa vil videreformidle dette til den helsesøster som er knyttet opp mot barnet, enten på skole eller helsestasjon. Helsesøster tar så en samtale med barnet, og på bakgrunn av det, vurderer hvert enkelt barns behov for informasjon og oppfølging.

Helsesøster har en helt spesiell rolle i dette arbeidet fordi barn og unge ikke føler det stigmatiserende å snakke med helsesøster, understreker Britt Gunnerud Håkonsen.



BARNEFOKUS: Ildsjelene bak Barnefokusgruppa er psykiatrisk sykepleier Wenche Rivelsrud (til venstre), helsesøster Britt Gunnerud Håkonsen og helsesøster Nina Børsum.

Barn og unge i Øvre Eiker kommune har gjennom Barnefokusgruppa fått en voksen å prate med om det som kan være vanskelig. Samtidig gjør den det lettere for de forskjellige instanser som kommer i kontakt med barn og unge å få kontakt med personer i kommunen som kan hjelpe barna videre, slik at de blir tidlig sett og ivaretatt. ■■■

Historiske smartinger

Hjelp til kuttete fingre

Selgeren Earle Dickson fant opp det moderne plasteret i 1921. Kona Josephine kuttet seg stadig når hun laget mat, og Earle ville skåne fingrene hennes. På den tiden var det vanlig å kutte til gasbind og feste det med tape. Men Earle Dickson så at det stadig falt av. Han tok i stedet en bit gasbind, plasserte det midt på tapebit. For å

holde det rent, dekket han det til med en stoffbit.

Salget av det nye plasteret gikk tregt, helt til markedsføringstrikset med å gi det gratis til guttespeidere. Fra 1924 ble plasteret laget maskinelt og fra 1939 solgt som sterilt.



Kilde: inventors/about.com

Et glødende hjerte

Selveste hjertet – i 3D, er Wenche Høggaug og Sigrún Anna Qvindeslands hjerte barn.

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers** Foto **Jan Inge Haga**

Forslaget fra sykepleierne ved Stavanger universitetssykehus er å få laget en modell av hjertets elektriske ledningssystem.

Hjertet er tenkt laget som et litt forstørret menneskehjerte, slik at det blir enklere å se hvordan det fungerer. Modellen er tenkt laget i gjennomsiktig hardplast eller glass. Atrier, ventrikler og hjertets skillevegg skal kunne ses. Ledningssystemet tenker de skal lages som lysdioder i en lett synlig farge. Impulsen langs det elektriske ledningssystemet skal kunne ses mens den «reiser» videre langs de elektriske banene.

Pedagogisk hjerte

– Det er behov for et verktøy som bidrar til at vi kan forstå hjertets fungering bedre. Det finnes bilder på papir og virtuell grafikk som viser hvordan ledningssystemet fungerer, men det mangler en fysisk 3D-modell, sier Wenche Høggaug.

– Hva ville være fordelene med det?

– Pedagogisk sett er det lettere å forstå dersom man kan se og ta på – og her kan man se hjertet fra alle vinkler, og man kan gjenkjenne hvordan syke og friske impulser fungerer, sier Høggaug.

Stort bruksområde

– Hvem kan ha bruk for denne modellen?

– Vi tenker at modellen skal kunne brukes i utdanningene til sykepleiere og spesialsykepleiere, ambulanspersonell og medisin-studenter. Men den bør også kunne brukes på kardiologiske avdelinger, akuttmottak og andre avdelinger som kan ha nytte av den. Også enkelte pasienter kan ha behov for en dypere forståelse hjertets ledningssystem.

Få med flere

– Hva skal eventuelle prispenger brukes til?

– Videreutvikling, slår Høggaug fast.

– Vi er sykepleiere, men ikke ingeniører. Vi har jobbet med ideen noen måneder nå, og ønsker å knytte til oss aktører som kan hjelpe oss å videreutvikle ideen, sier hun. ■■■



HJERTEBEHOV: Forslagsstillerne Wenche Høggaug og Sigrún Anna Qvindesland vil ha et hjerte til å ta og føle på.



Historiske smartinger

En kongelig stol

Hvem som fant opp rullestolen, vites ikke. Men i 1595 fikk Philip II av Spania dedikert en rullestol til seg.

I 1783 utviklet engelske John Dawson en rullestol med to store og et lite hjul. Stolen ga han navnet The Bath wheelchair, etter fødebyen sin. Denne stolen var ikke direkte komfortabel, og utover år-

hundrene kom det mange forbedrede versjoner. Den første elektriske rullestolen ble solgt i London i 1916. I 1932 utviklet ingeniøren Harry Jennings rullestolen som går an å folde sammen. Den bygget han til sin venn Herbert Everest.

Kilde: inventors/about.com



Foto: Caloubox



Verv og vinn!

Nå har du mulighet til å styrke NSF, samtidig som du skaffer deg flotte vervepremier. Verv en sykepleier og få en praktisk brødpose eller en termos. Ønsker du heller kokkekniv og metallsåpe eller iPod nano, kan du spare vervingen til du har fått vervet flere.

Norsk Sykepleierforbund er den eneste landsomfattende fagorganisasjonen for autoriserte sykepleiere, spesial-sykepleiere, jordmødre og helsesøstre. Nå kan du bidra til å styrke din egen organisasjon ytterligere ved å verv nye medlemmer. Medlemmer i NSF er en del av et slagkraftig fellesskap som ivaretar sykepleiernes lønns- og arbeidsvilkår. Sykepleieres interesser og rettigheter i tilknytning til blant annet ansettelse, lønn, permisjoner,

arbeidstid og eventuelle yrkesskader blir ivaretatt. NSF er et sykepleiefellesskap som setter faget, dets utvikling og plass i utdanningssystemet og helsevesenet på dagsorden. Medlemmer kan søke juridisk bistand dersom det oppstår problemer knyttet til arbeidsforholdet. Juridisk bistand kan også gis i enkelte typer straffesaker, for eksempel ved feil medisinerings.

Hva koster medlemskap i NSF?

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

Vi kjenner ditt yrke og jobber for deg!

Dine medlemsfordeler er:

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



Verv 2

2 vervinger: kokkekniv og metallsåpe fra Edge.

4 vervinger: iPod nano (siste modell).



Verv 4

Verv 1

Gratis ved 1 verving



1 verving: Stelton brødpose eller Wave termos.

VERV EKUPONG

Kryss av: Brødpose Termos Jeg sparer vervingen

Vervepremiene gjelder ikke for verving av studentmedlemmer

VENNLIGST BRUK BLOKKBOKSTAVER

Ververs navn:

Ververens medlemsnr.:

Navn på nytt medlem:

Har du vært medlem tidligere?

Tidsrom:

Fødselsnummer (11 siffer)

Adresse:

Postnr:

Poststed:

E-post:

Telefon privat:

Mobil:

Eksamensdato:

Sykepleierhøgskole/sted:

Arbeidsgiver:

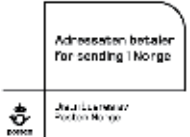
Arbeidssted:

Ansatt dato:

Avdeling:

Stillingsbenevnelse:

Medlemmer i lønnet arbeid innbetaler kontingenten ved månedlige trekk i lønn



Norsk Sykepleierforbund
Svarsending 1016
0090 Oslo

Skolemetode ga godt miljø

I Larvik tar de folk på fersken når de gjør noe bra.
Resultat: Sykefraværet i pleie- og omsorgsavdelingen har stupt.

Tekst **Barth Tholens** Foto **Erik M. Sundt**

Problemene ved avdeling Farris, med høyt sykefravær og dårlig omdømme, tårnet seg opp i 2007. Ansatte søkte seg bort og det var vanskelig å få rekruttert personell. De tre lederne og rundt 40 ansatte slet voldsomt etter en omorganisering.

Da kom assisterende avdelingsleder Anne Margrethe Sørbø Tanum på ideen å prøve et tiltak hun hadde hørt om på barnas skole. Norske skoler bruker programmet Agression Replacement Training (ART) til trening av sosial kompetanse for elever med atferdsproblemer.

– Gjennom ART lærer elevene seg sosiale ferdigheter og stressmessing. ART sørger for systematisk anerkjennelse av alle barn gjennom positive tilbakemeldinger. Vi mente at vi kanskje kunne dra nytte av denne metodikken om vi klarte å «oversette» den til en voksenvariant, forteller fagkonsulent Per Busk ved Stavern og Brunlanes omsorgstjeneste.

Avdeling Farris har tolv sengeplasser, men betjener også de hjemmeboende i området.

Lederne først

To rutinerne ART-instruktører fra skoleverket drillet første avdelingslederne i å fokusere utelukkende på det positive.

– Vi var bevisste på at vi måtte begynne med lederne. Om ikke de gikk foran, ville ikke de ansatte følge etter. Egen atferd og språkbruk var helt sentralt. Da avdelingslederne fikk den positive holdningen under huden, ble også de ansatte involvert. I stedet for å fokusere på nedskjæringer og bemanningsproblemer, skulle alle gi hverandre anerkjennelse gjennom ros og oppmerksomhet. De skulle gi minst fem positive tilbakemeldinger før de kunne bemerke noe negativt.

Onsdagsros

I skoleverket bruker man et system for belønning («pogs») som ikke kunne fungere i en voksen setting. I stedet har avdelingen introdusert en egen «markør» i form av et kubbelys som tennes hver onsdag på avdelingsmøtet. Her snakker både ansatte og ledelsen om positive ting som har skjedd siste uken. Har pårørende skytt av noen, fortelles det her. Har noe gått bra, deles det med andre.



FULGTE MED PÅ SKOLEN: Sykepleier Anne Margrethe Sørbø Tanum (til h.) hørte om ART på et foreldremøte. Fra v: Per Busk, Rakel Kristiansen, Turid Klepaker (sjef) og Anne Margrethe Sørbø Tanum.

– Metoden kan kanskje virke banal. Men effekten har vært overveldende. Trivselen har økt, fraværet har gått ned fra 18 prosent til syv, og det er flere søkere til sommerjobber og ledige stillinger. Nå ønsker alle at metoden skal videreføres som et permanent tiltak, sier Per Busk. ■■■



Historiske smartinger

Reduserte støy

I 1928 beskrev Mildred E. Newton hvor bråkete sykehusutstyr var. Støyen var en stor byrde for pasientene. Sykepleierne gikk sammen med sykehusingeniørene om å designe løsninger med mindre lyd. For eksempel fester til lokk på metallbokser. De laget også løsninger som holdt boksene i ro på trillebordene, så de ikke skulle skramle.

Foto: Colourbox

Kilde: American Journal of Nursing

Gjør det mindre farlig å dusje

Farlige badesituasjoner i jobben gjorde at hjemmesykepleieren satt seg inn i sitt eget dusjkabinett. Resultatet ble skisse til dusjkabinett tilpasset hjelpetrengende og pleiere.

Tekst Bjørn Arild Østby Foto Erik M. Sundt

Dusjkabinett i moderen bad er en stor utfordring når man blir hjelpetrengende, og for oss som skal hjelpe, sier sykepleier Randi Semb Holtung, som har mange år i hjemmesykepleien i Re kommune i Vestfold bak seg.

Trangt

Dusjkabinettene er trange å komme inn i. Pasienten må stå på ett bein i det han eller hun stiger inn i dusjen, og det er ingen sikre ting å holde fast i bortsett fra armaturet. Ofte er en krakk plassert på tvers innerst i dusjen. Før dusjen settes på må dørene helst lukkes for å unngå altfor mye vann på golvet utenfor, som medfører stor risiko for fallulykker. For den som skal bistå pasienten sier det seg selv at dette er en ganske umulig arbeidssituasjon. Må det være slik, var spørsmålet hjemmesykepleieren stadig oftere stilte seg. Hun lette i kataloger over utstyr til bad og i hjelpemiddelkataloger uten resultat.

Da Semb Holtung leste om Smartpris 2009 i Sykepleien, bestemte hun seg for å gjøre noe selv. Hun tok utgangspunkt i sitt eget kabinett og begynte å skissere løsninger.

Kabinett for framtida

– På «mitt dusjkabinett» er døren inn i kabinettet buet og plassert på den ene vegg, der det på ordinære kabinett ville vært en sidevegg. Kabinettet må være forsterket med en stolpe fra gulv til tak innerst i hjørnet og en ved døråpningen. Mellom disse må det være en stolpe i setehøyde, slik at det tåler tyngden av en person. Til den langsgående stolpen er det festet et sete med armlener og fotbrett, som kan vippes opp når det ikke er i bruk.

– Setet kan skyves sidelengs fra utsiden av kabinettet. Det gjør at pasienten kan sette seg på i «det tørre element», skyve seg inn i kabinettet og lukke døren, som har en utsparing som slutter rundt den langsgående stolpen og gjør det tett for vannsøl. Når pasienten sitter inne i kabinettet er det plassert et solid håndtak i front, forteller Semb Holtung.

Hun mener det også vil være ressursbesparende ved at enkelte



MITT DUSJKABINETT: - Tanken bak er først og fremst å sikre en usikker arbeidssituasjon for både pasient og helsepersonell, sier hjemmesykepleier Randi Semb Holtung.

pasienter kan bli uavhengige av bistand fra andre.

– Og ikke minst har det med livskvalitet å gjøre, at man selv kan ta hånd om sin personlige hygiene, sier hjemmesykepleieren. ■■■

Historiske smartinger

Fra sølv til plast

Et gjennombrudd innen injeksjoner kom i 1853. Da utviklet franskmannen Charles Gabriel Prawaz og skotten Alexander Wood hver sin subkutane sprøyte. Det ga muligheten til å gi smertestillende intravenøst. Dessverre gikk det hardt ut over Woods kone, som er det første rapporterte tilfellet av overdose som følge av subkutan injeksjon med morfin.

Prawaz sin sprøyte var laget av sølv. Senere laget engelskmannen Ferguson en sprøyte som var delvis laget av glass, og som gjorde det mulig å se det man sprøytet inn i kroppen. I 1869 utviklet Luer glasssprøyten. Fra 1950-årene kom engangssprøytene.

Kilde: discoveriesinthemedicine.com, inventors/about.com og general-anaesthesia.com



Informerer om de bittesmå

En brosjyre stappfull av bilder skal hjelpe foreldre til å tolke kroppsspråket til deres premature barn.

Tekst **Marit Fonn** Foto **Hege By**

Irene Maili Aga og kollegene Wenche Hansen og Tone Alsvik har lagt ned mye arbeid i å lage heftet.

De arbeider ved Nyfødt Intensiv på St. Olavs Hospital i Trondheim, og alle er Nidcap-veiledere.

Lærer å gi omsorg

Nidcap er et intervensjonsprogram for premature og syke nyfødte barn. Foreldrene blir veiledet i å tolke barnas kroppsspråk, slik at de kan delta i den daglige omsorgen med minst mulig stress.

«Liten, men god» er tittelen på brosjyren i A4-format som er rettet mot foreldrene. Den brukes også av personalet og lege- og sykepleierstudentene.

Unike bilder

Det nye med brosjyren er at den henvender seg direkte til foreldrene, på en lett forståelig måte, ifølge Aga.

– Dessuten er bildene unike, sier hun.

Flere bildeserier viser premature barns spesielle kroppsspråk, slik at foreldre og personale raskere kan finjustere omsorgen for disse små barna.

– Barna og utstyret er her fra avdelingen, slik at det blir gjenkjennelig. Jeg tror foreldrene lærer mer av bildene enn av bare tekst.

Derfor er bildene nøye utvalgt. Aga er for eksempel godt fornøyd med at de har klart å vise at barna kan bli bleke rundt munnen.

Fransk idé

Ideen fikk de da de så en fransk brosjyre på en konferanse i London i 2005. «Dette må vi få til i Norge, men på vår måte», tenkte de. Det franske heftet var mindre, og hadde tegninger i stedet for bilder.

Aga har tatt de aller fleste bildene i brosjyren. Barna på bildene er anonymisert.

Til inspirasjon

– Kan brosjyren brukes av andre avdelinger i landet?

– Til en viss grad. Men Nidcap-programmet er veldig stort, og de ulike avdelinger har ikke kommet like langt. Hos oss får foreldrene lov til å løfte barnet ut av kuvøsen tidlig. Slik er det ikke alle steder.



BILDELÆRING: Irene M. Aga har tatt de fleste av bildene som skal hjelpe foreldre til premature så de blir trygge i sin nye rolle.

Derfor tror hun brosjyren mer kan være til inspirasjon for andre enn direkte kopierbar.

– Hva vil dere bruke eventuelle prispenger til?

– Vi vil trykke opp brosjyrer så vi kan gi dem til alle foreldrene og personalet. Og vi vil arbeide videre med Nidcap. ■■■



Historiske smartinger

Målte trykket

I 1733 er det første blodtrykket dokumentert målt. Det ble gjort av veterinæren Stephen Hales. Han opererte inn en innretning i en hest som gjorde det mulig å avlese trykket. Et menneskelig blodtrykk ble ikke målt før i 1847, med måleutstyr inne i en arterie. Mange hjerner brynte seg på å utvikle en ikke-invasiv metode, og i 1861 lanserte Samuel Siegfried Karl Ritter et bruk-

bart apparat. Men mange leger vegret seg, enkelte stilte også spørsmål ved nytten av å vite pasientens blodtrykk.

I 1896 kom Scipione Riva-Roccis blodtrykksapparat som ble prototypen for moderne blodtrykksmåling.

Kreditering: medphys.ucl.ac.uk



Foto: Colourbox

Stem på din kandidat:

Du kan være med å stemme frem vinneren av Smartprisens hovedpris. Vinneren får 100 000 kroner.

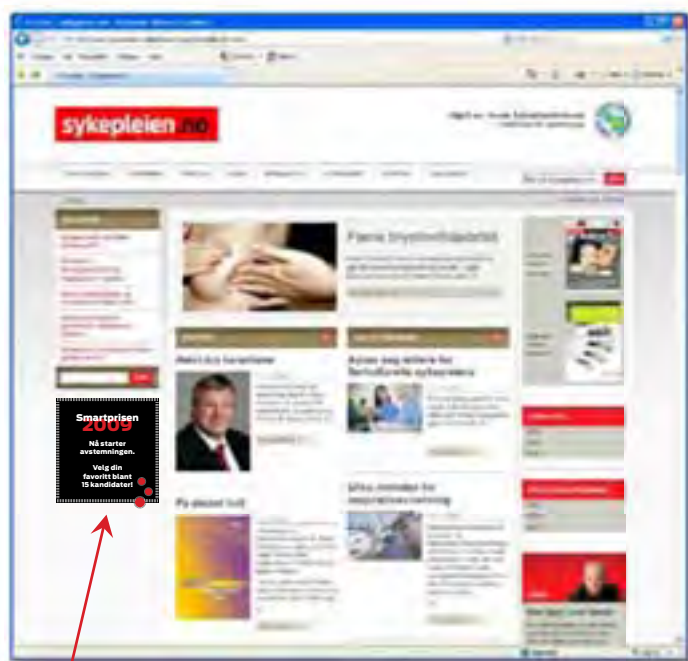
Er du medlem av Norsk Sykepleierforbund, kan du bruke stemmekortet som følger med dette bladet. Der kan du krysse av din favoritt. Porto er betalt.

På sykepleien.no vil du finne samme presentasjon av kandidatene som på de foregående sidene. Der kan du også stemme direkte på nettstedet.

Svaret må være hos oss innen 31.12. Vinneren av hovedprisen vil være klar umiddelbart. Fagjuryen vil komme sammen for å kåre den kandidaten de fortjener deres priser: for beste idé (100 000 kroner) og for beste forslag fra kommunesektoren. (50 000 kroner.)

Fagjuryen vil ikke få vite hvem som har fått flest stemmer fra leserne, og er dermed ikke påvirket av resultatet fra stemmegivningen. Derfor er det en teoretisk mulighet for at samme kandidat kan vinne flere priser.

Priseutdelingen vil finne sted på nyåret. Følg med på sykepleien.no på nyåret og se hvem som vant! Vinnerene blir også presentert i en av de første utgavene av Sykepleien i 2010. ■■■



STEM HER: På sykepleien.no kan du lese om alle kandidatene og stemme. Her ligger også søknaden fra kandidatene.



ELLER STEM HER: Dette stemmekortet følger med bladet.

Disse vant tidligere:

2007

Lesernes Pris: Barneenheten ved Rikshospitalet
Fagjuryens pris for beste realiserte idé: Hilde Egge, Bekkestua helsestasjon, Bærum
Fagjuryens pris for beste idé: Kari Jaastad Grov, Stord

2006

Lesernes pris: Nyfødtposten på Haukeland universitetssykehus i Bergen

2008

Lesernes pris: Berit Helen Haukø, psykiatrisk avdeling, Sykehuset Namsos
Fagjuryens pris for beste realiserte idé: Edel Johanne Børslett, Bærum
Fagjuryens pris for beste ikke-realiserte idé: Nina Rødsmoen, Sandnes
Beste idé fra kommunesektoren: Lisbeth Østby, Skien

Effektiv lokalbehandling av bakteriell vaginose på 3 dager¹

Dalacin Vagitorier

Lokal behandling av en lokal tilstand



Dalacin Pfizer

Antiinfektivum til gynekologisk bruk. ATC-nr.: G01A A10

VAGINALKREM 2%: 1 g inneh.: Clindamycin, phosph. aeqv. clindamycin. 20 mg, sorb. monostear., polysorb. 60, propylenglycol. 50 mg, acid. stearic., alcohol cetostearyllic., cetylalpm., paraffin. liquid., alcohol benzyllic. 10 mg, aqua steril. q.s. ad 1 g.

