

Alt i ett jafs?

Lønnsoppgjørets time har kommet. Side 7 og 16



Magnet på Rikshospitalet

Side 58

Bloggeren

Michael Mortensen er ikke som sykepleiere flest. Side 74



Sykepleien

NSF POLITIKK: NSF kan inngå en avtale om at sykepleiere utvider sin arbeidstid i sommerferien - mot høyere timelønn.

7 2010
27. mai
2010
98. årgang

Hvem skal styre faget?

Divisjonen for sykepleie på Ahus er borte. Legene jubler.

Alle med demens fortjener diagnose

...og alle med Alzheimers sykdom har krav på behandling

Ebixa[®]
memantin

Effekten kan måles allerede etter 4 uker¹

Indikasjon: Behandling av pasienter med moderat og alvorlig grad av Alzheimers sykdom.



C Ebixa "Lundbeck"

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

DRÅPER, oppløsning 10 mg/g; 1 g (20 dråper) **inh.**: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, kaliumsorbat (E 202), sorbitol, renset vann. **1 TABLETTER**, filmdrasjerte 5 mg, 10 mg, 15 mg og 20 mg: Hver tablett **inh.**: Memantinhydroklorid 5 mg, resp. 10 mg, 15 mg og 20 mg tilsv. memantin 4,15 mg, resp. 8,31 mg, 12,46 mg og 16,62 mg, hjelpestoffer. Tabletter 10 mg **inh.** laktose 166 mg og har delestrek. **INDIKASJONER**: Behandling av pasienter med moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom. **DOSERING**: Behandlingen bør initieres og veiledes av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av Alzheimers demens. Behandling skal bare igangsettes hvis omsorgsperson jevnlig kan monitorere pasientens legemiddelinntak. Diagnostisering bør gjøres i tråd med gjeldende retningslinjer. **Voksne/eldre**: Tas 1 gang daglig uavhengig av måltider. Maks. dose er 20 mg (40 dråper) daglig. Risikoen for bivirkninger reduseres ved å gradvis øke dosen med 5 mg (10 dråper) pr. uke i de første 4 ukene opp til vedlikeholdsdose: Uke 1: 5 mg (10 dråper) daglig. Uke 2: 10 mg (20 dråper) daglig. Uke 3: 15 mg (30 dråper) daglig. Uke 4: 20 mg (40 dråper) daglig. Deretter fortsetter behandlingen med anbefalt vedlikeholdsdose på 20 mg (40 dråper) daglig. **Nedsatt nyrefunksjon**: Dosejustering er ikke nødvendig ved lett nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 50-80 ml/minutt). Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 30-49 ml/minutt) bør daglig dose være 10 mg (20 dråper). Hvis godt tolerert etter minst 7 dagers behandling kan dosen økes til 20 mg (40 dråper)/dag iht. vanlig opptitreringsplan. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 5-29 ml/minutt) bør dosen være 10 mg (20 dråper)/dag. **Nedsatt leverfunksjon**: Ved mild eller moderat nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» grad A eller B) er det ikke nødvendig med dosejustering. Memantin anbefales ikke ved alvorlig nedsatt leverfunksjon pga. manglende data. **KONTRAINDIKASJONER**: Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. **FORSIKTIGHETSREGLER**: Forsiktighet utvises hos epileptikere som tidligere har hatt episoder med krampefall, eller pasienter som er predisponert for epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat (NMDA)-antagonister som amantadin, ketamin eller deksmetorfan bør unngås pga. økt risiko for bivirkninger. Overvåking av pasienter ved tilstander med økt pH-verdi i urin (f.eks. drastiske kostholdsendringer, stort inntak av syrenøytraliserende midler, renal tubulær acidose (RTA) eller alvorlige urinveisinfeksjoner med Proteus) kan være nødvendig. Pga. begrenset erfaring bør pasienter som nylig har hatt hjerteinfarkt, ubehandlet kongestiv hjertesvikt (NYHA klasse III-IV) eller ukontrollert høyt blodtrykk overvåkes nøye. Bør ikke brukes ved arvelig galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Dråper bør ikke brukes ved fruktoseintoleranse. Moderat til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å nedsette evnen til å kjøre motorkjøretøy og betjene maskiner. I tillegg kan memantin ha lett til moderat påvirkning på reaksjonsevnen. Pasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motorkjøretøy eller betjener maskiner. **INTERAKSJONER**: Effekten av barbiturater og neuroleptika kan bli redusert. Samtidig administrering av memantin med spasmolytiske stoffer som dantrolen eller baklofen, kan modifisere deres effekter og dosejustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadin, ketamin og deksmetorfan bør unngås pga. risiko for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokainamid, kinin og nikotin inneberer en mulig risiko for økte plasmanivåer. Redusert ekskresjon av hydrokortizid eller kombinasjonspreparater med hydrokortizid er mulig. Enkelttilfeller av økt INR ved samtidig warfarinbehandling

er sett. Nøye monitoring av protrombintid eller INR anbefales. **GRAVIDITET/AMMING**: *Overgang i placenta*: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Bør ikke brukes under graviditet hvis ikke helt nødvendig, og etter nøye vurdering av nytte/risiko. *Overgang i morsmelk*: Ukjent. Memantin er lipofilt og utskillelse antas å forekomme. Amming fra rådes under behandling. **BIVIRKNINGER**: Bivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. *Hyppige (>1/100)*: Gastrointestinale: Forstoppelse. Hjerte/kar: Hypertensjon. Luftveier: Dyspné. Neurologiske: Svimmelhet. Psykiske: Somnolens. Øvrige: Hodepine. *Mindre hyppige*: Gastrointestinale: Oppkast. Hjerte/kar: Hjertesvikt, venetrombose/tromboembolisme. Infeksiøse: Soppinfeksjoner. Neurologiske: Unormal gange. Psykiske: Hallusinasjoner (stort sett rapportert ved alvorlig Alzheimers sykdom), forvirring, Øvrige: Tretthet. Krampefall er rapportert svært sjeldent. Enkelttilfeller av psykotiske reaksjoner og pankreatitt. Alzheimers sykdom er forbundet med depresjon, selvmordstanker og selvmord. Dette er også rapportert under memantinbehandling. **OVERDOSERING/FORGIFTNING**: *Symptomer*: Hvh. 200 mg og 105 mg/dag i 3 dager har vært forbundet med tretthet, svakhet og/eller diaré eller ingen symptomer. Ved overdoser på <140 mg eller ukjent dose har pasientene hatt symptomer fra sentralnervesystemet (forvirring, søvnløshet, somnolens, svimmelhet, agitasjon, aggresjon, hallusinasjoner og unormal gange), og/eller magetarmsbesvær (oppkast og diaré). Den høyeste rapporterte overdosen, 2000 mg, ga symptomer fra sentralnervesystemet (koma i 20 dager, og senere dobbeltsyn og agitasjon). Pasienten ble behandlet symptomatisk og med plasmaferease, og kom seg uten varige mén. En pasient som hadde fått 400 mg memantin oralt fikk symptomer fra sentralnervesystemet som rastløshet, psykose, synshallusinasjoner, krampeanfens, somnolens, stupor og bevisstløshet. Pasienten ble restituert. *Behandling*: Symptomatisk. Se Giftnormasjons anbefalinger N06D X01 side d. **EGENSKAPER**: *Klassifisering*: Memantin er en spenningsavhengig, ikke-kompetitiv NMDA-reseptorantagonist med moderat affinitet. *Virkningsmekanisme*: Ved neurodegenerativ demens er det i økende grad bevis for at svikt i glutamaterge neurotransmittere, særlig ved aktivering av NMDA-reseptorer, medvirker til både symptom- og sykdomsforverrelse. Memantin modulerer virkningen av patologisk økte spenningsnivåer av glutamat som kan føre til neuronal dysfunksjon. *Absorpsjon*: Absolutt biotilgjengelighet ca. 100%. T_{max}: Etter 3-8 timer. «Steady state»-plasmakonsentrasjoner fra 70-150 ng/ml (0,5-1 µmol) med store interindividuelle variasjoner. *Proteinbinding*: Ca. 45%. *Fordeling*: Distribusjonsvolum ca. 10 liter/kg. *Halveringstid*: Memantin elimineres monoeksponensielt med terminal t_{1/2} på 60-100 timer. Total clearance (Cl_{tot}): 170 ml/minutt/1,73 m². Renal eliminasjonsrate av memantin ved alkalisk urin kan bli redusert med en faktor på 7-9. *Metabolisme*: Ca. 80% gjenfinnes som modersubstansen. Hovedmetabolittene er inaktive. *Utskillelse*: Gjennomsnittlig 84% utskilles innen 20 dager, mer enn 99% utskilles renalt. **OPPEVARING OG HOLDBARHET**: Dråper: Åpnet flaske bør brukes innen 3 måneder. **PAKNINGER OG PRISER**: *Dråper*: 50 g (glassflaske) 826,30. *Tabletter*: Startpakn.: 7 stk. 5 mg + 7 stk. 10 mg + 7 stk. 15 mg + 7 stk. 20 mg (blister) 591,00. 10 mg: 30 stk. (blister) 516,30. 50 stk. (blister) 823,80. 100 stk. (blister) 1612,70. 20 mg: 28 stk. (blister) 932,80. 98 stk. (blister) 3177,30.

PRISER SIST ENDRET: 01.02.2010



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

www.ebixa.com

Jobber du med rekruttering?

Velg mediet som når alle!

Rekruttering er viktig. Personen som ansettes skal fungere både faglig og samarbeidsmessig. Trenger du sykepleiere er det lurt å velge mediet som når alle, og som også de passive leser. På den måten har du gjort ditt for å få et godt resultat.

Velg mellom kombinasjonsproduktet blad og nett eller kun nett. Lever gjerne annonsen i god tid, så får din annonse ekstra lang utlysningstid på nett. Fordi vi daglig legger ut på nettet.

Vi har gratis annonseutforming og søkergaranti og konkurransedyktige priser. Så har du stillingsannonser – bruk Sykepleien.

Er du ny kunde får du den første stillingsannonsen til halv pris.

Kontakt Finn eller Ingunn. Vi står til tjeneste!

Finn.simonsen@sykepleien.no 22 04 33 52

Ingunn.roald@sykepleien.no 22 04 33 70

Sykepleien

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

E-post:

redaksjonen@sykepleien.no
interaktivt@sykepleien.no

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

Medarbeidere:

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

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

Journalist 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.helmers@sykepleien.no

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

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

Journalist/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

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

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

Markedskonsulent, stilling: Finn Simonsen
tlf. 22 04 33 52/91 68 46 64
finn.simonsen@sykepleien.no

Repro og trykk
Stibo Graphic AS



SYKEPLEIENS FORMÅLSPARAGRAF:

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

Gjesteskrivere:



Bodil Bach forteller om nye web-løsninger for kommunikasjon med pasientene. En ny studie viser at hudleger sparer tid på web-konsultasjoner fremfor å møte pasienten. Side 40.



Håkon Høst har liten tro på å rekruttere unge til helseyrkene, slik det nå satses. Gi heller godt voksne med erfaring mulighet til å utdanne seg, det har gitt best uttelling, mener han. Side 70.



Per Nortvedt tar opp hvordan man best mulig skal gi alvorlige beskjeder til pasienter. Han gir eksempler på hvordan det ikke bør gjøres. Side 72.



Trude Aarnes møter mange unge jenter, og merker hvordan de blir mer og mer opptatt av utseendet til kjønnsleppene sine. Så viktig er det blitt at kravet om kosmetisk operasjon ikke er uvanlig. Side 80.



Innhold

Sykepleien

AKSJONISTEN: «Fokuset på likelønn

Hva skjer

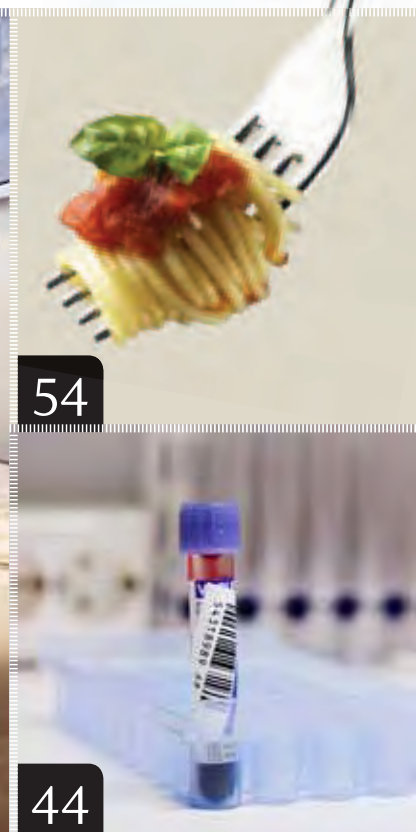
- 7 Aksjonisten
- 8 Hva skjer – småstoff
- 10 Sykepleiere kan bli tiltalt
- 11 Frykter flukt fra Oslo-gigant
- 12 Lar pasientens behov styre
- 14 Rike pårørende bremser utskrivning
- 16 Private sykepleiere får ikke følge tariff
- 18 Kulturveiledere inntar Ullevål
- 20 Et lite skritt videre
- 22 Helse Stavanger får 500 000 kroner i bot
- 23 Vi bare spør Martin Olsen

Der ute

- 34 Privat praksis
 - – Ikke imot private initiativ
- 40 Verkstedet
- 41 Min jobb
- 42 Øyeblikket
- 44 En blodprøve til å stole på
- 48 Må hjelpe pasientens barn



34



54

44

Tema: Hvem skal styre sykepleierne?

- 26 – Vi frykter at det Divisjon for sykepleie har oppnådd er forgjeves
- 30 – Ga dårligere pasientsikkerhet
- 32 Får det til i Tønsberg

24



Illustrasjon: Stig M. Weston

vil neppe dabbe av når forhandlerne pakker sammen for i år og drar på ferie.»

7 • 2010
27. mai 2010 • 98. årgang

Fag og bøker

- 50 Munnstell til kreftsyke barn
- 54 Egen meny for barn
- 58 En modell for bedre sykepleie
- 62 Forfatterintervju: Herdis Alvsvåg
- 64 Bokanmeldelser
- 66 Vask hendene!
- 66 Quiz

Mennesker og meninger

- 68 Lisbeth Normann om psykisk syke
- 69 Meninger
- 70 Håkon Høst om rekruttering
- 72 Dilemma
- 74 Tett på Michael Mortensen
- 78 Hør her: Frederik Frøen vs Eva Sommerseth
- 80 Refleks

- 82 Stillingsannonser
- 91 Meldinger, skoler og kurs

Gjesteskribenten

«Da jeg var ung, var det ingen som barberte kjønns-hårene»

Trude Aarnes

80



«Det må skje noe. Fru Olga på rom åtte, som jeg ikke vet om jeg kan gjenopplive ...»

74



58

La behovet styre valget



Kompetanse

Kjell Runar er sykepleier. Han jobber hos oss og hjelper deg til bedre behandling av dine pasienter.

Han er en av mange i Norengros med høy kompetanse på medisinske forbruksvarer og utstyr – test oss!

TenderCare

Norengros har markedets største og bredeste sortiment på engangs-/undersøkeshansker. Vi er også Norges største leverandør av disse produktene, både til helsesektoren og industrien.

Be om vår brosjyre for valg av riktig hanske til riktig bruksområde.

Til helsesektoren anbefaler vi TenderCare Nitril. En hanske som gir maksimal fingerfølsomhet. TenderCare Nitril er også vår sterkeste engangshanske. Nitril gir ingen latexallergi. Tilfredsstillende EN 455, godkjent for medisinsk bruk. AQL 1,0 (Acceptable Quality Level).

Ønsker du å teste denne hansken har vi nå tilbud på TenderCare Nitril til 30. juni.

99856	Tendercare Nitril	Small	pk á 150
99858	Tendercare Nitril	Medium	pk á 150
99859	Tendercare Nitril	Large	pk á 150
99860	Tendercare Nitril	X-large	pk á 150

Alle priser er oppgitt ekskl. mva. Vi tar forbehold om trykkfeil.

Tilbud!



54⁹⁰
pr pk

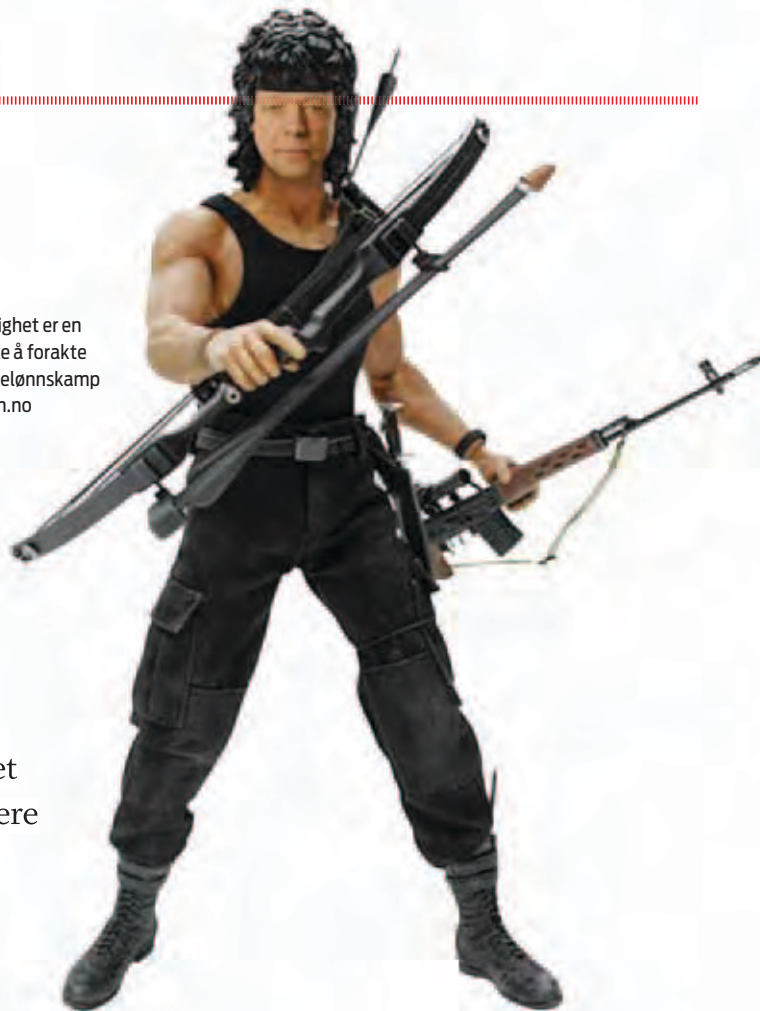
For å spare miljøet har vi nå pakket 150 hansker i hver eske

Barth Tholens om kamplyst

Stilling: Redaktør i Sykepleien

E-post: barth.tholens@sykepleien.no

KLAR FOR KRIG: Utålmodighet er en dyd, men utholdenhet er ikke å forakte heller. Følg sykepleiernes likelønnskamp hver dag på www.sykepleien.no



Alt i ett jafs?

Uansett utfallet av årets lønnsoppgjør, vil kravet om et kraftig lønnsjakk for sykepleierne forfølge sykehuseiere og kommuner i mange år framover.

Både Sykepleierforbundet og de politiske miljøene har skapt voldsomme forventninger til årets lønnsoppgjør. NSF-leder Lisbeth Normann slo allerede i sin tale på landsmøtet i 2007 fast at likelønn skulle være på plass innen neste landsmøte. Likelønnskommisjonen fyrte opp stemningen ytterligere med anbefalingen om en egen pott til formålet. Og da valget i 2009 nærmet seg, fant de fleste partiene det opportunt å bekjenne seg til likelønn også som et relativt kortsiktig mål. Samfunnets opinionsledere er enige om at likelønn er et rettferdig krav og at sykepleierne er den gruppen som står blant de fremste i rekken til å oppnå den.

Mens jeg skriver dette er utfallet av årets megling i KS og Spekter fortsatt helt opp i det blå. Men jeg kan vanskelig se noe annet utfall enn streik. Når både sykehuseiere og kommunene mener at oppjøret må holde seg innenfor rammene av oppjøret i privat sektor, er det simpelthen ikke rom for en løsning som kan tilfredsstille sykepleiernes krav. Da må regjeringen inn med «friske»

Mange år med stadig mer snakk om likelønn har skapt grobunn for en «nå eller aldri»-stemning.

midler – og den eneste måten å få Jens Stoltenberg og Sigbjørn Johnsen til å punge ut, er å vise tenner. Viljen til å sette makt bak kravet vil det ikke være noe i veien med. Mange år med stadig mer snakk om likelønn har skapt grobunn for en «nå eller aldri»-stemning. Sykepleierne kan umulig leve med et resultat som bare befester status quo for lønnsforskjellene.

Uansett om streiken nå er et faktum eller om man overraskende nok har kommet til et forhandlingsresultat, så er min spådom at likelønn vil være på menyen i mange år framover. Likelønn er et helvetes bra slagord, men vil aldri være et helt presist kalkulatorkrav med lang holdbarhet. Det er livsviktig for sykepleiernes selvfølelse og deres framtid å kjempe for likelønn, men den lar seg likevel

ikke oversette til konkrete lønnstrinn så lenge vi har et system der lønnsdannelsen er i kontinuerlig bevegelse.

Som i alle kompliserte konflikter er det derfor viktig å ha flere strategier i hodet samtidig. Kortsiktig må sykepleierne få et synlig bevis for at de blir tatt på alvor. Oversatt i penger: De må få et godt oppgjør, rett og slett. Ja, et bedre oppgjør enn ansatte i privat sektor, selv om det vil krasje med den såkalte frontfagmodellen som tilsier at oppjøret i privat sektor setter rammene for hva sykepleiere og lærere kan få i tillegg. Et godt oppgjør for disse gruppene må skje ved hjelp av penger fra regjeringen. At det er politisk vilje til å imøtekomme de kvinnedominerte utdanningsgruppene i det offentlige, vil være å regne som en halv seier for Unio. Det vil være et signal om at de er blitt tatt på alvor.

Men bak forventningene om at likelønn – hva nå den enn konkret innebærer – kan oppnås i ett jafs ved årets oppgjør, må det ligge en gryende forståelse for at det også trengs en langsiktig strategi. Spekter har tidligere argumentert med at UNIOs likelønnsmas egentlig handler om likestilling i samfunnet. De kan ha et lite poeng der. Men uansett hva man kaller det, vil kampen for likelønn/likestilling være en kjerneverdi som man alltid skal være villig til å gå på barrikaden for. Den kampen vil aldri være vunnet for alltid. Den må foregå kontinuerlig. Den handler om å utjevne forskjeller der de er urimelige, men ut fra den erkjennelsen at ulikheter alltid vil oppstå – enten den ene veien eller den andre – i hvert system som ikke baserer seg på diktatur, men på forhandlinger.

Om noen skulle ha trodd det, så vil fokuset på likelønn neppe dabbe av når forhandlerne i Unio, KS og Spekter pakker sammen for i år og drar på ferie. Om to år vil det være der igjen, og om fire år også. Derfor er det nok viktig at sykepleiere har skyhøye forventningene til at de kan oppnå likelønn nå. Jo større forventningene og kamplysten er, desto mer vil arbeidsgiverne forstå at de aldri vil få fred – så lenge lønna de tilbyr, oppleves som urettferdig. Dagens kamp er bare opptakten til den neste.

Svensk hodepine

Overforbruk av smertestillende er årsaken til kronisk hodepine hos 150 000 svensker, ifølge en ny studie hvor 45 000 svensker er kartlagt.

– Vi kaller det et paradoks. Vi vet ikke sikkert hva det kommer av, men tar man medisinene oftere enn ti dager per måned i minst tre måneder, risikerer man å bli rammet, sier Pernilla Johnsson, apoteker og doktortogradkandidat ved Gøteborgs universitet til Dagens Nyheter.

Det vanligste er at det er bruken av reseptfrie medisiner som leder til utviklingen av kronisk hodepine, særlig Alvedon, opplyser Jonsson. Men man får plagene raskest ved bruk av medisiner spesielt mot migrene, såkalte triptaner.

Sykdommen er 2,7 ganger mer vanlig hos kvinner enn menn.



FOR MYE PILLER gir hodepine. Foto: Colourbox

Hva skjer



Danskene har nordisk rekord i kreft

Langt flere dansker får konstatert kreft, og dør av det, enn i Sverige, Norge og Finland. Dette kommer frem i et utkast til Sundhedsstyrelsens nye handlingsplan for kreft.

Årsaken til danskernes bunnplassering, er ifølge rapporten deres risikoatferd med høyt tobakks- og alkoholforbruk.

Videnskab.dk

USUNNE: Danskene drikker og røyker for mye, fastslår rapport. Foto: Marit Fonn



TEXAS? Det har vært dårlig kontroll av dokumentasjonen utenlandske helsearbeidere viser frem når de søker norsk autorisasjon, og dermed lett å jukse. Foto: Colourbox

Jukser seg til jobb

Ifølge VG har svært mange utenlandske helsearbeidere skaffet seg jobb i det norske helsevesenet med falske dokumenter eller manglende kvalifikasjoner. Problemet er at myndighetene ikke sjekker opp søknader godt nok. Det er Statens autorisasjonskontor (Safh) som har denne oppgaven.

Les mer om:

- 10** Sykepleiere kan bli tiltalt ›
- 11** Frykter flukt fra Oslo-gigant ›
- 12** Lar pasientens behov styre ›
- 14** Rike pasienter bremser utskrivning ›
- 16** Får ikke tariff i privat sektor ›
- 18** Kulturveiledere til sykehus ›
- 20** Et lite skritt videre ›
- 22** 500 000 i bot for Helse Stavanger ›

sykepleien.no

Blir det streik?
Følg med på sykepleien.no



Sykepleie pop hos italienske menn



OMSORGSFULLE? Hva er grunnen til at så mange flere menn i Italia velger sykepleie, ønsker to forskere svar på. Foto: Colourbox

En av fire sykepleiere i Italia er menn. Hvorfor velger menn i en machokultur et omsorgsykke når så få menn i likestillingslandet Norge gjør det samme?

Førsteamanuensis og sosiolog Kari Solbrække og professor Kristin Heggen ved Universitetet i Oslo håper å finne svaret på dette spørsmålet i et forskningsarbeid de nettopp har startet. De to forskerne skal sammenligne mannlige sykepleiere i Italia og Norge.

Kilden

Nytt på kreftfronten

Forskere ved Oslo universitetssykehus har utviklet nye biomarkører som kan oppdage tykktarmskreft før den blir dødelig. Målet til forskerne er i løpet av få år å oppdage 90 prosent av alle forstadier til kreft og svulster i tarmen ved hjelp av en avføringsprøve.

Tykktarmskreft er en av de vanligste kreftformene i Norge og rammer over 3500 nordmenn hvert år. Forskerne håper nå at kommersielle aktører kommer på banen.

Homo-guide

Ta det ikke for gitt at pasienten er heterofil, er budskapet til Landsforeningen for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (LLH) i en ny brosjyre.

Brosjyren ble offentliggjort 20. mai, som er 60-årsdagen til den første norske foreningen for homofile.

Ifølge LLH tør ikke alle pasienter våge å korrigere helsepersonell som tar for gitt at de er heterofile. På den måten mister helsepersonell viktig informasjon om pasienten. Brosjyren laget i samarbeid med Norsk Psykologforening, Den norske legeforening, Landsgruppen av Helsesøstre NSF, Jordmorforbundet NSF, Norsk Sykepleierforbund, og Helsedirektoratet.



Karl Evang prisen

Statens helsetilsyn oppfordrer folk til å sende inn forslag på kandidater til Karl Evang-prisen for 2010. Prisen deles ut hvert år og går til en person eller organisasjon som har jobbet ekstra for folkehelsen. Dersom du vet om gode kandidater, kan du sende forslagene til: evangprisen@helsetilsynet.no eller til: Statens helsetilsyn, Avd. II, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo.