VAGITORIER 100 mg: Hver vagitorie inneh.: Clindamycin, phosph. aeqv. clindamycin. 100 mg, adeps solid. q.s. ad 2,5 g.

Indikasjoner: Bakteriell vaginose.

Dosering: Vaginalkrem: En fylt applikator (5 g) intravaginalt hver kveld i 7 dager. Vagitorier: 1 vagitorie intravaginalt hver kveld i 3 dager.

Kontraindikasjoner: Hypersensitivitet for preparater som inneholder klindamycin, linkomycin eller hardfett (vagitorier).

Forsiktighetsregler: Før eller etter at behandlingen påbegynnes bør det tas laboratorieprøver for å teste på mulige andre infeksjoner som Trichomonas vaginalis, Candida albicans, Chlamydia trachomatis og gonokokkinfeksjoner. Bruk av klindamycin intravaginalt kan gi økt vekst av ikke-følsomme organismer, spesielt

sopp. Hvis betydelig eller langvarig diaré inntreffer, må legemidlet seponeres og nødvendig behandling gis. Betydelig diaré som kan opptre mange uker etter avsluttet behandling, skal behandles som om den er antibiotikarelatert. Moderat diaré avtar ved seponering av behandlingen. Samleie frarådes under behandlingen. Latekscondomer og latekspessar kan svekkes i kontakt med innholdsstoffene i preparatene. Tamponger eller intimspray bør ikke anvendes under behandlingen. Sikkerhet og effekt er ikke undersøkt hos kvinner <16 år eller >65 år, gravide, ammende, kvinner med nedsatt nyre- eller leverfunksjon, kvinner med immunsvikt eller kolitt.

Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Preparatet anbefales ikke bruk i 1. trimester. Det er vist at bruk av klindamycin vaginalkrem hos gravide i 2. trimester og systemisk tilført klindamycinfosfat i 2. og 3. trimester ikke er assosiert med fosterskader. Vagitoriene kan derfor brukes under 2. og 3. trimester dersom det er et klart behov for det. Overgang i morsmelk: Ukjent. Preparatet bør ikke brukes under amming.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Urogenitale: Vaginititt, lokal irritasjon, vaginal Candidainfeksjon. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Diaré, kvalme, forstoppelse, mavesmerter. Hud: Urticaria, pruritus, utslett.

Urogenitale: Vaginal utflod, menstruasjonsforstyrrelser, smerter på applikasjonsstedet. Øvrige: Svimmelhet, hodepine, soppinfeksjoner.

Overdosering/Forgiftning: Se Giftinformasjonens anbefalinger for klindamycin J01F F01.

Egenskaper: Klassifisering: Klindamycinfosfat er en vannløselig ester av det semisyntetiske antibiotikum klindamycin. Virkningsmekanisme: Bakteriostatisk eller baktericid effekt ved å hindre bakterienes proteinsyntese. Klindamycin er vist å ha in vitro aktivitet mot følgende bakterier som er assosiert med bakteriell vaginititt: Gardnerella vaginalis, Mobiluncus spp., Bacteroides spp., Mycoplasma hominis, Peptostreptococcus spp. Absorpsjon:

Vaginalkrem: Ca. 4% (varierer mellom 0,6-10%) absorberes systemisk. Vagitorier: Ca. 30% (varierer mellom 6,5-70%). Oppbevaring og holdbarhet: Skal oppbevares <25°C.

Pakninger og priser: Vaginalkrem: 40 g (tube m/7 engangsapplikatorer) kr 167,20. Vagitorier: 3 stk. kr 191,40.

Sist endret: 27.01.2004

(priser oppdateres hver 14. dag, ev. refusjon hver måned)

Ref. 1) Paavonen J. et al. Obstet Gynecol 2000;96:256-60 E2009-1256



Pensjonist- vaksinatører slipper avkortning

Pensjonerte helsearbeidere som hjelper til med å vaksinere under pandemien med influensa A (H1N1), vil slippe avkortning i pensjonen. Det er arbeids- og inkluderingsdepartementet som har lagt fram lovforslaget som skal gjelde fra oktober i år til 1. juli 2010.



BEHOLDER PENSJONEN: Pensjonert helsepersonell skal ikke tape økonomisk på å hjelpe til med vaksinasjonen mot svininfluensaen. Foto: Colourbox



HUSK PÅFYLL: Dersom du bor eller jobber med spedbarn må du huske påfyll av kikhostevaksinen hvert tiende år. Foto: Colourbox

Kikhosteøkning

Ifølge MSIS (meldingssystemet for smittsomme sykdommer) var det per 3. november registrert 4684 tilfeller med kikhoste i Norge i år, mens det for samme periode i fjor var 3275 tilfeller. Men både 2004, 2006 og 2007 hadde flere tilfeller per 3. november, helt opp i 5893.

For snart ett år siden anbefalte Folkehelseinstituttet skriftlig at voksne bør ta oppfriskningsdoser (boostervaksiner) av kikhostevaksine på linje med stivkrampe- difteri- og poliovaksine. Kikhostevaksine er spesielt viktig dersom man arbeider med spedbarn eller man har spedbarn i huset.



MORALEN SOM FØR: Ordningen med å kunne kjøpe angrepiller utenom apotek har ikke ført til utsvevende sexliv hos norske unge. Foto: Colourbox

Ingen kraftig økning i nødprevensjon

Nødprevensjon (angrepiller) ble tillatt solgt utenom apotek fra 1. januar 2009, men økt tilgjengelighet har ikke medført en kraftigere økning i forbruket enn det som har vært tendensen tidligere, viser tallene etter tredje kvartal.

Totalt ble det solgt 126 600 doser nødprevensjon de første ni måneder i 2009, hvorav vel 7000 (6 prosent) ble solgt fra dagligvaregrossistene. Totalt økte salget med 6 prosent i de første ni måneder i 2009 sammenlignet med samme periode i 2008. Denne økningen ligger på samme nivå som da nødprevensjon bare kunne selges fra apotek.

Kilde: Folkehelseinstituttet

Der ute

Les mer om:

- 50 Lavere lønn i Nordfjord ›
- 56 Sykepleiere i skuddlinjen i Danmark ›



sykepleien.no

› Interessert i forskning? Les «Det metodiske hjørnet» på sykepleien.no/tema



– Bunnlinja

Sykepleier Inger-Marie Sommerset har nettopp overtatt som nytt pasient- og brukerombud i Nordland. Hun vil kjempe for kvalitet og setter sin lit til lederne.

Tekst og foto **Birgit Røe Mathisen**

Det er ennå god plass i lokalene i Moloveien i Bodø, like ved småbåthavna. Pasient- og brukerombudet i Nordland har nylig flyttet fra Sortland til Bodø, og kontoret skal utvides med to stillinger. I høst er ombudets oppgaver nemlig utvidet til også å gjelde kommunehelsetjenesten.

Sommerset er selv fersk som sjef på kontoret, og i full gang med intervju- og ansettelsesrunder. Hun har lang erfaring fra kommunal forvaltning, og har vært rådmann i både Notodden og Værøy kommuner. Men i bunn er hun sykepleier, og hun har blant annet vært leder for faglig etisk råd i Norsk Sykepleierforbund. Hun har også hatt stillinger som oversykepleier og assisterende sjefsykepleier. Nå mener hun jobben som pasient- og brukerombud vil gi henne en god mulighet til å få brukt den sykepleiefaglige kompetansen sin.

– Dette er en meningsfylt jobb. Det handler om hvordan folk blir møtt og opplever å få hjelp i en for mange vanskelig og sårbar situasjon i livet. I en ideell verden skulle det egentlig ikke vært behov for et pasientombud, der ble alle pasienter tatt godt imot. Men slik ser nå en gang ikke verden ut, slår Sommerset fast.

Som sykepleier har hun erfaring i å møte mennesker i utsatte situasjoner i livet og kunnskap om å gi omsorg og omtanke. Som byråkrat kjenner hun systemene og har struktur og oversikt.

– I denne jobben er begge disse erfaringene viktig, mener hun.

Økonomien styrer for mye

Det ferske pasientombudet mener hensynet til økonomi og lønnsomhet får for stor innflytelse i helsevesenet.

– Jeg opplever at det er fokuset på bunnlinja som blir overskyggende. Hensynet til økonomien blir viktigere enn kvalitet, trygghet og tillit. De ansatte i helsevesenet jobber under sterkt press, og slitasten er stor. Hvis ledelsen er mer opptatt

styrer mer enn kvalitet



Pasientombud

- › skal arbeide for å ivareta den enkeltes behov, interesser og rettsikkerhet overfor helsetjenesten og for å bedre kvaliteten i tjenesten.
- › kan gi deg informasjon om dine rettigheter som pasient eller pårørende.
- › kan bistå med å formulere og videreformidle spørsmål eller klage til rette instans.

PASIENTOMBUD: Inger-Marie Sommerset er nytt pasient- og brukerombud i Nordland, og mener kvaliteten i helsetjenesten må være viktigere enn bunnlinja.

«I en ideell verden skulle det egentlig ikke vært behov for et pasientombud.»

av å tenke på bunnlinja i stedet for å utvikle den humane kapitalen, bærer det galt av sted. Helsetjenesten kan aldri bli lønnsom butikk, sier hun.

– Det var ikke slik før. Da jeg jobbet i sektoren på 70- og 80-tallet var kulturen annerledes. Det ble tilført nye stillinger til nye oppgaver, og fokuset lå på kvaliteten for pasienten. Pasientene lå også lengre inne i sykehusene, og dermed ble pleierne bedre kjent med dem, tilføyer hun.

Sommerset mener ledelse er den viktigste nøkkelen for å få god kvalitet i helsetjenesten.

– Tydelig ledelse som setter kvaliteten i sentrum er viktig.

Pasientombudet har også tro på at samordningsreformen kan bidra til å få satt søkelyset på kvalitet.

– Reformen skal legge til rette for større nærhet mellom pasient og behandler, påpeker hun.

Informasjon og holdninger

Ifølge statistikken over henvendelsene til alle landets pasientombud, er mangel på informasjon, holdninger hos helsepersonell, mangel på brukermedvirkning og feilbehandlinger de viktigste grunnene til at pasienter tar kontakt.

– Helsevesenet sliter med å få satt brukermedvirkning i system. Mange henvendelser handler om at pasientene eller de pårørende ikke fikk være med å ta avgjørelser der de skulle påvirket, sier hun.

Sommerset mener pasienter i dag er mer bevisste på sine rettigheter enn før.

– Det er generelt mer fokus på forbrukerret-

tigheter. Folk har høyere utdanning. Pasienter går på nettet og finner fram til den nyeste medisinske forskning i andre land og forteller legen sin om den. Legens ord er ikke lenger lov, men pasientene stiller kritiske spørsmål. Og det er helt klart en god utvikling, mener hun.

44 kommuner

I februar vedtok Stortinget å utvide oppgavene til pasient- og brukerombudet. Fra første september favner ombudets arbeidsområde også kommunal helse- og sosialtjeneste. Fra kontoret i fylkeshovedstaden har Sommerset ansvaret for alle de 44 kommunene i Nordland. Nå planlegger hun en informasjonsrunde ut til alle, for å fortelle om pasient- og brukerombudet og hvilken rolle det har.

– Det er viktig at helsepersonell er trygge på hvilket ærend vi går og hva oppgavene våre er, sier hun.

Inger-Marie Sommerset er opptatt av å finne løsninger for pasientene.

– Jeg vil legge vekt på dialog med helse- og sosialpersonellet for å finne løsninger for pasienten mer enn kritiske konfrontasjoner. ■■■

Enkelte arbeidsgivere ser ikke at en lønnsnedgang på 10 000 kroner i mån

Mister 110 000 kroner av lønna

Bakgrunn

- » 28. september ble 14 anesthesi- og operasjonssykepleiere ved Nordfjord sjukehus i Sogn og Fjordane pålagt å arbeide etter en turnusplan som innebærer at deler av den avtalte arbeidstida inneholder passiv tjeneste – såkalt vakt på vaktrom.
- » Konsekvensen av pålegget er at sykepleierne i gjennomsnitt vil få en lønnsreduksjon på rundt 110 000 kroner på årsbasis. Dette fordi en time vakt på vaktrom kun betales med 1/3 av vanlig timelønn.
- » Norsk Sykepleierforbund (NSF) har stevnet arbeidsgiver Helse Førde HF og arbeidsgiverorganisasjonen Spekter inn for Arbeidsretten for brudd på inngått overenskomst. NSF har også levert inn stevning mot Helse Førde HF til Fjordane tingrett hvor man krever erstatning for tapt arbeidsinntekt for de berørte arbeidstakerne.

Det er full aktivitet på operasjonsavdelingen ved Nordfjord Sjukehus i Sogn og Fjordane. To pasienter ligger på operasjonsbordet. En skulder og en rygg blir tatt hånd om av grønnkledde.

Det er slik vi venter det skal være på en operasjonsavdeling. Men det er kanskje ikke lenger en selvfølge ved Nordfjord sjukehus. Nå blir stadig mer av akuttberedskapen i Helse Førde lagt til sentralsjukehuset i Førde, som på sin side opplever at korridorer må tas i bruk og at pasienter må settes på vent.

Ledelsen i Helse Førde synes imidlertid å være mer bekymret over at sentraliseringen av akuttberedskapen gjør at det ikke blir nok pasienter og arbeid for de grønnkledde ved Nordfjord sjukehus.

Per brev ble 14 anesthesi- og operasjonssykepleiere den 28. september pålagt å arbeide etter en turnusplan som inneholder passiv tjeneste – også kalt vakt på vaktrom. Sykepleierne må stille på jobb, men nå med en årlig lønnsreduksjon på rundt 110 000 kroner.

– Vi ønsker å tilpasse arbeidstiden opp mot de tjenestene vi skal yte på Nordfjordeid etter de planer og vedtak som er gjort av styret i Helse Førde, uttaler klinikkdirektør Kari Furevik til NRK Sogn og Fjordane.

Må være på sykehuset

Sykepleierne ved anesthesi- og opera-

sjonsavdelingen gikk fram til i høst i todelt vaktordning, hvor de enten jobbet 8,5 timer på dagtid eller 16 timer på kveld/natt med aktiv vakt fram til midnatt og passiv vakt fram til klokka 07.30. Arbeidsuken var på 40,5 timer og inkluderer aktiv jobb og bakvakt. Det var en ordning som fungerte svært godt, og som sykepleierne var fornøyde med.

I vår skulle ordningen evalueres. Sykepleierne var innstilt på å redusere den aktive vekten med to timer. Arbeidsgiver Helse Førde sa nei. Siden hørte sykepleierne ikke noe fra arbeidsgiver, før de i september fikk beskjed om at aktiv vakt på hverdagene er redusert fra midnatt til klokka 20.00. De fire timene ble gjort om til vakt på vaktrommet og betalt med en tredel av lønna. I helgene fikk sykepleierne bare godskrevet aktiv vakt mellom klokka 10.00 og 14.00. Den passive delen av arbeidstiden er økt, mens det blir mindre tid til aktiv tjeneste.

– Sykehuset er pålagt å ha beredskap 24 timer i døgnet på grunn av fødeavdelingen. For dette får vi nå betalt for fire timer aktiv tid på lørdager og det samme på søndager, og må være på sykehuset resten av vekten til en tredel av vanlig lønn. Arbeidsgiver bør ikke være overrasket når vi reagerer, sier anesthesisykepleier Hildegunn Espe.

– Fullstendig uakseptabelt og en personbehandling man skulle tro hørte historien til, sier forbundsleder Lisbeth

Normann i Norsk Sykepleierforbund (NSF).

Til rettsapparatet

NSF har stevnet Helse Førde og arbeidsgiverorganisasjonen Spekter inn for Arbeidsretten for brudd på overenskomstens bestemmelse om vakt på vaktrom.

– Arbeidsgiver kan ikke ensidig bestemme at deler av anesthesi- og operasjonssykepleierne avtalte arbeidstid omgjøres til passiv vakt i form av såkalt vakt på vaktrom, sier advokat Oskar Nilssen i NSF's forhandlingsavdeling.

– For det første forutsetter avtale om vakt på vaktrom at arbeidstiden blir forlenget. Deretter må det inngås avtale mellom arbeidsgiver og tillitsvalgt. Ingen av disse forutsetningene er til stede her. NSF krever derfor at Helse Førde blir pålagt å avvike arbeidstidsordningen, og at helseforetaket etterbetaler det økonomiske tapet de 14 sykepleierne er påført, forteller Nilssen.

– NSF håper å få behandlet saken så raskt som mulig i Arbeidsretten. For dette er en enorm belastning for de berørte. Enkelte arbeidsgivere synes ikke å se at en lønnsnedgang på 10 000 kroner i måneden slår knockout på privatøkonomi, kommenterer forbundsleder i Lisbeth Normann.

Arbeidsretten har godtatt å behandle stevningen som hastesak, og håper å få den opp enten i uke 48 eller uke 50.

eden slår knockout på privatøkonomien.



HILDEGUNN ESPE er en av dem som kan få sin lønn drastisk redusert hvis Helse Førde som de vil. Nå må helseforetaket ty til vikarer. – Ingen billig løsning, mener Espe.

Parallelt med stevningen for Arbeidsretten har NSF stevnet Helse Førde inn for Fjordane tingrett for erstatning av det økonomiske tapet sykepleierne er påført gjennom pålegget om passiv tjeneste.

Fylkesleder Oddgeir Lunde i NSF Sogn og Fjordane mener rettsaken mot helseforetaket er av stor prinsipiell betydning.

– Dersom Helse Førde vinner fram vil det bety at deler av arbeidsmiljøloven er verdiløs, og åpne for at lignende «spareordninger» kan komme på sykehus over hele landet.

Svekket beredskap

Hvis de 14 sykepleierne skal beholde samme lønn, krever arbeidsgiver at de må si ja til å gå inn i aktiv turnus ved

sykehusets medisinske avdeling. Det betyr ikke at sykepleierne på operasjonsavdelingen sitter med hendene i fanget. Tvert om har de alltid trådd til på medisinske avdelinger, for eksempel i forbindelse med måltider når de hadde ledig tid. Noe helt annet er å

gå inn i vanlig turnus på avdelingen.

– Etter å ha jobbet over tjue år på operasjonsavdelingen er det ikke bare å gli inn i vanlig turnus på medisinske

avdelinger. Mer bekymringsfullt er det at en slik ordning vil svekke beredskapen i hele helseforetaket, sier Hildegunn Espe.

Da den første snøen kom i begynnelsen av oktober måtte Nordfjord sjukehus ta seg av flere pasienter i for-

«En personalbehandling man skulle tro hørte historien til.» NSFs forbundsleder Lisbeth Normann

bindelse med to forskjellige bilulykker.

– Sentralsjukehuset i Førde har full beredskap, men hva hjelper det når ambulansebil eller -helikopter ikke



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

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



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



physiological footwear

www.mbt.no



ARBEIDSGIVER: Sykehusforetaket i Sogn og Fjordane – Helse Førde HF – driver lokalsykehusene på Nordfjordeid og i Lærdal, og Sentralsjukehuset i Førde.

kunne rykke ut på grunn av vær- og føreforhold? Det gikk heldigvis bra denne gangen, sier Espe.

28 forskjellige dagvakter

Den nye turnusplanen på anesthesi- og operasjonsavdelingen inneholder ikke mindre enn 28 forskjellige dagvakter.

– Det gjør det nesten umulig å holde oversikt over om vi har nok folk til å dekke alle vaktene til enhver tid. I tillegg blir det vanskelig å holde oversikt over hva som har skjedd i løpet av dagen, sier operasjonssykepleier Randi Krossøy.

– Den nye turnusplanen er helt håpløs, men måten den er innført på

Flere ringvirkninger

De faste svenske vikarene som har jobbet på Nordfjord sjukehus gjennom flere år takker nå nei til å jobbe etter den nye turnusen.

For å få bemanningskabalene til å gå opp har Helse Førde måtte ty til vikarbyrå. Det er ingen billig løsning.

– Før nye vikarer kan settes inn i ordinær vakt må de ha brannopplæring og settes inn i sykehusets interne rutiner. For ikke å glemme data, forteller Hildegunn Espe.

Flere vakter, færre ansatte og ukjente vikarer går ut over kvaliteten. Arbeidet på pakkerommet stopper opp og nødvendig utstyr og

«Den nye turnusplanen er helt håpløs, men måten den er innført på er enda verre.» *Anestesisykepleier Siv Nord Olsen*

er enda verre. Vi føler oss rett og slett lite verdsatt, sier anestesisykepleier Siv Nord Olsen.

Frustrasjonen ble ikke mindre da sykepleierne fikk brev fra ledelsen i helseforetaket med tilbud om jobb ved Sentralsjukehuset i Førde.

– Dersom vi er villige til å reise ti mil til Førde, så skal vi få så og så mye penger. Vi skal få dekket reise etter statens satser, og så videre, forteller Espe.

operasjonsstuer blir stående uvasket. På lørdagene hadde sykepleierne satt av tid til kvalitetsarbeid. Nå er dette også historie.