Illustrasjon: Sven Tveit

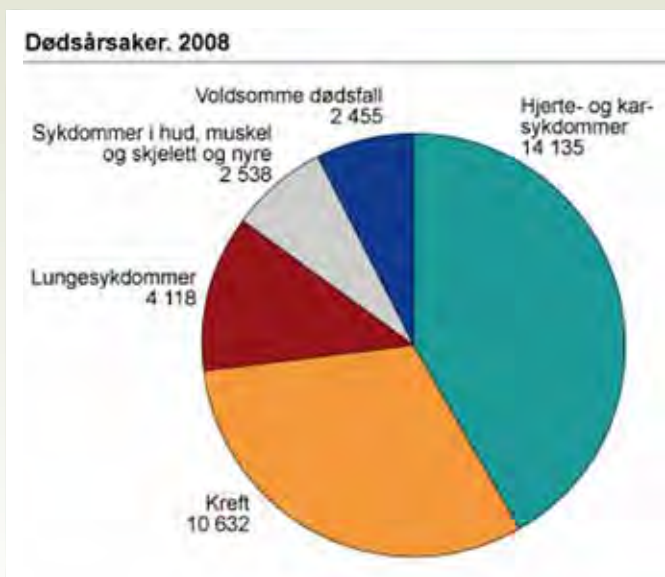
ØKONOMISERING AV PLEIEHJEMSPASSER

Statistikk dødsårsaker

41 700 personer bosatt i Norge, døde i 2008. Av disse var 20 300 menn og 21 400 kvinner.

Hjerte- og karsykdommer er sammen med kreft, årsaken til to tredjedeler av dødsfallene. Lungesykdommer var årsak til ett av ti dødsfall i 2008.

Kilde: SSB



Meninger fra www.sykepleien.no

Profesjonalitet og faglig kjønn



„ ...Det som forundrer meg igjen og igjen er NSF Students frykt for at sykepleiestudentene skal få inntrykk av at sykepleie handler om mer enn å utføre et mekanisk håndverk. *Stein Fæø*

Helse Stavanger får 500 000 kroner i bot

„ - Hvem taper?...Skal rett være rett, så trekk boten fra godtgjørelsene styremedlemmene får! *Kruttlappen*

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

Kan bli tiltalt

Tre av AMK-sykepleierne som var på vakt da en 63 år gammel dame fikk hjertestans og døde på Tøyen i vinter, har nå fått status som mistenkte av politiet.

Tekst **Kari Anne Dolonen**

Det er kun tre AMK-operatørene som har fått status som mistenkte av politiet. Alle de tre er sykepleiere. Ingen av politibetjentene eller ambulanspersonellet har fått tilsvarende status.

Advokat Nils Ole Bay leder etterforskningen på verv for Spesialenheten for politisaker.

– Kan du si noe om årsaken til at nettopp disse tre har fått status som mistenkte og ikke ambulanspersonell eller politi?

– Ved å gi en person status som mistenkt, får vedkommende enkelte prosessuelle rettigheter som et vitne ikke har. De viktigste er rett til å nekte å forklare seg, rett til å være bistått av advokat i avhør og rett til innsyn i straffesaksdokumentene, sier Bay.

De tre sykepleierne har ifølge Bay fått status som mistenkt fordi det er en større sannsynlighet for at de vil bli straffeforfulgt enn det er for politi- og ambulanspersonellet. Derfor har de også blitt gitt de straffeprosessuelle rettighetene man får som mistenkt.

Flere avhør

– Hva skjer videre i saken nå?

– Det gjenstår å gjennomføre noen flere avhør. I tillegg avventer man Statens helsetilsyns vurdering av om tilsynet finner grunnlag for å begjære påtale overfor noen involverte.

Når etterforskningen er avsluttet, inngir Bay en skriftlig innstilling til Spesialenheten for politisaker på Hamar. Den tar endelig stilling til spørsmålet om straffansvar. Med andre ord om saken skal henlegges, om det skal gis forelegg, eller om det skal tas ut til tale mot noen av de involverte.

Helsetilsynet ikke ferdig

Statens helsetilsyn etterforsker også saken. Helsetilsynet vurderer om handlemåten til noen involverte innebærer brudd på regler i Helsepersonelloven.

Dette er saken:

En 63 år gammel kvinne fikk hjertestans på Tøyen i Oslo i januar. Pårørende ringte 113. AMK-sentralen vurderte situasjonen med de pårørende som truende og ringte politiet. Pårørende ble lagt i bakken i håndjern utenfor leiligheten. Kvinnen ved hjertestans døde. Om det kunne vært forhindre, eller om AMK og politiet handlet riktig, skal utredes videre.

Spesialenheten for politisaker vurderer om det er grunnlag for straffansvar for brudd på bestemmelser i helsepersonelloven eller straffeloven.

– Samarbeider dere med Statens helsetilsyn?

– Helsetilsynet og Spesialenheten samarbeider i den forstand at Spesialenheten avventer tilsynets vurdering av om det er grunnlag for å begjære påtale, og Spesialenheten vil kunne innhente kopi av dokumenter i tilsynssaken.

– Hva er status i etterforskningen hos dere i Statens helsetilsyn?

– Saken er fremdeles under behandling. Jeg kan ikke si noe om nå om tidsforløpet, sier avdelingsdirektør i Statens helsetilsyn, Gorm Are Gammeltvedt.

Belastende

Oslo universitetssykehus sier at arbeid med akutt nødhjelp er ekstremt krevende.

– Vi ser med bekymring på at våre ansatte i sin arbeidssituasjon i økende grad blir utsatt for trusler og føler utrygghet. Det er en ekstra belastning å få status som mistenkt når man har stått i en så krevende situasjon. Nå ser vi frem til at politiet får gjort ferdig sin gjennomgang av saken, sier klinikkleder Olav Røise ved akuttklinikken, Oslo universitetssykehus til Sykepleien.

– Jobber de tre sykepleierne fortsatt ved sykehuset?

– Deres ansettelsesforhold er uendret, opplyser Røise. ■■■

art 9501
kr 329,-
Inkl. mva

Look good
www.HealthWorkers.com
...feel good

Ny katalog

Den nye katalogen vår er her. Friskere og stiligere arbeidstøy enn noen gang før!

Bestill i dag!
GRATIS KATALOG
www.HealthWorkers.com
Tel 33 48 60 50

Live Sweet! fresh new looks.

Minuta søsterur

HealthWorkers
www.HealthWorkers.com

SZ010.06 NR7

Frykter flukt fra Oslo-gigant

2 900 årsverk skal kuttes på gigantsykehuset i Oslo. – Tallene er høyst usikre, mener foretakstillitsvalgt Merete Norheim Morken.

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

Merete Norheim Morken ble svært overrasket da nyheten kom om at 2 900 ansatte på Oslo universitetssykehus (OUS) må slutte innen utgangen av 2012.

– Selv om vi har vært forberedt på at sykehuset skal ned i stillinger, er det fortsatt mye som er uavklart.

Rundt 1 300 av stillingskuttene er knyttet til at en stor del av pasientene skal overføres til Ahus og Vestre Viken innen 1.1.2011. Resten av nedbemanningen er knyttet til at flere avdelinger i Oslo etter hvert skal samlokaliseres.

– Jeg oppfatter tallene som grovskisser, sier Morken.

Har ikke fått penger

For samlokalisering kan ikke skje før finansieringen er på plass. Bygg må gjøres om og oppgraderes, personale må læres opp.

– Alt dette koster. Men OUS har ikke fått midler ennå.

Aller mest er hun bekymret for at viktig kompetanse nå vil forsvinne fra Oslo-sykehuset på grunn av usikkerheten.

– Hvordan dette vil ramme sykepleierne til sjuende og sist, vet vi ikke.

Ahus utlyser nå stillinger internt til OUS.

Sykepleierflukt?

– Burde ikke OUS-ledelsen gått ut med disse tallene?



TVILER: Foretakstillitsvalgt Merete Norheim Morken ser på tallene som en grovskisse.

– I hvert fall ikke så konkret. Jeg tror det kan bli både flere og færre enn 2 900. Tallene burde vært kvalitetssikret bedre. De sier for eksempel ingenting om hvilke yrkesgrupper det gjelder.

Flere sykepleiere er usikre på hvordan de skal forholde seg til de bebudete kuttene.

– Jeg frykter flukt av sykepleiere. Det har allerede skjedd på Aker, noe som gjør det vanskelig å opprettholde driften der, sier hun.

– Hva gjør du nå?

– Vi etterlyser realistiske bemanningstall. Et grundig arbeid må til for å få dette på plass. En rekke premisser må avklares. Men det tar sin tid, sier hun. ■■■

 **HYUNDAI**



i20

Hyundai i20 har alt du kan forvente av en ny bil; sikkerhet, komfort og nå med utvidet 5 års trippelgaranti kombinert med overkommelig pris og økonomisk drift. Med sitt moderne design, innvendige plass og mange praktiske løsninger har Hyundai i20 blitt en vinner i sin klasse.

Hyundai i20 har oppnådd 5 av 5 mulige stjerner i ny Euro NCAP test som setter fokus på bilens totale sikkerhet.



Pris fra kun
kr 159.950,-
Pr mnd kr 1.578,-*



www.hyundai.no



Kvalitet fra verdens 5. største bilprodusent

Moderne design
og topp sikkerhet

*4,35% nom. rente. Eff. rente er beregnet ut fra bilens pris kr 159.950,-. Egenkapital kr 55.982,-. 7 års nedbetaling. Etableringsgebyr og tinglysning er inkludert. Kredittkjøpspris er kr 188.535,-. Veil. pris levert Drammen. Lokale frakt- og leveringskostnader tilkommer. Drivstoff forbruk blandet kjøring: fra 0,44 l pr mil. CO₂ utslipp: fra 116 g/km.

Lar pasientens behov styre

I bydelen Nordstrand i Oslo får pasientene akkurat den hjelpen de trenger. En tjenesteansvarlig og primærkontakt skal sørge for at nødvendig kompetanse er på plass.

Tekst Bjørn Arild Østby Foto Erik M. Sundt

Det snakkes og skrives mye om tjenestetilbudet til eldre, enten de har plass på sykehjem, bor i bemannede boliger eller får tilbud fra hjemmesykepleien. Men det er langt mellom de positive beskrivelsene.

– Det behøver ikke å være så vanskelig som man ofte tror og kan få inntrykk av, sier enhetsleder Karin Gabrielsen i Bydel Nordstrand i Oslo.

Her har hjemmesykepleien i vel ett år benyttet «Behovsbasert kompetansestyring» – med gode resultat. Bydel Nordstrand er en av fire bydeler og fem sykehjem i Oslo som har tatt i bruk dette styringsverktøyet.

Målgruppen for «Behovsbasert kompetansestyring» er alle brukere som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester i bydelen. I dag er det registrert rundt 800 brukere av hjemmesykepleie.

har ansvar for 20 – 25 brukere i hjemmetjenesten, og må være ansatt i minimum 75 prosent stilling.

– Brukere med behov for omfattende tjenester får i tillegg oppnevnt en primærkontakt, som kan være helsefagarbeider eller ha annen relevant helsefaglig utdanning. Også denne personen skal ha minimum 75 prosent stilling, sier Sandstrøm.

En forutsetning for å ta i bruk modellen er at bemanningsgrunnlaget er på plass, understreker de to.

– Selv har vi ikke problemer med å rekruttere den bemanningen vi trenger. En viktig årsak til det er nok knyttet til den nye måten å arbeide på, mener Gabrielsen.

«Det behøver ikke å være så vanskelig som man ofte tror.»

Karin Gabrielsen, enhetsleder i Bydel Nordstrand, Oslo

Brukerens behov

Hensikten bak prosjektet i Bydel Nordstrand er å finne fram til hvordan sykepleiere, vernepleiere og helsefagarbeidere på best mulig måte kan være til nytte og bidra med sin kompetanse. For å finne svaret har hjemmesykepleien tatt utgangspunkt i brukerne selv.

Enhetsleder Karin Gabrielsen og avdelingssykepleier for hjemmesykepleien Heidi Sandstrøm forteller at alle brukere som blir tildelt kommunale helse- og omsorgstjenester får kartlagt sin totale helse- og livssituasjon. Dette gjør det lettere å planlegge riktig bemanning ut fra brukerens tjenestebehov. På bakgrunn av det registrerte behovet får den enkelte bruker oppnevnt sin tjenesteansvarlige sykepleier eller vernepleier. Vedkommende skal sikre brukermedvirkning, god pleie og omsorg. Tjenestene blir koordinert med tjenester fra andre som har aktive roller i forhold til brukeren. Det er forventet at den tjenesteansvarlige skal utarbeide og følge opp langsiktige planer for den enkelte bruker og ellers ta seg av behov som fortløpende dukker opp.

20–25 brukere

En tjenesteansvarlig sykepleier eller vernepleier

BEHOVSRETTET: – Alle brukere får kartlagt sitt totale tjenestebehov, sier avdelingssykepleier for hjemmesykepleien Heidi Sandstrøm (til h.) og enhetsleder Karin Gabrielsen i Bydel Nordstrand.

Riktig bemanning

Den enkelte brukers totale helse- og livssituasjon blir registrert som:

- › uavklart
- › avklart og stabil
- › avklart men ustabil
- › ustabil/avansert

– Hva ligger i disse begrepene?

– **Uavklart** betyr at brukeren er ny, eller at det har oppstått noe helt nytt hos vedkommende. I slike situasjoner vurderer sykepleieren, som utfører de direkte tjenestene, brukerens behov og utarbeider en tiltaksplan. Brukeren blir deretter plassert i en av de tre andre kategoriene, forteller Sandstrøm.

En **avklart og stabil** situasjon innebærer at det er klart for alle hvilke behov brukeren har og hvilke tjenester som skal ytes. Det foreligger allerede en plan hvor helsefagarbeider utfører det daglige hjelpebehov, mens tjenesteansvarlig sykepleier stadig vurderer brukerens behov gjennom selv å utføre direkte tjenester.

En **avklart ustabil** situasjon betyr at brukeren er ustabil men allerede registrert av hjemmesykepleien. Det kan være knyttet til fysiske, psykiske eller sosiale forhold. Dette krever høyere grad av sykepleie.

I en **ustabil eller avansert** situasjon er brukeren kritisk syk, har vanskelige symptomer



Fakta

Behovsbasert kompetansestyling (tidligere Kompass) sikrer at det er personale med riktig kompetanse som utøver direkte tjenester til brukerne. Tverrfaglig kompetanse gjøres tilgjengelig for brukerne etter behov.

eller farlig atferd. Her kreves 100 prosent sykepleier i direkte tjenesteyting.

– Disse situasjonsbeskrivelsene viser hvilken kompetanse ansatte må ha ut fra brukerens behov, og hvilken sammensetning av personale som er riktig, sier Heidi Sandstrøm.

Felles oversikt

For å beregne bemanningsbehovet i hjemme-sykepleien må ledelsen av tjenesten ha oversikt over alle aktiviteter turnuspersonalet utfører. En egen arbeidsplan viser hvor mye tid som brukes til brukerrettet administrasjon, personalmøter, fagutvikling, transport og andre driftsoppgaver, i tillegg til den direkte tjenesteyting til brukerne.

– For oss som ledere er dette en helt nødvendig styringsinformasjon både for planlegging av daglig bruk av ansattes kompetanse, turnusplanlegging, rekruttering og framskriving av bemanningsbehov i åra framover, mener Gabrielsen.

Ordningen med tjenesteansvarlig og primærkontakt har også gjort samarbeidet med pårørende og andre som yter tjenester bedre. Tjenesteansvarlig har tettere kontakt med fastlege og andre fagpersoner, mens primærkontakten etter avtale med tjenesteansvarlig samarbeider tettere med for eksempel hjemmehjelp, vaktmester eller eldresenter.

– Nå vet både brukeren selv og «alle» rundt brukeren hvem de kan ta kontakt med. Jeg har hele tiden oversikt over hvem som er tjenesteansvarlig og eventuelt primærkontakt for den aktuelle brukeren, sier Sandstrøm.

Gitt resultat

Målet har vært bedre kvalitet for brukere, større arbeidsmotivasjon blant ansatte og økt effektivitet gjennom riktig bruk av kompetanse.

– Hva er konklusjonen etter vel ett år?

– Brukerundersøkelse viser at antall svært fornøyde brukere har økt fra 20 til 40 prosent. Det gjelder blant annet kvaliteten på tjenesten, at de får den hjelpen de har behov for og at de kan bestemme hvilke type og når de mottar hjelp, sier Karin Gabrielsen.

Ansatte har også gitt uttrykk for økt motivasjon.

– Og effektivitetsgevinsten?

– I løpet av fire måneder i fjor sank kostnader knyttet til kjøp av tjenester fra vikarbyrå med nesten 40 prosent, og bruk av overtid redusert med 45 prosent, ifølge Heidi Sandstrøm. ■■■



80 000

helsearbeidere

har tilgang til PPS

Stadig flere integrerer PPS i sitt journalsystem. Den enkelte bruker slipper dermed å forholde seg til flere systemer, og pasientene sikres lik behandling.

Vil du vite mer om PPS og integrasjon med andre systemer, gå inn på våre nettsider

www.akriben.no/pps

PPS ▶
Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten

Rike pårørende bremses utskrivning

Ressurssterke pårørende kan forsinke en raskere utskrivning av pasienter fra sykehus til sykehjemmet, viser en ny undersøkelse.

Tekst og foto **Trine-Lise Gjesdal**

Hvorfor har enkelte bydeler i Oslo utskrivningsklare pasienter liggende mens andre ikke har det? Dette spørsmålet ble grunnlaget for prosjektet «Pasientflyt», et samarbeid mellom Helse Sør-Øst RHF og Oslo kommune. Prosjektet omfattet Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus, og det var i særlig grad problemer knyttet til Diakonhjemmet som fikk oppmerksomhet.



FIKK SVAR: Bydelsdirektør Knut Egger fant ut at kravstore pårørende bidrar til at flere utskrivningsklare pasienter blir liggende på sykehuset.

– Hvorfor ble bare 60 prosent av de utskrivningsklare pasientene ved Diakonhjemmet utskrevet innen ti dager etter utskrivningsdatoen når tilsvarende tall for Lovisenberg var på 90 prosent? undret prosjektleder Knut Egger, som til daglig er bydelsdirektør i Oslo kommune, Bydel Sagene.

Overraskende fakta

Diakonhjemmet og Lovisenberg representerte to store sektorer – på henholdsvis 119 000 og 145 000 i 2008. Prosjektgruppen hadde flere hypoteser på hva som utgjorde den store forskjellen på liggetider.

– Diakonhjemmet hadde en betydelig større andel eldre pasienter. Derfor skulle en tro at det var denne forskjellen i pasientgruppen som var problemet, sier Egger.

Prosjektgruppen konkluderte med at bedre levekår i vest førte til flere sykehusinnleggelser og økt behov for kommunale tjenester.

– Pårørende på vestkanten ble gitt for store muligheter til å påvirke bydelens tilbud. Samtidig kjente legene ved Diakonhjemmet for lite til hva bydelen kunne og burde tilby. Lang liggetid førte også til at pårørende og lege fikk for lang tid til å drøfte pasientens tilbud i kommunen. Og uten at kommunen var involvert, legger han til.

Samhandling er nøkkelen

Med disse opplysningene for hånd kunne prosjektgruppen avkrefte myten om at forskjeller i liggetid skyldes forskjeller i tildelte rammer og levekår. Samtidig kunne ikke tallmaterialet underbygge hypotesen om at de

«Pårørende og lege fikk for lang tid til å drøfte pasientens tilbud i kommunen»

Men dette var ikke tilfellet. Derimot var det andre ulikheter mellom bydelene som forbauset.

Mer krevende pårørende

De bydelene som ligger på vestkanten i Oslo og sokner til Diakonhjemmet har de beste levekårene i Norge. Lovisenberg, som betjener indre del av Oslo Øst, har pasienter med dårligst levekår i landet. Dette ga utslag i at ressurssterke pårørende ved Diakonhjemmet hadde større krav og forventningene til bydelens tilbud enn pårørende i Oslo Øst.

to sykehusene har forskjellig utskrivningspolitikk. Løsningen besto i å endre rutiner og få til bedre samhandling mellom aktørene.

Ved prosjektets slutt, i juni 2009, ble antall pasienter med liggetid over ti dager ved Diakonhjemmet fra bydel Frogner, redusert fra ti til fire. Bydel Ullern gikk fra 12 til to pasienter mens bydel Vestre Aker gikk ned fra 17 til en i et tidsrom på 13 uker.

– Lovisenberg inviterte bydelene til å fortelle om tjenestene sine. Da oppdaget de at tilbudet var fire ganger så stort som sykehusets, forteller Egger. ■■■



NYHET
Kun 100ml

Effektiv og skånsom håndhygiene...
Nå også i lommeformat!

Nå får du Dixin Desinfeksjonsgel også i lommeformat, slik at du kan sikre deg mot uønskede bakterier og smitte uansett hvor du er. Dixin Desinfeksjonsgel tilfredsstiller krav i bl.a. EN1500 og EN12791, har i tillegg dokumentert effekt mot Norovirus, og er dermatologisk testet.



Dixin-serien er anbefalt av
Norges Astma- og Allergiforbund

Dixin

- effektiv omsorg for hendene

Private sykepleiere får ikke følge tariff

Sykepleiere som jobber i private bedrifter har ikke krav på å følge offentlige tariffavtaler. Det avgjorde Rikslønnsnemnda i dom 11. mai.

Tekst **Bjørn Arild Østby**

Rikslønnsnemnda har behandlet striden mellom Norsk Sykepleierforbund (NSF) og NHO Service om retten til egen tariffavtale. Etter 11 dager i streik grep arbeidsminister Hanne Bjurstrøm inn med tvungen lønnsnemnd. Saken gikk til Rikslønnsnemnda, der NSF altså ikke fikk medhold.

– Ikke gjort jobben

Rikslønnsnemndas kjennelse innebærer at sykepleierne får samme tariffavtale som hjelpepleiere og andre helsefagarbeidere organisert i Fagforbundet, samt en garanti om en minstelønn for sykepleiere på 290 000 kroner. Dette er det samme som NHO Service tilbød før streiken.

Avtalen vil ikke gjelde for sykepleiere ansatt i attføringsbedrifter eller bedriftshelsetjeneste.

Begrunnelsen for dette er at nemnda mener man skal ha profesjonsnøytrale overenskomster, og fordi det arbeider ulike profesjoner i slike virksomheter, kan de ikke få tariffavtale.

– Det kan vitterlig ikke være slik at NSF som organiserer kun autoriserte sykepleiere er avskåret fra å få tariffavtale i virksomheter der det arbeider mennesker med ulike profesjoner. NHO har fått dette til på vegne av ingeniører, så dette handler om vrangvilje. Jeg vil si det så tydelig at Rikslønnsnemnda ikke har gjort jobben sin, sier forbundsleder Lisbeth Normann i NSF.

Lover ny kamp

– Tariffavtalen innen pleie- og omsorg som NSF nå har fått innen NHO Service-området, gikk ut 30. april. Det betyr at kampen for be-

dre lønn og sosiale betingelser i dette området fortsetter umiddelbart, sier Lisbeth Normann.

I tre år har NSF forsøkt å få opprettet tariffavtale for sykepleiere organisert i NHO Service-bedrifter. Forbundet har om lag 300 medlemmer i dette området, som organiserer virksomheter innenfor helse og omsorg, attføring og bedriftshelsetjeneste.

Sosial dumping

Rikslønnsnemnda konstaterer at det ikke er grunnlag for NSF's påstand om sosial dumping.

«Under prosedyren for Rikslønnsnemnda har NSF anført at de vilkår som NHO Service tilbyr representerer «sosial dumping» med hensyn til lønns- og arbeidsvilkår, en oppfatning som vanskelig lar seg forene med den redegjørelse og de fremlegg over lønnsnivå m.v. som NHO Service har fremlagt», heter det i nemndas kjennelse.

I Arbeiderpartiet ble konklusjonen fra nemnda tatt imot med beklagelse.

– Den viktigste grunnen til at private kommersielle firmaer vinner anbud framfor frivillige organisasjoner og kommunens eget foretak, er at de har lavere utgifter til lønn og pensjoner, sier Trond Jensrud (Ap), nestleder i finanskomiteen i Oslo.

– Dette er å ta penger fra lavtlønte kvinner og gi til store internasjonale selskaper.

Fornøyd

– Vi er fornøyd med nemndas avgjørelse, som er som forventet med bakgrunn i den praksis og de spilleregler som gjelder i privat sektor, sier administrerende direktør Petter Furulund i NHO Service. ■■■

NSF sa nei til Pirat Sektor da de streiket for tariffavtale i privat sektor. Nå har Rikslønnsnemnda gitt arbeidsgiverne rett.

«Dette handler om vrangvilje»

Lisbeth Normann, NSF-leder

Dette har skjedd:

- › 6. januar ble forhandlingene om tariffavtale mellom Norsk Sykepleierforbund og NHO Service brutt.
- › Konflikten gikk til mekling, som ikke førte fram. Fra morgen 26. januar gikk 50 sykepleiere i Oslo og Stavanger ut i streik.
- › To dager seinere ble ytterligere 43 sykepleiere i Oslo, Bærum og Bergen tatt ut i streik.
- › 5. februar grep arbeidsministeren inn med tvungen lønnsnemnd.
- › 10. og 11. mai behandlet Rikslønnsnemnda saken.



NYHET!

Laktosefri melk og fløte med den samme gode smaken.



Zero Laktose™
teknologi og
varemerke er
lisensiert fra
Valio Ltd

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



Kulturveiledere inntar Ullevål

Det første kullet kulturveiledere er nå overlevert fra Høgskolen i Oslo til Oslo universitetssykehus, avdeling Ullevål.

Tekst og foto **Ann-Kristin Bloch Helmers**

Det viktigste jeg har lært av studiet? Uansett kulturell eller etnisk bakgrunn har vi alle vært forelsket, vi har alle en kropp, det er større likheter enn forskjeller mellom mennesker.

Det sier Mette Vinke, spesialsykepleier i geriatri og demens. Hun jobber ved Hukommelsesklinikken på Medisinsk klinikk på Oslo universitetssykehus, og er en av 13 ansatte på sykehuset som har fått muligheten til å ta 15

trekk fra gruppe til gruppe. Å vite noe om for eksempel familiestrukturer hos ikke-vestlige pasienter, kan gjøre jobben vår enklere, sier Vinke.

– *Hvordan da?*

– Jeg jobber med å utrede pasienter hvor det er mistanke om demens, og opplever av og til at jeg har gitt beskjed om for eksempel medisiner til den jeg trodde var nærmeste pårørende. Når pasienter kommer tilbake til

bakgrunn. – Jeg møter mange pårørende og pasienter som jeg oppfatter som godt integrerte, men når man kommer litt under overflaten, er de ikke det likevel. Da er det godt å vite noe om hvordan andre kulturer organiserer familiene.

Ingen ABC

Åtte av de 13 kulturveilederne har minoritetsbakgrunn. Sykehusets mål med å sende så mange, har vært å utvikle en veiledningskompetanse på avdelingen.

Studentene har fått innsikt i kulturelt betingete begrepsforskjeller knyttet til helse, sykdom og behandling, og har øvd både med roller og case i undervisningen. Temaer de har vært igjennom er blant annet helse, sykdom, behandling og migrasjonsprosesser, og flerkulturelt arbeidsmiljø.

– *Har dere fått en slags ABC for flerkulturelle pasienter nå?*

– Nei, sier Sanna Henriksson. – For den finnes ikke.

– *Hva er det viktigste å ha med seg som kulturveileder?*

– At man må forsøke å forstå. Og at det ikke betyr at man skal godta alt. Når et pasientrom fylles opp av pårørende er det greit å vite hvorfor de ønsker å være der, men vi må også kunne sette grenser. Før sa vi nok oftere bare nei, uten å forsøke å forstå, sier Henriksson.