– Uansett utfall i rettsapparatet synes jeg synd på Helse Førde når de sender ut dette signalet til eventuelle arbeidssøkere, sier fylkesleder Oddgeir Lunde i NSF Sogn og Fjordane. ■■■

Tekst og foto **Bjørn Arild Østby**

NYHET

Nutridrink Compact

Mindre volum, mer næring



www.konis.no



Volum kan være en barriere for å oppnå fullt utbytte av næringsdrikker. Nye Nutridrink Compact komprimerer all næringen du får fra en 200 ml Nutridrink i en ny 125 ml flaske. Det betyr 300 kcal og 12 g protein i 40 % mindre volum.

Gi dine pasienter Nutridrink Compact og hjelp dem til å få den næringen de trenger i et volum de kan takle.

NUTRICIA
Nutridrink
Compact



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

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

Oksygen Metningsmåler SpO₂

Pulsoksymetri-måleren er i dag en av våre mest brukte måle/registreringsapparat ved pasientovervåking.

Måleren er meget anvendelig til å overvåke respirasjon og sirkulasjon, men har sine fordeler og ulemper som vi bør kjenne til og utnytte best mulig. Det er et apparat som på en meget enkel måte kan gi oss god informasjon om både pasientens sirkulasjon og respirasjon. Det viser endringer i pasientens oksygenopptak langt raskere enn vi klarer å observere.

Riktig plassering av fotocelle

- › Lyset fra lyskilden må nå fotocellen for registrering, eventuelt via refleksjon (fra ben). Lyset klarer ikke å gå gjennom tykt vev/ben!
- › Kraftig lys kan forstyrre målingene.

Perifer vasokonstriksjon

Måleren står ofte perifert på en finger. En rekke tilstander kan føre til perifer asokonstriksjon. Dette kan gi en tidlig varslings!

- › Hypotermi!
- › Hypovolemi!
- › Avklemming!
- › Medikamentell induert vasokonstriksjon!
- › Vasokonstriksjon på grunn av arteriell irritasjon!

Bør sensoren byttes til en sensor som kan måle på overarmen, pannen eller flyttes til en annen tå/finger som er bedre sirkulert? Fjæren i føleren kan over tid delvis klemme av sirkulasjonen! En må være meget forsiktig ved sirkulært feste med plaster. Det må observeres nøye og bør unngås hvis mulig.

Den (lave) verdien som vi leser av er ikke nødvendigvis feil, men viser metningen i det området som er blitt avklemt av sensoriklypen og som derav har dårlig sirkulasjon. Det er ikke en feilmåling, men det er heller ikke representativt for den sirkulatoriske metningen som vi ønsker å lese av.

Pulsbølge/Pletysmografi-kurve

Viser pulsen og perifer fylling. Dette er meget nyttig hvis en ikke har mulighet til å stå med en finger og føle pulsen kontinuerlig og ikke har invasiv trykkmåling med arterietrykk. En ser tydelig følgene av hjertearytmier. Pletysmografi kan også vise et BT-fall umiddelbart, mens et noninvasivt (NIBP) BT-apparat viser det først ved neste måling.

Mange enklere/små pulsoksyme-



ter har bare et display med metningsverdien og ofte også pulsen. Noen har også en bargraf ved siden av.

- › Et apparat med en Pulsbølge/Pletysmografi kurve gir en vesentlig bedre overvåking.
- › Noen apparater har flere funksjoner og/eller kan være bygget inn i større pasientmonitoringsystem.



Alarmgrenser

De forskjellige funksjonene har gjerne tilhørende alarmgrenser. Bruk disse og still dem inn med fornuft og omtanke. De er der for å si fra at nå er det noe som skjer! Det anbefales en nedre alarmgrense for SpO₂ på 94 prosent, hvilket tilsvarer en arteriell metning PaO₂ på ca. 10 kPa. På grunn av oksyhemoglobins disosiasjonskurve vil små reduksjoner i den arterielle metningen/ oksygentilbudet ved denne verdien virke kraftig inn på SpO₂- verdien. Du bør derfor vanligvis tilstrebe å holde metningen over 94prosent hvis mulig.

Bruk av pulsoksymetri-måleren ved CO/Karbonmonoksyd-forgiftning

- › Carboxyhemoglobin, røykforgiftning og røyking gir en frisk rødfarge og vil gi falske verdier.
- › Fordi måleprinsippet bygger på hemoglobins optiske egenskaper er bruk av fargestoffer ødeleggende for målingene og hemoglobins tilstand er avgjørende for målenøyaktigheten.
- › Carboxyhemoglobin blir derfor oppfattet som oxyhemoglobin og gir derfor for høye verdier. Pulsoksymeteret måler føtalt hemoglobin brukbart. Methemoglobin vil gi lave avleste verdier. ■■■

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



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



Willy Hestholm

Alder: 44 år

Yrke: Intensivsykepleier

Jobber: Akuttmottaket, Ålesund sjukehus

Alltid beredt

– Jeg vet aldri hva som venter.

En natt kommenterte jeg hvor stille det var. Minutter senere måtte jeg forholde meg til at en boligblokk hadde rast sammen. Jeg må være på tå hev hele tiden.

Jeg har jobbet i akuttmottaket siden 1992. Det er her jeg trives. Selv om det kan bli ubehagelig travelt og jeg kommer hjem fra jobb med en pyton følelse i kroppen, vet jeg at neste vakt kan bli helt annerledes. Halve tiden jobber jeg i mottaket, resten på AMK-sentralen. Der er jeg medisinsk operatør, det er meg innringerne snakker med.

Jeg må alltid vite hvem som ringer, hvor de ringer fra og hva problemet er. En utfordring er at jo mer alvorlig situasjonen er, jo vanskeligere kan det være å få informasjonen jeg trenger. For eksempel ved feberkramper. Mor eller far står med et barn som ikke puster og alt de klarer å tenke på er at ambulansen må komme. Da må jeg hjelpe dem til å tenke og handle rasjonelt. Jeg forsikrer om at dette vil gå bra, selv om jeg ikke kan vite det. Men jeg må gjøre det jeg kan for å avdramatisere. Får jeg innringer til å treffe nødvendige tiltak, vil situasjonen ofte løse seg på en god måte.

Den natten jeg fikk melding om at boligblokken hadde kollapset, stod jeg overfor noe helt ukjent. Den som ringte, var selv inne i en leilighet og hadde hørt et brak. Telefonen kom halv fire, en tid på døgnet da vi ofte hører fra folk med vrangforestillinger. Det var ingen grunn til å mistenke det her. Jeg omdirigerte en ambulanse til stedet for å få en situasjonsrapport. Ganske snart ble det klart at dette var en katastrofe, og at flere mennesker var savnet. Spesielt de første ti minuttene var veldig krevende. Jeg måtte tenke klart midt oppi en hendelse ingen visste omfanget av. Selve operasjonen gikk veldig greit. Jeg har klare prosedyrer å følge og samarbeidet med de på skadestedet var bra. I en sånn situasjon er disiplin nødvendig. Vi har gode rutiner for debrifing, men jeg var preget av opplevelsen i lang tid etterpå. Likevel er det ikke katastrofene som bekymrer meg. De har vi et godt apparat for å håndtere. Jeg er mer bekymret for de situasjonene der ting ikke gikk helt som de skulle. Men vi har et godt arbeidsmiljø, hvor det er mulig å få luftet ut. For meg er det helt nødvendig.

Best er det når jeg bidrar til at noen får hjelp raskt. Når de riktige tingene blir gjort i rett øyeblikk. For eksempel ved feberkramper. I begynnelsen kan det virke som en umulig situasjon. Kanskje må jeg kommandere og være bestemt. Så rett før ambulansen er fremme, kan innringer si at det ser ut til å ordne seg. Han eller hun takker og er fornøyd med hjelpen. Det gir en god følelse. ■■■

Fortalt til Nina Hernæs Foto André Pedersen

Kan hjelpe mot lette kramper i bena



Et velldosert magnesiumpreparat kan fylle opp depoet hurtig og hjelpe til en avslapning i hele kroppen. Floradix Magnesium® er et utmerket kosttilskudd som kan tilføre ditt daglige behov av magnesium. Oppløst i fruktjuicer og urter kan det lett taes opp i kroppen. Floradix Magnesium® er velsmakende og lett å svelge!



life **ULTRA**
Daily essential MATVAREMUSET
REMA 1000

Floradix Magnesium® kjøpes hos Life helsekost, ULTRA, Rema 1000, helsekostforretninger og enkelte apotek.



Tlf. 23 37 37 40 • Faks 23 37 37 59
post@naturimport.no • www.naturimport.no

Sykepleiere i skuddlinjen

Siden i fjor sommer har 59 blitt såret og seks blitt drept som følge av bandekriger i Danmark. Skuddofre byr på ekstra utfordringer for sykepleierne.

Halvparten av de 59 unge mennene som ble såret har vært innlagt på Rigshospitalet i København.

– Rigshospitalet har alltid behandlet kriminelle pasienter, men de senere års bandekrig setter personalet i en ny situasjon fordi det kommer medlemmer av organiserte bander inn på sykehuset, forteller psykolog Mette Skovgaard Christensen fra sykehusets krisepsykologiske enhet.

Hun opplever at de fleste sykepleierne håndterer denne pasientgruppen godt, men hos enkelte kan pasientene og deres pårørende skape utrygghet og angst.

– Selvfølgelig gjør det noe med personalet når en pasient bevoktes av politi som kanskje er utstyrt med skarpladde pistoler. Noen kan for eksempel være redde for at det kan få konsekvenser for dem personlig hvis de setter grenser for en truende pasient, sier hun.

Når sykepleierne søker hjelp for dette, forsøker psykologene å støtte dem til å flytte fokus fra den følelsesmessige utrygghet til den faglige innsats.

– Det er viktig at bestemte pasienter ikke tar den sykepleierfaglige autoritet fra sykepleieren, sier Christensen.

Psykolog Gary Mushtaq ved Odense Universitetshospital har også erfaring med denne pasientgruppen.

– Ofte ser vi at disse pasientene utløser en splittelse blant personalet. Noen synes for eksempel at kollegaen er for ettergivende eller omvendt. Hvis der ikke er retningslinjer for eksempel for pårørendes besøk, kan der oppstå uenighet og sterke følelser blant personalet. Noe av det viktigste er derfor at de ansatte har klare retningslinjer og oppbakking fra ledelsen, sier han. ■■■

Fire redskaper

Her de fire redskapene psykolog Mushtaq og Christensen anbefaler for å takle utrygghet:

- ▶ **Åpenhet.** Forpliktelse til å snakke ut med hverandre når det oppstår uventede episoder på en vakt. Også mulighet for å analysere en episode ved hjelp av en tverrfaglig audit.
- ▶ **Oppfølging fra leder og adgang til krisepsykolog.**
- ▶ **Felles retningslinjer.** Hvis ikke, kan det oppstå splittelse blant personalet.
- ▶ **Legitimt å få en annen pasient.** På en rekke avdelinger er det fast praksis at en sykepleier kan avstå fra å passe en bestemt pasient, og bytte med en kollega.



Kilde: Sygeplejersken

Komplett hud- og hårpleieserie for hele familien



- ✓ Uten konserveringsmiddel
- ✓ Uten parabener
- ✓ Uten parfyme
- ✓ Allergitestet
- ✓ Også for sensitiv hud
- ✓ Uten farge

**Sterisol® Sensitive System for deg som er bevisst på
sunn hud- og hårpleie.**

Sterisol finner du i;

- Vitusapotek med utvidet hudpleiesortiment - www.vitusapotek.no
- Alle Alliance apotek og Boots apotek - www.bootsapotek.no
- Banda Bandagistbutikker - www.banda.no

Anbefalt av:



NORGES
ASTMA- OG
ALLERGI FORBUND





TILBAKE TIL LIVET: «Det er bedre enn forventet. Det finns ikke noe tilsvarende jobb hjemme» sier sykepleier og uroterapeut Jorid Tvedt om sitt oppdrag som Mercy Ships vvf-koordinator. I litt over et år har hun ledet prosjektet for vestafrikanske kvinner med skader i vagina etter fødsler, skader som har gjort at de har permanent urinlekkasje. En

vellykket operasjon gir kvinnene en ny start i livet. De er ofte forlatt av sine ektemenn og utstøtt av samfunnet. I år jobber Mercy Ships i Benin, der Jorid Tvedt regner med at de klarer å hjelpe 130 kvinner. I 2010 seiler Mercy Ships sykehuskip videre til Togo.
Tekst **Jennie Larsson** Foto **Matso Pamucina**

Datakortet – bevis på hva du kan!

Dokumenter datakunnskapene dine med Datakortet. Det gjør deg mer ettertraktet for arbeidsgivere og du får selv oppfrisket dine datakunnskaper.

Hvordan får du Datakortet?

1. Kontakt ditt nærmeste Testsentersenter
2. Avtal tid og ta testene
3. Få kompetansebevis og kort

Testsentrene tilbyr også kurs for dem som ønsker det. Og det finnes opplæringsmaterieill for selvstudium.

Datakortet består av 7 moduler:

- Grunnleggende IT-forståelse
- Bruk av datamaskin og operativsystem
- Tekstbehandling
- Regneark
- Database
- Presentasjon
- Internett og e-post

Datakortet/European Computer Driving Licence (ECDL) er verdens mest utbredte, leverandøruavhengige sertifisering av grunnleggende IT-kompetanse. I Norge finnes det rundt 300 testsentre som tilbyr testing og kurs. **Se www.datakortet.no**



Bevis på hva du kan!



NSF Unique

Enten du vil spare eller låne

- 2,00%* sparerente fra første krone
- Gebyrfrie varekjøp over hele verden
- Gebyrfri nettbank
- Kredittreserve på inntil kr 75.000

Vil du vite mer?

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



*Betingelser pr. november 2009.
Nominell kredittrente: 8,90% årlig. Effektiv kredittrente:
50.000 (9,92%) · 25.000 (10,58%) · 10.000 (12,57%)

Fag & bøker



FULL FORVIRRING: TV på sykehjem må fylles med et innhold som er tilpasset de eldre og deres referanser, skriver Svein Rasmussen i fagkronikken på s. 66.

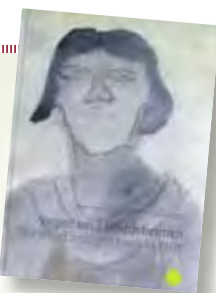
3 om demens

Anbefalt av Øyvind Kirkevold, sykepleier og forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse

INGER-ANNE REE HUNDERI OG
OLA HUNDERI

Vegen inn i skoddeheimen

En nær og privat historie som også gir universell forståelse av Alzheimers sykdom. Inger-Anne Ree Hunderi lider av Alzheimer og har malt bilder gjennom sykdommen. Ektemannen har skrevet dikt til bildene og om hvordan det er å leve med en som svinner hen i sykdommen.



LAILA LANES OG
JAN HENRY T. OLSEN

Skynd deg å elske

Laila Lanes har skrevet om samlivet med tidligere fiskeriminister Jan Henry T. Olsen som ble rammet av Alzheimers sykdom 51 år gammel. Lesbar bok som tar opp viktige problemstillinger.



KNUT ENGEDAL OG
PER KRISTIAN
HAUGEN M.F.L.

Demens

Fakta og utfordringer
En grundig innføring i hva demens er, forekomst, risiko/beskyttende faktorer, diagnostikk og forskjellige former for behandling.





Cand.polit/instituttleder
May Aasebø Hauken.
 Betanien diakonale høyskole,
 Institutt for videre- og
 etterutdanning.

Hva er et godt prosjektarbeid?

Prosjektarbeid er en spennende og utfordrende måte å jobbe på, men det krever tid og kunnskap om prosjektarbeid som metode for å lykkes.

Prosjektarbeid kan være et anvendelig arbeidsredskap for å utvikle sykepleiefaget, for eksempel knyttet til utprøving og implementering av ny praksis, kartlegging og opplæring. Eksterne midler knyttet til helsevesenet utlyses dessuten ofte som prosjektmidler. På bakgrunn av egen prosjekterfaring, både som prosjektleder og veileder, har jeg erfart at kunnskap om prosjektarbeid som metode er mangelfull. Hensikten med denne artikkelen er derfor å klargjøre hva et prosjekt er, redegjøre for hvilke momenter en prosjektbeskrivelse bør inneholde, samt viktige suksessfaktorer for prosjekter.

Hva er et prosjekt?

Ordet prosjekt kommer av det latinske navnet projectus og betyr forslag til/plan for (1). Prosjektbegrepet brukes i mange ulike sammenhenger og gjennomgang av prosjektlitteraturen viser et utall av teorier og perspektiver for prosjektarbeid (1-4). Det finnes ingen allmenn akseptert definisjon, men det er enighet om at et prosjekt har følgende kjennetegn:

- › En klar behovs- eller problemorientering
- › En spesifikk hensikt og klar målsetting
- › En engangsoppgave
- › Gjennomføres innen gitte tids- og ressursrammer
- › Egen, midlertidig prosjektorganisasjon
- › Del av en innovasjonsprosess

En definisjon på prosjekt som kan passe innen sykepleiefaget kan være: «Et prosjekt er en spesiell, målrettet og avgrenset arbeidsoppgave som krever en samordnet, menneskelig innsats» (3. s. 18).

Fra idé til prosjekt

Prosjekter oppstår i hovedsak som en spontan idé, gjennom analyse av eller erfaring knyttet til organisasjonen, eller ved forespørsel/pålegg utenfra. Prosjektlitteraturen har mange ulike forslag til hvordan man skal gå fram i prosessen fra idé til prosjekt, men gjennomgående påpekes viktigheten av planleggingsfasen (1-4). Et grundig planleggingsarbeid bidrar til å sikre at prosjektet gjennomføres og minsker mulighetene for at uforutsette hindringer dukker opp. I denne fasen dannes også prosjektets styringsgrunnlag (1). Det er viktig at de sentrale aktørene i prosjektet trekkes tidlig inn i planleggingsarbeidet, at prosjektet forankres i organisasjonens ledelse og at det faller inn under organisasjonens overordnede strategier (3). Aksept og eierskap er essensielle elementer for at et prosjekt skal kunne lykkes og gjennomføres på en tilfredsstillende måte (2).

All prosjektplanlegging er forbundet med en viss grad av usikkerhet (4). For å minske usikkerheten er det hensiktsmessig å planlegge ut fra følgende faktorer: prosjektets bakgrunn, metode, mål, organisering, framdriftplan, budsjett, evaluering og rapportering (1). Planlegging og beskrivelse av disse områdene utgjør prosjektbeskrivelsen.

Prosjektbeskrivelsen

Prosjektbeskrivelsen er det viktigste dokumentet i prosjektet siden det utgjør den sammenfattende, skriftlige presentasjonen av prosjektet. Den er viktig i presentasjon av prosjektet utad, og ikke minst i bevisstgjøring og styring innad i prosjektet (1,4). Anbefalinger for hva en prosjektbeskrivelse skal inneholde, varierer i litteraturen (1-4). I det følgende gjennomgås de vanligste

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- › Prosjektarbeid
- › Prosjektleder
- › Styringsgruppe
- › Prosjektgruppe
- › Referansegruppe





SAMARBEID VIKTIG: Felles forståelse og aksept for prosjektet innad i prosjektgruppen er nøkkelfaktorer for suksess. Arkivfoto: Erik M. Sundt

momentene i en prosjektbeskrivelse, selv om rekkefølgen ofte vil variere:

Bakgrunn

Prosjektbeskrivelser bør starte med en innledning der bakgrunnen for prosjektet utdypes. Både problemområdet, målgruppe, prosjektets hensikt og viktighet bør tydeliggjøres (1–4). Har prosjektet et gitt mandat, presenteres det. Det er viktig å vise at prosjektet bygger på et solid kunnskapsgrunnlag. Dette kan for eksempel være tallfesting av målgruppe, dokumentasjon av dagens situasjon, egne erfaringer, hvordan prosjektet er knyttet opp mot lovverk, aktuelle utredninger og strategier, samt hva forskning på området viser.

Metode

Mens man i bakgrunnen for prosjektet skal argumentere for hvorfor prosjektet må gjennomføres, skal man i metoden kort tydeliggjøre hva som skal gjøres, hvem som skal gjøre det, hvordan og hvor det skal gjøres. Her kan det også være hensiktsmessig å skrive hvilken betydning man regner med at prosjektet får, og hvilke sentrale utfordringer man vil møte.

Mål

Med mål menes de ønskede resultater ved oppnådd handling (4). Gode prosjektmål skal fungere som prosjektets styringsredskaper, skape en felles forståelse for oppgaven, gi et tydelig bilde av prosjektresultatet, være et motiverende samlingsmerke, samt gi et viktig underlag for å informere omgivelsene (1). I prosjektlitteraturen henvises det til ulike måter å etablere målsetting og

benevne målene på, men det er enighet om at en klar og presis problemformulering er essensielt for å kunne definere gode mål (1–4). Prosjektets hovedmål defineres ut fra prosjektets hensikt og visjon. En visjon er overordnet, et ikke-kvantifiserbart mål som har til hensikt både å gi retning til og skape motivasjon for prosjektarbeidet (2). Hovedmålene, eller effektmålene, skal vise på hvilke områder man har mål, og hva som ønskes oppnådd på disse områdene (1). Med utgangspunkt i hovedmålene, utarbeides delmål eller resultatmål. Delmålene må kunne følges opp, enten ved å være kvantifisert og tidsfestet, eller gjennom måleindikatorer (4). Erfaringsmessig er det både tidkrevende og vanskelig å lage gode prosjektmål. Ifølge Esnault (4) må målene være SMARTER; det vil si Spesifikke, Målbare, Aksepterte, Realistiske, Tids- og kostnadsbaserte og Enkle.