Vil spre kunnskapen

Hege Linnestad, leder i Seksjon for likeverdige helsetjenester ved Oslo universitetssykehus mener det er stort behov for kultursensitiv kompetanse blant helsepersonell.

– Vi diskuterer nå hvordan vi best kan nyttiggjøre oss kunnskapen disse 13 har fått, og ord-

«Mange er egentlig godt integrerte, men blir møtt av helsepersonell som om de ikke er det.»

Mahdi Shahdadfar, sykepleier

studiepoeng ved Høgskolen i Oslo, for å bli veileder i flerkulturelt helsearbeid.

Vinke har tatt kurset sammen med blant andre Sanna Henriksson, sykepleier og vikarierende seksjonsleder på sengeposten på nyremedisinsk avdeling og Mahdi Shahdadfar, psykiatrisk sykepleier på Avdeling for første gangspsykoser. Nå skal de tre ut i sine avdelinger for å spre den nyvunne kulturkunnskapen videre.

En av fem flerkulturell

Ved Oslo universitetssykehus, avd. Ullevål har hver femte pasient og hver sjettedel ansatt flerkulturell bakgrunn.

– Hver pasient er forskjellig og skal behandles som et individ. Likevel har spisevaner, klær og hvordan man tar helsemessig ansvar, felles-

medisinsk kontroll etter fire måneder og ikke har tatt medisiner, lurer jeg selvsagt på hvorfor. Jeg vet nå at det hos enkelte etniske grupper er viktig å finne frem til hvem i familien som kan ta ansvar for medisiner og hvem beskjedene skal gå gjennom, sier Vinke.

– Men samtidig kan vi ikke generalisere, sier Mahdi Shahdadfar.

Han kommer opprinnelig fra Iran, og møter av og til mannlige pårørende som er frustrerte over å bli møtt som om de har stor makt i familien, mens de egentlig har en familiestruktur som i stor grad ligner den norske.

– Mange er egentlig godt integrerte, men blir møtt av helsepersonell som om de ikke er det, sier han.

– Min erfaring er at det også kan være motsatt, sier Mette Vinke, som har nederlandsk



FLERKULTURELLE: Sykepleierne Mette Vinke (til venstre), Sanna Henriksson og Mahdi Shahdadfar (bak) har henholdsvis nederlandsk, finsk og iransk bakgrunn. De er tre av 13 ferske kulturveiledere ved Oslo universitetssykehus.



LIKEVERDIG: – Målet er at de skal fungere som holdningssskapende ambassadører, sier Hege Linnestad, leder ved Seksjon for likeverdige helsetjenester ved Oslo universitetssykehus.

ningen er litt i støpeskjeen ennå. Først vurderte vi en telefonordning, hvor andre ansatte kan ringe for å få råd dersom det oppstår vanskelige situasjoner. Foreløpig kan det bli litt for omfattende, så nå ser vi for oss at vi skal ha en ordning hvor man kan sende spørsmål på e-post samt holde internundervisning innenfor kultursensitivitet og kommunikasjon, sier Linnestad.

– Blir kulturveilederne frikjøpt for å jobbe med dette?

– I utgangspunktet blir de ikke det. Vi satser på å bygge opp et sterkt nettverk, har faglunser og møtes jevnlig for å holde hverandre oppdaterte på problemstillinger som dukker opp. Vi skal ha et møte med veiledernes nærmeste leder snart, og gjøre noen avklaringer i forhold til tid- og ressursbruk. De skal ikke bare være ildsjeler som bruker fritiden på dette, men tidsbruken må være i samråd med nærmeste leder, sier Linnestad.

– Det har vært et kull med motiverte og ressurssterke studenter, så jeg håper vi får brukt dem på en god måte fremover. Det er gunstigere å ha 13 som har tatt samme studie enn slik det har vært tidligere, hvor hver institusjon har sendt en eller to.

– Hva skal kulturveilederne gjøre i praksis?

– Målet er at de skal fungere som holdningssskapende ambassadører, utvikle kursmaterieill og holde innlegg på fagmøter og ledermøter. De kan også være med på å bekjempe fordommer og misforståelser, sier Linnestad.

Ved tidligere Ullevål universitetssykehus har det også vært avviklet et lederkurs for flerkulturelle medarbeidere, og det jobbes med et prosjekt for å tilby tro- og livssynsbetjening til pasienter og pårørende utover det sykehusprestene bistår med. ■■■



Triangelturen

Tre hovedsteder på ett cruise!

STOCKHOLM–RIGA–TALLINN fra kr 2.510,- per person

- Til sammen 6 overnattinger!
 - Cruise Stockholm–Riga i dbl.lugar med frokost
 - 2 netter på Tallink Riga Hotel i dbl.rom med frokost
 - 2 netter på Tallink City Hotel i Tallinn, dbl.rom med frokost
 - Cruise Tallinn–Stockholm i dbl.lugar med frokost
- Tillegg for personbil fra kr 884,-

Prisen gjelder når to reiser sammen.



Info/bestilling: tlf. 815 33 250 eller www.tallinksilja.no



–ekspert på Finland og Baltikum

Et lite skritt videre

Fra januar i 2009 har enkelte sykepleierkonsultasjoner kunnet gi refusjon på poliklinikker. Men NSF savner fremdeles tre ting for at finansieringsordningen skal kunne bli helt helsepersonellnøytral. Nå intensiverer organisasjonen det politiske arbeidet i saken.

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

Tidligere var det kun legenes aktivitet som kunne gi sykehuset refusjon for polikliniske konsultasjoner. Det har vært en mangeårig kampsak for Norsk Sykepleierforbund (NSF) å få endret dette systemet slik at også sykepleierkonsultasjoner skal kunne utløse refusjon. På den måten får man et mer reelt bilde av hvem som gjør hva på poliklinikken, og kanskje blir ikke sykepleiere like lett en salderingspost i nedskjæringstider.

Slik det finansielle systemet har vært, er det lett at sykepleieraktivitet maskeres som legekonsultasjon, for at sykehuset skal få pen-

ger gjennom innsatsstyrt finansiering (ISF). Dermed kan det ha sett ut til at leger gjør mer enn de faktisk gjør, samtidig som sykepleiernes innsats ikke blir synlig.

Fra januar i fjor ble regelverket modernisert, slik at også andre helsepersonellgrupper enn leger skulle kunne utløse refusjon for noen utvalgte konsultasjoner.

Fire endringsforslag

NSF fikk i juni i fjor utarbeidet en rapport som så på hvordan ISF-refusjonssystemet fungerte ved poliklinikkene på 29 sykehus i landet. Re-

sultatet viste at regelverket på flere områder fremdeles hang igjen i en fordums oppfatning om at det kun er leger som utfører spesialisthelsetjeneste.

Spesielt fire problemområder ble pekt ut, og NSF foreslo derfor fire endringer som organisasjonen forventet ville bli innført fra 1. januar 2010:

- ▶ Alle polikliniske DRG-er gjøres uavhengig av helsepersonell.
- ▶ Alle polikliniske konsultasjoner inkluderes i beregningsgrunnlaget for ISF-poliklinikk når det dreier seg om flere ulike problemstillinger som håndteres samme dag.
- ▶ Alle DRG-er godkjent for sykepleier godkjennes også for jordmor (faller bort dersom første punkt gjennomføres).
- ▶ Pasientbetalinger og egenandeler knyttes til den aktuelle polikliniske spesialisthelsetjenesten som ytes, og ikke til hvilket helsepersonell som yter tjenesten.

Per i dag er det kun det siste punktet som er endret for sykepleiernes del (men ikke for andre yrkesgrupper, som for eksempel fysioterapeuter).

– Det er et skritt i riktige retning, anerkjenner NSF-leder Lisbeth Normann.

Nye møter

Men det er fremdeles et stykke igjen. Dermed troppet NSF opp i møte hos statssekretær Ragnhild Mathisen i Helse- og omsorgsdepartementet den 3. mai. De fire punktene ble på nytt gjennomgått fra NSF sin side.

Arvid Libak i NSF's samfunnspolitiske avdeling sier han fikk inntrykk av at det var god forståelse for kravene. I slutten av mai er NSF derfor invitert til et mer konkretiserende møte i Helsedirektoratet, hvor de vil gå mer inn i detaljene i forslagene fra NSF. Men tidsfristen som organisasjonen opprinnelig hadde satt til januar i år, er utsatt et år:

– Vi er kommet et godt stykke på vei og har som mål at alt skal være på plass den 1. januar 2011, sier Libak. ■■■

«Målet er at alt skal være på plass den 1. januar 2011.» Arvid Lindbak



RIMELIGE KRAV: – Kravene våre vil føre til mer fleksibel bruk av personellressursene, og dermed kortere ventetider, sier Lisbeth Normann, leder av Norsk Sykepleierforbund. Her er hun og Arvid Libak på vei til et av sine mange møter med toppene i norsk helsepolitikk.



Finn din hjelm.



Vinn din hjelm.



På minhjelm.no finner du sykkelhjelmer vi tror du kan tenke deg å bli sett med. Vinne en kan du også.

Får 500 000 kroner i bot

Helse Stavanger leide inn Ingar Petteresen som administrerende direktør for 250 000 kroner i måneden. KOFA gir nå foretaket en bot på 500 000 kroner for å ha brutt lovverket om offentlige anskaffelser.

Tekst Kari Anne Dolonen

Historien begynte i 2008 da den forrige sykehusdirektøren i Helse Stavanger, Gunnar Hall Skavoll, gikk på dagen. Helse Stavanger leide da inn Ingar Pettersen gjennom hans firma, Ingar Pettersen Co as, mens de lette etter en ny direktør. Sykehusets plan var at avtalen skulle vare inntil et år.

Akseptabelt i to til tre måneder

Demokratene Hordaland klaget saken inn til Klagenemnda for offentlige anskaffelser (KOFA).

– I slike situasjoner hadde vi akseptert at Pettersen var leid inn for to til tre måneder. Det ville gitt sykehuset tid til å skaffe en ny direktør og eventuelt gjennomført en tilbudskonkurranse for å skaffe en konsulent som kan besitte stillingen over en lengre periode, sier leder av

Demokratene Hordaland, Fredrik U. Litleskare.

Boten på 500 000 kroner som helseforetaket nå har fått, utgjør 12,5 prosent av kontraktsummen på 4 millioner kroner. Det regnes som et høyt gebyr. Den høyeste boten KOFA kan gi, er 15 prosent av kontraktsummen.

Pettersens kontrakt løper ut 1. september i år og har da gått over 16 måneder.

– Hvilke konsekvenser får KOFAs vedtak?

– Vi tar det til etterretning og betaler boten, sier Tore Kopren ved Helse Stavangers informasjonsavdeling. Helse Stavanger jobber for å få på plass en ny direktør innen 1. september. Inntil det fortsetter Pettersen.

KOFAs vedtak

Direktør Anneline Vingsgård i KOFA vil ikke

kommentere saken ut over det som står i KOFAs vedtak. Det kan ikke påklages av Helse Stavanger, men kan bringes inn for tingretten til overprøving.

– Et generelt råd til sykehus eller andre offentlige oppdragsgivere som er omfattet av regelverket, er å ha gode rutiner og kontrollmekanismer. Alle anskaffelser over 500 000 skal kunngjøres, og unntak fra dette må ha hjemmel i forskriften. Hvis man er i tvil, er det beste å kunngjøre anskaffelsen for å være på den sikre siden, sier Vingsgård.

Hun mener saken i Helse Stavanger ikke er unik. Klagenemnda har ilagt 18 gebyrer siden organet fikk myndigheten i 2007. Så langt i år har KOFA ilagt sju gebyrer. Det største gebyret som er ilagt er på 42 millioner til Oslo kommune. ■

Miljøgodkjent underleverandør

Kinnarps

En dyktig leverandør er bra. Godkjente leverandører er bedre.

Nei, en sau kan naturligvis ikke være miljøsertifisert, men for å kunne ta fullt ansvar for vårt miljøarbeid må vi vite hvordan våre leverandører arbeider. Derfor stiller vi harde krav til dem. Det skal for eksempel ikke forekomme uønskede kjemikalier i stoltrekk. Det er her sauene kommer inn. Som vanlig overgår naturen kjemien – ull har naturlig flammebeskyttelse, og derfor bruker vi ull så langt det er mulig. Hvert år deler vi ut "Kinnarps' miljøpris" til en leverandør som har utmerket seg.

Få inspirasjon
til grønne ideer på
kinnarps.no/miljo

green
ideas
at work

Tenk grønt. Spar penger.

Martin Olsen

Alder: 52 år

Aktuell som: Ny generalsekretær i Norsk Sykepleierforbund.

Danske Olsen har embetseksamen i sykepleievitenskap.

BAKGRUNN:

Sykepleier Martin Olsen er ansatt som ny generalsekretær i Norsk Sykepleierforbund (NSF) og begynner 21. juni. NSF har vært uten administrativ leder i halvannet år. Forgjengeren Ellen Beccer Brandvold ble oppsagt. Olsen ble fungerende avdelingssjef på kirurgisk avdeling på sykehuset i Asker og Bærum etter at avdelingen ble tatt for triksing med ventelistene.

Trener ved middagsbordet

Hvorfor ville du bli generalsekretær?

– Et godt spørsmål. Stillingen er spennende, og det er en sjanse man får én gang i livet. Jeg vil heller angre på noe jeg har gjort enn noe jeg har ugjort.

Søkte du eller ble du hentet?

– Jeg ble gjort oppmerksom på stillingen av rekrutteringsfirmaet. Det endte med at jeg søkte.

Nå er du konstituert leder på en avdeling i hardt vær. Din forgjenger i NSF har også vært i hardt vær. Er du en ryddemann?

– Nei, men jeg tror jeg er god til å få folk til å jobbe sammen mot et felles mål. Og jeg er god til å strukturere prosesser.

Har du noen store planer for NSF?

– Ikke store, men det er viktig at jeg og forbundsledelsen er enige om strategi for å sikre at NSF også i framtiden er et godt forbund for sine medlemmer og for sykepleien generelt. Jeg er veldig opptatt av at NSF og sykepleietjenesten skal være en betydelig aktør i samfunnsdebatten.

Hvordan vil du ta med deg oppsigelses-saken inn i den nye jobben?

– Jeg forholder meg saklig til den. Det konkrete innholdet har jeg ikke satt meg inn i. Jeg stiller med blanke ark.

Når ble du sykepleier?

– I 1985. På Bispebjerg hospital i tjukkeste København.

Hvorfor ville du til Norge?

– Jeg hadde lyst til å reise til det som var mitt ferieland. Så ble jeg her på grunn av kjærligheten.

Ja, hvordan er det å ha fem barn?

– To av dem er bonusbarn via det andre ekteskapet. Barna begynner å bli store. Men de merkes særlig godt i diskusjonene rundt middagsbordet. Det er sikkert en god trening til en viktig stilling.

Din beste egenskap som sykepleier?

– Au da. Det er over 15 år siden jeg jobbet som

menig sykepleier. Men jeg tror det var oppfølging av pasientene.

Og hva har du gjort siden?

– Jeg har vært helsefaglig direktør på Sykehuset i Buskerud. I perioder også fagdirektør, helsefaglig rådgiver, klinikkoversykepleier og sjefsykepleier samme sted. Nå er jeg helsefagssjef i Vestre Viken og altså konstituert sjef for kirurgisk avdeling.

Har du noen faglige kjepphester?

– Tja. Kanskje ikke kjepphester. Men jeg er opptatt av at sykepleiens fokus er menneskelig respons på sykdom.

Hvordan er det å være konstituert sjef i en urolig tid for kirurgisk avdeling i Asker og Bærum?

– Avdelingen har en utfordrende situasjon, men flotte ressurser, så det er også moro å jobbe der. Vi jobber målrettet for å opprette tillit fra omgivelsene. Jeg har god tro på avdelingen.

Og nå forlater du dem?

– Jo, men det har ingen sammenheng med situasjonen der. Ansettelsesprosessen til stillingen som generalsekretær startet før jeg begynte på kirurgisk avdeling.

Noe annet viktig å vite om deg?

– Tja. Jeg er god til å holde kontakt med gamle venner. Og så tror jeg det er lurt å ha en hyggelig tone med alle. De du møter på vei oppover i et sys-

tem, kommer du til å møte på vei ned.

Lyst til å dra tilbake til Danmark?

– Nei, det er for sent. Nå må Norge slite med meg for evig. Jeg har vært her i 24 år.

Og din kone er kanskje også sykepleier?

– Ja da. Operasjonssykepleier. Så jeg har lært å vaske hendene.

Tekst Marit Fonn Foto Kristin Henriksen/NSF



26 Alt forgjeves? ›

30 – Ga dårligere pasientsikkerhet ›

32 Får det til i Tønsberg ›



Hvem skal styre

Etter mye strid, legger Akershus universitetssykehus ned sykepleierdivisjonen. På Ullevål er noe liknende prøvd ut tidligere, men også avvirket. Vestfold går motsatt vei og oppretter avdeling for sykepleie og avdelingsjef for sykepleie.

Tekst XXXXXXXXXX Foto Roar Grønstad/Romerikes Blad



NYE AHUS: Byggingen av nye Akershus universitetssykehus (Ahus) ble godkjent i desember 2003. I 2005 startet det en rekke prosjekter på Ahus. Disse skulle fokusere på effektivisering av driften. Utnyttelsen av den lokale sengekapasiteten var et sentralt mål for arbeidet og det ble besluttet at en ny organisasjonsstruktur skulle implementeres fra 1. januar 2007.

sykepleierne?



«Vi frykter at det Divisjon for sykepleie har oppnådd er forgjeves.» Kai Øivind Brenden, foretakstillsvalgt

Akershus universitetssykehus er først ute med å opprette en egen Divisjon for sykepleie i sykehus. Året er 2008. Så skriver vi 2010: Siste dag i april vedtar et flertall av styret ved sykehuset å legge ned Divisjon for sykepleie innen 1. juli.

Tekst og foto **Bjørn Arild Østby**

Det er trangt om plassen når styret ved Akershus universitetssykehus HF skal behandle framtiden til Divisjon for sykepleie. Langs veggen bakerst i møterommet står hvitkledde, spente sykepleiere tett i tett. Allerede før styremøtet startet har 150 sykepleiere møtt opp utenfor hovedinngangen for stille å markere sin motstand mot nedleggelse av divisjonen.

Forslaget kommer ikke overraskende på tilhørerne, men frustrasjonen er synlig. Nå må de innstille seg på å gå tilbake til gammel, tradisjonell modell med en divisjon for kirurgisk fagområde og en divisjon for medisinsk fagområde. Og det etter knappe to år med den nye organiseringen.

Et valg om modell

I innledningen til forslag til vedtak blir det understreket at de «positive erfaringer vedrørende tydelig personalledelse og fokus på HMS, fag- og kompetanseutvikling, kvalitet og sykepleieforskning» med Divisjon for sykepleie må videreføres. En tom forsikring, ifølge flere av de tilstedeværende sykepleierne. For her var det snakk om valg av modell.

Et flertall av styremedlemmene mener at «det er mer krevende å ivareta et godt tverrfaglig samarbeid i en modell med to kommandolinjer. Enlinjeledelse vil bedre legge til rette for nødvendig samhandling mellom sykepleiere og leger til beste for pasienten, samt gi tydeligere ansvar og kontroll med ressurser».

Tilbake til start

Nye Akershus universitetssykehus (Ahus) skulle ikke bare representere det nyeste i lokaliteter og utstyr, men også være nyskapende i arbeidsorganisering.

Lenge før det nye sykehuset stod ferdig på Lørenskog utenfor Oslo, ble det snakket om Europas mest moderne sykehus. Som en del av prosessen mot denne visjonen ble det i 2005 startet en rekke prosjekter for å forbedre organisasjonen.

Et av prosjektene var «Prosjektet standard sengeområde». Tidligere snakket man om avdeling A og avdeling B, nå var det sengeområder som gjaldt. For å kunne bruke det nye bygget mest mulig fleksibelt

gikk man inn for identiske sengeområder, og at sengekapasiteten skulle utnyttes på tvers av fagområdene for å unngå korridorpasienter. Likeledes skulle sykepleiere og annet pleiepersonell brukes på tvers av fagområdene. Dette for å unngå at enkelte seksjoner og ansatte opplevde stort arbeidspress over tid, mens andre i større grad kunne styre driften.

Det var i denne prosessen at ideen om Divisjon for sykepleie, med egen direktør, ved siden av Medisinsk divisjon og Kirurgisk divisjon ble lansert og seinere vedtatt.

I den nye divisjonen inngikk sykepleiere, jordmødre, hjelpepleiere, barnepleiere og merkantilt personell. Til sammen mer enn 900 ansatte ved somatiske sengeposter, poliklinikker, føde, barsel, hjer-teovervåking, dialyse og akuttmedisinsk avdeling.

Nye sengeområder og Divisjon for sykepleie skulle sikre god utnyttelse av sengekapasiteten gjennom økt sambruk, og sikre hensiktsmessig bruk av menneskelige ressurser på sengeområdene. Organiseringen ble sett på som spennende og nytt i norsk sykehusvesen. Det er en stadige økende interesse fra andre sykehus rundt om i landet når det gjelder måten å organisere sykepleietjenesten på.

Legemotstand

Mens sykepleierne fortviler, er legene fornøyd med vedtaket som blir fattet 30. april: Nedleggelse.

– Vi oppfatter ikke dette som en profesjonskrig. Vi er ute etter det som er best for sykehuset, er budskapet fra legenes ansatterepresentant, Arne Bakka.

Han har aldri hatt tro på modellen med egen Divisjon for sykepleie. Blant legene var det stor skepsis, for ikke å si motstand, mot den nye organiseringen. Og det tok ikke lang tid før kritikken kom.

– Organiseringen har ført til en klart mindre drifteffektiv hverdag for legene. Ny organisering har ikke ført til mer tid til pasientbehandling, utdanning og forskning slik man mente ny organisasjonsmodell skulle stimulere til. Det har blitt en tyngre hverdag der mye som fungerte med korte og nære kommandolinjer har blitt vanskeligere. Rutinearbeidet tar mer tid enn tidligere, ifølge legenes tillitsvalgt på Ahus, Odd Grenager.

Overfor Aftenposten 11. september i fjor slo legenes tillitsvalgt fast



DFS: Ingen var overrasket, men skuffelsen stor da styret valgte å legge ned Divisjon for sykepleie ved Ahus. De tillitsvalgte frykter negative konsekvenser.

at kjernen i konflikten skyldes at sykepleierne har fått flere fullmakter som følge av ny organisering.

– Det har vært vanskelig fordi legene fortsatt sitter med det medisinske faglige ansvaret, men er blitt fratatt råderett over nødvendige ressurser.

Og i en artikkel i Norsk overlegeforeningens tidsskrift i januar 2010, med tittelen «Det gikk som man fryktet», er Odd Grenager helt klar på hva det store flertall av legene mener om Divisjon for sykepleie: «Det vil styrke fagene, pasientbehandlingen og effektiviteten at vi går tilbake mot «gammel» modell med felles ledelse for det teamet som skal behandle pasienten.»

Også blant sykepleiere

Det er også sykepleiere som vender tommelen ned for Divisjon for sykepleie. Særlig er det motstand blant sykepleiere som jobber innen det kirurgiske miljøet.

– Jeg er veldig uenig i at dette er en god modell.

Sykepleier Ingunn Åmot ved gastrokirurgisk avdeling mener sykepleiernes spisskompetanse er helt avgjørende for at hver enkelt pasient skal få riktig behandling til rett tid.

– Pasienten er prisgitt sykepleiere som kan faget sitt og har kompetanse nok til å iverksette de riktige tiltakene omgående. Jeg mener denne modellen er svært uheldig i forhold til at pasientens behov til enhver tid skal komme først, ifølge Åmot, som også mener det har skjedd en nedbygging av den sykepleiefaglige kompetansen i hele det kirurgiske miljøet.

Skader omdømmet

De tre andre ansattrepresentantene i sykehusstyret var av en annen oppfatning. Kai Øivind Brenden, Elna Knutsen og Finn W. Halvorsen fryktet at en så omfattende endring av organiseringen vil kunne få flere negative konsekvenser ved sykehuset. Dagens organisering med egen Divisjon for sykepleie har ført til en rekke forbedringer for pasientsikkerheten, kvaliteten og de ansatte ved sykehuset, mener de, og er redd dette ikke vil bli fulgt opp i den vedtatte modellen.

Vedtaket var ifølge de tre ansattrepresentanter heller ikke

tilstrekkelig forankret i organisasjonen. De frykter også for pasientbehandlingen når sykehuset fra nyåret 2011 får ansvaret for vel 150 000 nye pasienter.

Det store flertallet av sykepleierne ser på styrevedtaket som et hastevedtak, og gruer seg til på nytt å skulle gå gjennom nye alternativer til organisering. De frykter at sykehusets omdømme vil gå fra positiv til negativ omtale. Og i lokalpressen kan man lese om «maktkamp på Ahus».

Skylda for alt

Da Divisjon for sykepleie skulle opprettes, opplevde seksjonssykepleierne at all støyen rundt den nye måten å organisere arbeidet på gjorde planleggingen ekstra vanskelig.

«Vi oppfatter ikke dette som en profesjonskrig.» *Arne Bakka, legenes ansattrepresentant*

– Det er selvsagt helt legitimt å protestere og kreve omkamp. Men når Divisjon for sykepleie helt fra den ble opprettet opplever at deler av legemiljøet, som er motstandere av den nye organiseringen, stadig krever omkamper på vedtak, bærer det galt av sted, mener seksjonssykepleier på infeksjon Lillian Reitan.

Hun advarer mot en kultur som legger opp til at man gjør som man vil. Det gjorde ikke situasjonen enklere at Divisjon for sykepleie opplevde å få skylda for mye av det som ikke fungerte ved innflyttingen i nytt sykehus. Det kunne være sykehusets 1 300 bærbare IP som ikke fungerte, det automatiserte systemet for medisinhåndtering ...

– Utenforliggende forhold som ble tillagt Divisjon for sykepleie, sier Reitan.

Game over for DFS

Det har vært snakket om forståelse for justeringer av Divisjon for sykepleie. Men det skulle altså ende med nedleggelse.

– Nå frykter vi at det Divisjon for sykepleie har oppnådd ved å





SPENNENDE: Dfs kunne blitt et spennende prosjekt i norsk sykehusvesen, mener tidligere direktør Janne Sonerud.

styrke sykepleiefaget er forgyves, var bekymringsmeldingen fra de ansattes representanter.

De stemte mot vedtaket, og ønsket en videreføring av dagens organisasjonsmodell, med nødvendige justeringer.

Da ny organisasjonsmodell ble innført var det en forutsetning at modellen skulle evalueres. Evalueringen ble gjennomført på nyåret 2010.

I evalueringsrapporten, som ble utarbeidet i løpet av en måned, blir det blant annet framhevet at det er interne uenigheter om Divisjon for sykepleie. «Det er vår vurdering at det ikke er tilstrekkelig bredt nok eierskap i organisasjonen til at modellen kan fungere som forutsatt», heter det i rapporten.

NSFs foretakstillitsvalgt ved Ahus, Kai Øivind Brenden, er ikke overrasket over konklusjonene i rapporten.

– Dette er ting vi fortløpende har diskutert. Det jeg er overrasket over er hvordan konklusjonene er trukket, og at enkelte tema er helt utelatt fra rapporten.

Av de tingene Brenden reagerer på er at flere av konklusjonene bygger på påstander fra enkeltpersoner, uten at det er blitt sjekket om påstandene er riktige. Når det gjelder tema som ikke er tatt med i rapporten, nevner han sykepleiernes styring av eget fag.

– At sykepleie er et selvstendig fag, er ikke tatt med i evalueringsrapporten. Selv om dette er tatt opp av flere ansatte i intervjuene. Da er det spesielt at det er tatt med i rapporten at legene vil ha ansvar for sykepleietjenesten og at det er helt nødvendig for at legene skal kunne ta helhetlig ansvar for pasientene, sier Brenden.

I etterkant av evalueringen nedsatte styret og administrerende

ramme. Dette har sikret faglig forankring i sykepleietjenesten.

De to tillitsvalgte trekker også frem samarbeidsprosjektet «Kunnskapsbasert praksis» mellom Divisjon for sykepleie og Høgskolen i Akershus. Her har sykepleietjenesten arbeidet for å sikre gode praksisplasser for studenter ved Ahus. I tillegg har fagutviklings-sykepleiere på alle nivå i sykehuset hatt et utstrakt samarbeid om felles strategier. Noe som ifølge Mikkelsen og Brenden har gitt gode resultater og et felles grunnlag for videre fagutvikling.

I forhold til forskning har Divisjonen utarbeidet en egen sykepleiefaglig forskningsstrategi, med både kortsiktige og langsiktige mål. Utover det som er utarbeidet i Divisjon for sykepleie er det ikke nedfelt noen sykepleiefaglig forskningsstrategi ved sykehuset, ifølge Mikkelsen og Brenden.

De frykter begge at nedleggingen av divisjonen vil gå ut over arbeidet som er gjort i å lage, forankre og implementere en felles sykepleiefaglig strategi ved sykehuset. Dette har aldri tidligere vært tema på Ahus. Først med innføringen av Divisjon for sykepleie har man lagt fundamentet for et lenge etterlenget sykepleiefaglig løft ved sykehuset, påpeker de.

De to tillitsvalgte får full støtte fra fagutviklings-sykepleierne ved sykehuset. De er en samlet enhet som har jevnlig møter og jobber ut fra en felles strategi, forankret i ledelsen i Divisjon for sykepleie. Strategien har et sykepleiefaglig fokus og åpner for et tettere samarbeid innad i avdelingene og på tvers av det som tidligere var medisinsk og kirurgisk avdeling, forteller Mikkelsen og Brenden.

Nå frykter de at nye, tette skott mellom seksjoner og avdelinger vil gå ut over den sykepleiefaglige utviklingen.

Ny giv for ledelse

Med opprettelsen av Divisjon for sykepleie fikk sykepleierne sine egne dedikerte og utdannede ledere, som har ledelse som jobb, forteller Mikkelsen og Brenden videre. Divisjon for sykepleie har skaffet ledere formalisert lederkompetanse, et systematisk arbeid som ikke tidligere har vært tema ved sykehuset. Disse suksessfaktorene var ikke tatt med da styret ved Ahus vedtok å legge ned Divisjon for sykepleie, påpeker de to tillitsvalgte.

Brenden og Mikkelsen understreker videre at en leder må ha nødvendige fullmakter, og at en organisering med assisterende funksjoner som skal ivareta faglige, driftsmessige og strategiske oppgaver i realiteten betyr lederoppgaver uten fullmakter.

NSF reagerer

NSF reagerer både på administrerende direktørs vurderinger, konklusjoner og forslag til vedtak. «Divisjon for sykepleie har satset på og i stor grad ivaretatt ledere og ledelse for sykepleiere. Dette er blant annet gjort gjennom avklarte fullmakter, en linje som er opptatt av felles strategier, systematisk lederopplæring, lederstøtte, fokus på økonomistyring, bemanningsstyring mv. Dette har i tidligere organisering vært et område som ikke har hatt tilstrekkelig fokus. NSF frykter nå at dette arbeidet igjen blir nedprioritert, til ulempe for så vel ledere som ansatte. Det er dessuten en klar betingelse fra NSF at det må settes krav til at personell som ansettes som ledere, skal prioritere ledelse», heter det blant annet i innspillet fra NSF.

Sådd et frø

– Divisjon for sykepleie kunne blitt et spennende prosjekt i norsk sykehusvesen, mener tidligere direktør for Divisjon for sykepleie ved Ahus, Janne Sonerud.

Hun har fulgt den siste tids hendelser på Ahus fra utsiden og mener at det å organisere seg tilbake til gammel ordning ikke løser

«Når deler av legemiljøet stadig krever omkamper på vedtak, bærer det galt av sted.»

Lillian Reiten, seksjonssykepleier

direktør en arbeidsgruppe som skulle utrede alternativ organisering av de somatiske tjenestene ved sykehuset.

NSFs foretakstillitsvalgt er sterkt kritisk til prosessen.

– Administrerende direktør legger opp til en omfattende organisatorisk endring for store deler av sykehusets ansatte, uten nødvendige forankringsprosesser. Det er kun nedsatt en mindre arbeidsgruppe for å utrede spørsmålet og arbeidsgruppens leder har gjennom hele prosessen flagget tydelig holdning i saken, sier han.

Positive erfaringer

Det store flertallet av sykepleierne ønsker en videreføring av organiseringen i en Divisjon for sykepleie. NSF's hovedtillitsvalgt Nina G. Hedkrok Mikkelsen og NSF's foretakstillitsvalgt Kai Øivind Brenden trekker frem at divisjonen har hatt betydning for det sykepleiefaglige ved sykehuset. Få foretak har en systematisk rapportering på sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer. Ahus har gjennom Divisjon for sykepleie rapportert på fall, blodprøvetaking, pasient id, medikamenthåndtering og perifere venekanyler siden 2008. Før dette var det ingen slik rapportering ved sykehuset, forklarer de.

Divisjon for sykepleie har prioritert arbeidet med å sikre at nyutdannede sykepleiere har god kompetanse, gjennom kvalitetssikring av opplæring av studenter og nyansatte i sykepleietjenesten. Det er også nedsatt et partssammensatt råd for etter- og videreutdanning og mastergradsstudier, som skal foreslå prioritinger innen tildelt



problemene sykehuset slet med før Divisjon for sykepleie ble opprettet. Det gir verken flere senger eller flere ansatte.

– Det har likevel skjedd masse, og jeg er stolt over hva Divisjon for sykepleie har fått til på så kort tid i en svært turbulent prosess.

Sykepleierne har lært å ta selvstendig ansvar. De vet hva det vil si å ha en klar leder, og vite hvor de skal henvende seg. Sann sett har Divisjon for sykepleie så ett frø.



– Ga dårligere pasientsikkerhet



EN LINJE: Leder i Overlegeforeningen, Arne Laudal Refsum, er klar på at en ledelseslinje er nok.

– Det er bra at sykepleiedivisjonen ved Ahus ble nedlagt. Organiseringen gikk på pasientsikkerheten løs, sier Arne Laudal Refsum, leder i Overlegeforeningen.

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers** Foto **Stig M. Weston**

En lege som ikke lenger «eier» sin avdeling, kan samtidig miste noe av ansvarsfølelsen. Ved Ahus har vi et eksempel fra gastrokirurgisk avdeling, hvor en overlege måtte gå innom ni forskjellige avdelinger for å finne alle pasientene sine. Da øker faren for feilbehandling, sier han.

Arne Laudal Refsum og Overlegeforeningen er sterkt kritisk til at sykepleiere skal ha egne ledelseslinjer i sykehus. Refsum håper tanken om egne sykepleierdivisjoner nå er slått tilbake en gang for alle, etter at Ahus kasserte modellen.

Tidligere har Barneavdelingen ved Ullevål sykehus hatt en egen sykepleierdivisjon, og også UNN og Sykehuset i Vestfold (se egen sak forrige side) har lignende modeller.

– Dersom pleietjenesten ringer bare når en pasient trenger tilsyn, mister legen helhetsbildet. Legene må ikke marginaliseres i beslutningsprosessene. Jeg er redd for at en atskilt ledelseslinje for sykepleiere fører til at man fanger opp de store tingene, men overser de små.

Ingen forståelse

Overlegeforeningen var sterkt kritisk til innføringen av sykepleierdivisjon både ved Ahus og prøveprosjektet ved Barneavdelingen på Ullevål.

– Sykepleiedivisjonen ga ikke bedre resultater. Tvert imot. Overlegeforeningen er glad for at den pulverisering av helhetlig ansvar for pasienten som denne modellen representerte nå bringes til opphør, sier Refsum.

Han har ingen forståelse for dem som kjemper for at sykepleiere skal ha egne divisjoner, og skal lede det pleiefaglige arbeidet på

Sykepleiere leder mer enn leger

Sykepleiersjefer bruker mer tid enn legekolleger på ledelse, men legene jobber flere timer.

Det viser en doktorgradsstudie om fremveksten og implementeringen av enhetlig ledelse som syke-

pleier og sosiolog Monica Skjöld Johansen har levert ved BI.

Leger som er sykehusledere jobber ti timer mer i uken enn sykepleierledere. Sykepleierne bruker i

snitt 38 timer i uken på administrative oppgaver, mens legene i snitt bruker 27 timer. I tillegg jobber legelederne klinisk 20 timer i uken.

4 på gangen

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers** Foto **Ahus**

Ved oppstarten i 2008 spurte Ahus disse fire ansatte hvilke forventninger de hadde til den nye sykepleierdivisjonen. Hva sier de i dag, to år og en nedleggelse etter?

et sykehus. Han mener det er kunstig å splitte opp sykepleie- og legeoppgaver.

– Sykepleieidentitet

– Leger har tronet på toppen av hierarkiet i alle år, og ikke tidlig nok innsett at sykepleiere har en pleiefaglig identitet. Men det betyr ikke at egne sykepleierdivisjoner er riktig vei å gå, sier han.

– *Hva består denne pleiefaglige identiteten av, mener du?*

– Leger kan ikke lenger så mye om det pleiefaglige. Innenfor medisin er det sykepleierne som tar seg av sårstell-prosedyrer, de gir medisiner, og vet hva pasienten kan og ikke kan eksponeres for, sier Refsum.

Leger bruker ikke tid på dette, og derfor verken lærer de eller blir trygge på det, mener Refsum.

– På sengepost er det sykepleierne som observerer pasienten gjennom døgnnet, og som samhandler med andre nivåer, som bydel og hjemmesykepleie, sier han.

– *Men sykepleierne skal altså ikke lede sitt eget fag?*

– Nei. Det skal ikke være atskilte linjer mellom det pleiefaglige og det medisinske. Man kan godt se for seg at dersom lege- og pleietjenesten er veldig atskilt, så kan pleietjenestens prosedyrer være i strid med eller lite gunstige i forhold til hva legen mener er best, sier han.

«Leger har tronet på toppen av hierarkiet i alle år.

Arne Laudal Refsum

Om legen og sykepleierne ikke er helt samstemte etter en operasjon, for eksempel, kan sårstellet bli dårligere for pasienten. Refsum er overbevist om at egne sykepleieravdelinger eller egne profesjonslinjer gjør det nødvendige, tette samarbeidet vanskeligere.

– Avdeling må være felleseie

– *Er det noen ledelsesmodeller hvor sykepleierne leder seg selv som du tror kan fungere, eller må avdelingen alltid være styrt av en lege?*

– Om en sykepleiersjef leder sykepleierne – i forhold til personalansvar og utvikling av egne prosedyrer, mens avdelingen er felleseie, så kan det være en mulighet, sier han.

I tilfellet Ahus mener Refsum at det endte med at legene nærmest hadde en legevaktstjeneste i forhold til sengeavdelingene.

– Ved Ahus ble det nærmest en bestiller- konsulentmodell. Det frarøver pasienten en helhetlig behandling. →



Sykepleier Cecilie Golmen Børresen fra S5:

2008: – Jeg håper det blir en kortere tjenestevei for å nå målene våre, og at det blir et godt samarbeid innad i divisjonen og med legetjenesten. At Enhet for bemanning klarer å nå ambisjonene sine med å dekke vakter. Det blir også viktig å opprettholde gode fagkunnskaper og at vi får nok midler til å drive fagutvikling. Jeg håper det blir nok ressurser på rett sted slik at det blir god kompetanse rundt pasienten.

I dag: – Sykepleierdivisjonen svarte ikke til forventningene. Vi måtte være veldig fleksible, gå fra post til post, og jobbe mot felt hvor vi ikke hadde primærkompetanse. Det ble mye misnøye fordi det var en uoversiktlig arbeidssituasjon, som ikke var gunstig verken for leger eller sykepleiere.

Intensjonen var god, men vi hadde ikke rett kompetanse rundt sengene. Det var heller ikke alltid like enkelt å samarbeide med legene på tvers av fagområdene.

Cecilie Golmen Børresen jobber nå i Falck Healthcare AS.



Seksjonssykepleier Kristin Gammelsrud fra avdeling 2, poliklinikkene:

2008: – Mine forventninger til Divisjon for sykepleie er at sykepleiefaget blir bedre ivaretatt og at vi har en god struktur på linjen slik at nærmeste leder kjenner sin ansatt sin hverdag. Jeg håper det blir en god koordinering av personalet til det beste for pasienten. Jeg gleder meg til nye utfordringer og utvide nye samarbeidsarenaer.

I dag: – Jeg tror vi hadde fått det til under andre omstendigheter, men det har vært nesten uoverkommelige økonomiske utfordringer i denne perioden.

I tillegg har det vært enormt ressurskrevende for den ansatte å skulle sette seg inn i rutiner både på poliklinikk og sengepost. Innad i sykepleietjenesten har det økt samarbeidet, men det har vært dårligere samarbeid med legene.

Kristin Gammelsrud jobber nå som seksjonssykepleier på Gastro-uro-karpol og gastrolab på Ahus.



Hjelpepleier Anne Berit Holte fra S8 – nå ortopedisk avdeling:

2008: – Det kan være en fordel at vi blir ledet av sykepleiere, siden de har en bedre forståelse av hva som foregår på sengepost. Om vi lykkes kommer litt an på om sykepleielederne klarer å tenke helhet i forhold til at sykepleiere og hjelpepleiere er et team rundt pasienten. Lederen må tenke helhet for å få alle arbeidsoppgaver på en sengepost utført.

I dag: – Vi som er på bakkeplan har nesten ikke merket om det er sykepleierdivisjon eller ikke. Jeg tar meg av pasientene jeg får utdelt om dagen, og jobber med det praktiske inne på rommene. Som hjelpepleier er man ikke så inkludert i systemene rundt.



Sekretær Grethe Ovesen fra gynekologisk ekspedisjon:

2008: – Jeg er spent på om vi blir nok inkludert og om vi som merkantil tjeneste blir hørt. Det vil bli litt andre arbeidsoppgaver i nytt sykehus. Det blir spennende fordi vi ikke vet hvor vi skal være ennå. Men når vi får beskjed om hvor vi skal være, vil det bli mer kontret. Vi vil nok bli mer splittet og får nye arbeidskolleger.

I dag: – Jeg synes det ble bedre med en egen divisjon for sykepleiere, vi som jobber merkantilt ble bedre fulgt opp av ledelsen og vi fikk kurs og seminarer. Jeg var fornøyd med organiseringen.

Får det til i Tønsberg

Hverdagen er hektisk for sykepleieledere og ansatte ved Sykehuset i Vestfold. Men tida brukes ikke lenger til bekymringsmeldinger, men alt de har fått til og hva de kan få til.

Tekst Bjørn Arild Østby Foto Stig M. Weston



FELLES MÅL: - Sykepleietjenesten jobber mer målrettet og samarbeider bedre, sier avdelingssjef for sykepleie, Runar Danielsen.

De mangler verken entusiasme eller pågangsmot, de tre avdelingssykepleierne Anita Skau Christophersen, Torill Holthe og Anne Katrine Aas. De ser lyst på framtida til Sentralsykehuset i Vestfold.

For bare ett år siden var stemningen en helt annen. Lokala-visa hadde overskrifter som «Begeret fullt for sykepleierne» og «Bekymret for sommeren». Helsetilsynet i Vestfold kom på uanmeldt tilsynsbesøk på grunn av bekymringsmeldinger og klaget på vedvarende overbelegg og kapasitetsproblemer. Og 20 millioner kroner i overforbruk gjorde at sykehuset ble satt under administrasjon av sykehusstyret.

Forandringen tar Avdeling for sykepleie og Avdelingssjef sykepleie til dels æren for. De startet opp ved henholdsvis kirurgisk og medisinsk klinikk 1. april 2009.

Fire avdelinger

Medisinsk klinikk ved sykehuset i Tønsberg var som ved de fleste sykehus organisert med tette skott mellom avdelingene og egne poliklinikker. Nå er klinikken delt opp i fire avdelinger: Kontor, habilitering og rehabilitering, medisinske fag og avdeling for sykepleie.

De tradisjonelle skottene mellom avdelingene er åpnet, og poliklinikkene er nå knyttet opp mot sine respektive sengeposter.

Norges beste

Å samle sykepleietjenesten i en egen avdeling for sykepleie under egen avdelingssjef har gitt resultater: Bedre bruk av sengekapasitet og mer hensiktsmessig fordeling av personalressursene. Men enda viktigere: et nytt engasjement hos sykepleieledere og ansatte.

«Vi skal bli Norges beste. *Torill Holthe, sykepleieleder*

– Vi skal bli Norges beste, ler Torill Holthe.

Og det ser ut som hun mener det. Holthe er sykepleieleder på hjerteavdelingen som nettopp er utvidet fra 16 til 27 senger. Hjer-teavdelingen er også blitt moderpost for en av poliklinikkene.

– Tidligere drev poliklinikken med sitt, og vi med vårt. Nå sitter ikke ansatte ved poliklinikken med hendene i fanget hvis pasienter blir strøket av lista, men bidrar på moderposten. De får utvidet sin erfaring, og avdelingen får gitt bedre pasientbe-handling.

Tid til ledelse

Opprettelsen av avdeling for sykepleie gjør at sykepleielederne

og sykepleietjenesten jobber mer målrettet, samarbeider bedre og har fått klare rammer og utvidede fullmakter. Den travle hverdagen er blitt mer oversiktlig. Og de tre lederne opplever å bli hørt og tatt på alvor. Det takker de Runar Danielsen for, avdelingssjef for sykepleie, som har blikket rettet nedover til avdelingene og oppover mot klinikkledelsen.

For å understøtte de to avdelingene for sykepleie i Kirurgisk og medisinsk klinikk, er det opprettet flere støttefunksjoner ved sykehuset.

En egen bemanningsenhet har ansvar for å levere vikartjenester når avdelingene har behov for det. Enheten bygger opp en vika-rpool med spesialsykepleiere, sykepleiere og hjelpepleiere som har sagt seg villige til å steppe inn som vikarer på kort varsel.

– Sykepleielederne brukte tidligere mye tid på å skaffe vikarer. Tid de nå kan bruke til personalarbeid og ledelse. Reduserte bruk av eksterne vikarbyråer betyr lavere kostnader og økt kvalitet på pasientbehandlingen, sier Runar Danielsen.

Avdelingen har også egen koordinatorsykepleier med ansvar for innskriving av nye pasienter.

– Jeg ser med gru tilbake på den gang nye pasienter ble plassert i senger som var ledige, og all tida som gikk med til å ringe rundt for å spore dem opp, sier Anne Katrine Aas, sykepleieleder ved lungeavdelingen.

En egen samhandlingssykepleier ved hver døgnpost gir bedre flyt i samarbeidet med kommunene. Antall liggedøgn er redusert for utskrivingsklare pasienter. Det nye pasienthotellet betyr flere senger og så godt som ingen korridorpatienter.

Avdeling for sykepleie har ryddet bort det som ryddes kan i forhold til unødvendige administrative oppgaver. Det har gitt sykepleielederne mer tid til å tenke sykepleiefag.

Blir sett og hørt

Tidligere kunne sykepleielederne bare drømme om å sette seg ned for å diskutere sykepleiefaglige problemstillinger. Alle hadde nok med sin egen hverdag på avdelingen. Men ved avdeling for sykepleie er det innført faste møtearenaer for sykepleielederne. De har fellesmøter med avdelingssjef for sykepleie en gang i måneden, hvor de drøfter felles anliggende som er viktige for sykepleietjenesten. Og det er møter mellom den enkelte sykepleieleder og avdelingssjef rundt problemstillinger knyttet til avdelingen hver fjortende dag.

– Vi er kommet nærmere ledelsen. Og vi ser at ting vi tar opp med vår avdelingssjef blir tatt videre til klinikkledelsen. Tidligere ble det kun snakket om ting på korridoren, sier sykepleieleder på medisinsk overvåking, Anita Skau Christophersen.

Rapportskjema og faste rapporteringsrutiner er blitt en del av



SER FRAMOVER: De mangler verken entusiasme eller pågangsmot de tre avdelingssykepleierne Anne Katrine Aas (tv), Anita Skau Christophersen og Torill Holthe.

hverdagen på medisinsk klinikk. Man kan fort tenke i retning overvåking og mistillit, men slik er det ikke, mener sykepleielederne.

– Månedrapportene om status på avdelingene er blitt en av suksessfaktorene, selv om det var mye mas i begynnelsen, sier Torhill Holthe.

– Nå har vi dokumentasjon og kan som ledere for sykepleietjenesten forklare hvorfor det går bra eller dårlig. Og jeg opplever at vi er blitt gode til å argumentere.

Runar Danielsen blir på denne måten holdt løpende orientert om situasjonen på de enkelte enhetene. Han rapporter selv videre til klinikksjefen som sitter i stab til direktøren.

Det gjør at alle nivå er orientert om situasjonen i sykepleietjenesten.

Også økonomi

Sykepleieledere er ikke bare sykepleiefaglige leder, de er også driftsledere med ansvar for mange ansatte og en stram økonomi.

Økonomistyring er ikke det som tradisjonelt har opptatt sykepleielederne. Det er først når tallene blir røde at de merker konsekvensene. Da kommer beskjeden om å redusere, og frustrasjonen.

Da de selv ble satt under administrasjon av sykehusstyret i høst, ble handlingsrommet for ledere begrenset. Det er redusert med 29,4 årsværk, og antall sykepleieledere er redusert fra 18 til 12.

Med avdelingssjef for sykepleie har sykepleielederne fått en person som har ansvar for å drift poster og poliklinikker. Det er han som setter rammene for fag, personell og økonomi og utøver ledelse via avdelingssykepleiere på enhetene.

– Det er blitt merkbart større fokus på økonomi og mer positive holdninger i arbeidet med å oppnå resultater. For eksempel har

vi opplevd at en sykepleieleder fikk applaus fra de andre lederne da hun rapporterte om balanse i økonomien, sier Danielsen.

Selv om økonomien fortsatt er svært stram, går medisinsk klinikk nå samlet sett i balanse.

Frihet og rammer

Sykepleielederne har fått klare rammer for driften, men også større fullmakter. Det kan tilsynelatende se ut som et paradoks. Men ikke på avdeling for sykepleie.

– I perioder da behovet er stort kan vi leie inn vikarer, for så å slanke i bedre tider. Det er avdelingene selv som er best i stand til å vurdere behovene, sier Anne Katrine Aas, og får anerkjennende nikk fra avdelingssjefen.

Det er snakk om store sengeposter som det ikke alltid er lett å holde oversikt i. Derfor er enhetene i gang med å etablere teamledelse. Det skaper større nærhet til pasientene.

– Vi opplever selv at vi som sykepleieledere nå har hånden på rattet. Vi er blitt klarere på å prioritere, blitt mer målrettet og den nye organiseringen har gitt en klarere rollefordeling, sier Torill Holthe.

Sykefravær ned

Til høsten skal det gjennomføres en trivselsundersøkelse ved enhetene. Sykepleielederne forventer positive resultater.

Og for bare å ha nevnt det: Sykefraværet fra 2008 til 2009 blant de 700 ansatte er redusert fra 11,8 til 8,7 prosent, og tallene fortsetter å synke. På lungeavdelingen har sykefraværet gått fra 24 til 4 prosent. ■■■

Les også om organiseringen på Rikshospitalet side 58.



KRANGLER: I England krangler to sykehus om de fødende. Arkivfoto: Marit Fonn

Hvem leverer babyer best?

I England, nærmere bestemt Manchester, er det full krangel mellom Elliot Hospital og Catholic Medical Center (CMC). Årsaken er at flere fødsler skal overføres fra Elliot til CMC. Det liker sykepleiere, leger og ledelsen ved Elliot dårlig.

Nå har de gått til det skrittet å sette inn en helsides annonse i en dagsavis for å fortelle pasienter, foreldre og familier som bor i Manchester-området at de har den beste nyfødte intensivavdelingen. Striden har nå funnet veien ut i medias spalter, der de to sykehusene i krasse ordelag diskuterer hvem som er flinkest til å ta imot nyfødte.

Unionleader.com

Dansk psykiatri-blad

En meningsmåling viser at kun hver femte danske har et positivt bilde av psykiatrien og det arbeid som gjøres der. Derfor har Dansk Sygeplejeråd (DSR) laget Psykiatriavisen.

Den skal fortelle noen av de mer positive historiene som finnes innen psykiatrien, blant annet om oppsøkende psykosesteam i Esbjerg, intervju med en nyutdannet psykiatrisk sykepleier, og de psykisk syke kriminelle som får en ny sjanse til å ha et verdig liv på Sct. Hans i Roskilde.



DEN NYE AVISEN kan lastes ned i pdf-format på www.dsr.dk/psykiatriavisen.

Kan være ulovlig

Belgiske sykepleiere som assisterer leger i eutanasi, kan bryte loven. I Belgia er eutanasi ved hjelp av medikamenter lovlig hvis det utføres av leger etter strenge regler. Lite er sagt i lovverket hvilke juridiske følger slike oppgaver kan ha for sykepleiere som assisterer leger. Canadian Medical Association Journal (CMAJ) publiserte nylig en artikkel basert på en studie med 1265 sykepleiere. Forfatterne av artikkelen sier at sykepleierne setter seg selv i en sårbar situasjon. På den ene siden føler de seg forpliktet til å utføre legens ordre, på den annen side kan oppgaven for sykepleierne være ulovlige og få juridiske konsekvenser.

Canadian Medical Association Journal



Canadian Medical Association Journal

Der ute

Les mer om:

- 41** Vil ikke være Bodøs tante Sofie >
- 44** En blodprøve til å stole på, på Flisa >
- 48** Må hjelpe pasientens barn >



sykepleien.no

> Se lesernes egne blogger på sykepleien.no



Privat

Sykepleier Ragne Gjestrum-Larsen har tatt samhandlingsreformen på forskudd. Hun startet egen praksis og tilbyr tjenester kommunene og spesialisthelsetjenesten snart vil trenge. Foreløpig er det småhans.

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

Larvik lyser et hvitt murhus opp med en skiltlogo som ligner et vinglass. Vel innenfor veggene får vi vite at varemerket til Helse Nordbyen slett ikke har noe med alkohol å gjøre, men er et stetoskop. Og ikke et hvilket som helst stetoskop: Det kan også ses som en omvendt pyramide, siden man her skal tenke «bottom up»-prosesser. Under kveiler det seg en slange i S-formasjon. S for samhandling, må vite.

Her har en sykepleier, to allmennleger, to psykologer, to fysioterapeuter og en kognitiv terapeut sitt eget lille samhandlingsprosjekt i privat regi.

– Vi ligger litt i forkant, og ser for oss at vi vil bli enda mer brukt etter at samhandlingsreformen er satt i verk, sier allmennlege Svein Richard Haugvik, som eier lokalene og leier ut til de andre.

Lokal spesialistbehandling

– Samhandlingsreformen forutsetter at kommunene skal samarbeide mer med private. Tilbudet vårt gjør også at slitne pasienter vil slippe lang reisevei inn til sentraliserte sykehus. Her gir vi spesialistbehandling lokalt, supplerer sykepleier Ragne Gjestrum-Larsen.

Hun har presset inn litt tid til å møte Sykepleien klokken 17 en ettermiddag mens hun behandler en av sine sårpasienter i kjelleren av huset. Der holder hun og fysioterapeutene til. De med lengre utdanning sitter i toppetasjen, til tross for omvendt pyramide på logoen. Men vi glemmer raskt at vi er halvveis under jorden, for her er det luftig og lekkert innredet. Vinduene høyt på veggen kaster inn godt med lys på de røde og sorte interiør-elementene som bryter opp alt det hvite.

praksis

«Jeg tror mange flere kunne tenke seg å starte for seg selv.»