En klar og presis problemformulering er essensielt for å kunne definere gode mål.

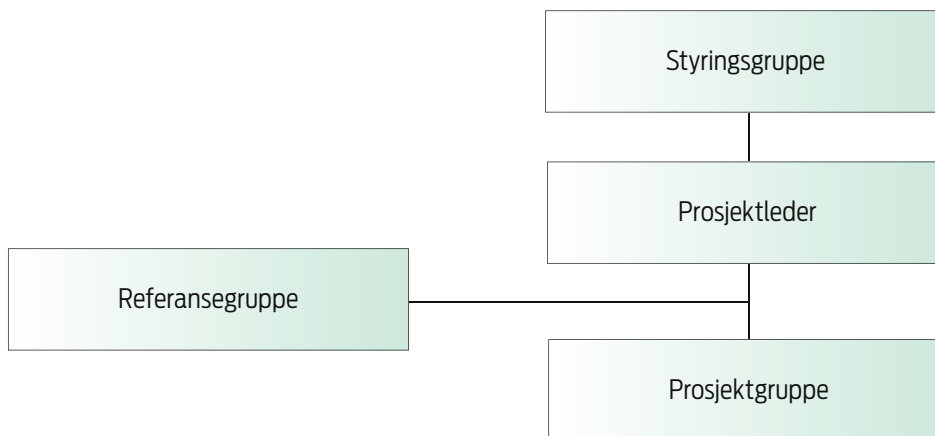
rer (4). Erfaringsmessig er det både tidkrevende og vanskelig å lage gode prosjektmål. Ifølge Esnault (4) må målene være SMARTER; det vil si Spesifikke, Målbare, Aksepterte, Realistiske, Tids- og kostnadsbaserte og Enkle.

Prosjektorganisering

Oppdragsgiver for prosjektet kan være en ekstern bestiller, organisasjonens styre eller leder – og det er også de sistnevnte som har mandat til å sette ned en prosjektorganisasjon. Den formelle organiseringen i et prosjekt tydeliggjør fordeling av myndighet, ansvar og arbeidsoppgaver (1). Prosjekt kan organiseres på ulike måter, men såkalt matriseorganisering er det vanligste (1,3,4).



Figur 1: Eksempel på en typisk prosjektorganisasjon:



Figur 1 viser en typisk prosjektorganisasjon, som ofte er hensiktsmessig i våre sammenhenger, med en styringsgruppe, en prosjektgruppe ledet av en prosjektleder, og en referansegruppe.

Styringsgruppen

Styringsgruppen har det overordnede ansvar for prosjektet. Den bør bestå av medlemmer i det øvre sjiktet, eller som har fått delegert beslutningsmyndighet i den eller de basisorganisasjonene prosjektet er sprunget ut fra (3). Det kan også være strategisk å ha sentrale fagpersoner eller sentrale politikere representert i styringsgruppe.

Styringsgruppen er ansvarlig for godkjenning og oppfølging av prosjektets rammer, og har derved både en bevilgende og kontrollerende rolle. Avgjørelser i viktige prosjektspørsmål, for eksempel revidering av mål, tas av styringsgruppen. Styringsgruppen skal gjennom hele prosjektet være støttespiller for prosjektleder (4). Hvor ofte styringsgruppen møtes varierer, men ett til to møter i semesteret er vanlig. Styringsgruppens leder og prosjektleder bør ha en tett og jevnlig kontakt.

Prosjektleder og prosjektgruppen

Prosjektleder leder prosjektgruppen og det daglige arbeidet i prosjektet og har sammen med prosjektgruppen ansvar for å levere i henhold til prosjektmålene. Det er viktig at prosjektgruppen ikke er for stor (jamfør gruppeprosesser), og at den består av motiverte medarbeidere

med prosjektrelatert og faglig ekspertise (2,3). Prosjektleder er ansvarlig for at prosjektgruppen følger opp i henhold til prosjektbeskrivelsen, sørger for at nødvendige beslutninger tas og dokumenterer arbeidet (3). Prosjektleder rapporterer direkte til styringsgruppens leder og fungerer oftest som styringsgruppens sekretær.

Referansegruppe

I mange prosjekter oppnevnes det rådgivende referansegrupper. Dette er et «kontaktapparat» av personer med ekspertise av verdi for prosjektet (4). Referansegruppen kan innkalles til jevnlig møter, eller enkeltpersoner kan bli kontaktet ved behov.

Fremdriftsplan

Fremdriftsplanen er en synliggjøring av hvordan man skal gå fram for å oppnå prosjektets mål sett i et tidsperspektiv (2). Dette innebærer å bestemme varigheten av hver enkelt aktivitet, og hvordan disse aktivitetene skal plasseres i forhold til hverandre i tid (1).

Fremdriftsplanlegging er forbundet med usikkerhet, men den er et viktig redskap både i ressursplanlegging og som styringsredskap i gjennomføringsfasen. Det finnes et utall metoder for planlegging og oppsett av en fremdriftsplan (1-4). Et vanlig eksempel er Gantt-skjemaet som gir et umiddelbart visuelt inntrykk av planens innhold og utstrekning, og aktivitetenes beliggenhet i forhold til hverandre (1). Gantt-skjema er vist i figur 2.

Figur 2: Gantt-skjema for prosjekt «Nytt kurs»

Aktivitet	TID
Få lokaler	1-8
Personalbehov	1-4
Rekruttering	4-8
Kursutarbeiding	1-4
Markedsføring	4-8
Gjennomføring	9-12
Uke	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

I planen framstilles flere aktiviteter parallelt. Aktivitetene tar utgangspunkt i prosjektets delmål.

En annen vanlig måte for fremdriftsplanlegging er milepælplanlegging. En milepæl er slutten på en fase eller tilstand, og i mange tilfeller vil dette sammenfalle med oppnådde delmål (3). I mindre prosjekter kan en fremdriftsplan settes fortløpende, for eksempel måned for måned med de aktivitetene som skal gjennomføres. I alt prosjektarbeid er både ansvarliggjøring og måloppnåelse sentralt.

Budsjett

Budsjett skal synliggjøre de kostnadmessige konsekvensene av prosjektet og utgjør også et viktig styringsredskap (2,3). Erfaringsmessig er den største utgiften i prosjekter knyttet til tid og frikjøp av personell. I budsjettplanleggingen bør derfor følgende punkter vurderes:

- › Hvor mange personer skal arbeide med prosjektet – over hvor lang tid og hva koster dette?
- › Trenger man noe utstyr, kompetanseheving, reiser – hva koster dette?
- › Hvem skal gjennomføre evaluering og rapportering – hva koster dette?

Når prosjektets kostnader er estimert, utarbeides prosjektbudsjettet som skal henge nøye sammen med framdriftsplanen (2). Det er vanlig å periodisere budsjettet, enten på måneder, halvår eller år alt etter prosjektets størrelse. Det finnes ulike måter å sette opp prosjektbudsjetter på (1–4), og skal en søke om eksterne midler, vil dette som regel angis i søknadsskjemaet. Det er imidlertid vanlig å skille mellom lønnsutgifter og driftsutgifter (1).

De færreste prosjektene er egenfinansierte, og man må derfor søke om ekstern finansiering. Til prosjekter i helsevesenet er det mulig å søke prosjektmidler fra ulike hold, for eksempel gjennom helseforetakene, Fylkeslegen, HSH/KS, egne fagforeninger, Helse- og rehabilitering, ulike frivillige organisasjoner, fond og legater. Typiske trekk ved disse prosjektmidlene er at det er faste søknadsfrister, egne søknadsskjema med krav om en begrenset prosjektbeskrivelse, ledelsesforankring, krav til fremdriftsplan, samarbeid og rapportering. Videre er det en økende tendens til at finansieringsinstitusjoner forlanger opp til 50 prosent egendekning av prosjekter. I slike tilfeller er det viktig å synliggjøre egen og samarbeidende organisasjoners egendekning. Dette kan være knyttet til deler av stilling, kontor og utstyr, deltakelse i styringsgruppe, evaluering, opptrykk av rapport og lignende. I slike budsjetter må det komme tydelig fram hva egendekningen er og hva en søker midler om.

Evaluering og rapportering

Hensikten med å evaluere prosjekter er både å dokumentere grad av måloppnåelse og resultater, og evaluering av prosjektprosessen med sikte på individuell og organisasjonsmessig læring (1). Igjen viser prosjektlitteraturen til et utall måter å gjøre dette på. En felles holdning er at prosjektevaluering må planlegges, den starter ved prosjektstart og skal være en naturlig del av prosjektets oppfølgingssystem (1–4). Prosjektevaluering innebærer måling i en eller annen form, og dokumentasjon av resultater må ses i forhold til mål og planer. Vanlige faktorer

å dokumentere og evaluere er økonomi, fremdrift, kvalitet og måloppnåelse. Det er hensiktsmessig å bruke både kvantitative og kvalitative evalueringsmetoder (2,4). Både kvantitative og kvalitative data bør samles underveis i prosjektet, da dette som regel er for sent ved prosjektslutt. Dokumentasjon kan dreie seg om alt fra enkle registreringsskjema for aktivitetene i prosjektet, til brukerevalueringer, prosjektdagbok og logg. I tillegg til oppsummering og dokumentasjon av resultater, er det også viktig å oppsummere selve prosjektforløpet og de ulike prosessene, slik at organisasjonen lærer av dette og erfaringene kan komme andre til gode (4).

Min erfaring er at mange prosjekter i helsevesenet strander på grunn av for lite kunnskap om prosjektarbeid.

Alle prosjekter skal resultere i et prosjektresultat som skal overføres til oppdragsgiver og de som skal bruke resultatet. Dette skjer oftest gjennom en projektrapport (1). Den kan organiseres på ulike måter (1–4), men ofte kan tilsvarende oppsett som prosjektbeskrivelsen med fokus på resultater og videre anbefalinger være hensiktsmessig.

Kritiske suksessfaktorer

Hovedårsakene til at mange prosjekter i helsevesenet strander, er erfaringsmessig for lite kunnskap om prosjektarbeid. For dårlig tid i prosjektets planleggingsfase og naivitet knyttet til at prosjekter kan gjennomføres uten å avsette nok tid og personell, er medvirkende årsaker. Det er imidlertid mange faktorer som til sammen er avgjørende for at et prosjekt skal lykkes (1–4). En nøye og spesifikk planleggingsfase og vurdering av de ulike områdene som omfattes i prosjektbeskrivelsen, er slike faktorer. Kompetansen og motivasjonen til prosjektets medarbeidere er også avgjørende, og samarbeidet (spesielt i prosjektgruppen), felles forståelse og aksept for et prosjekt er nøkkelfaktorer for suksess. Det er videre helt sentralt at prosjektet er forankret i ledelsen, at ansvarsforholdene er avklart og at prosjektet har en planlagt og kontinuerlig oppfølging i hele prosjektperioden. ■■■

LITTERATUR

1. Westhagen H, Faafeng O, Hoff KG, Kjeldsen T, Røine E. Prosjektarbeid. Utviklings- og endringskompetanse. 5 utg. Oslo: Gyldendal akademisk, 2002.
2. Kolltveit BJ og Reve T. Prosjekt – organisering, ledelse og gjennomføring. 2 utg. Oslo: Universitetsforlaget, 2002.
3. Jessen SA. Mer effektivt prosjektarbeid i offentlig og privat virksomhet. 3 utg. Oslo: Universitetsforlaget, 2005.
4. Esnault M. Prosjektoppstart. Du har ikke tid til å ha det travelt. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2005.

Svein Rasmussen,
sivilarkitekt

TV – blindpassasjer eller verktøy?

Den verste måten å være tv-slave på må være når gamle folk, mer eller mindre demente, blir plassert i halvsirkel foran en skjerm full av flimrende reklame og film myntet på amerikanske tenåringer.

Jeg har både som arkitekt, i arbeid med sykehjem/bofellesskap, og som pårørende kommet til å fundere over tv-bruk på sykehjem. Det har slått meg at tv aldri blir nevnt, verken som del av hverdagens inventar, i forhold til begynnende demens eller i forbindelse med å gi et innhold til den siste fasen i livet generelt.

Passiv tv-titting

På min mors sykehjem blir beboerne plassert rundt tv-en, som er stilt inn på en helt tilfeldig kanal, som oftest ikke NRK. Dette innebærer at tv-skjermen store deler av tida er fylt med et reklamemas som også åndsfriske kan ha problemer med. Mellom reklameinnslagene er åleglatte amerikanske serier det vanligste. Samtidig vet man at stimuli bør begrenses for demente, både når det gjelder mengde og utvalg, for å unngå økt forvirring.

Det er meningen at fjernsynet skal fungere som et samlende element, men sannsynligvis bidrar det bare til økt forvirring

Tv-apparatet representerer ikke et vindu ut til virkeligheten utenfor, men kaosbilder som forvirrer og sløver tilstanden hos de demente.

blant beboerne. En slik tv-praksis er sikkert vanlig på mange sykehjemsavdelinger landet rundt. En intervjuundersøkelse (Sykepleien 2007; 3: s.) viser at svært få sykehjemsbeboere er interessert i å se på tv. En viktig grunn kan være virvaret på skjermen som er myntet på helt andre målgrupper. I samme undersøkelse ble det antydnet at tv også ofte står på under måltidene. Få ser på, enda færre følger med, og de som følger med forstår neppe noe særlig av det de ser.

Positivt tv-bruk

En sjelden gang vises olympiske leker eller kongebryllup, fordi personalet akkurat da har valgt (det reklamefrie) NRK, og man

har erfart at flere følger med ved slike anledninger. En sykehjemsleder fortalte meg i fullt alvor at beboerne blir friskere (får høyere funksjonsnivå) under OL. Dette viser at tv også kan fungere positivt.

Når jeg har brakt tv på banen i forbindelse med planlegging av sykehjem/bofellesskap, er alle enige med meg i denne «analysen». Dette tolker jeg som en bekreftelse på at den negative tv-bruken jeg skisserer ovenfor ikke er et resultat av den faglige tenkningen.

Man ønsker gjerne å ha et tv på det felles oppholdsrommet – kanskje motivert av at det tidvis kan ha noe fornuftig å by på, kanskje bare fordi det «hører hjemme» i ei stue. Dermed blir det opp til det personalet som til enhver tid er på vakt om apparatet settes på, og på hvilken kanal. Tv-apparatet representerer ikke et vindu ut til virkeligheten utenfor – som det kanskje kunne ha gjort – men kaosbilder som forvirrer og sløver tilstanden hos de demente.

Offensiv tv-bruk

Har jeg så noe annet enn holdningsforbedring å foreslå? Fjernsynet kan fylles med et annet innhold. Det kan dermed tas i bruk offensivt, slik at det bidrar med noe positivt faglig. Ikke for å erstatte andre aktiviteter, men for å fylle tid som likevel er helt og fullstendig tom.

Jeg foreslår at det blir laget en serie programmer på DVD spesielt sammensatt for bruk i sykehjem og bofellesskap for eldre. Karakteristisk for et slikt prosjekt må være gjenkjennelighet, stimulering av minner, lavt tempo og tydelige bilder. NRKs arkiver vil kunne bidra i stor grad: musikkprogrammer, naturprogrammer, filmer og foto fra etterkrigsårene, Per Aabel forteller eventyr, Erik Bye leder «20 spørsmål», Harald og Sonja gifter seg, Charles og Diana gifter seg, «Husker du?», intervju med eldre folk om gamle dager. Temaene kan være mange. I prinsippet bør et slikt materiale naturligvis stadig oppdateres med referanser som passer nye generasjoner gamle.

Familie på besøk kan finne grunn til å la besøket vare lenger, fordi man (igjen!) kan se på tv sammen og snakke om det. Å snakke om noe man opplever sammen er en måte å være på besøk i sykehjem på som ikke er særlig utbredt.

Helse- og Sosialdepartementet/-direktoratet og eller styrene ved sykehjemmene utfordres hermed til å ta fatt i dette! ■■■

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Eldre
- ▶ Sykehjem
- ▶ Geriatri
- ▶ Livskvalitet
- ▶ Demens





Førstelektor
Ingrid S. Berthinussen,
Høgskolen i Bodø,
studiested Stokmarknes

Vern studietilbudet i Vesterålen

Deltidsstudiet i bachelor i sykepleie på Stokmarknes er et unikt studietilbud.

Rekruttering til studiet er ikke noe problem per i dag. De som har fullført utdanningen i Stokmarknes er i alderen 22–58 år. Vi rekrutterer fremtidige sykepleiere til hele regionen. Dette er et viktig tilbud til de som ønsker høyere utdanning i Distrikts-Norge. I denne kronikken vil jeg argumentere for hvorfor det er viktig å opprettholde deltidsstudiet i sykepleie på Stokmarknes med utgangspunkt i noen opplevelser og tanker studentene har gjort seg etter ett semester.

Arbeid og kompetanse

Høgskolen i Bodø, studiested Stokmarknes, startet sin første deltidsutdanning i sykepleie i 1995. Det har imidlertid vært sykepleierutdanning her siden 1923. Bakgrunnen for at deltidsutdanningen ble startet var å skaffe utkantdistriktene i Vesterålen og Lofoten stabil og kvalifisert arbeidskraft. Det var stor mangel på sykepleiere, og intensjonene var å gjøre det praktisk mulig å kombinere utdanning med omsorg for barn og lønnet arbeid. Vi vet også at mangelen på utdanningsmuligheter på høyere nivå er et av kjerneproblemene når det gjelder å holde på ungdommen i distriktene. Det var imidlertid stor motstand

Det ble advart mot å starte det man kalte en B-utdanning for distriktene i Vesterålen og Lofoten.

mot deltidsutdanningen før den ble igangsatt i 1995. Det ble hevdet at utdanningen neppe ville holde faglig mål, og at denne modellen ville gi en nivåsenkning innenfor sykepleiefaget. Det ble advart mot å starte det man kalte en B-utdanning for distriktene i Vesterålen og Lofoten.

Studentene i Stokmarknes er som oftest i annet arbeid under hele utdanningen. Det forhindrer ikke at studentene gjør det minst like bra som fulltidsstudentene til eksamen. Det er ansatt fire lærere på Stokmarknes, to er førstelektorer og to er høyskolelektorer. Samtlige av lærerne har videreutdanning, innenfor fagområder som psykiatri, ernæring/diabetes, intensiv og helsesøster. Flere har også andre fag i tillegg slik at studentene blir meget godt faglig ivaretatt.

Lang avstand til lærestedet har gitt høyskolen en del utfor-

dringer, men også verdifulle erfaringer. I denne forbindelse underviser vi via telestudio. Omliggende kommuner tar godt imot studentene i praksis, og de fleste gjennomfører sykehuspraksis på Stokmarknes eller i Gravdal. Jeg har intervjuet seks studenter på ett kull som var i sitt andre semester på deltidssykepleierutdanningen på Stokmarknes, for å belyse hvorfor studentene valgte akkurat dette studiet.

Mange hensyn å ta

Alle studentene poengterer at de ikke kunne ha vært studenter på heltid i Bodø. Dette begrunner de med familieforpliktelser. Noen av studentene er aleneforsørgere, andre gifte og noen enslige, men samtlige har ansvar for andre familiemedlemmer. Enten barn, syke eller gamle som trenger tilsyn og støtte. Noen av samboerne/ektemenn er pendlere, og familie for øvrig bor langt borte. En student sier følgende: «Jeg er aleneforsørger og vil slippe å flytte bort på grunn av utdanning». Andre utsagn viser at de fleste har ansvar for mindreårige barn og har et ønske om å prioritere familie: «Gjøre det mulig å bo sammen med familien under studiet, og dette er det eneste alternativet for meg med hensyn til familie.» (...) «For å kunne jobbe ved siden av studiene, og å være hjemme og delta i gårdsarbeid mest mulig.»

Et godt studiested

Alle studentene er meget fornøyde med at det finnes et deltidsstudietilbud i sykepleie i regionen. Flere av studentene sier: «Studiestedet er lite og intimt, og det er lokalisert i lokalmiljøet, og det er en liten skole hvor alle kjenner alle. Det er et bra bibliotek ... det er dyktige lærere som har høy standard ... lærere og studenter tar noen ganger pause sammen».