SÅRSTELL: Denne pasienten måtte amputere en tå etter problemer med et sår. Hun får stelt operasjonssåret hos Ragne Gjestrum-Larsen via et samarbeid med diafotpoliklinikken i Tønsberg. Pasienten betaler 53 kroner for materiell og 15 minutters jobb.

Stomi og sår

Gjestrum-Larsen har spesialutdanning i stomi-sykepleie og sårbehandling. Hun har tidligere vært leder i Norsk Sykepleierforbunds (NSF) faggruppe for sykepleiere i stomiomsorg. Med lang erfaring fra både sykehus og apotek, så hun at det fantes et behov for faglig oppfølging av pasienter både med stomi og med sårproblematikk. Dermed hoppet hun uti det og startet som første sykepleier i Norge sin egen praksis innen stomi- og sårbehandling, høsten 2008. Hun kaller seg Sykepleierklinikken AS.

Blant NSF's 90 000 medlemmer er det kun 69 som er selvstendig næringsdrivende, får vi vite fra medlemsregisteret hos NSF. Alle fylker har minst én NSF-sykepleier med egen

praksis, unntatt Nordland og Finnmark.

Tallet på sykepleiere med egen praksis er nok høyere, siden ikke alle er medlemmer i NSF.

– De fleste sykepleiere som har eget firma er enten jordmødre, psykiatriske sykepleiere eller driver alternativ behandling. Jeg tror mange flere kunne tenke seg å starte for seg selv. Men det er få som tør fordi det ikke ligger til rette for at sykepleiere skal starte eget, sier Gjestrum-Larsen.

Får ikke driftstilskudd

Kundene hennes er verken sykehusene eller kommunene. De har ingen rutine på å leie inn denne typen spesialiserte sykepleiertjenester. Det som får driften til å gå sånn halvveis rundt,

er blant annet en avtale hun klarte å få til med bandasjisten Medicus Plesner. De leier inn hennes tjenester som del av den service de har på levering av nødvendige produkter hjem til pasientene. I tillegg får hun henvist en del pasienter fra legene i Sandefjord og Larvik. Noen pasienter har hørt om henne også, og oppsøker henne på privat initiativ.

– Hva tjener du?

– Veldig dårlig. Jeg tar ut 10 000 kroner i måneden. Det står ikke i forhold til min kompetanse i det hele tatt.

Hun har fått et lån fra Innovasjon Norge på 80 000 kroner som har vært gull verdt i oppstartingsfasen. Likevel har hun måttet ta en del ekstravakter på legevakten samt nattevakter





«Noen har stilt spørsmål ved om jeg virkelig har lov til å ha egen praksis som sykepleier.»

UTFORDRER NSF: – Både fagforeningene til fysioterapeutene, legene, psykologene og kiropraktorene har pushet på for at deres medlemmer skal kunne ta takster når de driver privat praksis. Hvorfor skal ikke sykepleiere også kunne få det, spør Ragne Gjestrum-Larsen.

på et sykehjem for å få det til å gå rundt. Men sykepleieren regner med at inntjeningsproblemene er forbigående. Forhåpentligvis vil navnet hennes bli mer kjent, og samhandlingsreformen kan også føre til at det åpner seg en nisje.

– Mitt største ønske er å få driftstilskudd fra kommunen, takster for tjenestene og et mer organisert samarbeid med kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Savner NSF-engasjement

Hun har vært i kontakt med alle slags instanser som både Helseøkonomiforvaltningen Helfo, Nav, NSF og Helse- og omsorgsdepartementet for å få hjelp, råd og økonomisk støtte. Men ingen kan hjelpe. Det eneste NSF kunne tilby, var hjelp i forhold til hvilken type firma hun kunne starte. Hun skulle heller ønsket seg mer politisk rådgivning fra fagforbundet sitt.

– Alle sier at intensjonene mine er gode, men det må lovendring til både for at jeg skal kunne få driftsstøtte og for at jeg skal kunne ta takster for tjenestene mine.

Spesielt her skulle Gjestrum-Larsen ønske seg mer engasjement fra NSF. NSF har jobbet mye for at sykepleiere ved somatiske poliklinikker skal kunne utløse takster for sine oppgaver. Hva om de kunne overføre samme engasjement til sykepleiere som driver privat?

– Både fagforeningene til fysioterapeutene, legene, psykologene og kiropraktorene har pushet på for at deres medlemmer skal kunne ta takster

når de driver privat praksis. Hvorfor skal ikke sykepleiere også kunne få det, spør hun.

Skeptikere

Mange var skeptiske da Gjestrum-Larsen startet opp.

– Både sykepleiere og leger har vært tvilende, og noen har også stilt spørsmål ved om jeg virkelig har lov til å ha egen praksis som sykepleier, forteller hun.

Men hun driver i tråd med de regler og lover som finnes, blant annet helsepersonelloven. Hun drar på konferanser og sørger for å hospitere minst en gang i året, for å holde seg oppdatert. Og hun passer på å pleie nettverket av fagfolk hun har rundt seg.

– Ragne er et levende eksempel på at hun forvalter faget minst like godt som spesialtjenesten i sykehus, sier lege Haugvik, som sender alle de pasienter han kan videre til henne.

– Jeg skulle bare ønske jeg kunne finansiere henne slik poliklinikkene finansierer sykepleierne etter at det ble åpnet for refusjoner for sykepleieroppgaver. Jeg ønsker meg ISF- og DRG-systemet ut i det private markedet. Det høres ut som et typisk Frp-tema, men jeg ser faktisk ikke noe prinsipielt galt med å få et økonomisk system som er analogt til hvordan sykehusene driver, argumenterer Haugvik.

I dag fakturerer Gjestrum-Larsen for de pasientene hun tar for Haugvik. Hun har også måttet introdusere en takst for de pa-

sientene som oppsøker henne privat.

– For sårpasientene tar jeg 370 kroner timen ved første konsultasjon. Ved videre oppfølging betaler pasienten kun for materiell og eventuell kjøring hvis det er hjemmebesøk. Det er pinnelete. Alternative behandlere som kan ha langt mindre utdanning enn meg tar gjerne opp mot 800 kroner timen. Men jeg har bevisst lagt meg lavt for ikke å skremme markedet. Folk er heller ikke vant til å betale for helsetjenester, det går vanligvis over egenandelskortet eller firkortet.

Samarbeider for hele pasienten

Noe av det viktigste ved å etablere eget er å ha et fagmiljø rundt seg, synes Gjestrum-Larsen. Legene i både Sandefjord og Larvik er samarbeidsvillige. Hun samarbeider også godt med hjemmetjenesten og får mye gode tilbakemeldinger.

– For å se hele pasienten er det særlig viktig å samarbeide med alle de instanser pasienten er involvert i. Jeg passer på å ha dialog med både kommuner, sykehus og fastleger, sier hun.

Sykepleieren har laget sitt eget dokumentasjonssystem i Word. Hun passer på å notere alt hun gjør med pasientene. Journalnotatene sender hun videre etter avtale med pasienten, til de instanser som også behandler pasienten og hvor informasjon er viktig for oppfølgingen. For sårpasientene følger det også med bilde, målinger av såret og pasientens sirkulasjon (ankel-arm-index).



SKRYT: – Ragne er et levende eksempel på at hun forvalter faget minst like godt som spesialtjenesten i sykehus, sier allmennlege og kollega ved Helse Nordbyen, Svein Richard Haugvik. Til venstre er logoen som ikke er et hånd-blåst vinglass.

– Jeg skulle gjerne hatt et bedre dokumentasjonssystem, men det blir for dyrt foreløpig, sier hun.

Gjestrum-Larsen dekker i utgangspunktet Larvik og Sandefjord. Hun har også en klinikk i Sandefjord hvor hun er hver onsdag. Ved siden av å ha åpent i klinikkene, reiser hun også på hjemmebesøk. Det er særlig de nyopererte stomipasientene som får denne servicen.

– Når nye stomipasienter kommer hjem, kommer samtidig de mange spørsmålene om å leve med stomi. Mange har behov for råd og hjelp med ernæring. Ofte oppstår problemer med lekkasjer og sår hud, noe som er svært tøffe opplevelser. Da er det betryggende å vite at de kan ringe meg når som helst.

– Hvem erstatter du i systemet?

– Jeg erstatter ingen, men er et viktig supplement for pasienten i tillegg til oppfølging fra hjemmesykepleien, fastlegen eller sykehuset. Hjemmesykepleien har for eksempel så mange fagområder de skal håndtere at de ikke får den mengdetreningen som jeg har i min hverdag. Dessuten er de ofte stresset på tid siden de skal rekke over mye annet også. Med et godt samarbeid med hjemmebesøk i fellesskap, god kommunikasjon og undervisning, kan vi finne prosedyrer og tilpasse utstyr som fungerer optimalt for både pasienten og de som skal hjelpe pasienten.

Skjær i sjøen

Ragne Gjestrum-Larsen har møtt en del skjær

i sjøen siden hun startet opp. I fjor var hun syk i fire måneder og i år har hun vært borte fram til påske fordi datteren på syv år ble utsatt for en alvorlig akeulykke. Foreldrene måtte bo med datteren på barneintensiven på Ullevål, deretter på Sunnås og så på kysthospitalet i Stavern. Etter påske har hun begynt å jobbe 20 prosent igjen.

– Jeg tenkte ikke på at jeg måtte ha forsikring mot inntektstap. Det har jeg lært nå, konstaterer hun.

– Hvordan trives du egentlig med dette?

– Det er utrolig gøy! Ellers hadde jeg ikke orket. Det er mye stress, jeg har sjelden tid til lunsj med kollegene mine. Jeg blir litt ensom ulv i hverdagen. Men jeg er stolt av det jeg gjør. Og jeg treffer så mange flotte mennesker som er inn og ut av kriser. Jeg lærer noe nytt hver dag.

– Vil du ansette flere en dag?

– Helt sikkert, for jeg har nok å gjøre. Jeg har allerede kontakt med ei som er aktuell, men det er for tidlig ennå.

Gjestrum-Larsen har stor tro på at flere sykepleiere kan gjøre som henne.

– Vi har mange spesialiteter innenfor sykepleierfaget. For eksempel diabetes, hjerte-kar, lungesykdommer og så videre. Behovet er der. Og vi kunne sikkert forbygget mange plager og spart sykehusene og helsenorge for mange penger ved at man slipper sykehusinnleggelses-

Se kommentar fra NSF på neste side. →

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 masaiskoen. 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



Kommunetorget.no

– for planlegging og iverksetting
av rusarbeid i kommunene

Nyhet!

LEVENDE
VEIVISER

INDIVIDUELL
PLAN

RUSMIDDEL-
AVHENGIGE



KoRus-Nord
Kompetansesenter rus, Nord-Norge
Rus og spesialpsykiatrisk klinikk, UNN



Helsedirektoratet

DER UTE LARVIK

– Ikke imot privat initiativ

Vi er veldig fornøyd med å ha fått til refusjonsordningen for sykepleierne i sykehusene, men vi har ennå ikke rukket å ha noen politisk diskusjon om hvordan vi eventuelt skal gjøre det i privat sektor. Dette skal vi selvfølgelig diskutere, siden samhandlingsreformen kommer til å flytte mye av de polikliniske konsultasjonene ut i kommunene, sier Lisbeth Normann, leder i Norsk Sykepleierforbund (NSF).

Hun understreker at NSF ikke er imot privat initiativ, men at forbundet primært ønsker et offentlig finansiert helsevesen, eventuelt med privat supplement. Betalingen for helsetjenestene må ifølge NSF være et offentlig ansvar så ikke folks ulike betalingsevne skal styre tilgangen til helsetjenester.



«I og med at samhandlingsreformen kommer, vil vi måtte se under nye steiner» Lisbeth Normann

– Men i og med at samhandlingsreformen kommer, vil vi måtte se under nye steiner. Vi har jo som prinsipp at sykepleiere skal få betalt for den jobben de gjør, sier hun.

– Vil NSF noen gang kunne presse på for å få til et takstsystem for de sykepleiere som ønsker å drive privat, slik fagforeningene til andre grupper i helsevesenet har gjort?

– Vi er i en helt annen situasjon enn for eksempel leger og fysioterapeuter fordi de har så mange som driver privat. NSF's primære mål er gode helsetjenester til befolkningen uavhengig av lommebok, men samtidig skal vi være åpne for å tenke nytt. ■■■

Tekst Eivor Hofstad Foto Stig Weston



Snart 60 år.
Man tror det er løgn.





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

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

Fremtidens pasientbehandling

En ny studie viser at hudleger bruker mindre tid på web-konsultasjoner av pasienter med eksem, enn på å få pasienten på kontoret.

WEB-KONSULTASJONENE gjøres unna på 5 minutter, mener hudlege Thomas Schopf. Det rister i oppfatningen om at telemedisin er for tidkrevende for legene. Foto: Jan Fredrik Frantzen, NST.



Eksempler på nettsider:

- ▶ Fjernbasert behandling av spillavhengige, Sykehuset Innlandet: <http://www.spillbehandling.no/>
- ▶ Sentrum legekontor, Tromsø: <http://www.sentrum-lk.nhn.no>
- ▶ Hel – BUP – helseundersøkelse: <http://www.stolav.no>

Kløe, svie og søvnløse netter er hverdagen til mange familier, når ungene har atopisk eksem. Ventetider er lange og avstand til hudlege kan være stor. Da er det enklere å fylle ut et webskjema, sende epost til hudlege og få svar samme dag, på hvordan eksem-utbruddet skal behandles. Det har vært gjort få studier på hvordan slike konsultasjoner påvirker arbeidsdagen til hudleger. Dette er nå undersøkt med gode resultater.

Fornøyde pasienter

Tidsbruk for legene er mindre når de svarer på henvendelser på denne måten, enn ved vanlige undersøkelser. I 60 prosent av tilfellene tok det mindre enn 5 minutter å svare på forespørselen, mens 32 prosent av henvendelsene krevde mellom 5 og 10 minutter. av arbeidsdagen. Bare 8 prosent krevde mer enn 10 minutter. å besvare. En vanlig konsultasjon tar rundt 20 minutter. Tidligere studier har vist at pasientene er fornøyd og at de får like god behandling. Nå vises også en lavere tidsbruk hos legen med en slik web-løsning.

Det trengs litt lengre tid på meldinger med bilder av eksemmet, i tillegg til tekst. Men et brukbart skarpt bilde gir bedre informasjon til legen, enn hvis de bare har tekst. Bildevedlegg brukes også ved henvisning til spesialist. Her anslås at det er en reduksjon av pasienter som må til hudlege med 20-50 prosent ved bruk av webbaseret henvisning og bilde, hvis prioriterende hudlege aktivt bruker systemet.

12 familier deltok i studien, og til sammen sendte de 93 henvendelser til hudlegen ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Meldinger ble sendt gjennom en krypterte web-løsning. Hudlegen logget seg på to ganger per dag for å sjekke nye meldinger og håndterte dem samme dag.

Egnede web-løsninger

Løsningen MinDoktor er nå en del av DIPS Pasientportal, som er basert på PasientLink. Den er utviklet i dialog med Datatilsynet, i samsvar med retningslinjer og krav i personvernloven. Portalen gir mulighet for informasjon og kontakt med sykehuset via nettsiden www.mittsykehus.no. Innlogging gjøres med brukernavn/passord, samt en engangskode som blir sendt til pasientens mobiltelefon. Etter innmelding gis tilgang til portalen, hvor informasjon og kommunikasjon kan foregå.

Dette er et kommunikasjonskonsept som gir pasienter og helsepersonell mulighet til å utveksle pasientsensitiv informasjon sikkert over Internett. Med www.mindoktor.no kan man bestille resept, se svar på reseptbestilling, foreta timebestilling, avbestille time, sende og motta meldinger fra fastlege, samt bestille attest. Har pasienten en avtale med sykehuset om at det skal sendes inn bilder av for eksempel et sår eller et hudproblem, kan digitale bilder vedlegges epost fra pasienten.

Medaccess fra Visma er en annen løsning og finnes på legekontor og sykehus. Det er en komplett løsning for sikker kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter via Internett og SMS. Pasient/behandler kan føre en sikker tekstbasert dialog over Internett som en del av behandlingen. I tillegg finnes moduler for timebestilling, skjemaesvarelse og arbeidslister. Den leveres med tilpasninger til legekontor og sykehus.

Deriga utviklet kommunikasjonsmodulen MinHelse (del av Medaccess). Den ble første gang brukt til e-terapi, som supplement i poliklinisk oppfølging av ungdom, ved RBUP i Midt-Norge, med Tormod Rimehaug som elektronisk kommuniserende terapeut. ■■■

Andre faste bidragsytere:



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



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



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

Åse Mariann Bøckmann

Alder: 56 år

Yrke: Hygienesykepleier

Jobber: Nordlandssykehuset i Bodø

Vil ikke være tante Sofie

– Ser jeg noen med smykker, går jeg på kontoret og tenker.

Jeg gir råd om smittevern. Som hygienesykepleier må jeg hele tiden være oppdatert på lover og forskrifter og sørge for at sykehusets retningslinjer også er det. Jeg veileder, underviser og svarer på spørsmål. Det betyr at jeg jobber i hele organisasjonen.

Jeg jobber forebyggende, men noen ganger må jeg slippe alt jeg har i hendene. For eksempel når det kommer et smitteutbrudd. Det er bare to uker siden sykehuset måtte stenge en hel avdeling. Det skjer hvert år. Noro-virus er vanligst. Det kalles jo «Winter vomiting disease», men det ser ut som sesongen strekkes ut.

Når det kommer et utbrudd, kontakter jeg avdelingen. Jeg vurderer om de trenger ekstra oppfølging. Etter et utbrudd av MRSA på nyfødtintensiv anbefalte vi for eksempel å fjerne kosedyrene mange foreldre legger inn i kuvøsene til barna. Et slikt utbrudd er en stor utfordring og krever dialog og oppfølging av personale og pårørende. Jeg samarbeider også tett med mikrobiologisk avdeling.

Bruk av smykker er noe jeg ofte påpeker. Å være smykkeløs er en del av arbeidsantrekket, men der når vi ikke gjennom med budskapet. Det handler om å endre en kultur. Det er jo ledernes ansvar, men jeg tror de synes det er vanskelig. Ser jeg en ansatt med smykker, prøver jeg å la være å si noe der og da. I stedet går jeg på kontoret, tenker litt og så tar jeg kontakt med leder eller inviterer til en samtale med den det gjelder for å forklare hvorfor smykker ikke er tillatt. Jeg sier ikke bare «sånn der må du ikke gjøre». Det har jeg ingen tro på.

Jeg har vært hygienesykepleier i tre år, men har 35 års erfaring som sykepleier. Jeg har vært avdelingsleder både på medisinsk og kirurgisk og vet litt om hvor skoen trykker. Smittevern er utrolig viktig, men ved pasientsengen er det én av mange viktige oppgaver. Jeg tror erfaringen min gjør det lettere å nå fram. Men ting tar tid. Noen ganger kan det overraske meg.

Når jeg underviser sykepleierstudenter har jeg mange historier å fortelle. Som at noen brukte samme hansker til flere pasienter. De bare spritet hanskene mellom hver pasient. Det er en «skrekkelig og gru»-historie.

Det morsomste med jobben er at ingen dager er like. Jeg jobber på oppdrag og vet aldri hva som venter. Vi er to hygienesykepleiere, og kollegaen min, Børre, har lang erfaring og er høyt respektert. Når vi sier noe, blir vi lyttet til. Men det er ikke vi som går inn og stenger en avdeling, vi bare anbefaler.

Basale smitteverntiltak er utrolig viktig og må gjentas ofte for at de skal sette seg i ryggmargen til personalet. Til syvende og sist handler jobben om å bidra til god håndhygiene og ikke påføre pasientene tilleggslidelser.

Jeg er opptatt av at smittevern må ses i en sammenheng. Å bekjempe infeksjoner er en global oppgave, men vi må handle lokalt. ■■■

Fortalt til Nina Hernæs Foto Thor-Wiggo Skille





FOR ET ÅR TILBAKE ETABLERT FN en fredsbevarende operasjon øst i Tsjad. Det norske bidraget består av to komponenter, en brønnboreenhet og feltsykehuset i hovedbasen i Abeché. FN-operasjonen avsluttes etter planen i mai. Sykehusets hovedoppgave er å behandle militært og sivilt FN-

personell, men den ledige kapasiteten har kommet et stort antall av lokalbefolkningen til gode. Her behandler sykepleier Berit Karita Mørset (til h.) og en serbisk kollega en pasient som har vært utsatt for en trafikkkulykke. En av sykehusets tolker assisterer.

Foto **Yngve Leonardsen**

Også på sykehjem gjøres laboratoriearbeid. På Åsnes sykehjem tar sykepleierne blodprøver nesten hver dag.

En blodprøve til å stole på

NOKLUS



- › Står for Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus.
- › Bistår med å sikre kvaliteten på laboratorieanalyser som blir utført utenfor sykehus.
- › Landsdekkende organisasjon med laboratoriekonsulenter og legespesialister i alle fylker.
- › Aktiviteten mot legekontor finansieres via et av Legeforeningens kvalitetsforbedringsfond. Sykehjem kan delta til selvkost. Ikke mål om profitt.

Nylig tok vi en helt spesiell blodprøve, forteller sykepleier Hilde Kristin Hagen på Åsnes sykehjem på Flisa.

– Sykehuset ønsket at vi skulle sende en dårlig pasient ene og alene for å ta to glass blod. Men siden vi kunne gjøre det her, ble pasienten spart for turen. Det er vi ganske stolte av.

På Åsnes sykehjem tar sykepleierne alle mulige blodprøver. Hemoglobin, CRP og glukose analyserer de selv. I tillegg til urinstrimmel.

Tidligere var det bare et par sykepleiere som tok prøvene, nå gjør nesten alle det.

– Det har vært en utfordring, men gir trygghet, mener Hilde Kristin Hagen, som også er laboratorieansvarlig.

Vil ha med sykehjem

Blodverdier tillegges ofte stor vekt når pasienters tilstand skal vurderes. Tallene kan være avgjørende for behandling og videre utredning. Men de kan være feil.

I 1992 gikk Legeforeningen, Staten og KS sammen om å opprette et fond for å sikre kvaliteten på laboratoriearbeid utenfor sykehus. Fondet finansierer aktiviteten i organisasjo-

nen Noklus, rettet mot legekontor. De tilbyr opplæring, oppdatering, veiledning og ekstern kvalitetskontroll. Noklus har et senter i Bergen og laboratoriekonsulenter i alle fylker.

Nesten alle landets legekontor er med, men sykehjemmene har vært vanskelig å rekruttere. Fra 2007 har Noklus fått statlige midler til å tilby alle sykehjem som ikke allerede er med, inntil to års deltakelse uten å betale. Spørsmålet nå er om de fortsatt vil være med når gratisperioden er over.

Mange feil

– Sykehjemmene har mange ting å bruke penger på, erfarer bioingeniør Wenche Iren Bjelkarøy, koordinator for sykehjemsprosjektet.

– Det kan være hard prioritering av få midler. For det enkelte sykehjemmet kan det være snakk om en ny løftestol eller tv.

Samtidig opplever hun at mange ikke er klar over hvor viktig laboratoriearbeid er. Det er heller ikke innlysende for de ansatte at det er noe sykehjemmet driver med.

– Jeg får til svar at de ikke utfører laboratorieanalyser. Hva med hemoglobin eller CRP, spør jeg da.

Glukose? Jo, det gjør de, men de ser ikke på det som laboratoriearbeid.

Bjelkarøy er opptatt av at 70 prosent av feilene som gjøres i forbindelse med blodprøver, gjøres før prøven i det hele tatt analyseres. Det kan være så banalt som at reagenser eller prøverør er gått ut på dato.

– Det er mange skjær i sjøen.

Eget laboratorium

– Sykepleierne er veldig flinke, men det skinner igjennom at de ikke har hatt laboratoriearbeid i grunnutdanningen, sier bioingeniør Kari Van Den Berg.

Hun er laboratoriekonsulent i Hedmark, der 35 av 37 sykehjem er med i Noklus. Berg opplever at disse sykehjemmene har hatt en kjempagod utvikling etter at de kom med. Hun tror mange sykepleiere synes det er morsomt med laboratoriearbeid.

Åsnes sykehjem ble med i Noklus allerede i 1998 og hensikten var å sikre kvaliteten. Et synlig tegn er at de har fått eget laboratorium.

– Lite og sparsomt, smiler Hagen.

Et lager er utstyrt med arbeidsbenk, skap og hyller.

– Men det holder til vårt bruk, sier hun.



TAR BLODPRØVER: Sykepleier Hilde Kristin Hagen stikker Synnøve Karlstad.

Et fast sted å analysere på. Det er en av anbefalingene Kari Van Den Berg alltid gir.

– Noen har alt utstyret stående på en tralle og triller det inn på pasientrommene. Men det er uhygienisk og fører til slitasje på apparatene. Jeg anbefaler å ta med utstyr til prøvetaking inn til pasienten, ta prøven og analysere den et fast sted.

Også hun erfarer at de fleste feil skjer før prøven analyseres.

– For eksempel at prøverøret ikke vendes etter at blodprøven er tatt. Eller at røret ikke har fått stå å koagulere før det sentrifugeres. Kalium er et eksempel på en blodprøve

hvor svaret lett kan bli feil dersom prøven ikke er tatt riktig. Jeg vet at sykehjem kan ha mange høye kaliumsvar. Da tror jeg nok årsaken er prøvetakingen.

Får råd

Sykehjem som blir med i Noklus får tilbud om opplæring. De får permer med prosedyrer for ulike prøver og ulike analyser. Permene oppdateres to ganger årlig. Det gis også tilbud om oppfølgingskurs. Hilde Kristin Hagen synes det beste er at hun kan spørre om råd.

– Vi får gode tips. For eksempel at vi ikke bør kjøpe store pakker

«Før var standarden veldig dårlig.»

Brit K. Valaas Viddal

med kyvetter til hemoglobinprøver. De har så kort holdbarhet at det er smartere å kjøpe engangskyvetter. Eller at mobil i lommen kan forstyrre apparatet som analyserer CRP. Vi erfarte også at det samme gjelder trådløs telefon, og det meldte vi tilbake.

Kari Van Den Berg understreker at med Noklus må sykepleierne fremdeles gjøre jobben, men No-





MÅLER CRP: Sykepleier Hilde Kristin Hagen både tar og analyserer infeksjonstesten.

Sykehjemsprosjektet

I perioden 2007–2011 får sykehjem som ikke allerede er med i NOKLUS, tilbud om å være med gratis i inntil to år. Staten betaler. Helsedirektoratet anbefaler sykehjemmene å fortsatt være med etter gratisperioden. I snitt koster det rundt 13 000 kroner årlig. NOKLUS ønsker sentral finansiering så sykehjemmene kan delta uten å betale.

Vanlige analyser

- › CRP (C-reaktivt protein)
- › Hemoglobin
- › Glukose
- › Urinstrimmel

Vanlige feil

- › Utstyr oppbevares feil
Eksempel: Lokket på boksen med urinstrimler er ikke satt ordentlig på. Strimlene suger til seg fuktighet som gjør at de ikke suger like mye urin som de skulle gjort.
- › Utstyret har gått ut på dato
Eller utstyret har vært åpnet og oppbevart for lenge i åpnet tilstand.
- › Utstyr brukes feil
Eksempel: Prøverøret vendes ikke etter at prøven er tatt. Kyvetter og kapillærrør fylles feil.
- › Prøvematerialet behandles feil
Eksempel: Urinen blandes ikke før strimmelen dyppes og eventuelle celler synker til bunns og får ikke kontakt med urinstrimmelen. En vanlig feil er også at urin ikke får romtemperatur før strimmelen dyppes i.

klus tilrettelegger så jobben blir enklere. Ved å følge anbefalingene oppfylder sykehjemmene kravene til internkontroll for laboratoriearbeid. Gjennom prosedyrepermene blir sykehjemmene oppdatert på ny kunnskap eller ny teknikk som endrer praksis. Et konkret eksempel er at hemoglobin nå skal tas venøst fra armen.