Studentene påpeker at lærerne på studiestedet vil deres beste og at de er opptatt av hvordan det går med dem. «Det er gøy å høre på lærerne som formidler erfaring fra praksis ... det er artig når det blir fortalt historier... det blir mer interessant ... ikke bare læreboka ... vi merker ganske fort at jo flere historier som blir fortalt fra virkeligheten, jo mer praksis og erfaring har læreren», sier flere av studentene

Oppsummering

Deltidsstudiet i sykepleie i Stokmarknes er et unikt tilbud som gjør det mulig for studentene å kombinere familie og utdanning. Dette vil forhindre fraflytting og bidrar til rekruttering av arbeidskraft til distriktene. Studiested Stokmarknes må bestå. ■■■

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Sykepleierstudent
- ▶ Sykepleierutdanning
- ▶ Pedagogikk



Bedre ernæring på intensiv

Det forekommer stor grad av feil- og underernæring ved norske sykehus. En ny norsk studie viser at innføring av ernæringsprosedyre ga god effekt.

Tekst **Susanne Dietrichson** Illustrasjonsfoto **Erik M. Sundt**



MER ERNÆRING: Intensivpasienter får i seg mer ernæring når sykepleierne benytter ernæringsprotokoll.

sykepleien forskning

Artikkelen «Klarer sykepleieren å ernære intensivpatienten tilfredsstillende?» (se bilaget Sykepleien Forskning) viser Hilde Wøien og Gro Ringstad Akselsen hvordan bruk av ernæringsalgoritme førte til at pasientene ble tilført bedre tilpasset ernæring.

Ernæringsalgoritme er et flytdiagram som viser opptrapping og gjennomføring av riktig ernæring. Ved å bruke en slik protokoll sikrer man at personalet følger felles retningslinjer for forordnet ernæring til pasienten. Samtidig unngår man

at individuelle avgjørelser fører til at han eller hun ikke blir tilført riktig mengde ernæring.

Bedre rutiner

Hensikten med Wøien og Akselsens studie var å undersøke forskjellen mellom forordnet og administrert ernæring.

– Vi har jobbet med ernæring på intensivavdelingen i mange år. Denne studien er en videreføring av hovedfagsoppgaven min fra 2003, der jeg fant at en ernæringsalgoritme hadde positiv effekt, spesielt på sondeernæring, forteller Wøien.

Effekten av ernæringsalgoritmen ble fulgt opp i to nye studier i 2007 og 2008 ved samme avdeling. Avstanden mellom forordnet ernæring og den mengden som faktisk ble gitt til pasienten minsket, og viste gradvis bedring fra studien i 2003. I mellomtiden er rutinene på Generell Intensiv på Rikshospitalet, hvor studien utgår fra, blitt ytterligere forbedret.

Individuelt tilpasset

– Vår studie tar utgangspunkt i en ernæringsalgoritme som er tilpasset den enkelte pasients vekt og kalorimål, og den best egnede administrasjonsmåte. Resultatet viser en økende forbedring fra 2002 og fram til i dag.

Det er gøy å se at arbeidet får konkrete resultater Hilde Wøien

Ernæringsalgoritmens effekt ble målt på posten hvor 42 respiratorpasienter med liggetid på minimum tre døgn ble fordelt i en sammenligningsgruppe og en eksperimentgruppe. Forordnet og tilført mengde ernæring ble registrert de tre første døgnene etter innleggelse hos 21 intensivpasienter som fulgte vanlig praksis. Deretter ble de samme ernæringsdataene registrert fortløpende hos 21 nye intensivpasienter som utgjorde eksperimentgruppen, etter at personalet hadde fått opplæring i ernæringsalgoritmen. Resultatene fra studien viste at pasientene i eksperimentgruppen fikk både forordnet og tilført mer næring enn pasientene som fulgte vanlig praksis.

Håper å inspirere andre

Wøien og Akselsen håper at studien, som er publisert i Sykepleien Forskning 4-2009, kan inspirere andre sykepleiere til å følge opp aktuelle forskningsresultater med kliniske oppfølgingsstudier på flere områder.

– Fremgangsmåten vi har brukt bør kunne gjennomføres selv om man ikke er vant til å forske. Studien er både nyttig og forståelig og det er gøy å se at arbeidet får konkrete resultater og bidrar til å forbedre praksis, fastslår Wøien. ■■■



På www.sykepleierforbundet.no finner du dine medlemsfordeler på banktjenester. Les mer og ta kontakt, det kan lønne seg.

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

www.dnbnor.no

DnB NOR

Trenger du kostholdstips til barn og unge?

Gratis brosjyrer og materiell for helse- og omsorgspersonell



Litt sulten

Her finner du en rekke spennende oppskrifter barn og unge kan lage selv. Mange fristes nok til å gå i kiosken når de er på vei hjem fra skolen og er litt sultne, men kroppen blir mer fornøyd når den får ordentlig mat. Oppskriftene varierer fra kjappe retter som metter en liten stund, til middagsalternativer.



Barn og melk

Melk spiller en viktig rolle i kostholdet til små barn. Denne brosjyren gir helsepersonell og foreldre svar på de viktigste spørsmålene om bruk av meieriprodukter til barn i aldersgruppen 1–6 år. Brosjyren inneholder også oppskrifter.



Hurra!

Selv om vi er opptatt av riktig kosthold, setter vi også pris på litt fest i blant. Barnebursdager kan være en utfordring, fordi det fort blir mye usunn mat. Denne brosjyren inneholder tips og oppskrifter med en sunnere vri som garantert passer til feiringen.



Tidsskrift og faktaark

Bestill gratis abonnement på tidsskriftet "melk" som omhandler stoff om helse og ernæring rettet mot helsepersonell.

Vi har en rekke faktaark, som f.eks om laktoseintoleranse, melkeproteinallergi og overvekt, som gir lettlest informasjon til deg og dine pasienter.

Alt materiell kan lastes ned som pdf eller bestilles på www.melk.no.
Du kan ringe oss på 23 30 20 10 eller sende en e-post til post@melk.no.
Bestill gjerne til venteværelset og pasientene også.

Opplysningskontoret for
Meieriprodukter **melk.no**

Opplysningsproduktet for Meieriprodukter (Melk.no) har som formål å øke kunnskapen om melk og meieriprodukter. Vi har fokus på ernæring og gir også inspirasjon til bruk av melk og meieriprodukter i kostholdet.

Einar Aadland

Aktuell med: Kan institusjoner elske?

Yrke: Førsteamanuensis

Bosted: Oslo

Alder: 59 år



21 gram

Ifølge Einar Aadland uttrykker også bygningsmasser følelser.

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Stig Weston**

I boken «Kan institusjoner elske?» søker Einar Aadland å sirkle inn diakonale institusjoners egenart. Eller sjel. Men han presiserer at dette kan overføres til alle typer institusjoner. Det spesielle med de diakonale er at de har et religiøst fundament. Diakoni kan defineres som kirkens omsorgstjenester og skal være evangeliet overført til handling.

– Kan institusjoner virkelig elske?

– Det korte svaret er selvsagt nei. På den annen side tillegger vi dem egenskaper. Vi menneskeliggjør institusjoner og beskriver dem ved bruk av adjektiver og verb. Som imøtekomende eller ufyselig. Og da mener vi møtet med institusjonene, ikke enkeltmenneskene som jobber der. Dette har sin parallell til systemteorien. Kroppen består av mange ulike enkeltceller, men alle har et avtrykk av helheten. Sånn er det også med institusjoner. Vi er alle sammen om å bygge et system på et høyere nivå, for eksempel et sykehus.

Rent billedlig trekker han i boken en parallell til filmen «21 gram». Der spiller regissøren Alejandro Gonzáles Iñárritu på forestillingen om at menneskekroppen blir 21 gram lettere når den dør. Sjelen har en fysisk størrelse.

– Hva er diakonale institusjoners 21 gram?

– Diakonien er sterkt knyttet til fortellingen om den barmhjertige samaritan, som handler om å utføre nestekjærlighet.

Fortellingen fra Lukas-evangeliet i Det nye testamentet handler om man-

nen som hjelper et ranet og skadet medmenneske, mens andre velger å gå rett forbi. Aadland mener de diakonale institusjonene som ikke anser fortellingen som sin identitetshistorie, tar skade på sin sjel.

– Har alle disse institusjonene lik sjel?

– Nei. Disse institusjonene er like forskjellige som individer. Alle er ulike, men de har familielikheter. Det er for eksempel stor forskjell mellom Frelsesarmeen og Kirkens Bymisjon.

I boken er det bidrag fra både teologer, samfunnsforskere og helsepersonell. Einar Aadland selv er teolog og jobber på Diakonhjemmet Høgskole. I arbeidet med boken ble han overrasket over hvor stor andel diakonale institusjoner utgjør av det offentlige velferdstilbudet, særlig innenfor eldreomsorg og rusomsorg. Ifølge tall fra 1997 utgjorde diakonale institusjoner åtte prosent av det offentlige velferdstilbudet. Det er ingen grunn til å tro at antallet er lavere i dag. Det synes Aadland er mye etter 60 år med velferdsstat.

Men i takt med samfunnsutviklingen er det religiøse fundamentet tonet ned. Før var det et kall å søke seg hit, og mye av identiteten var tuffet på at det var kristne som søkte jobb i diakonale institusjoner. Det er ikke mer enn et tiår siden søkere til sykepleierutdanningene på diakonale høgskoler måtte svare på om de var personlig kristne eller ikke. I Blå Kors var andakter fast til langt opp på 1990-tallet.

– Nå er vi i større grad del av det

egenart

sekulære og pluralistiske samfunnet, sier Aadland.

– I dag gir det ikke mening å svare ja eller nei på spørsmålet om vi tror på Gud. Svaret blir: Hvilken Gud? Guds-bildet er fragmentert. De fleste tror på Gud, men på sin egen versjon.

– Diakonale institusjoner rekrutterer i dag fra et veldig stort felt, og det stiller større krav til lederne, påpeker Aadland.

– Noen må ta ansvar for å forene mennesker med ulike trosretninger i en felles praksis.

– I boken spørres det retorisk om man kan ansette en muslim?

– Ja, det kan man. I for eksempel Kirkens Bymisjon spør man ikke om trosretning, men om lojalitet til deres verdier.

nerledes praksis enn andre?

– Det vil jeg være forsiktig med å si, for det kan høres jålete ut. Det er ikke sånn at disse er bedre enn andre. Det er en villfarelse både innad og utad. Det jeg er opptatt av, er at ledelsen her har et større ansvar enn før. De må la verdiene gjennomsyre institusjonen og motivere medarbeidere til innsats. Forhåpentligvis preger det praksis. Kan hende er det litt lettere for diakonale institusjoner, fordi verdiene i større grad sitter i veggene. De har en grunnfortelling som opptar mange som jobber der.

– Alle virksomheter strør om seg med verdier?

– Min største bekymring er at det bare koker ned til prat.

Einar Aadland kan godt stille spørs-

Vi menneskeliggjør institusjoner og beskriver dem ved hjelp av adjektiver og verb.

– Er det stor bevissthet om diakonale verdier blant de ansatte i disse institusjonene?

– Det tror jeg. For noen betyr det veldig mye. For andre er det kun et arbeidssted. Men mange som i utgangspunktet bare er opptatt av faget, sier de legger merke til forskjeller mellom diakonale institusjoner og andre. Det betyr at det er noe der.

– Har diakonale institusjoner en an-

mål ved om velferdsstaten bør gjøre seg avhengig av diakonale institusjoner.

– Men jeg mener at de bidrar til det pluralistiske samfunnet. De har røtter til religiøse og åndelige verdier, men har en åpenhet som gjør at ingen behøver å føle seg ubekvem. Satt på spissen mener jeg en sekularisert religiøsitet er viktig for det postmoderne mennesket. Jeg tror faktisk utviklingen vil favorisere forskjeller. ■■■



Blurb!

MODERNE BOKOMSLAG viker ikke tilbake for selvskrut. Den boken jeg leser nå (Pinnsvinets eleganse) er visst så gripende (forteller omslaget) at anmelder Merete Røsvik Granlund helst skulle ha sitert side opp og side ned. Dessverre er jeg så lite grepet at jeg strever med å få lest en side uten å sovne.

Tidligere i høst leste jeg «To campingvogner og en jordbæråker». Det endte med at jeg følte meg bedratt. Ikke fordi boken var ganske dårlig, men fordi forlaget solgte meg den på helt gale premiser. «En ekstremt morsom bok», lokket omslaget, og siterte Times Literary Supplement. Fordi jeg nesten opplevde at det var forventet, kniste jeg meg velvillig gjennom de første sidene. Så ble antydningene om overgrepene som skulle følge altfor tydelig. For tema i denne boken er utbytting av mennesker fra fattige land som søker lykken i England. Det eneste som minner om humor, er de gebrokkne dialogene. Men hvor moro er det egentlig at noen sier «mobilfon», når unge jenter selges som varer på neste side?

Det kalles blurb, ovasjonen forlaget trykker på bokomslaget. Ordet kan krediteres forfatteren Gelett Burgess, som i 1907 lot den fiktive miss Belinda Blurb skrive overdrevent rosende om en av hans bøker. I dag er de som lovpriser virkelige nok. Spørsmålet er bare om vi ønsker at de skal legge føringer for leseropplevelsen.

Jeg har i hvert fall begynt å styre unna bøker med overstadige blurber. For jeg begynner å få en fornemmelse av at de som skriker høyest har minst å tilby.



Nina Hemnes



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.

Sannsynlighet

La meg starte med å introdusere det ene av statistikkernes universalredskaper: krukken med kuler, eller lottomaskinen.

Ut med lottokulene! I stedet legger jeg en appelsin i lottomaskinen. Hva blir utfallet av trekningen? En appelsin, enig? Altså: Ett objekt kan velges på en måte. Sannsynlighet for å velge dette objektet er $1/1 = 100$ prosent.

Inn med et eple og en appelsin, og ny trekning! Hva er sannsynligheten for appelsin nå? Husk: Hver mulighet er like sannsynlig. Altså blir sannsynligheten $1/2 = 50$ prosent.

Analogt gir tre objekter sannsynligheten $1/3 = 33$ prosent. Og så videre.

34 lottokuler

Tilbake til den ordinære lottotrekningen, og i med de 34 lottokulene! La oss satse på tallet 3 på første kula. Siden alle 34 tallene har samme sjans for å bli trukket ut, vil sannsynligheten for å trekke 3 være $1/34 = 2.94$ prosent.

Tallet 3 kan ikke forekomme to ganger. Det er derfor 33 kuler å velge mellom. Satser vi på 11, vil sannsynligheten for dette tallet være $1/33$, neste tall vil ha sannsynlighet $1/32$ og så videre, inntil alle de syv kulene er trukket ut.

Trekningen kan prinsipielt gjøres på to ulike måter. Samme objekt kan ikke trekkes ut flere ganger, som jeg har beskrevet. Alternativt kan samme objekt bli trukket flere ganger. Dette betyr at hver kule må legges tilbake, for å kunne trekkes på ny. Da kan en vinnerkupong teoretisk bestå av samme tall syv ganger. Sannsynligheten blir i dette tilfellet $1/34$ på første kule, og – siden vil legger kula tilbake – $1/34$ på andre, altså samme sannsynlighet på alle.

Dette blir kanskje tydeligere, om jeg benytter «krone-mynt» som eksempel. Kaster vi en mynt, er hvert av utfallene «krone (=k)» og «mynt =(m)» like sannsynlige. Sannsynligheten for å få «m» er $1/2 = 50$ prosent.

Med to mynter blir de mulige utfallene (kk, mm km, mk), og siden hvert utfall er like sannsynlig, blir sannsynligheten for hvert utfall $1/4$. Kaster vi tre mynter,

er de mulige utfallene (kkk, kkm, kmm, mkk, mmk, mmm, mkm, kmk) og sannsynligheten for hvert utfall er $1/8 = 12.5$ prosent.

Altså:

- ▶ 1 mynt og ett kast: 2 muligheter: sannsynlighet $1/2$
- ▶ 2 mynter, ett kast: = 2 mynter hver med 2 muligheter: sannsynlighet $(1/2 * 1/2) = 1/4$
- ▶ 3 mynter, ett kast: = 3 mynter hver med 2 muligheter: sannsynlighet $(1/2 * 1/2 * 1/2) = 1/8$

Multipliser sannsynlighetene

Dersom vi ønsker å finne sannsynligheten for at to eller flere atskilte og uavhengige resultater/hendinger vil inntreffe, multipliserer vi altså hver av de individuelle sannsynlighetene.

Det kan være greit å skille tre ulike begreper om sannsynlighet. I de to eksemplene (lottokuler og mynter) forutsetter vi at alle utfallene er like sannsynlige. Dette forutsetter at alle kulene er absolutt like, at maskinen ikke er manipulert på noen måte, og så videre. Dette kalles teoretisk sannsynlighet.

Dersom Meteorologisk institutt har regna ut at det gjennomsnittlig har regnet 20 av 30 dager i november, vil det sannsynligvis regne 20 av 30 dager i år også. Slik sannsynlighet kalles empirisk.

Subjektiv sannsynlighet

En tredje mulighet er subjektiv sannsynlighet. Dette begrepet benyttes innenfor ei grein som kalles Bayesisk statistikk.

Hva er det andre «universalredskapet» til statistikerne? La oss kaste en terning 6 ganger. Hvilken gjen-

nomsnittsverdi får vi? Utfallet vil helt sikkert ligge mellom $(1+1+1+1+1)/6=1$ og $(6+6+6+6+6)/6=6$.

Teoretisk kan vi få utfallet $(1+2+3+4+5+6)=21$, med gjennomsnittet $21/6=3.5$. Men sannsynligheten for akkurat dette utfallet er liten. Anta nå at vi fortsetter å kaste 6 000 ganger. Nå er sannsynligheten for at gjennomsnittet blir 3.5 langt større. Fortsetter vi å kaste 600 000 ganger, vil hver verdi (1, 2 ...6) forekomme noenlunde like hyppig, og gjennomsnittet nærmer seg nå 3.5. Trikket er altså å gjenta. Når gjentakelsen blir stor nok, faller den empiriske og den teoretiske verdien sammen.

Og vinnerjansen i Lotto? Dette kan formuleres slik: Hvor mange ulike måter kan syv tall velges på blant 34? Plassen tillater ikke å gå inn i dette. Svaret blir 5 379 616. Spiller du 10 rekker, er vinnerjansen $10 * (1/5.379.616) = 0,000001859$. Lykke til! ■■■

Du finner tidligere artikler i denne serien på sykepleien.no

www.sykepleien.no

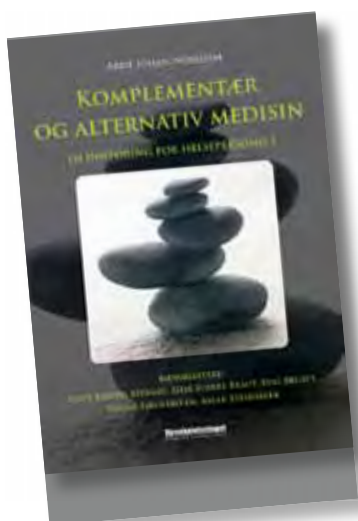
Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Sannsynlighet
- ▶ Teoretisk sannsynlighet
- ▶ Subjektiv
- ▶ Empirisk



HVOR SANNSYNLIG er det å vinne i Lotto, med 34 tall å velge i? Illustrasjonsfoto: Colourbox.



Komplementær og alternativ medisin – en innføring for helsepersonell

Av Arne Johan Norheim
208 sider
Høyskoleforlaget 2009
ISBN 978-82-7634-589-6
Anmelder: Kari Helene Kavlie,
høgskolelektor, Høgskolen i Oslo,
avdeling for sykepleierutdanning

God innføring i komplementær medisin

ANMELDELSE: Flere enn halvparten av alle nordmenn har brukt komplementær og alternativ medisin. Mer enn to tredjedeler kan tenke seg å prøve. Derfor bør helsepersonell ha kunnskap nok til å informere og svare objektivt på spørsmål.

Integrering av komplementær og alternativ medisin i sykehus gir større pasienttilfredshet, men har fortsatt svak innpass. Interaksjon med skolemedisinsk behandling bør gi større oppmerksomhet.

Andre land og kulturer har mye lengre tradisjon med komplementær og alternativ medisin, men Norge har i senere tid kommet etter. Holdningene er nå generelt positive, både i befolkningen, blant helsepersonell og i det offentlige, blant annet gjennom Lov om alternativ behandling av sykdom mv. fra 2004. Den drøfter blant annet hvordan statlige tilsyn

gjennomføres og pasientklager behandles.

Komplementær og alternativ medisin er en samling av ulike behandlingsformer med lang tradisjon og utvikling. I denne boken presenteres definisjoner og begreper. Den helhetlige tilnærmingen til pasientens problemer, pasienttilfredshet og livskvalitet fremheves. Subjektiv opplevelse av bedring og økt funksjonsevne er kvalitetsmål for behandling.

Alle bidragsyterne har solid faglig utdanning innen de feltene de praktiserer, underviser og forsker i. Boka støtter seg på norsk og internasjonal forskning, har en omfattende referanseliste og henvisninger til nettsteder. Forskning innenfor komplementær og alternativ medisin gjennomgås kritisk. Dokumentert effekt vurderes i forhold til befolkningens bruk av behandling.

Akupunktur og homøopati beskrives grundig og med vitenskapelig dokumentasjon. Erfaringer, effekt og virkningsmekanismer vurderes kritisk. Andre alternative behandlingsformer er kortfattet beskrevet. De vanligst brukte diagnostiske metoder og behandlingsformer i Norge presenteres. Et eksempel er bruken av komplementær og alternativ medisin innen kreftbehandling.

Boka gir helsepersonell det kunnskapsgrunnlag som er nødvendig for en meningsfull dialog om komplementær og alternativ medisin. Temaet er fyldig dekket og formidlet på en god måte. For eksempel innledes hvert kapittel med et sammendrag.

Boka anbefales både til dem som studerer og dem som praktiserer helsefag og medisin. For sykepleierutdanningen bør den kunne anvendes i tredje studieår.

I barndommen var jeg mest opptatt av kuer. Jeg leste bøker om kuer, tidsskrifter om kuer og abonnerte på «Buskap og avdrått».

Hans Olav Brenner, programleder i Bokprogrammet til Dagbladet



Velferdsstatens vekst - og fall?

Av Asbjørn Wahl
Gyldendal Akademisk 2009
284 sider
ISBN 978-82-05-38779-9
Anmelder: Karl-Henrik Nygaard,
rådgiver

Innsiktsfullt om utfordrende samtid

ANMELDELSE: Velferdsstaten, slik vi kjenner den, er ikke gitt for all fremtid. Det er et hovedpoeng i denne boken. Forfatter Asbjørn Wahl, som er leder av organisasjonen For Velferdsstaten, kopler analysen av sosial utvikling, velferd og arbeidsliv opp mot grunnleggende maktforhold i samfunnet. Dette plasserer ham i en marxistisk og sosialistisk tradisjon.

Wahl skriver levende og godt med dyp politisk innsikt i både norsk og global historie. Han overbeviser om at det er umulig å diskutere velferd og samfunnsutvikling løsevet fra de maktpolitiske forholdene i samfunnet.

Velferdsstaten er knyttet til arbeiderbevegelsens fremvekt og demokratiets gjennombrudd. For Wahl er velferdsstaten mer enn velferdsgoder og offentlige institusjoner. Han beskriver den som en omfattende samfunnsmo-

dell, der nye maktforhold har gjennomsyret alle nivåer i samfunnet. Selv om det finnes idealistiske og borgerlige argumenter for velferdssamfunn, ligger visjonene i Wahls velferdsmodell i drømmen om et samfunn fritt for utbytting og undertrykking. Måten han argumenter for dette på, er både elegant og saklig.

Velferdsstaten var et resultat av klassekompromiss, en humanisering av samfunnet, som ble gjort mulig gjennom folkemakt. Wahl legger også vekt på at velferdsstaten er et reparasjonsverksted for et økonomisk system som han mener er inhumant. Hvilke av de to dimensjonene som vil komme best ut på sikt, avhenger igjen av den makt arbeiderklassen gjennom fagbevegelsen kan utøve. Han er usikker på utviklingen. Tendensen til å avideologisere fagbevegelsen bekymrer ham.

Han kritiserer Arbeiderpartiet og Jens Stoltenberg, som han mener står for en markedsorientert linje og dermed har sveket den linjen fagbevegelsen opprinnelig stod for.

Whals hovedfiende er den globale markedsliberalismen. Den utgjør en trussel på mange områder, både når det gjelder velferd, forholdene i arbeidslivet og forming av vår mentalitet.

Helt til slutt løfter Wahl frem frihetsbegrepet slik det har blitt brukt av arbeiderbevegelsen i tidligere tider.

Wahl har imponerende mye kunnskap om emnet. Her er rikelig med referanser til annen radikal litteratur. Boken er velegnet til studiesirkler og bør leses av tillitsvalgte og sykepleiere som er opptatt av å klargjøre noen av vår tids viktigste utfordringer og håp. Det er en bok som står seg godt i en utfordrende politisk tid.

Quiz

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Colourbox**

Er du en kompetent sykepleier?

Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 HELP er en tilstand som kan forekomme hos gravide. Hva står bokstavene for?

- A Hemolysis, elevated liver enzymes, low platelets
- B High blood pressure, elevated liver enzymes, proteinuria
- C Hemolyse, elleville enzymer, leversvikt, protein i urin

2 Hva er faryngitt?

- A Svelgbetennelse
- B Svelgproblemer
- C Svelgbevegelser

3 Et annet ord for poliose?

- A Abnorme svettekjertler
- B Senskader etter polio
- C Grått hår i for ung alder

4 Hvilket stoff har hatt stor betydning i behandlingen av premature?

- A Suramin
- B Surstoff
- C Surfaktant

5 Hva betyr morbus?

- A Dødelighet
- B Sykdom
- C Morformitet

6 Et annet ord for sykehusinfeksjon?

- A Nosokomial infeksjon
- B Kommunal infeksjon
- C Nosologisk infeksjon

7 Kan bakterier formere seg?

- A Nei
- B Ja, de formerer seg selvstendig
- C Ja, men bare hvis de først har invadert en annen celle

8 Kan virus formere seg?

- A Ja, de formerer seg selvstendig
- B Nei
- C Ja, men bare hvis de først har invadert en annen celle

9 Og hva betyr egentlig ordet virus?

- A Vill
- B Gift
- C Virrete

10 Hva er parese?

- A Lett, ufullstendig lammelse
- B Fullstendig lammelse
- C Parenteral lammelse



UNGT HÅR: I fare for å få poliose?

10 POENG: Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)

6-9 POENG: Lovende. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.

3-5 POENG: Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?

0-2 POENG: Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

SVAR: 1A Hemolysis, elevated liver enzymes, low platelets, 2A Svelgbetennelse, 3C Grått hår i for ung alder, 4C Surfactant, 5B Sykdom, 6A Nosokomial infeksjon, 7B Ja, de formerer seg selvstendig, 8C Ja, men bare hvis de først har invadert en annen celle, 9B Gift, 10A Lett, ufullstendig lammelse

FAG NYHETER

Kvinner lever lenger, men ikke bedre

På viktige stadier i livet får ikke kvinner god nok helsehjelp. Det slår Verdens helseorganisasjon fast i en ny rapport.

Tekst **Nina Hernæs** Illustrasjonsfoto **Colourbox**

Kan vi kalle samfunnet sunt når kvinner ikke får mulighet til å leve sunnere liv, spør Margaret Chan, leder i Verdens helseorganisasjon, og maner til handling.

Rapporten «Women and health: today's evidence tomorrow's agenda» viser at det særlig er i ungdom og alderdom at kvinner ikke får den helsehjelp de trenger.

Vil gi kvinnene noe tilbake

Kvinner lever i gjennomsnitt lenger enn menn, men disse ekstra årene er ikke alltid fylt av god helse. De ekstra kvinnelige leveårene gjør også at andelen kvinner blant eldre øker, noe som igjen stiller større krav til helsetjenester som ser kvinnehelsen særlige utfordringer.

Verden over er det kvinner som yter størstedelen av helsetjenestene. For eksempel gis 90 prosent av omsorgen til hiv- og aidsyke hjemme, og det nesten alltid av kvinner. Samtidig greier ikke samfunnet å dekke kvinnenes helsebe-



KVINNER PÅ SYKEHEJM: Har også typiske kvinneproblemer.

Vi er utdannet til å ta oss av kvinnen gjennom hele livssyklusen.

Eva Sommerseth

hov. I mange land er det for eksempel en utfordring at seksuelt og reproduktivt helsearbeid bare retter seg mot gifte kvinner, og ignorerer dermed de unge og de ugifte.

Verdens helseorganisasjon sier det er på tide å gi kvinner noe tilbake.

Vil la jordmødre hjelpe

Eva Sommerseth, leder i Jordmorfor-

bundet i Norsk Sykepleierforbund, mener kvinnehelse også er en utfordring for norsk helsevesen.

– Det er mange godt voksne kvinner, for eksempel på sykehjem, som ikke får god nok hjelp til plager som er spesielle for kvinner, sier hun.

Overgangsalder er et annet eksempel.

– Ofte gis bare østrogen, som man ikke vet langtidseffekten av, påpeker Sommerseth.

– Det fins andre måter å tilnærme seg plagene på. Akupunktur kan være ett alternativ.

Sommerseth mener jordmødre har en større rolle å spille innenfor kvinnehelse. Hvis de får mulighet.

– Vi er utdannet til å ta oss av kvinnen gjennom hele livssyklusen. Men kommunehelsetjenesten prioriterer ikke å ansette jordmødre. Kanskje er vi en potensiell utfordring for allmennlegene, selv om de har mye å gjøre, underer hun.

Les rapporten her: www.who.int

Er menn i sykepleien
unaturlig? Side 80

Et pasientrom kan føles som
en gammeldags togkupé. Side 82

Videreutdanning for ledere
gir ikke høyere lønn. Side 77

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 SIGRUN VÅGENG

«Jeg vil vi skal greie å vise frem
kommunesektoren som et sted
folk har lyst til å jobbe.»

84

GJESTESKRIBENT MARTINE AURDAL

«Når man alltid skal tenke positive tanker,
forsvinner muligheten til å reflektere
rundt det som er vondt i livet.»

90



NSF HAR ORDET

Forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no

Solidaritet er nøkkelen til likelønn

Regjeringen har laget et krevende veikart for likelønn som i siste instans krever at de mannsdominerte forbundene viser solidaritet med de kvinnedominerte. Så enkelt og så vanskelig er det.

I regjeringsforhandlingene mellom SV, Sp og Ap satt likelønnsloftet langt inne. Men til slutt, etter massivt press fra sykepleiere, tente erklæringen et lys i slutten av tunnelen. Men regjeringen har gjort veien krevende, belagt med snubletråder.

For det første krever regjeringen at den helhetlige løsningen for likelønn skal skapes av partene i arbeidslivet. Selve modellen for lønnsdannelse skal balansere lønnsveksten mellom konkurranseutsatte næringer, som er mannsdominert, og andre næringer, deriblant offentlig sektor som er kvinnedominert. Satt på spissen betyr dette at partene i arbeidslivet har som oppdrag å se til at offentlig ansatte ikke har sterkere lønnsvekst enn konkurranseutsatt industri. Og uten større lønnsvekst i kvinnedominerte områder enn i mannsdominerte kan det ikke bli likelønn.



MÅ GJENGJELDE: De kvinnedominerte forbundene har i all tid har vært solidariske med de mannsdominerte, blant annet ved å la konkurranseutsatt industri danne malen for lønnsoppgjørene. Nå er det på tide å gi tilbake, påpeker Normann. Foto: Colourbox

aktualisert den siste tiden hvor LO og NHO har tatt til orde for moderate lønnsoppgjør for å hjelpe en konkurranseutsatt industri som sliter. Frontfagsmodellens logikk fungerer ikke til å løse likelønnsproblemet, noe statistikken også beviser: Kvinner har siden 1985 tjent 85 prosent mindre i timen enn menn. Skal frontfaget bevares må det bevises at det kan løse likelønnsutfordringen.

Det er kun én vei ut av dette uføret – solidaritet. Menn må stille seg solidariske med kvinner. På samme måte som de kvinnedominerte forbundene i all tid har vært solidariske med de mannsdominerte, blant annet gjennom solidaritetsalternativet på 90-tallet, og ved å la konkurranseutsatt industri danne malen for lønnsoppgjørene, er tiden overmoden for solidariteten snus andre veien. Uten solidariteten vil ikke regjeringens vei til likelønn gå.

Dette er noe av årsakene til at vi ser betydelig uro blant tillitsvalgte og medlemmer etter valget. Det er et brennende engasjement for

likelønn i vår organisasjon, og jeg innrømmer at det blir krevende for den enkelte å ha is i magen. Jeg har likevel aldri vært i tvil om at en likelønnsløsning også må involvere partene, noe som også ligger i forslaget fra likelønnskommissjonen. Slik jeg ser det, er det behov for en annen prosess mellom partene enn et tradisjonelt tariffoppgjør, hvis den rødgrønne løsningen skal følges og målet om likelønn nås. Denne prosessen er avhengig av at de tradisjonelle mannsforbundene anerkjenner likelønnsproblemet, og stiller seg solidariske til at denne må løses ekstraordinært.

For hva er solidaritet hvis den bare går den ene veien? Solidaritet i 2010 bør derfor handle om likelønn.

Frontfagsmodellens logikk fungerer ikke til å løse likelønnsproblemet.

For det andre kan den nye regjeringserklæringen forstås som at frontfagene i forhandlingene mellom LO/NHO har fått vetorett i like-lønnspolitikken. NHO-direktør John Bernander går langt i den retning i Dagbladet 8. oktober. Uten sikringsmekanismer fra frontfaget – intet særskilt lønnsloft for kvinnene i offentlig sektor. Problemstillingen har blitt ytterligere

DEBATT

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

Demotiverende å ta videreutdanning

Hva må til for at en avdelingssykepleier skal få lønn for videreutdanninger?

I min kommune får ingen avdelingssykepleiere mer lønn for å ta videreutdanning. Hensikten med videreutdanning skal være at en står faglig sterkere, får administrativ kompetanse, en får personlig kompetanse, sosial kompetanse og at en tilfører mer kompetanse til arbeidsgiver.

For mitt vedkommende har jeg tatt to videreutdanninger relatert til min lederjobb, etter at jeg ble ansatt som avdelingssykepleier. Min arbeidsgiver har utarbeidet en lønnsstrategisk plan som skal sikre at arbeidstakere får lønn for videreutdanning, men ikke som leder. Det står så mange fagre ord i denne planen.

Jeg har søkt og fått avslag med den begrunnelsen at slik kompensasjon i henhold til lønnsstrategisk plan har utgangspunkt fra grunnplassering for ansatte som er lønnplassert etter kapittel 4 B i hovedtariffavtalen. Min lønn er plassert ut fra lederlønn som avdelingssykepleier, og kompensasjon for relevant tilleggsutdanning gjelder ikke for meg i den stillingen jeg er ansatt i. Jeg anket og fikk til svar at jeg var i gruppe G, som ikke hadde krav på lønnskompensasjon for videreutdanning.

Jeg har ennå ikke sett at NSF lokalt har tatt med forhandlinger om lønn for videreutdanning for ledere i lokale forhandlinger. Så hva må til? Dette blir demotiverende for alle avdelingssykepleiere i min kommune. Hva med å rekruttere og beholde arbeids-

takere? En kan risikere at den faglige kompetansen blant ledere blir dårligere fordi ingen får motivasjon for å ta videreutdanning så lenge ikke arbeidsgiver setter pris på kompetanse.

Med kompetanseheving får en selv fantastisk faglig påfyll og står sterkere i alle situasjoner. Men en avdelingssykepleier har den samme lønnen, videreutdanning eller ikke. Hva kan gjøres? Jeg bare spør, og venter på svar fra andre som er eller har vært i samme situasjon. Kanskje fagpersoner kan også gi meg svar? Nå vurderer jeg og finne meg en ny jobb på det private markedet. Å være kommunalt ansatt er ikke noe butikk, og langt ifra å være ansatt som leder.

Vennlig hilsen frustrert avdelingssykepleier.

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



Historien Sykepleien ikke ville fortelle

Sykepleiens redaktør har på lederplass gått til angrep på deler av legemiddelindustriens informasjonsvirksomhet. Han synes åpenbart at det er ille at Nycomed forsøker å formidle informasjon om Marevan til helsepersonell.

Marevan med virkestoffet warfarin er et av Norges viktigste legemidler. Marevan skrives ut til cirka 94 000 personer hvert år, og til enhver tid går cirka 52 000 pasienter på Marevan.

Samtidig er Marevan det legemiddelet som de siste årene, på grunn av bivirkninger, har høstet flest dramatiske avisoverskrifter, og er forbundet med mange myter. Sammenlignet med placebo reduserer imidlertid Marevan-behandling risikoen for hjerneslag hos atrieflimmerpasienter med 64 prosent, og Marevan er et av de mest effektive legemidlene vi har. Et sitat fra Dagens Medisin 11. mars 2008 oppsummerer det slik:

«Stadig flere nordmenn bruker dette legemiddelet, samtidig som antall bivirkninger synker. Legemiddelverket gir legene mye av æren for denne positive utviklingen.

– Det kan se ut som at bruken er blitt tryggere, og at informasjonen fra myndighetene og produsenten til legene har fungert. Vi tror legene har blitt flinkere til å følge opp pasientene, sier overlege Steinar Madsen i Statens Legemiddelverk.»

Marevan brukes altså av mange, det forhindrer mange hjerneslag, men det har fortsatt for mange alvorlige bivirkninger og stiller svært store krav til informasjon fra helsepersonell til pasient. Informasjonsstrømmen må være jevn, og det kan nesten ikke informeres godt nok.

Det har Nycomed tatt konsekvensen av. Sammen med myndigheter og eksterne eksperter har vi gjennom mange år arbeidet målbevisst med å bedre kvaliteten på Marevan-behandlingen. Nycomeds mål er at antall alvorlige bivirkninger forårsaket av Marevan skal holdes på et minimum.

Nycomed arbeider altså aktivt for å informere om Marevan. Materiell og møter har kanskje i litt for stor grad rettet seg mot leger.

Det har noe med ressurser å gjøre. Vi gjør mye, men vi klarer ikke alt.

Vi har drøftet hvordan vi kan nå frem med mer informasjon til de mange dyktige sykepleierne som hver dag administrerer Marevan til pasienter med hjerte- og karsykdommer. Vi vet i hvert fall at en del av dem etterspør slik informasjon.

For oss fremsto det som naturlig å ta opp saken med bladet Sykepleien, som leses av det alt vesentlige av Norges aktive sykepleiere. Sykepleien ville ikke skrive om hvordan riktig Marevan-bruk kan forhindre at mange nordmenn rammes av hjerneslag, som igjen kan gi store konsekvenser for pasienten. I stedet benyttet Sykepleien anledningen til å harselere over Nycomeds informasjonstiltak. Det synes vi er leit.

Mikael Gellerfors, medisinsk direktør Nycomed Pharma AS

Svar:

Jeg er uenig i din konstatering at jeg skal ha gått «til angrep» på legemiddelindustriens informasjonsvirksomhet. Det jeg påpekte er at alle har noe de skal selge – også Nycomed – når de henvender seg til media med informasjon. Hvis en redaksjon er ukritisk til dette, blir det et stort problem for leserne.

At Nycomed ønsker å informere sykepleiere om riktig bruk av Marevan, har jeg stor forståelse for. Det ville vært mest naturlig å gjøre dette på kjøpt reklameplass. Der er industrien av myndighetene pålagt å opplyse om riktig håndtering og bivirkninger.

Det brukes enormt mange legemidler i norsk helsevesen og det kan neppe forventes av redaksjonen i Sykepleien at vi skal påta oss en supplerende rolle i forhold til industriens egen opplysningsplikt.

Vi setter pris på å bli informert om farene for bivirkninger og viktigheten av riktig behandling for forskjellige legemidler. Men av dette følger det ikke en «moralisk» plikt til å tre inn i en informasjonsrolle, på redaksjonell plass, slik Nycomed her synes å forvente.

Barth Tholens, ansvarlig redaktør

DEBATT

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

Støtte til de snille pikene i Halden!

For det første ønsker jeg først å meddele noe jeg i et tidligere innlegg i Sykepleien lovt å skrive om ved en senere anledning: Det var at jeg ville skrive inn her når jeg hadde klart å komme meg ut av arbeidet som sykepleier.

Det har vært så mange tøffe tak, så mye frustrasjon, så mange brutte løfter fra ledelse, forbund, politikere og andre. Det har vært blodslit, lange vakter, mange helger, høytider og ofring av verdifull tid med familien. Det har vært urettferdige turnuser, lav lønn, yrkesskade som jeg ikke fikk hjelp til å søke erstatning for, og en lang kamp vi sykepleiere aldri klarer å vinne.

Kanskje fordi vi er for mange kvinner, kanskje fordi vi bryr oss for mye om pasientenes liv og helse, kanskje fordi vi bryr oss for lite om oss selv?

Jeg er sliten og desillusjonert, men allikevel stolt av min tid som sykepleier. Jeg utgjorde en forskjell for mange mennesker. Det er ikke pasientenes skyld at jeg ga meg.

Men, jeg vil nå med glede meddele at jeg ikke lenger arbeider som sykepleier. Mine hender kan dessverre ikke telles med i stortingsmelding 47 og alle dens fine ord.

Stein Østerlund Petersen uttaler i Sykepleien 15/2009 at han spår en glanstid for sykepleiere, og at

de fleste unge i framtiden bør jobbe i helsevesenet for å ta unna eldrebølgen. Etter å ha lest dette er jeg skremt over at politikere, ledelser, forbund og lignende ikke gjør mer for å holde på oss. (Jeg mener dere!)

Så til saken fra Halden, «Lei av å være snille pikere» Jeg leser med vantrø og fortvilelse på vegne av de ansatte i Halden kommune, uttalelsene til Gun Kleve ved kommunalsjefens kontor. Hun glemmer seg, som så mange andre byråkrater, bak stramme budsjetter. Dette er en utfordring i alle lag av samfunnet i dag, og holder ikke lenger som unnskyldning. Selvfølgelig er sykepleierne lei av at dårlig økonomi er noe de skal ta konsekvensen av. Det er IKKE deres skyld at økonomien er slik som den er. I stedetfor lager man en turnus som nesten «tar livet» av de ansatte uten å tenke på helse, familie og livskvalitet hos de ansatte. Ønsker Halden kommune stor gjennomtrekk av sykepleiere?