– Inntil for noen år siden var det helt greit å stikke i fingeren og fylle en enkelt kyvette. Men skal prøven være representativ, bør den tas fra armen, sier hun.

Blir mer arbeid

Ifølge Brit K. Valaas Viddal, leder i Bioingeniørfaglig institutt, er Noklus uvurderlig for kvaliteten på laboratoriearbeidet som blir gjort utenfor sykehus.

– Før var standarden veldig dårlig, sier hun.

Bioingeniørfaglig institutt mener Staten må sette av midler så sykehjemmene skal slippe å betale for å være med i Noklus. Noklus selv ønsker sentral finansiering.

– Vi vet det er et stort behov for å følge opp laboratorievirksomheten,

sier Siri Fauli Munkerud, som leder sykehjemsprosjektet.

– Målet er å få med flest mulig sykehjem og bruke minst mulig tid på rekruttering og fakturering, opplyser hun.

Viddal peker på at samhandlingsreformen vil føre til mer laboratoriearbeid. Helst ville hun hatt et krav om at alle som utfører slikt arbeid må være med i en form for kvalitetsordning. Ideelt sett synes hun en uavhengig organisasjon skulle stå for det.

– Samtidig har tilknytningen Noklus har til Legeforeningene ført til at

«Vi vet det er stort behov for å følge opp laboratorievirksomheten.»

Siri Fauli Munckerud

legene har fulgt veldig opp, sier hun.

Wenche Iren Bjelkarøy vil gjerne ha sykehjemslegene mer på banen.

– Generelt savner jeg engasjement fra legene, sier hun.

– Noklus er en ressurs også for dem, og legen må etterspørre kvaliteten i analysearbeidet.

Hilde Fryberg Eilertsen, leder for Norsk Sykepleierforbunds faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens, sier at Noklus har ført til økt kompetanse blant sykepleiere hun har snakket med.

– Vi vil ikke anbefale ett spesielt system, men er opptatt av å sikre kvaliteten rundt prøvetaking, sier hun.

– Det er veldig viktig, særlig i forhold til de eldste og sykeste pasientene.

Kontrolleres

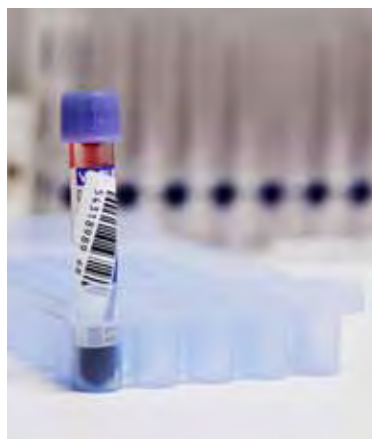
På Åsnes tar sykepleierne prøver nesten daglig. Hilde Kristin Hagen føler hun har det i fingrene. Sykehjemmet kommer også meget godt ut av kontrollene Noklus utfører to ganger i året. Da sendes det ut prøvemateriale som skal analyseres og returneres. Etterpå gis det beskjed om resultatet er meget bra, bra eller dårlig og hvordan sykehjemmet ligger an i forhold til andre. De får også hjelp til å finne ut hva som har ført til at resultatet eventuelt ikke er så bra. Generelt har sykehjemmene gjort det litt dårligere enn legekantorene. Det overrasker ikke Wenche Iren Bjelkarøy.

– Det er utrolig mange flere som tar blodprøver på et sykehjem, sier hun.

– Men vi stresser likevel at det er viktig med én ansvarlig som kan følge opp laboratoriearbeidet.

Bjelkarøy blir stadig konfrontert med at hjemmetjenesten ikke får tilbud om Noklus gratis.

– Ingen har kontroll. Det synes vi er et problem. Jeg tenker for eksempel



på hvordan blodprøver blir oppbevart. Om de stikkes i jakkelommen eller blir liggende i solsteiken på et bilsete. Hvilke svar får de på disse prøvene, undrer hun.

Hun er også opptatt av at kvalitetsarbeid må foregå kontinuerlig.

– Noen sykehjem har vært med gratis i to år, og tenker nå kanskje at de har fått et løft. Der er vi skeptiske. Blant annet fordi det er stor utskiftning av personalet og det stadig kommer nye prosedyrer og instrumenter på markedet.

Bedre for pasienten

For Hilde Kristin Hagen og Åsnes sykehjem er det ikke aktuelt å droppe Noklus. At sykepleierne er blitt så drevne på blodprøver gjør den medisinske oppfølgingen sikrere og sparer pasientene for transport og ubehag. Det gir dem også mulighet til å starte behandling på sykehjemmet.

Hagen er fornøyd med at de analyserer hemoglobin, CRP og glukose selv. Andre prøver de tar er det naturlig å sende fra seg. Apparaturen er dyr og korrekte analyser krever et visst volum. Skulle hun ønske, kunne hun også tenkt seg å analysere INR. Det hadde spart noen timers venting på prøvesvar. ■■■

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Stig Weston**

ThevoVital —en madrass som gir bedre søvn til demente

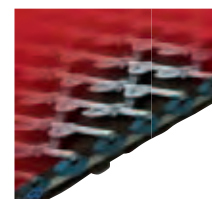


Bedre søvnkvalitet gir mer overskudd om dagen og bedre forutsetning for å samarbeide i de daglige aktiviteter.

MIS® Mikrostimulering gir konstant (mikro) stimulering. Vingenes beroligende fjæring gir feedback på alle bevegelser og fremmer brukerens kroppsbevissthet.

ThevoVital

- Verdensnyhet – den første madrass som gir demente bedre søvn
- Pårørende og pleiepersonell blir avlastet og ressurser frigjøres
- Minimalt vedlikehold
- Ingen bivirkninger
- Passer i alle senger
- Leveres for brukere opp til 140 kg



Thevo
by Thomashilfen

Les mer om ThevoVital og våre andre produkter på www.bardum.no.



www.bardum.no

Bardum as

Postboks 322, 1401 Ski, Berghagan 5, 1405 Langhus.
Tlf. 64 91 80 60. Telefax: 64 91 80 66.
www.bardum.no

ETT FORBUND. MANGE FORDELER!



GRATIS ALMANAKK

Noen vil ha dem små, noen vil ha dem større. Andre vil ikke ha dem i det hele tatt. NSF tilbyr gratis almanakk til alle som vil ha – du bestemmer selv hvilken type. Gå inn på Fordelsbutikken på www.sykepleierforbundet.no, følg lenken "Bestill gratis almanakk" og velg den du vil ha. Bestill **innen 5. august** og få den fritt tilsendt. **Alle pensjonistmedlemmer får almanakken tilsendt automatisk.**



GRATIS NAVNSKILT

Nå kan du lage ditt eget navnskilt – helt gratis. Tillitsvalgte kan nå gå inn på Fordelsbutikken på www.sykepleierforbundet.no og lage navnskilt med navn og stilling til de medlemmene som ønsker sitt personlige navnskilt! Fritt tilsendt!

Besøk vår nettbutikk
i dag for gode tilbud:
www.sykepleierforbundet.no



DER UTE OSLO

Helsepersonell plikter nå å følge opp barna til alvorlig syke pasienter.

Må hjelpe pasientens barn

Fra nyttår ble både helsepersonell- og spesialisthelsetjenesteloven endret.

– Endringene er kommet for å sikre at helsepersonell følger opp barn til alvorlig syke foreldre, sier Ingunn Myklebust, seniorrådgiver i Helsedirektoratet.

Dette gjelder foreldre med alvorlig somatisk sykdom, rusavhengighet og psykisk sykdom.

Må med i journalen

Helsepersonell – inkludert alle sykepleiere – må nå passe på at barn under 18 år får den informasjon de trenger når mor eller far blir syk.

er relevant for barnets behandling.

Sykepleier i gruppen

Et rundskriv om de nye endringene, er nettopp utarbeidet av Helsedirektoratet sammen med en arbeidsgruppe. Randi Værholm, spesisykepleier i Kreftforeningen Vest, har vært med i gruppen.

– Etter 15 års arbeid med barn som pårørende, er dette flott å oppleve. Lovreguleringene sikrer at foreldre som er alvorlig syk får hjelp til å informere barna sine, sier hun.

Sykepleieren er også glad for at helsepersonell, med samtykke fra foreldrene, skal bidra til at lærere og andre

«Mange klarer seg godt nok selv. Men dette må undersøkes. Terskelen skal være lav.» *Ingunn Myklebust*

– Og fange opp eventuell annen oppfølging de måtte trenge med bakgrunn i foreldrenes sykdom, tilføyer Myklebust.

Målet er at både barna og foreldrene lettere skal mestre situasjonen når en forelder er syk. Den syke må samtykke før man gir informasjon om diagnose, behandling og utsikter.

– Mange klarer seg godt nok selv. Men dette må undersøkes. Terskelen skal være lav.

Helsepersonell må spørre voksne pasienter om de har mindreårige barn, og dette skal være med i pasientjournalen. Hvis barnet har egen pasientjournal, skal det opplyses om foreldrenes helsetilstand, dersom det

viktige personer for barna får nødvendig informasjon om situasjonen.

– Barn som pårørende trenger å bli sett og forstått i skolehverdagen sin, sier Værholm.

Veiledning på nett

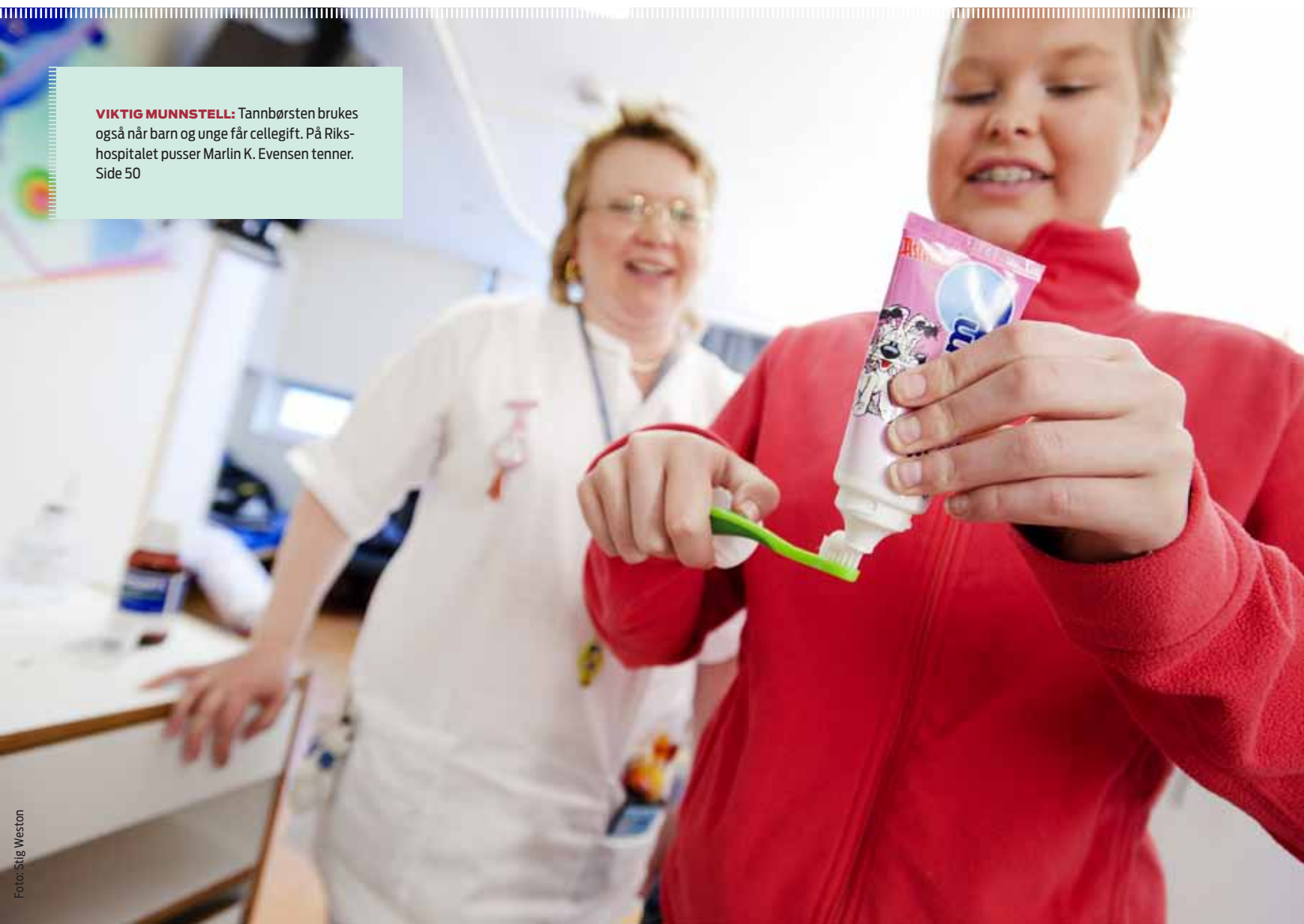
Rundskrivet om barn som pårørende er tilgjengelig på Helsedirektoratets nettsider.

Direktoratet har dessuten laget den lille brosjyren «Mor/far er syk», som helsepersonell kan gi til barna. Også den er tilgjengelig på nettsiden helsedirektoratet.no under «Publikasjoner». ■■■

Tekst **Marit Fonn**

Fag & bøøker

VIKTIG MUNNSTELL: Tannbørsten brukes også når barn og unge får cellegift. På Rikshospitalet pusser Marlin K. Evensen tenner. Side 50



3 om førstehjelp

Anbefalt av Tommy Nybakk, sykepleier og prosjektleder i Røde Kors

RØDE KORS FØRSTEHJELP AS
Røde Kors Grunnkurs i Førstehjelp
Denne boken er svært oversiktlig med gode illustrasjoner i bilder og tekst.



NORSK FØRSTEHJELPSRÅD
Førstehjelp for deg som har omsorg for barn
Denne boken omhandler barn. Grei og oversiktlig forankret i Norsk Førstehjelpsråd.



NORSK FØRSTEHJELPSRÅD OG GYLDENDAL NORSK FØRLAG
Førstehjelp
En bok med mye dybdestoff innenfor førstehjelp.





Päivi Kettler
klinisk spesialist i sykepleie



Sigrid Berthelsen Kaland
barnesykepleier



Maria Hansen
klinisk spesialist i sykepleie

Alle post 3 ved Barneklivnikken,
Rikshospitalet,
Oslo universitetssykehus

Munnstell til kreftsyke barn

Barn og unge som får cellegift kan godt bruke tannbørste.

Norge får årlig rundt 130 barn under 15 år en kreftdiagnose. Leukemi utgjør cirka en tredjedel av diagnosene, en tredjedel svulster i sentralnervesystemet og den siste tredjedelen svulster i andre deler av kroppen (1). Ved post 3 ved Barneklivnikken, Rikshospitalet gir vi cellegift til barn med ulike krefttyper i alderen 0–16 år.

Sår munn

Cellegiftbehandling har en rekke bivirkninger. Blant annet kan sårhet og infeksjoner i munnen være et stort problem. Undersøkelser viser at munnhelsen hos barn som får eller har fått cellegiftbehandling er dårligere enn hos barn ellers i befolkningen (2,3,4).

Når munnslimhinnen er påvirket av cellegift, avtar spyttproduksjonen, slimet blir seigt og slimhinnene tørre. Tap av epitelceller etter cellegiftkur gir sårhet og rødme i munnslimhinnen, mucositt, som er fellesbetegnelse for betennelse i munnslimhinnen (5,6). Sårheten kan oppstå et par dager etter oppstart av cellegiftkur, vanligvis etter en uke, og varer fra en til tre uker (2).

Det er påvist at så mange som 75 prosent av dem som får høy dose med cellegift får stomatitt (munnsårhet) med symptomer. Denne bivirkningen av cellegift har store konsekvenser for barnet, da stomatitt kan medføre smerte, økt risiko for infeksjoner, dårligere ernæring og flere innleggelsesdager på sykehus (7,8).

Hadde prosedyre

Barneklivnikkens munnstellprosedyre ble utviklet i 1993 av Milly Broen (9). Broen gjorde en studie der hun sammenlignet natriumklorid (NaCl) og klorheksidin for å undersøke om disse stoffene har noen profylaktisk effekt på forekomst av blemmer, sår og soppinfeksjoner i munnen til disse barna.

Studien inkluderte 15 barn, hvorav sju utførte munnstell med NaCl og åtte med klorheksidin. Studien ga holdepunkter for å erstatte klorheksidin munnskyllvann med NaCl (0,9 prosent), fordi det viste seg at klorheksidin i seg selv ga munnsårhet. Tannbørste kunne ifølge denne studien brukes når trombocytverdien var over 50 (9). Praksis ved barneklivnikken har vært at munnsvamp har blitt benyttet i lange perioder i den intensive behandlingsfasen, selv i perioder der tannbørste ifølge prosedyren kunne vært brukt.

I de siste årene har både foreldre og sykepleiere delvis glemt prosedyren som ble utviklet av Broen (9). I den kaotiske situasjonen det er å oppleve at barnet får kreft, er det likevel viktig at det ikke blir for mange endringene i hverdagen. Ved å beholde tannpuss i stedet

for å endre munnstellet for barnet fullstendig, kan det være lettere å få gjennomført det viktige munnstellet både på sykehus og hjemme.

Behov for prosedyre

Barneklivnikken har ikke hatt noen instrumenter eller hjelpemidler for å vurdere tilstanden i munnhulen. Sykepleier, lege eller foreldre har observert munnen ved plager som smerter, blemmer, blødninger, beleg, sikling, vanskeligheter med å prate og vanskeligheter med å spise. Observasjoner har derimot ikke vært satt i system.

På bakgrunn av dette ønsket vi å finne ut hva forskningsartikler og annen faglitteratur sier om munnstell og munnhelse til denne pasientgruppen. Vi ønsket å sikre at prosedyren for munnstell til barn som får cellegiftbehandling er basert på den nyeste kunnskapen innen feltet.

Vi så også behovet for å innføre et verktøy for vurdering av munnen, samt en munnstellprosedyre som ivaretar munnhelsen på best mulig måte. Målet var å komme fram til et munnstellregime som var effektivt og gjennomførbart. Vår antakelse var at en prosedyre som er gjenkjennbar og enkel å utføre, med større sannsynlighet blir gjennomført på en måte som ikke gir unødvendig ubehag eller frustrasjon hos barnet. På bakgrunn av dette var hensikten med studien:

- 1) Undersøke hva som er anbefalt praksis for munnstell til barn ved å gå gjennom forskningsartikler og annen faglitteratur med fokus på:
 - a) bruk av tannbørste eller munnpensel,
 - b) munnskyll,
 - c) tannlegetilsyn eller -behandling
 - d) bruk av verktøy for å vurdere munnhelsen hos barna.
- 2) Undersøke hva som er gjeldende praksis når det gjelder munnstell til barn i Norge og Norden i dag.

Metode

Vi gjennomførte et litteratursøk og en kartlegging av praksis ved sykehus i Norden i 2005–2006. Litteratursøket gjorde vi i medisinske, odontologiske og sykepleiefaglige databaser (Cinal, Ovid, Medline, Cochrane, BibSys). Søkeord vi brukte var «mouth care», «oral hygiene», «leukemia», «child», «stomatitis», «NaCl», «toothbrush», «cancer nursing».

Søkeordene ble anvendt i ulike kombinasjoner. Når vi analyserte artiklene så vi spesielt etter utvalget, hensikten med studien, hva

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- Barn
- Cellegift
- Kreft
- Munn





PUSSE TENNER: Snart 13 år gamle Marlin K. Evensen bruker tannbørsten. På Rikshospitalet anbefaler de barn som får cellegift å pusse med småhodet barnetannbørste med myk bust. Foto: Stig Weston

slags munnstell som ble utført (tannbørste/munnpensel munnskyll), tannlegetilsyn/behandling, hvordan munnhygiene ble evaluert samt hva slags resultater de kom fram til når det gjaldt evaluering av munnstellprosedyrer. Sammenlignbare sykehusavdelinger der barn mottar kreftbehandling i Norge og Norden ble kontaktet via telefon eller e-post for å innhente informasjon om gjeldende praksis. De ble spurt om hva slags munnstellprosedyre de har og om prosedyren blir fulgt.

Resultat

Hva er anbefalt praksis om munnstell?

Ved hjelp av ulike kombinasjoner av søkeord fant vi 13 artikler som omhandlet barn som får cellegift. Artikler som handlet om munnstell til intensivpasienter og eldre eller legemidler til forebygging og behandling av munnsår, ble ikke tatt med. De 13 artiklene som ble inkludert var randomiserte kontrollerte studier og litteraturstudier, samt systematiske oversikter publisert på engelsk eller et nordisk språk i tidsrommet 1990–2006.

Tannbørste eller munnpensel

Vi fant ni artikler om tannpuss og bruk av tannbørste. Det viste seg at hvis man ikke bruker tannbørste kan det gi flere og alvorlige munnsår. Dette kan forklares ved at karies øker faren for munnsår. Når man bruker tannbørste reduseres forekomsten av stomatitt, samt smerter relatert til stomatitt. Tannpuss kombinert med klorheksidin munnskyll ga 70 prosent reduksjon av mucositt i en undersøkelse (13).

Selv om det ble benyttet forskjellige munnstellprosedyrer, viste studiene at munnhelsen var bedre hos pasienter som hadde en fast prosedyre. Alle studiene der effekten av bruk av tannbørste ble undersøkt, viste at bruk av tannbørste reduserer stomatitt. (11,12,13,14,15,16,17).

Flere studier har vist at tannbørste fjerner plakk og forebygger karies.

Munnskyll

Det viste seg at bruk av NaCl som munnskyll ga mindre blemmer (9). Klorhexidin ga mindre munnsår generelt (15), men det ble påvist forverring av munnhulen i form av sår ved bruk av klorheksidin over lang tid (12).

Tannlege

Vi fant seks artikler hvor det blant annet ble presentert resultat som indikerte at det er mindre komplikasjoner i munnen, bedre munnhygiene og mindre alvorlige munnsår når det blir gitt systemisk tannlegetilsyn før og under behandlingen (4,21).

Bruk av verktøy

De fleste studiene benyttet en skåringsskala for vurdering av munnhulen. Forskjellige skalaer ble anvendt, men studiene viste at systematisk vurdering ble ansett å være et godt hjelpemiddel for iverksetting av tiltak (10,11).

Gjeldende praksis

Hva er gjeldende praksis for munnstell av barn i Norge og Norden i dag?

Å samle inn prosedyrer fra Norge og andre land i Norden var et tidkrevende arbeid. Vi tok kontakt med ni sykehusavdelinger i Norden. Det var ett land som ikke svarte på henvendelsene.



Tabell 1.

	Tannbørste	Tannkrem	Svamp	Munnskyll
Sykehus 1			4 x om dagen	4 x om dagen med NaCl
Sykehus 2	Daglig x 3-4			Daglig x 3-4 med NaCl
Sykehus 3A			Etter hvert måltid	Etter hvert måltid med NaCl
Sykehus 3B				1/3 hydrogenperoksid 3 % og 2/3 NaCl. Til slutt skylles munnen med NaCl.
Sykehus 4				NaCl og Dusseldorfblending
Sykehus 5				NaCl og Dusseldorfblending
Sykehus 6	Så lenge man klarer		X	Corsodyl og Dusseldorfblending
Sykehus 7	Hver morgen og kveld	Hver morgen og kveld		Corsodyl hver morgen og kveld
Sykehus 8			4 x om dagen	4 x om dagen med NaCl

Som vist i tabell 1 var det flere steder som ikke hadde noen fast prosedyre for munnstell eller rutiner vedrørende bruk av tannbørste, tannkrem og munnsvamp. Det var tre avdelinger som brukte tannbørste og fire avdelinger som brukte munnpensel, men alle åtte brukte munnskyll. Det som var mest brukt til munnskyll var NaCl.

Diskusjon

Studiene vi fant og egne erfaringer med eksisterende prosedyrer i Norge og Norden (tabell 1), indikerer at barna som bruker myk tannbørste får mindre smerter og infeksjoner i munnen under behandlingen. Flere studier har vist at tannbørste fjerner plakk og forebygger karies (12,13,18).

Broens studie (9) som var grunnlaget for barneklinnikkens prosedyre, hadde en nedre grense for når tannbørste kunne benyttes i forhold til blodplater og granulocytter. Noen få av studiene benyttet ikke tannbørste når blodverdier kom under en viss grense, eller ikke i det hele tatt (21). Bakgrunnen var bekymring for at tannbørsten kunne skade munnslimhinnen når pasienten hadde lave blodverdier. Når tannkjøttet blir lettblødende er det naturlig å tro at bruk av tannbørste skader. Tannkjøttet blir imidlertid lettblødende av plakkopphopning, og man vet også at cytostatikas påvirkning på slimhinnen kan gjøre den lettblødende. Pearson (19) har gjort en studie som viste at munnsvamp ikke fjernet plakk fra tenner og tannkjøtt. Flovik (20) og Degré et al. (6) påpeker også at tannbørsten er best egnet til å fjerne plakk. Bonneure-Mallet et al. (12) har i sin studie vist at pasienter som pusser tenner har færre og mindre sår enn de som ikke pusser tennene til tross for hyppig munnskyll. Tannpleier på TAKO-senteret ved Lovisenberg Diakonale Sykehus (landsdekkende kompetansesenter for munnhelse ved sjeldne medisinske tilstander) og tannpleier ved Radiumhospitalet understreker også viktigheten av å fjerne plakk fra tannkjøtt og tenner.

Hyppig munnstell

I studiene vi har gått gjennom er det ingen funn som underbygger at tannbørste kan skade munnslimhinnen. Det er ingen studier som viser at tannpusser gir sårhet i munnen selv om slimhinnen er påvirket av cytostatika. I studiene var man opptatt av å vise at fjerning av plakk reduserer faren for stomatitt (13,21).

De fleste studiene vi har gjennomgått viste at barn får tannlettsyn og eventuelt tannbehandling ved oppstart av cellegift og i

behandlingsfasen. Noen steder var tannpleier med på å bedømme munnens tilstand (12,13,15,21,22). TAKO-senteret anbefalte å pensle tennene med fluor før cellegiftbehandlingen starter. Dette gjøres også i Finland.

Det seige slimet som dannes i apasifasen er erfaringsmessig vanskelig å skylle ut med kun vann. NaCl løser opp seigt slim bedre. Selv om munnsvampen er lite egnet til å fjerne plakk, kan den brukes i tillegg til tannbørste for å fjerne slim og belegg i munnhulen. Den nedsatte spytt-dannelsen stimuleres ved at man gnir på munnslimhinnen med svampen fuktet med NaCl. Svampen er mer skånsom mot tannkjøttet enn tannbørsten når munnen er smertefull og sår (18,20).

De gjennomgåtte studiene viser at hyppig munnstell helt klart er avgjørende for å minimere mucosittplagene. Det skal være gjennomførbart både på sykehuset og hjemme. Gibson et al. (18) argumenter for å øke hyppigheten ut fra pasientens tilstand. Når munntørrehet og seigt slim samt belegg på tungen oppstår, kan man vurdere å øke hyppighet av munnstell med svamp og NaCl (18,19).

Bytte tannbørste

I motsetning til tannbørsten, er munnsvampen ren hver gang man bruker den. Tannbørsten brukes om igjen og blir forurenset med bakterier/mikroorganismer etter hvert (23). Bruk av tannbørste kan derfor utgjøre en smittekilde for pasienten sammenlignet med kun å bruke munnsvamp. For å unngå bakterieoppvekst på tannbørsten må den byttes etter 14 dager. Noen oppbevarer tannbørsten i klorhexidinløsning etter bruk. Andre skyller den godt i rennende vann og oppbevarer den med busten opp, slik at den tørker etter bruk (23).