Noe som undrer meg veldig i denne artikkelen er følgende: Hvorfor er det kommunalsjefen for helse og omsorg som setter opp turnusen? Hvorfor ikke tjenesteledere på de enkelte tjenestesteder? Jeg skjønner godt at sykepleierne fortviler og er redd for å arbeide 10 av 12 lørdager og 5 av 12 søndager. Det er jo det samme som å si takk og farvel til et sosialt liv!

Følgende uttalelser fra kommunalsjefen for helse

og omsorg i Halden kommune kan heller ikke stå uimotsagt:

«Da er det et kjempeproblem at sykepleiere ikke har lyst til å jobbe helg» Har ledelsen i kommunen spurt seg om hvorfor sykepleierne ikke vil jobbe helg? Kanskje de allerede jobber for mange helger, eller får alt for liten kompensasjon for dette? Og dette med 13(!) timers vakter/kortvakter, og det å jobbe inn det man «skylder»! For et rot!

«Jeg tror ikke turnus hadde vært et problem dersom det hadde vært mannsdominert sektor. Mange av sykepleierne er gift med skiftarbeidere. Vi hører aldri noe klaging om at de må jobbe i helgene. Når man argumenterer med kvinner, trekker de inn at de har familie. Det har mennene også»

Dette var jammen et lurt utspill i en overopphetet debatt i Halden. Med denne uttalelsen har vel begeret nå virkelig rent over for sykepleierne.

Dette er å kaste inn en brannfakkel! For det første er det en alvorlig kjønnsdiskriminerende uttalelse, og for det andre undres jeg over hva slags belegg helse og omsorgssjef Gun Kleve har for si dette?

Kvinner og menn er svært forskjellige. Skiftarbeid for kvinner er ikke det samme som skiftarbeid for menn. Dette er avhengig av kjønn, kultur, helse, familiære forhold og forpliktelser, og ikke minst ordnede arbeidsforhold. De fleste sykepleiere, kvinner som menn, har ikke ordnede arbeidsforhold. Jfr. Halden i dette tilfelle.

Dette er så provoserende uttalt at det grenser til imbesillitet. Har kommunalsjefen i Halden undersøkt hva de skiftarbeidende mennene mener om sine koners utmattende arbeidsforhold! De synes mest sannsynlig at det er en skam at ikke kommune og forbund ordner opp i denne saken og gir de ansatte i pleie og omsorgsyrkene i kommunen ordnede og forutsigbare arbeidsforhold til beste for alle. Hvordan kan en turnus med så mye helgejobbing gå opp med en skiftarbeidende ektefelle/samboers turnus?

Til dere sykepleiere som står frem på vegne av alle de ansatte: Til Inger Synnøve Brännvall, Lene Sætrang Johansen og Anne Mette Pettersen vil jeg si: STÅ PÅ! Jeg heier på dere. Dette er nemlig den mest hårreisende måte å forvalte sykepleiere og turnus på som jeg har hørt om på lenge.

Det som slår meg er mangel på dialog og samhandling. Uttalelser fra ledelsen om at NSF er lite fleksible osv., og ikke godkjenner turnusen uten videre, opplever jeg som liten vilje til å faktisk imøtekomme Bjarne Håkon Hanssens reform, stortingsmelding 47, SAMHANDLINGSREFORMEN!

Med hilsen eks-sykepleier

TERAPI av Bodil Røvhaug





Anna Oppedal Tokheim, Möller's ernæringsfysiolog

5a-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 å 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**

VIL DU VITE MER?
www.mollers.no
grønt nr: 800 80 555

MÖLLER'S
GRUNNLAGT 1854





Studieleder,
sykepleierutdanningen,
Høgskolen i Oslo,
Dag Karterud

Rekruttering, (u)kultur og likestilling

Rekruttering av menn til sykepleien er oppe til debatt igjen. Samtidig diskuteres også kjønnsnøytrale yrkestitler som alternativ til «jordmor» og «helsesøster».

Det er mange eksempler på at «menn i sykepleien» er et marginalt tema, fordi menn representerer en minoritet i sykepleien. Det mest interessante er hvorfor det er slik og på hvilke måter ulike årsaker påvirker menns rekruttering.

For en tid siden var det et stort oppslag i Aftenposten om en kvinnelig seiler som ønsket å stabel på beina en ren jentebåt. Ofte er det slik, stod det i artikkelen, at menn tar lederrollen (kaptein/styrermann(!)) om bord. I et tv-program forleden skulle deltagere tippe yrker til rett person. Få tippet rett når en kranfører var en ung jente. De fleste lot seg overbevise etter å ha sett henne i aksjon. Dette er to eksempler på fordommer og forventninger til hva vi som menn og kvinner kan være.

Forekomsten av menn

Om vi sier at yrker er en bekreftelse på hvem vi er som person og ønsker å fremstå som, er vi på sporet av å forstå «forekomsten av menn» på tradisjonelle kvinneområder. Omvendt er det muligens litt annerledes. Det er trolig mer politisk korrekt å utfordre tra-

en kvinne overtok stillingen, med det samme jobbinnholdet som tidligere, men med lavere lønn og formelt ansvar.

Menn i ingenmannsland

«Menn i ingenmannsland» (en bok skrevet av Runar Bakken) kom ut for noen år siden. Kan menns manglende tiltrekning til sykepleien forklares med at dette feltet oppfattes å være noe for kvinner (og ikke for menn)? Og hva kan være et godt eksempel på aktuelle diskusjoner, der de grunnleggende spørsmålene omgås?

Denne diskusjonen synes å likne på diskusjonen om innvandringspolitikken. Et pragmatisk perspektiv er å si at Norge ikke er i stand til å hjelpe alle som ønsker å komme hit. Men en kan også spørre hvem som har legitim rett til våre velferdsgoder. Eller hvem har rett til å leve her? Det er stilt på en måte som politikere sjelden gjør, men kanskje på filosofisk institutt? Jeg tror det er tilsvarende spørsmål knyttet til menns legitime tilstedeværelse i sykepleien.

Er det legitime begrunnelser for menns deltagelse i sykepleien? Sykepleien er for menn en problematisk arena for bekreftelse, om en skal trekke inn kjønn som en betydningsfull variabel. Det må en gjøre fordi sykepleien bryter med tradisjonelle forventninger til hva menn bør gjøre. Dette synliggjøres i diskusjonen om stillingsbetegnelser innen sykepleien. Sykepleien har et mangfold av tradisjonelle kvinnelige uttryksmåter (kultur). Omsorg for barn og fødekvinne er i ekstrem variant et uttrykk for klassiske kvinneoppgaver. Men, det er like fullt tankevekkende at mannlige gynekologer oppfattes på en helt annen måte.

Helsesøster og formann

Det er ikke et stort engasjement i sykepleien for å endre navnene på helsesøster og jordmor, muligens fordi mange synes dette er noe ganske annet enn å endre ord som «formann» til «leder». Trolig er forventningen til yrket i for stor grad knyttet til forventninger til hva «kjønn gjør». Menn kan delta, gjerne som et fargerikt innslag eller som maskot, mer enn at det er «naturlig». Dette behøves ikke uttrykkes høyt, det kan være debatten går over av seg selv. Hvorvidt likestillingen bør innta fødestuen, oppfattes ikke som et spørsmål om rettferdighet, men om hva som oppfattes som naturlig.

Ingen ønsker å kjempe saken om dette er en rett fortolkning av

Menn kan delta, gjerne som et fargerikt innslag eller som maskot, mer enn at det er «naturlig».

disjonelle mannsdomener, enn motsatt. Menn har representert makt og innflytelse og i stor grad lagt premissene for beslutninger. Kvinners arenaer har tradisjonelt vært betraktet som mindre viktige. Disse har kvinnene fått ha i fred og på en måte har denne «arbeidsdelingen» blitt respektert. En lang likestillingskamp har vist at det er gode grunner til å problematisere at kjønn innebærer eksklusive ferdigheter som ikke kan erstattes av det annet kjønn, eller ha begrensninger på muligheter for livsutfoldelse. Likestillingsarbeidet er fortsatt viktig, fordi strategier for å omgå «det politisk korrekte» skapes under et skinn av hva som oppfattes som «rimelig». Det finnes gode eksempler på dette: Da en stilling ble lyst ledig i et firma, ble stillingens innhold omdefinert, fordi



de normer og verdier som regulerer engasjementet for innføring av kjønnsnøytrale betegnelser for «jordmor» og «helsesøster». Dette anses ikke å være et spørsmål om rettferdighet. Trolig vinner vi ikke heller noe faglig på å innføre menns verdier. Og de menn som har «forvillet» seg over grensene til «ingen menns land» tåler det godt. De har gode grunner for sine valg og er trolig ikke på samme måten som menn flest(!) motivert av en tradisjonell bekreftelse for sitt yrkesvalg.

Om spørsmål om rekruttering til sykepleien er et spørsmål om rettferdig fordeling av tilgangen til goder, er et spørsmål en må stille. Hvilke goder eller verdier er det hvem som går glipp av?

Det er likevel et spørsmål om rettferdighet i dette spørsmål om hva som kan være et naturlig yrkesvalg. Det er til ettertanke den tausheten eller manglende interesse som kan spores om disse tema. I forbindelse med lanseringen av boken «Modermordet» (også av Runar Bakken), var det interessant å følge mine kvinnelige kollegers argumentasjon hvorvidt det kunne være en parallell til den utelukkelse og mistenkeliggjøring kvinner har erfart, da de inntok menns tradisjonelle områder. Det var som om det ikke kunne tenkes at kvinner også beskytter sine revir og kan ha en implisitt forståelse av hvordan menns erfaringer i en kvinneverden skal forstås. Mulig jeg derfor er litt resignert etter å ha erfart den manglende entusiasme over innsikt som tilsvarer mine kvinnelige kollegers erfaringer.

Gå stille i dørene

En løsning for menn er å gå stille i dørene, gjøre en så god jobb som mulig, men være forsiktig med å si at menn i sykepleien gjør en positiv forskjell for sykepleiens del. I mange sammenhenger ønskes blandet miljø, men i sykepleien uttrykkes det ikke så klart. Det er enklere å si at det er viktig å ha menn og kvinner som leger, av hensyn til pasientene. Jeg tror det finnes en tilsvarende faglig begrunnelse for å ha menn i sykepleien. Her er det faglig en lang veg å gå. Ikke før vi har gjort denne jobben, vil det monne å få flere menn til yrket.

Eksemplet med den kvinnelige seileren kan være en modell for dette holdningsarbeidet. Hvor «rart» er det å tenke at (bare) kvinner kan mestre en stor seilbåt alene uten menn om bord? Det kan være viktig at kvinner alene får erfaring på mestring, slik at andre ikke naturlig overtar og tar roller som ligger der som en forventning, trolig fra både menn og kvinner. Den optimale utfordringen er å la en kvinne være skipper om bord med et blandet mannskap, for å utfordre våre forestillinger om hva vi kan være – som kjønn. Dele erfaringen av hva rollebytter innebærer for hvordan oppgavene løses ulikt og komplementært, både på tross av og på grunn av kjønn.

Vi beveger oss ofte på «kjønnede» arenaer – menn i sykepleien i ekstrem forstand. Det må mange «seilturer» til før forventningen til sykepleien gjør noe dramatisk med menns rekruttering yrket. ■

UØNSKET: Når man ser hvor lite det egentlig er jobbet med å få menn inn i sykepleieryrket, kan man lure på om de fleste egentlig mener at de ikke hører naturlig hjemme i der. Arkivfoto: Stig Weston



DILEMMA

Berit Støre Brinchmann om mangel på diskresjon

Navn: Berit Støre Brinchmann

Bakgrunn: Professor i sykepleie ved Høgskolen i Bodø

E-post: berit.stoere.brinchmann@hibo.no

Om rommet på sykehus

Plutselig og uforberedt befant jeg meg som pårørende til en av mine aller nærmeste på sykehus.

I løpet av en kort uke fra sykehusinnleggelsen og til han døde, ble han flyttet mellom ulike avdelinger, ulike rom innen samme avdeling, og mellom ulike sykehus. «Du som jobber med etikk bør skrive noe om mangel på privatliv, per-

Her har jeg full oversikt over skopene til alle pasienter i avdelingen, med navn og hjerterytm.

Pasienten er flyttet til isolat. Jeg sitter sammen med andre pårørende ute på gangen og får god og grundig informasjon av

sykepleien, og sammenhengen mellom sykerommet og etikk (Hall og Brinchmann 2009). Florence Nightingale (1859) vektla rommets og omgivelsenes betydning da hun skrev at «sykepleie innebærer mer enn å dele ut medisiner Det betyr å sørge for frisk luft, lys, varme, renslighet, ... mens man hele tiden husker på at pasienten ikke må tappes for krefter», s 18. «...Sykehusene og sykeværelsene representerer en spenning mellom hus en kan bo i og være trygg i, og hus som er mer nyttige og produktive, og der værelsene nesten blir tatt fra en i effektivitet, hastighet og gjennomstrømming» skriver Kari Martinsen (2001, s 168).

Jeg har besøkt nyoppførte sykehus med flotte, dyre, ubrukelige designermøbler i foajeen.

sonvern og taushetsplikt på sykehuset», sa han til meg i en av våre siste samtaler.

Vi befinner oss i en tresengsstue. Det er så trangt at rommet må ommøbleres når en av pasientene skal til røntgen. Sengeplassene skiller fra hverandre med forheng som kan trekkes for. En kvinnelig medpasient snakker høyt i mobiltelefon det meste av tiden, og ser på såpeopera på tv. Jeg får assosiasjoner til en gammeldags togkupé på natt-toget. Når visitten går, overhører vi at medpasienten ikke ønsker operasjon, og får beskjed av legen at han i så fall vil dø. Legen som informerer oss er flink og empatisk, men han snakker så høyt at alle i rommet kan høre.

empatiske leger om både min pårørende og de andre på isolatet.

Vi sitter og gråter på en benk på gangen utenfor en intensivavdeling, mens personalet kjemper for å redde livet til vår aller kjæreste. På veggen er det montert en telefon vi kan ringe i om vi ønsker informasjon eller kontakt med sykepleier eller lege. Ingen tar telefonen, eller de tar telefonen og sier at vi må vente litt, uten at noen kommer. Døren går hele tiden opp og igjen, mens ukjente leger og sykepleiere passerer. Etter to timer slipper jeg inn.

Hvorfor skriver jeg dette? Han som døde var bygningsingeniør i sitt yrkesaktive liv, og derfor ekstra bevisst og oppmerksom på rom og romforhold. Jeg har som forsker og fagperson vært opptatt av rommet, arkitekturen og estetikken i

Viktigst med god nok plass

Visst er man opptatt av arkitektur og estetikk når nye sykehus bygges. Hvem har ikke besøkt sykehusbygg i Norge eller utlandet, som ruver som katedraler i landskapet, med vakker billedkunst og skulpturer. Slike bygg er godt å komme inn i og være i for både pasienter, personale og pårørende. Men viktigere enn estetikken og kunsten, er at det bygges avdelinger og rom som er hensiktsmessige og funksjonelle, med god nok plass til pasienter, personale, utstyr og pårørende. Jeg har besøkt nyoppførte sykehus med flotte, dyre, ubrukelige designermøbler i foajeen, totalt uegnet som hvileplass for skropelige pasienter. Personalet forteller

Faste bidragstere



Utdannet sykepleierleder, -veileder og -lærer
Marie Aakre



Professor ved seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo
Per Nortvedt



INFORMASJON: Hele rommet bør ikke få ta del i informasjonen som er ment for den enkelte pasient. Men på sykehus opplever man at alvorlige beskjeder høres av alle. Foto: Colourbox

at det fortsatt er for trangt på nyere intensivavdelinger og prematuravdelinger, og at det er mangel på pårønderom for pårørende i krise.

Sykepleiere og helsepersonell må på banen sammen med arkitekter og økonomer når sykehus og sykehjem skal planlegges og bygges. Romforhold og arkitektur kan bidra til at pasient og pårørende opplever verdig eller uverdigg omsorg og behandling. Når det er sagt, har de fleste helsepersonell, sykepleiere og leger store hjerterom, og gjør en fabelaktig og enestående innsats, til tross for mangel på rom og dårlig logistikk, men det er ikke tema denne gang. ■■■

LITTERATUR

1. Hall EOC, Brinchmann BS. Mothers of preterm infants: Experiences of space, tone and transfer in the neonatal care unit. *Journal of Neonatal Nursing* 2009; 15: 129 – 136.
2. Martinsen K. Huset, sangen, gråten og skammen. Rom og arkitektur som ivaretaker av menneskets verdighet. I: Wyller T. (red.) Skam. Bergen: Fagbokforlaget, 2001.
3. Nightingale F. Håndbok i sykepleie. Hva det er og ikke er. Oslo: Gyldendal norsk forlag, 1984.



- » Hvordan er romforholdene der du jobber?
- » Har du opplevd situasjoner der det har vært vanskelig å ivareta taushetsplikten og pasientenes verdighet på grunn av dårlige og trange romforhold?
- » Hvordan kan du som sykepleier påvirke dette?
- » Hvor mange sykepleiere har opplevd at planer og ønsker for å bedre forholdene for pårørende ikke er tatt hensyn til av de utbyggingsansvarlige?

Til refleksjon

Send din mening på epost til interaktivt@sykepleien.no, eller skriv til Sykepleien, boks 456 Sentrum, 0104 Oslo. Du kan også lese inn din reaksjon på telefon 22 04 33 65. Reaksjoner fra leserne trykkes i neste nummer.

www.sykepleien.no

Flere dilemma på Sykepleien.no under fanen interaktivt.



TETT PÅ
Sigrun Vågeng

Hvem: Sigrun Vågeng

Alder: 59 år

Yrke: Administrerende direktør i KS

Hvorfor: Hun tiltrådte stillingen 17. august i år

Søker samklang med sykepleierne

Gitar, musikk og sang var en selvfølgelig del av hverdagen til Sigrun Vågeng i oppveksten med Frelsesarmeen. Nå vil den nye KS-direktøren prøve å finne tonen med Sykepleierforbundet.

Tekst **Sidsel Valum** Foto **Stig Marlon Weston**



*«Samhandlingsreformen
er en gedigen tillitserklæring
til hele kommunesektoren.»*

Kommunevåpnene til alle landets 430 kommuner har fått sin plass på veggen i konferansesenteret til Kommunenes hus i Vika i Oslo. Den nye administrerende direktøren har bodd i mange av dem. Med foreldre som begge var offiserer i Frelsesarmeen, lærte Sigrun Vågeng tidlig å pakke kofferten og ta farvel. Å være den nye jenta i klassen ble også en repetisjonsøvelse i barndommen.

– Hvis noen spør meg hvor jeg kommer fra, så må jeg ofte svare med en lang fortelling, sier hun.

SIGRUN VÅGENG BLE FØDT i morens fødeby Kristiansund 29. oktober 1950. Hun var bare en liten bylt da foreldrene flyttet til Verdal. Noen av sine første barnesko trådte hun i Danmark. Den dansktalende femåringen ble derfra med på foreldrenes flyttelass til Kirkenes. For å gjøre fortellingen kort: Som nitten-

åring hadde hun flyttet 14 ganger. Lillehammer, Røros, Odda, Flekkefjord og Mandal er blant stedene hun har vokst opp.

– I Frelsesarmeen mente man den gang at det ikke var bra at offiserene bodde for lenge på ett sted.

Hun skiftet skole fem ganger.

– Ulempen sett utenfra er at man kan bli rastløs. Noe av det jeg i dag synes er minst ok, er at jeg ikke har mange barndomsvenner i vennekretsen. På den annen side er jeg blitt god til å sette meg inn i nye situasjoner og miljøer.

SAMMEN MED TO SØSKEN vokste hun opp i det hun beskriver som en trygg og god familie, i et hjem med mye sang og musikk. Hun valgte selv å bli i Frelsesarmeen som 17-åring, og giftet seg med en mann fra miljøet. Selv om hun forteller om en vanskelig periode da hun i slutten av 20-årene brøt ut av ekteskapet, har hun mye godt å si om Frelsesarmeen.

– Jeg har beholdt min barnetro selv om jeg gikk ut av organisasjonen da jeg valgte å avslutte ekteskapet. Det fremste kjennetegnet på mennesker i Frelsesarmeen er at de har en fantastisk evne til alltid å gå en ekstra mil, og alltid å være der for noen andre i tillegg til sine egne, sier hun.

17. AUGUST ble Sigrun Vågeng tilsatt som administrerende direktør i KS. Hun ble oppfordret til å søke da styret i KS begynte å se seg om etter kandidater til stillingen etter jul. Veien frem til kontoret i fjerde etasje i Kommunenes hus har gått via en lang rekke lederjobber, fra hun var personalsjef på Grand Hotell, til

«Jeg ønsker et KS i vekst, men det eneste jeg ønsker vekst i er antall bedrifter.»

direktørstillinger i Norges hotell- og restaurantarbeiderforbund og Prosessindustriens Landsforening (PIL). I bunnen ligger en cand.mag. fra Universitetet i Oslo og ledelsesutdanning fra Handelshøyskolen og BI. Og selvsagt erfaringen som leder av strengemusikken i Frelsesarmeen.