Tannkrem med fluor sammen med tannbørste forebygger karies. Studiene viste at såpestoffer i tannkrem kan tørke ut og bryte ned slimhinnen, dette kan også gi sårhet (20).

Det finnes få studier på bruk av NaCl som munnskyll, mens klorhexidin er det som er mest brukt. Vi fant at NaCl er minst skadelig samtidig som det løser mucinet i spyttet. Klorhexidin har den beste antibakterielle effekten, men etter noen ukers bruk gir det økt forekomst av sårskader i slimhinnen. Klorhexidin kan dessuten forårsake svie og smerte, mens NaCl er mer skånsomt. Både sodiumbikarbonat og hydrogenperoksid har vond smak og kan svi og er lite benyttet (9,10,12,17,20).

Flere verktøy

Det benyttes flere forskjellige instrumenter for å vurdere munnens tilstand og smerter. Verdens helseorganisasjon (WHO) har utarbeidet et instrument som omfatter både smerte og slimhinnens tilstand i samme skala og Gibson og kolleger (18) har utarbeidet en «Oral assessment guide» (OAG) for barn og ungdom som får cellegiftbehandling. Willerhausen og kolleger (5) benyttet seg av Approximal Plaque Index (API) for å vurdere plakk ved å måle munnhygien. Borowski og kolleger (13) brukte Becks classification.

Becks classification er et skjema der det ofte knyttes poenger til ulike forhold i munnen, eksempelvis munnens overflate, farge, og fukt i forhold til lepper, tunge, slimhinne og tannkjøtt, spytt, plakk, evne til å svelge og herpes-/candidainfeksjon. Man kan da få en poengsum for hvert av disse områdene og ved å summere de ulike poengene kan man få en totalsum som sier noe om hvor alvorlig munnens tilstand er i. Smerte ble bedømt separat med VAS-skala.

Valgte OAG

Djuric og kolleger (16) benyttet seg av flere verktøy i sin studie, som «Oral hygiene index» (OHI) og «Gingival index» (GI) for å vurdere periodontal status. OHI kartlegger mengde av plakk i tannoverflaten og GI kartlegger infeksjonssymptomer i tannkjøttet rundt tennene. Slimhinneforandringer ble i deres studie vurdert ved hjelp

av «WHO's mucosittscore». I denne skalaen vurderer man slimhinnen ved å gi poeng 0–4 ved følgende: Ingen endring, lokal rødhet i munnslimhinnen, diffus rødhet, små erosive lesjoner (kan spise fast føde), diffus rødhet, diffuse erosive lesjoner, ulcerasjon (kan kun spise flytende) og mange sår, nekrose av mucosa (umulig å spise).

Artikler som refererte til slike måleinstrumenter påpekte at innføring av disse bedret munnehelsen, fordi man identifiserte problemer tidlig og kunne iverksette tiltak. I England har en spesiell arbeidsgruppe jobbet og utviklet OAG (Oral Assessment Guide). Vi valgte å bruke OAG fordi den var best dokumentert i litteraturen og på grunn av at den er utviklet for barn og ungdom. OAG viste seg å være mest pålitelig og brukervennlig, forutsatt at sykepleierne var godt opplært i bruken (14,18,24). OAG vurderer tilstanden i svelg, slim, slimhinne, tannkjøtt, tenner, lepper og stemme. Hvert punkt gir poeng fra 1 til 3, og hvis man scorer over 8, tar man i bruk smerteskåringskala i tillegg. Totalt kan man score 24 poeng (Tabell 2). Smerteskåringskala velges ut fra barnets alder.

Følger for praksis

Denne litteraturstudien har fått kliniske følger ved at den har resultert i ny munnstellprosedyre ved avdelingen. Barna skal pusse tenner morgen og kveld med småhodet barnetannbørste med myk bust og med Zendium tannkrem, som er uten såpestoff. De skal også pusse langt bak på tungen. Tannbørsten skal skylles godt i rennende vann etter bruk. Den skal oppbevares stående med busten opp for å holdes tørr. Tannbørsten byttes annenhver uke, og fluor skal brukes hver kveld etter tannpuss.

Når det oppstår problemer, for eksempel belegg på tannkjøtt, slimhinne og tunge, skal man bruke svamp fuktet med NaCl til å fjerne belegget i tillegg til prosedyren som er beskrevet over. Corsodyl brukes hver kveld i 14 dager. Tannbørste skal fortsatt brukes, men forsiktig, og det skal vurderes å droppe tannkrem. Ved tørr/sår munn skal munnen fuktes ofte, helst med NaCl eller vann.

Det anbefales tannlegetilsyn ved oppstart av cellegiftbehandling, og eventuelt tannbehandling dersom nødvendig. Tannpleier gir opplæring i riktig pusseteknikk til foreldre og barn. Personalet må informeres og læres opp i den nye prosedyren, for så å lære opp barn og foreldre. For å få kontinuitet i behandlingen må vi informere våre samarbeidssykehus om ny munnstellprosedyre.

I tillegg til nye prosedyrer for munnstell har vi også innført bruk av vurderingsverktøy for munnhulen. OAG, utarbeidet for barn og ungdom, benyttes for å vurdere munnens tilstand. OAG tas i bruk ved oppstart av cellegiftbehandling og forbehandling til benmargstransplantasjoner. Man skal deretter vurdere munnhulen annenhver dag

Tabell 2.

Kategori	Hvordan vurdere munnens tilstand	1	2	3
Svelg	Be barnet å svelge, observer svelge prosessen. Spør foreldrene om de har merket noe utenom det vanlige.	Normal. Ikke vanskelig å svelge.	Svelgproblemer.	Klarer ikke svelge. Mye slim, sikler.
Lepper og munnviker	Observere slimhinner.	Normal. Myk, rosa og fuktig.	Tørr, sår og hoven.	Blemmer eller sår.
Tungen	Observer tungen ved hjelp av lommelykt for å se bedre inn i munnhulen.	Normal. Rosa og fuktig. Fin tunge uten sprekker og hovne papiller.	Har ikke papiller eller de er under belegg uten rødhet og/eller oral candida.	Hoven og sprekker i tungen.
Slim	Observer konsistens og kvalitet av slim	Normal. Tynn og vannaktig.	Mer slim enn vanlig, sikler.	Tykt slim.
Myk slimhinne	Observer slimhinnen ved hjelp av lommelykt for å se bedre inn i munnhulen.	Normal. Rosa og fuktig.	Rødlig og med belegg, men uten blemmer og/eller oral candida.	Blemmer med eller uten blødning.
Tannkjøtt	Observer tannkjøtt ved hjelp av lommelykt for å se bedre inn i munnhulen.	Normal. Rosa med prikkete overflate. Tannkjøtttranden er stram, men ikke hoven.	Hovent med eller uten rødhet, mykt.	Spontan blødning.
Tenner (hvis ikke tenner score 1)	Observer tenner ved hjelp av lommelykt for å se bedre inn i munnhulen.	Normale. Rene tenner, ingen belegg.	Plakk og belegg i lokaliserte områder.	Plakk og belegg generelt rundt tannkjøtttranden.
Stemmen	Prat og lytt til barnets stemme. Spør foreldrene om de har merket noe utenom det vanlige.	Normal tone når barnet snakker eller gråter.	Heshet og svake stemme.	Vanskelig å snakke, gråte eller snakker ikke i det hele tatt.

Obs! Hvis score >8 ta med smerteskala til vurdering. Kilde: Eilers et al (1988) by the mouth care working party at Great Ormond Street Hospital for Children NHS Trust (2005)©copyright GOSH (2005)

til man scorer over 8 og også ta i bruk smerteskåringskala. Deretter daglig vurdering til munnhulen er normal igjen.

Selv om endringer i prosedyren er basert på det siste innen forskning, mener vi det er viktig å gjennomføre en evaluering av hvordan den nye prosedyren fungerer i praksis. ■■■

LITTERATUR

- Reitan AM, Schjølberg TK. Krefstsykepleie. Gjøvik: Akribes forlag, 2000.
- Dahl O, Christoffersen T, Kvaløy S, Baksaas L. (1999) Cytostatika, medikamentell kreftbehandling. Kap. 6, 13,14,16,20,21. Utgitt av Institutt for farmakoterapi og Den Norske Kreftforening.
- Herrmann T, Dörr W, Koy S, Lesche A, Lehmann D. Frühzeitiger Zahnverlust nach Leukämiebehandlung im Kindesalter. Strahlenther Onkol 2004; 6: 371–374.
- Willershausen B, Lenzner K, Hagedorn B, Ernst CP. Oral health status of hospitalized children with cancer: a comparative study. European journal of medical research 1998; 3: 480–484.
- Wyller VB. Det friske og det syke mennesket. Oslo: Akribes, 2005.
- Degré M, Hovig B, Bukholm G, Rollag H. Medisinsk mikrobiologi. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2004.
- Aagaard G. Børns smerteopplevelse ved stomatitis forårsaget av højdosis kemoterapi – et kvalitetsudviklingsprosjekt. København: Rigshospitalet, 2005.
- Grønseth R. Pediatri og pediatrik sykepleie. Bergen: Fagbokforlaget, 1998.
- Broen M. Profylaktisk munnpleie ved cytostatikabehandling av barn med leukemi: sammenligning av effekt ved 2 ulike metoder munnpleie. Vård i Norden 1995; 3: 4–8.
- Andersson P, Person L, Hallberg LL, Renvert S. Testing an oral assessment guide during chemotherapy treatment in a Swedish care setting: a pilot study. Journal of Clinical Nursing 1999; 2: 150–156.
- Cheng K, K. F. et al. Evaluation of an oral care protocol intervention in the prevention and chemotherapy-induced oral mucositis in paediatric cancer patients. I: European Journal of Cancer 2001; 16: 2056–2063.
- Bonnaure-Mallet M, Bunetel L, Tricot-Doleux S, Guérin J, Bergeron C, Le Gall E. Oral complications during treatment of malignant diseases in childhood: effects of tooth brushing. European Journal of Cancer 1998; 10: 1588–1591.
- Borowski B, Benhamou E, Pico J.L, Laplanche A, Marginaud J.P, Hayat M. Prevention of oral mucositis in patients treated with high-dose chemotherapy an bone marrow transplantation: A randomised controlled trial comparing two protocols of dental care. European Journal of Cancer 1994; 2: 93–94.
- Chen C-F, Wang R-H, Cheng S-N, Chang Y-C. Assessment of chemotherapy-induced oral complications in children with cancer. Journal of Paediatric Oncology Nursing 2004; 1: 33–39.
- Costa EM, Fernandes MZ, Quinder LB, de Souza LB, Pinto LP. Evaluation of an oral preventive protocol in children with acute lymphoblastic leukemia. Brazilian Oral research 2003; 17: 147–150.
- Djuric M, Hillier-Kolarov V. et al. Mucositis prevention by improved dental care in acute leukemia patients. Support Care Cancer 2005; 14: 137–146.
- Miller M, Kearney N. Oral care for patients with cancer: A review of the literature. Cancer Nursing 2001; 4: 241–254.
- Gibson F, Cargill J, Allison J, Begent J, Cole S, Stone J, Lucas V. Establishing content validity of the oral assessment guide in children and young people. European Journal of cancer 2006; 42: 1817–1825.
- Pearson LS, Hutton JL. A controlled trial to compare the ability of foam swabs and toothbrushes to remove dental plaque. Journal of Advanced Nursing 2002; 39: 480–489.
- Flovik AM. Munnstell. Oslo: Akribes, 2005.
- Levy-Polack MP, Sebelli P. et al. Incidence of oral complications an application of a preventive protocol in children with leukemia. Special Care in Dentistry 1998; 5: 189–193.
- Glenney A M, Gibson F. et al. A survey of current practice regard to oral care for children being treated for cancer. European Journal of Cancer 2003; 8: 1217–1224.
- Kennedy H.F, Morrison D, Tomlinson D, Gibson B. E. S, Bagg J, Gemmell C.G. Gingivitis and toothbrushes: Potential roles in viridans streptococcal bacteraemia. The British Infection Society 2003. Journal of infection; 46: 67–70.
- RCPC guideline appraisal and summary. UKCCSG_PONF Mouth Care Group. Mouth care for children and young people with cancer: Evidence-based guidelines. UK, 2006.

Marit Graue,
Institutt for sykepleie og
Senter kunnskapsbasert
praksis, Høgskolen i Bergen,
Barneklubben, Helse Bergen,

Anne Haugstvedt,
Institutt for sykepleie og
Senter kunnskapsbasert
praksis, Høgskolen i Bergen,

Asle Holthe, Program for
lærerutdanning, Høgskolen
i Bergen,

Susanne Eidset, Barne-
klubben, Helse Bergen.

Kari Tøsdal, Barneklubben,
Helse Bergen,

Ida Kari Ivarhus, Barne-
klubben, Helse Bergen.

Egen meny for barn

I Bergen gikk sykehus og høyskole sammen om å bedre ernæringen til syke barn.

Foretaksledelsen i Helse Bergen vedtok å etablere en egen ernæringsstrategi i 2004. Målet var å skape bevissthet omkring riktig ernæring i forbindelse med sykehusinnleggelse. Riktig ernæring kan både danne grunnlag for bedre immunforsvar, hurtigere restitusjon etter behandling og ikke minst, bedre trivsel.

Samarbeid

Ved Barneklubben enhet post 5, Helse Bergen, har vi etablert et prosjekt hvor fokus er ernæringsbehov hos barn på sykehus. I tillegg til ansatte ved sykehuset – leger, sykepleiere, klinisk ernæringsfysiolog, enhetsleder og forskningsveileder – er også ansatte ved Høgskolen i Bergen involvert i prosjektet. Vi har vektlagt å involvere studenter i prosjektet, og både bachelorstudenter, studenter i videreutdanning i sykepleie og bachelorstudenter i folkehelsearbeid har deltatt.

Vi ønsker å skape større bevissthet om hvordan vitenskapelig basert kunnskap om mat og helse kan omsettes til praktisk handling og medvirke til en mer kunnskapsbasert praksis. Samarbeidsprosjektet bidrar til fagutvikling hos sykehusansatte, lærere og studenter, og til kvalitetsutvikling av behandlingstilbudet for pasientene. Studentene utfordres til kritisk refleksjon gjennom litteratursøk og praktisk arbeid i sykehuset.

Prosjektet har vært gjennomført i tett samarbeid med Senter for kunnskapsbasert praksis ved Høgskolen i Bergen. Denne typen samarbeid kan bidra til at forskjellige faggrupper får en felles forståelse for kvalitetsforbedring knyttet til ernæring.

Barn innlagt på sykehus

Forskning viser at en del barn er underernærte når de legges inn på sykehus (1). Det er også påvist at energiinntaket både for underernærte og velernærte barn er for lavt under sykehusoppholdet (2). Så mye som to tredjedeler av inneliggende barn i denne studien hadde et energiinntak på mindre enn 75 prosent av behovet, noe som vil kunne føre til vekttap hos barnet i løpet av innleggelsen. Dette er bekymringsfullt med tanke på at pasientens ernæringsstatus også har innvirkning på sykdoms- og behandlingsforløpet (3).

Underernæring har særlig uheldige konsekvenser for barn

som ligger lenge på sykehus. Vi har ikke funnet noen oppdatert studie i vestlige land som beskriver omfanget av problemet, men mye tyder på at underernæring hos barn er et mindre problem i dag enn tidligere. En studie fra 1995 viste en nedgang i andelen barn som var underernærte ved innleggelsen fra 35–60 prosent på 1970–80 tallet til mellom 6–24 prosent på midten av 1990-tallet (1).

Viktig med rutiner

Underernæring hos barn diagnostiseres vanligvis ved å måle høyde og vekt. Retrospektive journalgjennomganger viser at inntil en tredjedel av de underernærte barna ikke ble oppdaget ved innleggelse, og at det for halvparten av de underernærte ikke var igangsatt nødvendige tiltak (2).

For å avdekke barn med fare for å bli underernært bør man ta i bruk flere målemetoder og benytte standardiserte ernærings-spørsmål både ved innleggelsen og under behandlingen (2,4). Det er imidlertid gjort få slike studier ved sykehus i vestlige land. Studiene som er gjort er i tillegg svært kortvarige med datainnsamling over en dag eller korte tidsperioder. Til tross for de nevnte begrensninger gir disse studiene en viss pekepinn om ernæringsstatus for inneliggende barn (1,2,3,4). En sentral utfordring er å innarbeide disse rutinene i sykehusets ordinære drift.

Målsetting og hypoteser

Prosjektets hovedmålsetting er å utvikle screeningverktøy for vurdering av ernæringsstatus hos barn innlagt på sykehus (delprosjekt 1) samt å utvikle kunnskapsbaserte retningslinjer for tiltak rettet mot barn med spesielle ernæringsmessige behov (delprosjekt 2). På grunnlag av disse hovedmål ønsker man:

- ▶ Å kartlegge forekomst og grad av underernæring hos barn som legges inn på post 5 ved Barneklubben
- ▶ Å sikre en bedre oppfølging av barn med ernæringsproblematikk
- ▶ Å etablere bedre rutiner for kartlegging av ernæringstilstand hos barn både ved innleggelse, jevnlig under sykehusopphold og ved reinnleggelse

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Barn
- ▶ Ernæring
- ▶ Underernæring
- ▶ Vekt
- ▶ Kartlegging
- ▶ Kunnskapsbasert sykepleie





BARN PÅ SYKEHUS spiser ikke alltid nok. I Helse Bergen forsøker de å gjøre noe med det. Illustrasjonsfoto: Scanpix

- › Å dokumentere og evaluere tiltak i forhold til ernæringsproblematikk

Vi ønsker videre å teste ut følgende hypoteser:

- › En betydelig andel av barn som innlegges ved Barneklubben har problemer knyttet til ernæring.
- › Ernæringsproblematikk er i stor grad knyttet til barnets sykdomssituasjon.
- › Barn som er innlagt på grunn av sykdom spiser for lite og velger mat med uheldig sammensetning.
- › Informasjon kan gi bedre forståelse for riktig kosthold og motivere til endring av kostvaner.

Kunnskapsbasert praksis

I prosjektets startfase ønsket vi å finne mer kunnskap om barns ernæringsstatus ved innleggelse og under opphold på sykehuset. Første fase i prosjektet var derfor litteratursøk. Tre sykepleiere fra Barneklubben gjennomførte videreutdanning i kunnskapsbasert praksis (15 studiepoeng) ved Høgskolen i Bergen og knyttet sine fordypningsoppgaver til prosjektet.

En viktig forutsetning for et vellykket ernæringsfaglig prosjekt er å kunne søke etter kunnskap samt kombinere vitenskapelig basert kunnskap med erfaringskunnskap om mat og helse. På denne måten former man praktisk handling. For å kunne vurdere vitenskapelig kunnskap er det viktig med inn-

Underernæring har særlig uheldige konsekvenser for barn som ligger lenge på sykehus.

sikt i metode. Metodekunnskap har en sentral plass innenfor kunnskapsbasert praksis (5). Sykepleierne gjorde systematiske søk gjennom bruk av medisinske og sykepleiefaglige databaser og fant ny kunnskap som kunne oppsummeres og anvendes praktisk.

Kunnskapsoppsummeringene ble presentert for ansatte ved sykehuset gjennom fagforum og ernæringsseminar.



Utvikling av screeningverktøy

På bakgrunn av litteratursøket ble det utviklet et screeningverktøy for å kartlegge ernæringsstatus. Dette utgjør prosjektets del 1. Verktøyet prøves nå ut i et avgrenset prosjekt. Prosjektet er godkjent av Regional etisk komité og Personvernombudet for forskning.

Alle barn som innlegges ved enhet post 5 blir invitert til å delta i studien. Barna blir veid og målt og vi innhenter bakgrunnsdata om diagnose(r) og sykdom, funksjonshemninger, medikamentbruk og sykehusoppholdets varighet.

For å undersøke omfanget av eventuelle problemer og studere spesielle forhold som kan ha innvirkning på barnets ernæringsstilstand, kartlegger vi ernæringsvaner, aktivitet og sosiale forhold ved hjelp av et spørreskjema. Dette fylles ut av sykepleier, barnepleier eller sykepleierstudent sammen med foresatte og barnet selv.

Under oppholdet registrerer vi inntaket av mat og drikke hos barn som ble vurdert til å være i faresonen for underernæring. Vi følger også vektutviklingen hos disse barna.

Spørreskjemaene som benyttes om ernæringsvaner er hentet fra norske referansestudier slik at resultatene kan sammenlignes med aldersspesifikke referansedata. Hensikten er å samle ny kunnskap som er nyttig i det konkrete arbeidet med å systematisere og kvalitetssikre behandlings- og oppfølgingstilbudet for barn i ernæringsmessig faresone.

Utvikling av retningslinjer

I forlengelsen av ernæringscreening er det viktig å utvikle kunnskapsbaserte retningslinjer og igangsette ernæringsstiltak blant barn med spesielle ernæringsmessige behov. Dette utgjør prosjektets del 2.

For å finne retningslinjer om ernæringsstiltak for barn som allerede var utarbeidet og gjort tilgjengelig for praksis gjorde vi litteratursøk. Vi fant retningslinjer som WHO har utarbeidet for behandling av underernærte barn i u-land. I tillegg har Helsedirektoratet laget generelle ernæringsråd for befolkningen. Det finnes retningslinjer for ernæring på institusjoner og beregningstabeller for barn, men ingen sammenfattende

Nå er det svært sjelden barna ikke veies og måles ved innkomst.

retningslinje utarbeidet til bruk på norske barneavdelinger.

For å utarbeide retningslinjer tok vi derfor utgangspunkt i dem som er utarbeidet i Helse Bergen i forbindelse med ernærings-satsingen for voksne. I samarbeid med ernæringsfysiolog benyttet vi eksisterende kunnskap på området, inkluderte tabeller for beregning av barns væske og ernæringsbehov, samt tabeller for beregning av næringsinnhold i mat. I tett samarbeid med overlege på gastroseksjonen ble det definert når ernæringsregistrering skal gjøres, når sondeernæring skal benyttes og når parenteral ernæring skal igangsettes.

At tilgjengelig kunnskap om alle ernæringsmessige forhold er samlet i et dokument har gjort det lettere for personalet å følge pasientenes ernæringsstilstand og iverksette tiltak ved behov. I retningslinjene er det beskrevet i detalj hvordan screeningen skal utføres og hvilke tiltak som skal iverksettes. Enten gjennom en konkret beskrivelse av prosedyren eller henvisning til hvor man finner utfyllende prosedyrer.

Utvikling av menyer

I starten av prosjektet ble studenter i folkehelsearbeid, Høgskolen i Bergen, invitert til å delta i prosjektet. Etter en innføring i emnet ernæringsbehov for barn, ble studentene utfordret til å sette sammen en egnet og ernæringsmessig tilfredsstillende meny til ungdom med kreft og nedsatt appetitt, en midt-dagsmeny til mindre barn med diabetes og et menyforslag til barn med behov for saltfri kost. De fikk hjelp av ansatte i høyskolen til å søke etter vitenskapelig basert kunnskap, mens ernæringsfysiolog fra Barneklubben sto ansvarlig for ernæringsundervisningen.

Før studentene satte i gang med det konkrete arbeidet med menyforslagene fikk de intervjuer både sykepleiere og sykepleierstudenter i kliniske studier på Barneklubben. Gjennom intervjuene lærte studentene mer om erfaringsbasert kunnskap og om de forskjellige ernæringsmessige problemstillingene som er knyttet til de aktuelle pasientgruppene. De fikk også innblikk i hvilke muligheter det er for å tilberede mat på sykehuset, samt spesielle ønsker disse barna har. Å arbeide kunnskapsbasert innebærer at forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukernes egne kunnskaper og preferanser integreres (6).

Menyforslag

Arbeidet resulterte i matforslag som pizzasnurrer, piroger, wraps og spagettisaus tilpasset barn med de aktuelle problemstillinger. Avslutningsvis arrangerte vi en samling der studentene presenterte menyene og hvor sykepleiere, klinisk ernæringsfysiolog og lærere fikk smake på maten. Studentene fikk gode tilbakemeldinger og personalet fra Barneklubben fikk verdifulle menyforslag med tilbake til klinikken.

Menyene er beregnet på barn som er lagt inn på sykehus. Men de egner seg også godt som tips til foreldrene for hvordan de kan sette sammen ernæringsmessig god mat til barna når de er hjemme.

Denne delen av prosjektet var et svært vellykket samarbeidsprosjekt, hvor både studenter og helsetjenesten satt igjen med verdifull kunnskap og nyttige erfaringer. Erfaringen er formidlet gjennom posterpresentasjon på Sykepleierkongressen 2008 og weboppslag både på Helse Bergen og Høgskolen i Bergen sine nettsider.

Diskusjon

Prosjektet er ennå ikke avsluttet, men vi kan likevel trekke noen erfaringer så langt.

I en travel sykehushverdag er det avgjørende å sette av tid både til planlegging og gjennomføring av denne type prosjekter. Det er tidkrevende å innhente best tilgjengelig kunnskap fra forskning gjennom systematiske søk i medisinske og sykepleiefaglige databaser, og å formidle denne til arbeidsgruppen og ansatte. Et godt samarbeid mellom lærere og studenter ved høyskolen har gjort det mulig å utnytte noen av utdanningsinstitusjonenes ressurser i klinikken. Forskningsveileder ved Barneklubben har vært et viktig bindeledd mellom høyskolen og praksisfeltet gjennom ordningen med hovedstilling i høyskolen og bistilling i klinikken. Det har også vært svært nyttig å dra veksler på tidligere arbeid i ernærings-satsingen for voksne i Helse Bergen. Gjennom foretakets overordnede ernæringsstrategi har vi kunnet benytte denne kompetansen inn i styringsgruppen for prosjektet ved Barneklubben.

Hefte

Vi er nå i gang med å utarbeide et oppskriftshefte basert på menyene som ble utviklet til barn med spesielle behov. I dette heftet vil studentene begrunne sine valg, og representanter fra personalet på Barneklubben vil gi sin vurdering av hver enkelt oppskrift.

Målet er at oppskriftsheftet skal brukes av sykehuspersonalet, inkludert kjøkkenet, samt deles ut til pasienter og foreldre. For folkehelsestudentene vil oppskriftsheftet i tillegg fungere som en dokumentasjon av eget studentarbeid.

Studentenes arbeid med å utvikle menyer bygger på et konstruktivistisk læringssyn der kunnskap forstås som menneskelige konstruksjoner hvor læring skjer gjennom felles tenkning, fortolkning og utprøving. Læringsaktivitetene er basert på studentaktiviteter i samspill og dialog mellom studenter og ressurspersoner (lærere, sykepleiere, ernæringsfysiolog). Samspillet foregår innenfor en kulturell og sosial kontekst. Wilhelmsen (7) hevder at en av utfordringene for høyere utdanning er å utvikle undervisning med større vekt på læring som aktivitet og selvregulering gjennom deltakelse i fortolkende fellesskap. Vi mener dette prosjektet møter denne utfordringen og bidrar til relevant kompetanseutvikling hos studentene.

Ved Barneklubben har prosjektet bidratt til økt fokus på ernæring hos personalet. Nå er det svært sjelden barna ikke veies og måles ved innkomst. De følges også tettere opp ernæringsmessig gjennom hele sykehusoppholdet.

Sykepleierne er blitt mer bevisst på å skrive om ernæring i sykepleierdokumentasjonen. Det virker som om de oftere og på et tidligere tidspunkt enn tidligere foreslår å iverksette ernæringstiltak. Endelig evaluering av prosjektet vil ikke foreligge før ved prosjektslutt.