Hennes forrige sjef er NHO-leder Finn Bergesen jr. Han har mange lovord å si om Vågeng og den jobben hun gjorde i årene fra 2001 som direktør for arbeidslivspolitikken i NHO.

– Hun er en av de beste medarbeiderne jeg har hatt i en lang karriere. Hun er utrolig energisk og flink til å nå de mål hun setter seg. Hun er behagelig og positiv å jobbe sammen med, sier Finn Bergesen jr. på telefon rett før intervjuet.

– Det ble jeg glad for å høre, sier hun.

ROLIG, ENERGISK OG ÅRVÅKEN på samme tid er et inntrykk Sigrun Vågeng gir, selv på et tidspunkt da de fleste har gått fra jobben.

Hun har travle dager med mange nye saker og mennesker å bli



kjent med. Mange saker som er sentrale for norske sykepleiere, står på agendaen. Økende behov innenfor pleie og omsorg og kampen om fordeling av kronene, vil bli tema når det skal tas nye beslutninger som angår ansatte i helse- og omsorgssektoren i kommunene.

– Norsk Sykepleierforbund står på lista over dem jeg vil bli litt kjent med. Det å være litt personlig kjent, inngir tillit. Størstedelen av tiden skal vi samarbeide. Jeg vil spørre hvordan de opplever samarbeidet med KS og hvilke forventninger de har til meg. Jeg vil også gjerne fortelle dem hvordan jeg ønsker å utvikle KS videre, sier hun.

Den demografiske utviklingen med økende antall eldre og pleietrengende i årene som kommer, er et tema Sigrun Vågeng fort kommer inn på.

– Norsk Sykepleierforbund har helt rett i at det er en utfordring at det kommer til å bli flere eldre som trenger pleie og omsorg, samtidig som tilgangen på arbeidskraft blir mindre. Dette gapet må fylles på et eller annet vis.

– *Hvordan skal kommunene greie å skaffe nok sykepleiere i fremtiden?*

– Jeg er opptatt av hvordan vi skal greie å vise frem kommunesektoren som en sektor hvor folk har lyst til å jobbe. Mer bruk av velferdsteknologi kan også bli viktig.

– *Hva er velferdsteknologi?*

– Jeg mener ikke med det å bytte ut mennesker med roboter. Mennesker i dag er vant til å være omgitt av ny teknologi hele tiden. I en fase av livet hvor vi trenger mer trygghet og gode tjenester, kan jeg ikke se noe negativt i å ta i bruk teknologiske løsninger som også kan lette arbeidsdagen for ansatte i pleie- og omsorgssektoren, uten at tjenesten blir forringet.

Sigrun Vågeng viser til at KS og NHO har samarbeidet i et forprosjekt om økt bruk av velferdsteknologi – ARTE (arbeidskraft og teknologi). Bakgrunnen for prosjektet var nettopp at fremtidig knapphet på arbeidskraft vil bli en stadig større utfordring for både kommunal sektor og næringslivet. Hun viser også til at Danmark har kommet lenger i å prøve ut bruk av velferdsteknologi.

– *Mange elever faller fra i videregående utdanning, og det er for få som velger helse- og omsorgsfag i forhold til behovet i fremtiden. Hva vil KS gjøre for å rekruttere flere til helse- og omsorgsfagene?*

– Det store frafallet er et problem for oss som samfunn, som bransje og for hver enkelt elev. Vi må stille spørsmål ved om vi gjør de riktige tingene. KS har gjennom lang tid arbeidet for opprettelse av lærlingplasser gjennom et eget rekrutteringsprosjekt.

– *Er KS for eller imot å gi sykepleierne et lønnsloft gjennom likelønn?*

– Vi skal ta spørsmålet om likelønn på alvor, men jeg mener at det er et spørsmål partene skal drøfte i forhandlinger, og ikke ved at politikerne legger i en pott med penger til likelønn.

– *Hvordan ser KS på samhandlingsreformen, som skal gjennomføres innen 2012?*

– Det blir en utfordring som vil kreve samarbeid mellom små og store kommuner for at den skal lykkes. Reformen er en gedigen tillitserklæring til hele kommunesektoren. Vi blir satt til å løse oppgavene i nærheten av der folk bor.

– *Er den mulig å gjennomføre uten kommunesammenslåing?*

«Norsk Sykepleierforbund står på lista over dem jeg vil bli litt kjent med.»

– Hvis debatten om sammenslåing av kommuner tvinger seg frem, kan det tenkes at noen kommuner selv velger den løsningen. Det er ikke noe KS kommer til å ta til orde for.

FRA SKRIVEBORDET I KONTORET SITT i Kommunenes hus har Sigrun Vågeng utsikt over kontorpalassene som ligger i Vika ned mot Rådhusplassen og bryggene mot Oslofjorden. Haakon VII's gate 9 er adressen rådmenn landet over søker til når de for eksempel trenger hjelp fra skarpskodde jurister.

– Jeg har ikke brukt mye tid her ennå, konstaterer Sigrun Vågeng, idet hun logger seg av pc-en og henter kåpen i skapet for å begi seg ut i en kjølig høstkveld.

– Nå skal jeg innom butikken og kjøpe noe fisk og dra hjem og spise middag sammen med mannen min. Det er første kveld jeg kan ta det med ro hjemme denne uken, sier hun.

Sigrun Vågeng er gift med juristen Trond Hellum, og har datteren Linn i 20-årene.

TO DAGER SENERE møter hun representanter for hele Kommune-Norge på sitt første landsstyremøte i KS. Hun virker trygg og avslappet når hun presenterer seg foran forsamlingen med arbeidsgivere fra hele landets kommuner og fylkeskommuner.

Hun minner om at KS representerer nitten fylkeskommuner, 430 kommuner og 506 kommunale bedrifter.

– Jeg ønsker et KS i vekst, men det eneste jeg ønsker vekst i er antall bedrifter, sa hun, uten å si med rene ord om hun ønsker seg at tallet på kommuner og fylkeskommuner skal bli mindre i fremtiden.

Hun understreker at det er viktig for KS å ha god kontakt med fagforeningene og de politiske partiene, og at satsingsområdene til KS er helse, utdanning og klima.

I salen sitter medlemmer i landsstyret til KS, med hver sine forventninger til hva den nye direktøren bringer.

– Vi er veldig fornøyde med at vi får en direktør som forstår bedriftenes situasjon og som ikke glemmer oss i det store kommunebildet, sier styreleder Mette Qvortrup i KS Bedrift.

– Det er spennende at vi har fått en kvinne som ny administrerende direktør. Jeg har bare hørt gode ord om henne. Hun gjorde stor suksess da hun besøkte fylkesårsmøtet til KS Rogaland, sier Helga Rullestad fra Karmøy kommune.

Signalene fra den nye KS-lederen blir ikke tatt like godt imot av alle.

– Hun gav et meget positivt inntrykk, men hun utfordret meg litt hvis det hun mener er at hun ønsker vekst i antall kommunale bedrifter. I Steinkjer går Arbeiderpartiet og SV inn for å få færre kommunale bedrifter og å ta makta tilbake fra AS-ene, sier varaordfører Aud Gaundal i Steinkjer kommune. ■■■



Direktoratet planlegger nå å utarbeide nasjonale retningslinjer for behandling med ECT.

Ellinor F. Major, direktør for divisjon for psykisk helse i Helsedirektoratet

Bivirkninger etter

Elektrosjokkbehandling (ECT – electroconvulsive therapy) har historisk sett slitt med et dårlig rykte. De siste årene har imidlertid bruken av behandlingen gått opp, uten at det er noe sted å registrere bivirkninger – dersom det skulle være noen.

– *Blir det brukt for mye ECT på deprimerte pasienter i Norge?*

Joar Tranøy: – ECT-behandling brukes for mye. Det skyldes at presset på raske løsninger er økt. Den medisinske sykdomsmodellen dominerer innen psykisk helsevern.

Ellinor F. Major: – Helsedirektoratet utgav nylig nye retningslinjer for behandling av depresjon, hvor også ECT omtales spesielt. ECT har dokumentert effekt ved alvorlige depresjoner, men skal bare være førstevalg ved psykotiske depresjoner og depresjoner som kan være livstruende. Det er ikke hjemmel for å bruke ECT uten pasientens samtykke. Helt unntaksvis i spesielle nødrettssituasjoner kan ECT benyttes uten samtykke.

– *Vet vi nok om virkning/bivirkning av ECT-behandling?*

Joar Tranøy: – I USA rapporterer enkelte studier at det som regnes som midlertidige bivirkninger av helsemyndigheter, i 20 til 30 prosent av tilfellene kan være permanente, sier Tranøy og henviser til forskning av Morgan, Karon og Friedberg fra 2001.

– Få klagesaker betyr ikke at behandlingen er vellykket eller risikofri. En klage mot medisinske autoriteter krever mot og styrke. De fleste som har vært gjennom psykiatrisk behandling er i en avmaktssituasjon, og ikke få er uten støtte og nettverk. Det at mange elektrosjokkbehandlede er eldre enslige kvinner øker ikke sannsynligheten for flere klager.

– Rådende psykiatrisk forskning på dette området er av lav kvalitet. Etterundersøkelser av langtidsvirkninger er fraværende. Den kliniske forskningen er begrenset til symptom-bilde etter kort tid. Nesten ingen undersøkelser fokuserer på muligheten for kognitive skader som hukommelsestap, konsentrasjons- og språkproblemer.

Det er absolutt kritikkverdig at helsemyndighetene ikke registrerer totalomfanget av elektroshjokkbehandlinger i Norge.

Joar Tranøy, psykolog i PP-tjenesten

elektrosjokk?

– Det er absolutt kritikkverdig at helsemyndighetene ikke registrerer totalomfanget av elektroshjokkbehandlinger i Norge. Muligheten til kunnskap og kritisk refleksjon over praksis begrenses. Enda mer bekymringsfullt er det at et ukjent antall mennesker tvangsbehandles uten at sakene blir registrert, og uten kontroll av kontrollkommisjonen. Det er svært betenkelig at bruk av elektroshjokk ikke dokumenteres på lik linje med annen type tvangsbehandling.

– Enkelte ledende eksperter på elektroshjokk i norsk psykiatri ønsker å sidestille ECT med annen behandling. Det vises til at forfinede undersøkelsesmetoder ikke påviser hjerneskaade etter elektroshjokk. Ikke alle hjerneskaade etter elektroshjokk. Ikke alle hjerneskaade i form av kognitive skader lar seg enkelt fysisk registrere. Det er viktig å trekke inn andre utenfor sykehuset for å få flere synspunkter før valget gjøres.

Ellinor F. Major: -- Virkningen av ECT er godt dokumentert. Etter behandling skal pasientens kognitive funksjon alltid vurderes fortløpende. Vi vet at det kan være bivirkninger i form av mindre god kognitiv funksjon – som

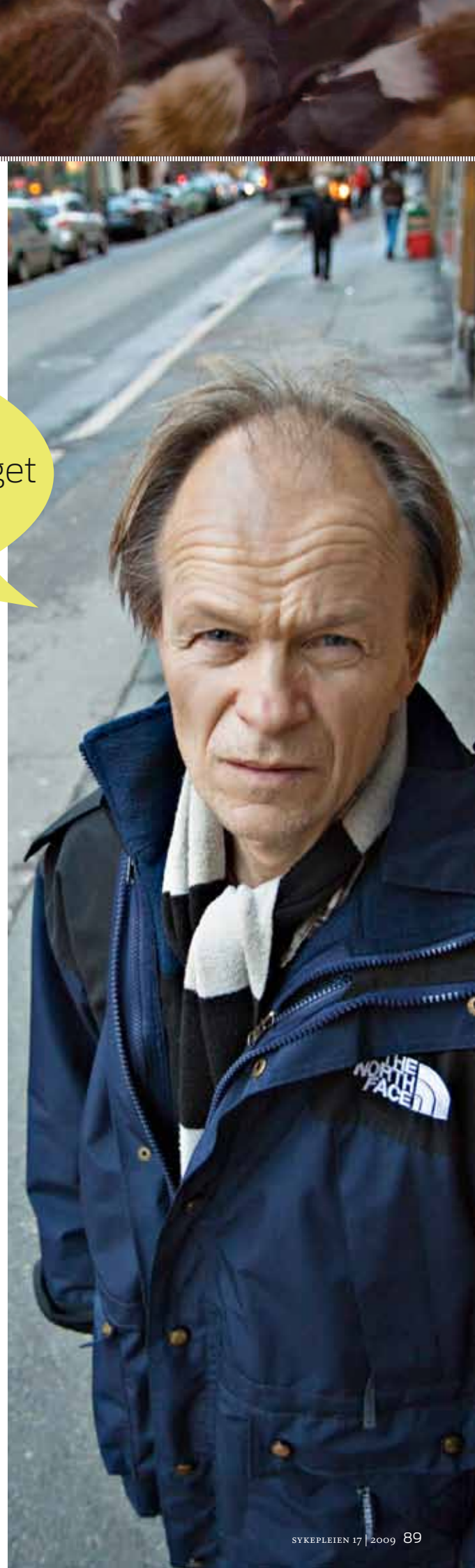
dårlig hukommelse – i tiden etter behandling. For de aller fleste er dette forbigående. Direktoratet planlegger nå å utarbeide nasjonale retningslinjer for behandling med ECT. Oppdraget med en kunnskapsoppsummering om virkninger og bivirkninger er allerede gitt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

– *Hva er alternative behandlingsmetoder?*

Joar Tranøy: – ECT har «suksess» siden det er en tilsynelatende virksom behandling – symptomene reduseres sterkt for en tid, men kommer i flere tilfeller tilbake. Dypere depresjoner kan også behandles med psykoterapi, der symptomer ikke skal bekjempes ensidig som et onde, men også som en kilde til utvikling.

Ellinor F. Major: – Ulike former for psykologiske intervensjoner vil sammen med medikamentell behandling være førstevalget ved alvorlige depresjoner. ECT skal først vurderes når slik behandling ikke har vist seg effektiv. ■■

Tekst **Ann-Kristin Block Helmers**
Foto **Marit Fonn og Stig Weston**





REFLEKS

Gjesteskribent Martine Aurdal

Navn: **Martine Aurdal**

Yrke: **Leder av samfunnsavdelingen i Dagbladet**

E-post: **man@dagbladet.no**

Engler daler ned i skjul

Englene blir noe av det første som kommer på plass i mitt nye hjem.

Vi flytter inn like før jul, og gullfargede småbarn med vinger har en kjernefunksjon i pyntingen som lager julestemning for meg. Når jeg henger dem opp, vil jeg ganske sikkert smile ved synet av dem og kjenne på at mine engler har en helt bestemt virkning på meg. Kanskje vil jeg også la tankene løpe til prinsesse Märtha Louise og hennes nye bok. Jeg har likevel ikke tenkt å bruke jula til å finne min skytsengel.

Märtha Louise er prinsessen som ingen kan målbinde. Akkurat det er beundringsverdig, få mennesker blir så latterliggjort for det de tror på i den norske offentligheten. Etter at prinsessen startet engleskole sammen med sin venninne og partner Elisabeth Samnøy, har morsomhetene nesten utelukkende vært på deres bekostning. Anmeldelsene av deres ferske bok har vært knusende og vitsene om dem har vært mange. Det krever mot å stå opp for sin religion i en slik situasjon.

Märtha henter sin styrke ikke bare i sin egen aura og skytsengel, men i støtten fra de tusenvis av tilhengere, bokkjøpere, elever og meningsfeller som deler hennes tro på engler. Engler finnes i både jødedom, kristendom og islam, sørger for menneskets trygghet og redder oss fra fare. I norrøn religion og tro finnes begrepet «fylgje»,

kvakksalvere, som kaller seg alt fra coacher og rettleidere til healere og synske. Markedet er stort, og synes umettelig. Krystaller, engler, gruppeterapi og individuell egenutvikling er bare noen av varene som kan kjøpes på det nyreligiøse markedet. Kundene trenger nemlig hjelp til å finne seg selv, og denne hjelpen koster penger.

Det er ikke religionsfrihet for kongelige. Faren til prinsesse Märtha Louise er overhode for Den norske kirke, og hun er selv i arverekken til den norske tronen. Derfor har også boka, som sikkert blir liggende under mange juletrær, vakt slik oppsikt. Som republikaner tenker jeg at prinsessen kanskje er med på å gjøre veien til republikk litt kortere. Som politisk menneske tenker jeg at hun kanskje kan ødelegge noe mer. Positive tanker, evnen til å gi av seg selv og viktigheten av å mestre er universelle, menneskelige gleder, og prinsessens bok og filosofi tegner seg fint inn i rekken av velmente råd til dem som søker indre fred. At leserne, elevene og kundene hennes ønsker hjelp til å finne sin egen skytsengel er ikke egnet til å provosere meg. Men hvor fører denne utviklingen oss?

Hvis alle er mest opptatt av seg selv, sin egen engel og sitt eget indre, blir både problemer og løsninger individuelle. I den virkelige verden henger alt sammen med alt, slik ei klok dame har sagt det før meg. Når man alltid skal tenke positive tanker, forsvinner muligheten til å reflektere rundt det som er vondt i livet og hva man kan gjøre for å endre det vi misliker i verden. Det er nemlig ikke slik, at alle problemer løses ved at individet blir tryggere på seg selv.

Et fokus på indre selvutvikling bør ikke ødelegge muligheten for å se og jobbe med strukturelle problemer. Det finnes viktigere ting i livet enn hvilken farge auraen min har i dag. Lønnsforskjellene mellom kvinner og menn eller rusproblematikken i Norge blir ikke løst av krystaller, men gjennom hard politisk debatt og kamp for de gode løsningene. Indre vekst og positiv tenkning kan gi gode erfaringer for individet, men bør ikke overskygge muligheten for å tenke strukturelt.

Engelen som skal henge på min nye peis, har ingen annen funksjon enn å gjøre meg og de rundt meg litt gladere i jula. Den utgir seg heller ikke ut for å ha det. Derfor kommer jeg heller ikke til å bruke jula til å snakke med den.

Det er ikke slik at alle problemer løses ved at individet blir tryggere på seg selv.

som kunne varsle død, men også som en verneskikkelse knyttet til et menneske eller ei slekt. Märthas engletro er del av en alternativ nyreligiøsitet, en trend som også omfatter prinsessens svigermor Marianne Behns nye bok «Stjerner og krystaller. Ei bok om selvutvikling». Det handler om å bli trygg på seg selv og tenke positive tanker. Det hele virker i grunn både harmløst, naivt og hyggelig.

Samtidig er prinsessen del av en svær industri i eksplosiv vekst. Selvutvikling var en motkulturell bevegelse for et halvt århundre siden, men ble snart del av mainstreamkulturen. I Norge kan veksten blant annet måles i antall besøkende på Alternativmessen, som fra 1993 til i år har økt fra rundt 3000 til nærmere 15 000 mennesker. I tillegg kommer en ny og heterogen gruppe terapeuter og

Øvrige gjesteskribenter 2009:



Trude Aarnes
Jordmor og privatpraktiserende sexolog



Camilla Leinebo
Nyutdannet sykepleier



Anders Folkestad
Leder i Unio



Jon Hustad
Journalist i Dag og Tid

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

Populære modeller - til arbeid og fritid!

Spar opp til 20%
Tilbudet gjelder til 15.12.2009

www.sp3.dk



Modell 21221

Modell 21222

Settpris
Jakke + bukse
Kun kr. 999,-



Modell 21225

Modell 21224

2 stk.
softshell jakker
Kun kr. 800,-

Allværssett - til alt slags vær!

En 3-delt sett til arbeid og fritid i meget god kvalitet og utført i et praktisk design med mange detaljer. Ytterjakken og innerjakken er helforet. Innerjakken er i varme-/kuldeisolerende microfiberfleece, som kan tas av ytterjakken og brukes som en selvstendig jakke. Kort og godt 3 kvalitetsprodukter i et og samme sett. Et sett, som kler på deg fra topp til tå, når du skal ut i regn, vind eller kulde. Fås i dame og herremodell.



Modell 21221
Herre allværsjakke
Farge: Sort
Str. XS - 4XL

Modell 21222
Dame allværsjakke
Farge: Sort - rød
Str. XS - 4XL

Modell 21223
Allværsbukse
Farge: Sort
Str. XS - 4XL

kr. 849,- inkl. mva

kr. 849,- inkl. mva

kr. 349,- inkl. mva

Softshell - når du ønsker behagelig kvalitet!

Dette er en forholdsvis ny kvalitet innenfor fritidsklær, som har blitt veldig populær. Vi har valgt en kvalitet med stretch, som ikke bare er slitesterk, men også pustende, vind- og vannavvisende. En veldig smart fritidsjakke med mange detaljer - et kvalitetsprodukt til en super pris.



Modell 21224
Herre Softshelljakke
Farge: Sort - Marine - Rød
Str. XS - 4XL

Modell 21225
Dame Softshelljakke
Farge: Sort - Marine - Rød
Str. XS - 4XL

kr. 499,- inkl. mva

kr. 499,- inkl. mva

Bestill på 57 69 46 00 eller www.praxis.no - hvor du kan se hele kolleksjonen

Sjøtun Næringspark · 6899 Balestrand · Telefon: 57 69 46 00 · Telefax: 57 69 46 01

praxis

... gjør dagen din behagelig

Sykepleien nr. 17/10/2009