Praktiske utfordringer

Det har vært en utfordring å gjennomføre en slik ernæringscreening i en travel sykehushverdag. Det har vært spesielt vanskelig å sette av tid til utdeling og innsamling av prosjektets spørreskjema i perioder med høy arbeidsbelastning og mange innleggelseser. Det har også vært vanskelig å opprettholde kontinuiteten i prosjektet i forbindelse med ferieavvikling.

Vi har også erfart at det er viktig med klart definerte roller og ansvar for gjennomføringen. Å ha en ansvarlig sykepleier med ansvar både for gjennomføring og veiledning er en god måte å organisere et slikt prosjekt på. Denne sykepleieren bør ha ansvar for å motivere det øvrige personalet og være bindeledd til samarbeidspartnere.

Generelt har prosjektet bidratt til kompetanseheving og fagutvikling for ansatte i Helse Bergen. Kompetansen til de tre sykepleierne som tok videreutdanning i kunnskapsbasert prak-

sis har også vært nyttig for andre prosjekter som avdelingen er involvert i. Prosjektet har bidratt til økt metodekompetanse på posten og samtidig bidratt til økt kunnskap og trygghet i forhold til å delta i prosjekter. Ved å videreformidle prosjektet (internundervisning og på temadager) og forbedrede posterpresentasjoner på Sykepleierkongressen 2008, har prosjektet bidratt økt formidlingsaktivitet på posten.

I det videre arbeidet med prosjektet vil vi i større grad trekke inn nye bachelorstudenter i sykepleie og videreutdanningsstudenter i barnesykepleie. Studenter vil bidra med videre literatursøk og gjennomføring av screening. Ved å gjøre mer kvalitative vurderinger av barns ernæringsstatus og måltidsvaner skaper vi bevissthet om ernæringsproblematikk hos barn innlagt på sykehus. I tillegg kan studenter velge problemstillinger for fordypningsoppgavene sine i tilknytning til analyse av datamaterialet som er samlet inn.

Konklusjon

Prosjektet har bidratt til økt fokus på ernæring til barn innlagt på sykehus. Økt faglig bevissthet både blant ansatte, studenter, lærere og foreldre er et viktig resultat av prosjektet. En generell kompetanseheving blant fagpersonell og studenter er også et viktig resultat av prosjektarbeidet. ■■■



LITTERATUR

- Hendricks KM, Duggan C, Galagher L, Richardson DS, Collier SB, Simpson W, Lo C. Malnutrition in hospitalized pediatric patients. Current prevalence. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 1995; 149 (10): 1118-22.
- Hankard R, Boloch J, Martin P, Randsanasolo H, Bannier MF, Machinot S, Cezard JP. Nutritional status and risk in hospitalized children. Arch Pediatr 2001; 8 (11): 1203-8.
- Marteletti O, Caldari D, Guimber D, Mention K, Michaud L, Gottrand F. Malnutrition screening in hospitalized children: influence of the hospital unit on its management. Archives de Pediatrie 2005; 12(8): 1226-31.
- O'Connor J, Youde LS, Allen JR, Baur LA. Obesity and under-nutrition in a tertiary paediatric hospital. J Paediatr Child Health 2004; 40 (5-6): 299-304.
- Bjørndal A, Flottorp S, Klovning A. Medisinsk kunnskapshåndtering. 2. utg. Oslo: Gyldendal, 2007.
- Nortvedt M, Jamtvedt G, Graverholt B, Reiner LM. Å arbeide og undervise Kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere. Oslo: Akribe, 2007.
- Wilhelmsen BU. Læring i høyere utdanning: Hva hemmer eller fremmer læring og kompetanseutvikling? I: Wilhelmsen BU, Hole OG, red. Læring for profesjonskompetanse. Berne: Høgskolen i Bergen, Rapport nr. 7., 2007.



Marit Mørkved Larsen,
helsefaglig rådgiver ved
Hjerte-, lunge- og karklinikken
ved Oslo universitetssykehus



Siri Mørch,
daglig leder ved klinikk Bunæs
(har vært leder av sykepleieråd
ved Rikshospitalet i flere år)

En modell for bedre sykepleie

Er akkrediteringsmodellen Magnet gjennomførbar på Rikshospitalet?

Tidlig på 1980-tallet var det stor sykepleiemangel i USA. Det var vanskelig både å rekruttere og beholde dyktige sykepleiere. Men det viste seg at noen sykehus likevel klarte seg bra. De tiltrakk seg sykepleiere og klarte også å beholde dem.

Disse sykehusene hadde lyktes i å skape en organisasjon som virket som en «magnet» på sykepleierne. De tiltrakk seg dyktige sykepleiere og kunne derfor gi pasientene pleie av høy kvalitet.

Undersøkelse

Omfattende forskning har avdekket sammenhengen mellom sykepleiernes arbeidsmiljø og kvalitetsarbeid, pasientsikkerhet og sykepleiernes betydning for et godt økonomisk resultat. Disse elementene danner grunnlaget for magnetmodellen (figur 1).

Mange sykehus i USA drives etter denne modellen. Vi har undersøkt om Rikshospitalet drives i tråd med magnetmodellen. 12 sykepleiere ansatt ved ulike klinikker på Rikshospitalet universitetssykehus ble intervjuet. Her vil vi gjøre rede for resultatene av denne undersøkelsen.

Figur 1. Magnetmodellen



Magnetmodellen

Magnetmodellen er en akkrediteringsmodell som legger stor vekt på sykepleierorganisering. Vi mener det økonomiske aspektet og god ressursutnyttelse er det overordnede motivet. I tillegg viser forskning på bruk av modellen gode resultater, noe som er svært interessant for arbeidsgiver. Modellen kan vise til gode pasientresultater, og er samtidig både lønnsom for

Magnetmodellen påvirker arbeidsmiljøet i positiv retning.

arbeidsgiver og utviklende for sykepleietjenesten ved at man satser på å forbedre arbeidsmiljøet.

I magnetmodellen er transformerende ledelse en forutsetning fordi teorien ivaretar modellens mål om ledelse som ivaretar visjoner, verdier, klinisk kunnskap og fagekspertise.

Magnetmodellen krever strukturell bemyndigelse (empowerment). Dette innebærer strukturer som sikrer innflytelse fra sykepleiere. Magnetmiljøet skal ha strukturer og prosesser som sikrer at sykepleiere på alle nivå i organisasjonen deltar i beslutningsprosesser.

Skaper forskjeller

I eksemplarisk profesjonell praksis vil den autonome sykepleieren vurdere hvordan omsorg skal ytes, basert på unike behov og egenskaper hos pasient og familie. Kunnskapen, ferdighetene og ressursene som er nødvendige blir identifisert av sykepleiere i klinisk praksis og er kontinuerlig tilgjengelig i praksis.

I forhold til ny kunnskap, innovasjon og forbedring viser magnetmodellen til ulike krav og forventninger til sykepleieforskning. Sykepleiere på alle nivåer forventes å evaluere og anvende publiserte forskningsfunn i sin praksis.

Tidligere fokuserte magnetmodellen på struktur og prosess, men nå fokuserer den på resultatene av struktur og prosess, og hvordan disse resultatene vurderes via benchmarking. Med andre ord er ikke fremtidens spørsmål «hva gjør du?», eller

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Administrasjon
- ▶ Ledelse
- ▶ Sykepleie
- ▶ Kvalitet



Vi fant at Rikshospitalet hadde en fragmentert ledelsesstruktur.

«hvordan gjør du det?», men: «Hvilken forskjell har du skapt?»

Det er gjennomført mange studier for å finne sammenheng mellom ulike variabler i sykepleien og mortalitet. I sykehus som drives etter magnetmodellen blir sammenheng mellom sykepleie og pasientdødelighet oppsummert i sju kategorier. I en litteraturstudie utført av A.E. Tourangeau (1) fremkommer sju forhold som viser stor signifikans i forhold til mortalitet:

- › Samarbeidsforhold mellom lege og sykepleier
- › Sykepleiebemanning (pasient-sykepleier-ratio)
- › Legenes grad av medisinsk spesialisering (som igjen viste seg å gi høyere sykepleiebemanning)
- › Profesjonell praksis i et godt arbeidsmiljø (med høy sykepleieautonomi, effektive team, sykepleiekontroll i praksis, sterk ledelseevne og -støtte, aktiv deltakelse av sykepleiere)
- › Sykepleieerfaring
- › Høyere utdanning blant sykepleiere
- › Klinisk støtte til sykepleiere fra kliniske spesialister

Det unike med magnetmodellen er systematiseringen av elementer, og den kontinuerlige oppfølgingen som stimulerer de ansatte til å vise til resultater de har bidratt til å oppnå.

Organisert bort sjefsykepleier

Våre data viste at det var mange elementer fra magnetmodellen i bruk på Rikshospitalet, som fremsto som et sykehus med visjoner om et høyt faglig nivå. Hovedinntrykket fra respondentene var at de anstrenget seg for å utføre arbeidsoppgavene sine på et høyt faglig nivå. De viste at de tok faglig ansvar, tok ofte ledelsen i tverrfaglige sammenhenger, og vi oppfattet at de ønsket å være autonome fagpersoner.

Etableringen av *Senter for pasientmedvirkning og sykepleieforskning* viser at Rikshospitalet har satset på utvikling og forskning innen sykepleiefaget. Rikshospitalet har tradisjonelt hatt sykepleieledere med ønske om og vilje til å ta ansvar for å holde et høyt faglig nivå. Imidlertid viste opprettelsen av Sykepleieråd, etter omorganiseringen som fratok sjefsykepleier direkte faglig ansvar for sykepleietjenesten, at sykepleieledere har behov for en felles arena til sykepleiefaglig drøfting og diskusjon. Ledelsen på sykehuset benyttet rådets ekspertise i



IKKE HELT MAGNET: Men Rikshospitalet har mange elementer som er i tråd med modellen. Foto: Stig Weston.

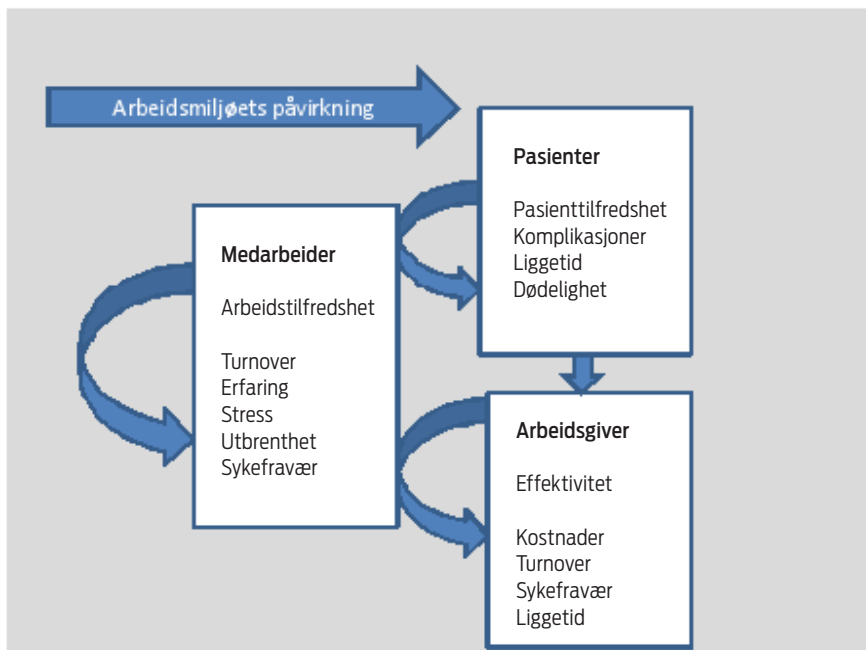
saker som angår sykepleietjenesten.

En positiv utvikling for sykepleietjenesten var vedtaket om at alle klinikker skulle ha en klinikkoversykepleier. Dette ville medføre at sykepleietjenesten igjen kunne delta i beslutningsprosesser på et høyere nivå.

Selv om elementer fra magnetmodellen på mange områder praktiseres på Rikshospitalet, er det på enkelte områder stor forskjell på driften her og sykehus som drives etter magnetmodellen. Forskning på sykehus som drives etter magnetmodellen vektlegger sjefsykepleierfunksjonen som en viktig forutsetning



Figur 2. Arbeidsmiljøets påvirkning S&M2009



for utøvelse av transformerende ledelse, og for å ivareta og utvikle en sykepleiefaglig visjon i organisasjonen. Vi fant at Rikshospitalet hadde en fragmentert ledelsesstruktur. En organisering med klinikkoversykepleier i linje i stedet for i stab ville være mer i samsvar med magnetmodellen.

De eldste mer bekymret

Sykepleiere med lang erfaring reflekterte mer over organisasjonsstruktur og konsekvenser dette hadde for egen arbeidsplass og for utøvelse av sykepleie enn de med kortere erfa-

Høy kvalitet i sykepleien vil indirekte redusere kostnader for sykehuset.

ring. De med lang erfaring uttrykte bekymring for den nye strukturen der sykepleietjenesten ikke lenger har en samlende sykepleiefaglig leder.

Magnetmodellen påvirker arbeidsmiljøet i positiv retning. Vi har laget en modell som illustrerer de ulike aktørers innvirkning på aktuelle indikatorer.

Kvalitetsindikatorer

Et annet viktig element i magnetmodellen er mulighet til sammen-

lingning med andre sykehus. Vår undersøkelse av Rikshospitalet viste at dette var vanskelig å gjennomføre innenfor sykepleiefaget på grunn av store variasjoner i klinikkstruktur og fordi det ikke var utarbeidet sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer.

Utvikling av sykepleiesensitive indikatorer er av stor betydning for å synliggjøre kvalitetssvingninger i sykepleien. I litteraturen vi har lest er hyppige anvendte indikatorer pasienttilfredshet, pasientdødelighet (30-dagers dødelighet), «failure to rescue», komplikasjoner som trykksår, fall, postoperative luftveisinfeksjoner, UVI og smerter. Indikatorer som ble målt på Rikshospitalet, og som var i tråd med magnetmodellen, var sykefravær, turnover og arbeidstilfredshet (MUSIK). For arbeidsgiver vil resultater fra disse indikatorene gi utslag i budsjettet.

Utnytte kompetanse

Fra et lederperspektiv vil det alltid være et spørsmål om sykepleieressursene blir brukt optimalt. Studier viser at sykepleiernes arbeidssituasjon, erfaring og ikke minst utdanning har stor betydning for pasientresultatet (2,3,4,5). Høy kvalitet i sykepleien vil indirekte redusere kostnader for sykehuset. Ifølge flere forskere vil generalisering av sykepleie med ressursutnyttelse på tvers av klinikker være lite hensiktsmessig (5,6,7,8). Det vil medføre at sykepleiere utfører sykepleie til pasientgrupper de ikke er eksperter på i et arbeidsmiljø som ofte er ukjent og uforutsigbart. Sykepleiere som har utviklet spesialkompetanse til en pasientgruppe ønsker å arbeide der de kan få brukt denne kompetansen i et faglig miljø som stimulerer til videreutvikling. Dette krever at sykepleierledere både ser og benytter denne spesialkompetansen optimalt.

Forutsetningen for å implementere magnettankegang ved Rikshospitalet er en grunnleggende aksept for modellens innhold i hele organisasjonen.

Har potensial

Rikshospitalet hadde mange elementer som var i tråd med magnetmodellen. Det er blant annet det ledende sykehuset i Norge innen medisinsk forskning og behandling. De utfordringene helsetjenesten står ovenfor i fremtiden er å videreutvikle gode kvalitative tjenester og opprettholde produktiviteten uten for stor økonomisk økning. Helsetjenesten må se kritisk på hvordan de anvender sin største utgiftspost; de ansatte. Som den største gruppen av ansatte i et sykehus utgjør sykepleietjenesten en stor del av budsjettet. Magnetmodellen viser at sykehuset kan øke kvaliteten og drive økonomisk på samme tid. Våre data viste at det er mulig å gjennomføre en slik modell ved RH.

Magnetmodellen kan benyttes ved ulike helseinstitusjoner. Forutsetningen er forankring hos ledelsen, og at den enkelte medarbeider forstår og har evne til å gjennomføre modellen. ■■■

LITTERATUR

1. Tourangeau AE. Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients. *Journal of Advanced Nursing* 2006; 57(1): 32–44.
2. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med*. 2002; 346: 1715–1722.
3. Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA* 2003; 290: 1617–1623.
4. Estabrooks CA, Midodzi WK, Cummings GG, Ricker KL, Giovannetti P. The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nurs Res*. 2005; 54: 74–84.
5. Tourangeau AE, et al. Impact of nursing on hospital patient mortality: a focused review and related policy implications. *Qual Saf Health Care* 2006; 15: 2–3.
6. Aiken LH. Economics of nursing. *Policy, Polit Nurs Pract* 2008; 9: 73–79.
7. Unruh LY. The Importance and Challenge of Paying for Quality Nurse Care. *Policy, Politics & Nursing Practice*. 2008; 9: 68–72.
8. Upenieks VV, et al. Value-Added Care: A Paradigm Shift in Patient Care Delivery. *Nursing Economic*. 2008; 5: 294–300.



Reis med **Avis** i sommer – 30 % avtalerabatt

Som medlem av Norsk Sykepleierforbund får du 30 % avslag på de til enhver tid gjeldende priser i Norge. Oppgi avtalennummer W330460 ved bestilling.

Husk! Det er lurt å bestille tidlig for å få best pris og størst utvalg.



Avis Reservasjon 815 33 044
www.avis.no

AVIS

**We try
harder.**

Engasjer deg på nett. Gi din kommentar på sykepleien.no



▶ Lest en artikkel som engner deg, eller som du synes er fantastisk bra? Ikke vær redd for å gi din mening.

Tidsskriftet Sykepleien setter stor pris på at leserne engasjerer seg i det vi gjør. Har du meninger, gi uttrykk for dem. Enkeltste måten er å gjøre dette som kommentar på www.sykepleien.no.

sykepleien.no



Herdis Alvsvåg

Aktuell med: På sporet av et dannet helsevesen. Om nære pårørende og pasienters møte med helsevesenet

Yrke: Førstemanuensis ved Haraldsplass diakonale høyskole
Bosted: Bergen
Alder: 57 år



Et dannet

En dannet sykepleier kan godt være ulydig, mener Herdis Alvsvåg.

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Bjørn Erik Larsen**

Herdis Alvsvåg har i flere år interessert seg for dannelse. I sin siste bok er hun på sporet av et dannet helsevesen.

– *Fant du dannelse?*

– Både ja og nei. Det er absolutt dannelse der. Men det er også mangel på det.

I boken bruker hun erfaringer fra pasienter og nære pårørende for å beskrive hva dannelse er og hva det ikke er.

– Jeg mener begge deler hjelper oss til å forstå dannelse. Kanskje merker vi best hva dannelse er når den ikke er der, sier hun på telefon fra Bergen.

Dannelse er et begrep med lange historiske røtter. I boken trekker Alvsvåg linjer tilbake til antikken og blant andre sofistenes dannelsesprogram for å forbedre menneskene til virke i et demokratisk samfunn. Hun skriver at dannelse er det som gjør mennesket til en person. Mens en utdanning er avgrenset av en begynnelse og en slutt, er dannelsen et livslangt prosjekt. Dannelsen ligger i oss som et anlegg, og kan utvikles gjennom oppdragelse.

Også utdanningen danner oss. De siste årene har det vært en debatt om dannelsen har fått for trange kår i det norske utdanningssystemet. Alvsvåg skriver at dannelse nesten har blitt et moteord og tror den fornyede interessen er et tegn på at noe i samfunnet mangler. Både i det faglige og det daglige. Hun er opptatt av dannelse fordi hun er opptatt av god sykepleie.

– *Men hva er dannelse, mener du?*

– I en faglig sammenheng ligger dannelse tett opptil faglig skjønn og faglig omsorg. Dannelsen inneholder respekt og verdighet, å gjøre overveielser i for-

hold til etiske prinsipper, ha respekt for selvbestemmelse og se sårbarheten i et annet menneske. Det kan kalles kyndighet, sier hun.

Selv er Alvsvåg utdannet sykepleier og har hovedfag i sosiologi. I boken formidler hun erfaringer fra pasienter og pårørende som har møtt omsorg, engasjement og ansvarlighet i helsevesenet. Men også unnvikethet og mangel på respekt.

Et bilde på manglende dannelse, er fortellingen om en familie som skulle tilbake til sykehuset for pårørendesamtale etter et brått dødsfall. De bodde langt unna, og anstrengte seg for å finne et tidspunkt som passet både dem og personalet. De hadde mange spørsmål. Men da de kom til avtalt møte, traff de en stresset lege med en gammel journal. Familien fikk ingen svar.

– Den historien viser hvor viktig det er å være forberedt, for i det å være forberedt viser en omtanke for den andre, mener Alvsvåg.

– Slike samtaler foregår ofte uker eller måneder etter dødsfallet. Det er viktig å være klar over at personalet da er på et helt annet sted, mens de pårørende fremdeles er der de var. Forbereder vi oss, kan vi komme dem i møte, sier hun.

Alvsvåg peker på at dannelse er noe vi utøver i relasjon til andre. Det handler om engasjement og å tørre ta ansvar. I vid forstand handler dannelse også om politikk.

– Det er klart det er lettere å være dannet hvis samfunnet også er det, sier hun.

Og mener man kan spørre seg om politikerne er dannede.

– Mange sykepleiere jobber innenfor altfor trange rammer. Jeg mener bestiller-utfører-modellen hindrer faglig skjønn.

vesen

Det er en bedriftsøkonomisk modell som ikke passer inn i helsevesenet og som skaper kjempestore dilemmaer.

For det faglige skjønnet, eller dannelsen, er alltid bundet til en situasjon, til her og nå. Til fru Hansen, som har fått innvilget ti minutters sårstell tre ganger i uken, men som også har behov for en dusj og for å få i seg mat.

– Hadde det vært litt slingringsmonn, kunne man kanskje beveget seg innenfor rammene. I stedet velger mange å slutte. Eller blir kyniske for å overleve i jobben.

La dere berøre.

Alsvåg viser til at faglig skjønn kan redde liv.

– For eksempel som en operasjonssykepleier har fortalt om et hastekeisersnitt. Det er akutt behov for hjelp, men operasjonsstuen er ikke vasket ned. Hygiene er utrolig viktig, men velger man å operere på skitten stue, redder man kanskje et liv. Man bryter regler, men bruker et godt faglig skjønn. Dette er ekstremt, men det fins sikkert mange andre eksempler der ute.

Dannelse har særlig stått sentralt innenfor pedagogikk. Men i «Sykepleieskolens etikk. I korte trekk» fra 1930 skriver Elisabeth Hagemann at det ikke holder å bare lære tekniske ting i sykepleien, man må samtidig arbeide på sin egen personlighet, arbeide for å bli «god».

Men de siste årene har flere undersøkelser vist at sykepleierstudenters engasjement og omsorg reduseres gjennom utdanningen. Og dermed også dannelsen?

– De som velger sykepleie begynner ofte ut fra en genuin medmenneskelighet og omsorgsimpuls, som vi skal hjelpe dem med å utvikle. Men noen ganger klarer vi ikke det. Kanskje handler utdanningen i dag for mye om å reproducere fagene, ikke omsette dem i praksis. Jeg tror rammene også her er for trange. Jeg ønsker

meg en sykepleierutdanning som varer i fire eller fem år. Dannelse er en prosess som tar tid.

Målet er ikke å produsere én type dannelses sykepleier.

– Nettopp fordi dannelsen er så vanskelig å fange i en definisjon, har den mange verdier i seg som uttrykker seg ulikt fra person til person, påpeker Alsvåg.

Dannelse er ikke snakk om en ytre hardhendt forming.

– Det er mange måter å vise respekt på, mange måter å vise kyndighet på. I en dannelsessammenheng må det være rom for det, hvis ikke blir vi opptreksdukker. Det er ulike pasienter, og da trenger vi også ulike sykepleiere.

– Er du dannet?

– Som sagt er dannelse et livslangt prosjekt. Jeg tror årene og livet så langt har gitt meg økt dannelse. Jeg er blitt mindre bastant og blitt mer reflektert. Jeg tror som Aristoteles at alder og erfaring, hvor ettertenksomhet er sentral, gir mer klokskap. Vi ser ofte at eldre er rausere i forhold til hva som er rett og galt. De er ikke så opptatt av å følge regler, men av å gjøre det rette.

– Har du råd til sykepleiere som søker dannelse?

– Stol på dere selv. Stol på inntrykket dere får av pasienter og pårørende. La dere berøre. Der ligger begynnelsen til dannelsen, sier hun.

Og legger til:

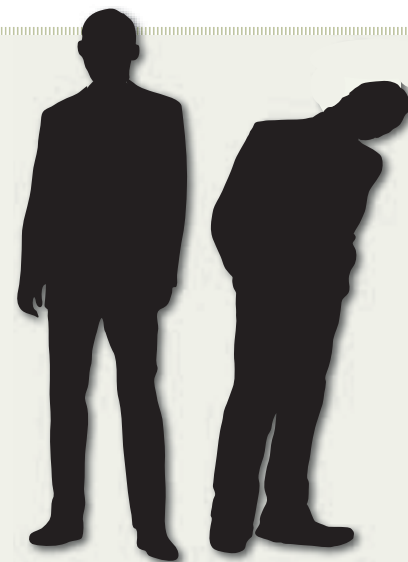
– Vær ikke naive.

– Hva mener du?

– Sykepleiere må ikke være så lydige. Vi må ta inn over oss at ikke alt er som det burde. Vi må tørre å si fra. Samtidig kan vi kanskje ikke forvente at de som sliter under uforsvarlige forhold skal gjøre det. De er gjerne for slitne. Vi andre har også et ansvar.

– Er det realistisk med et gjennomdannet helsevesen?

– Ikke uten et gjennomdannet samfunn. ■■■



Forakten i oss selv

VI LEVER I OMSKIFTELIGE TIDER. På overflaten holder vi verdier som respekt og anerkjennelse høyt. Under ligger destruktive tendenser knyttet til forakt for dem som ikke får det til – de som mislykkes i det karriere- og materialistisk orienterte samfunnet. Når vi møter andre mennesker med forakt, legger vi verden åpen for å nedvurdere mennesket som sådan.

Middelklassens verdier er i stor grad karriereorienterte. Det handler om å gjøre suksess og tenke strategisk i forhold til egen karriere – og vinne. Dette åpner for å forakte dem som ikke får det til eller som truer ens egen posisjon. Jeg hører foraktens stemme hver dag, og enda verre – jeg kjenner den også hos meg selv.

Filosofen Harald Ofstad har skrevet en av det forrige århundres viktigste norske bøker. I *Forakt for svakhet* analyserer han kjerneverdiene i nazismen. Han trenger inn i de vurderinger og normer som skapte nazistenes verdens- og menneskesyn. Et menneskesyn som fremdeles fins.

Ved å ta for seg nazismens grunnleggende verdier, tvinger Ofstad oss til å gjenkjenne disse verdiene hos oss selv og i samfunnet: Verden er en stridsplass der alt handler om kamp. Den som er svak bukker under og bør bukke under. Den som er sterk seirer og bør seire.

Slik skapes og gjenskapes holdninger og handlinger i en varig prosess, som før eller siden kan ende opp i en total underkastelse under den eller dem som har makten til å definere hva som er rett og galt.

Forakt for svakhet er vel verdt en tur på biblioteket. Boken gir kunnskap både til selvinnsikt og varsel om det som kan komme.



K.H. Mygaard

Hjelp til å søke og skrive



ANMELDELSE: Jørn Stordalen og Ingeborg Støren har lang erfaring i å undervise sykepleiere både på bachelor- og høyere nivå. I disse to bøkene gir de praktiske råd til studenter som skal skrive en forskningsbasert oppgave.

«Bare søk» og «Bare skriv» bør leses før en starter med å skrive og deretter benyttes parallelt som oppslagsverktøy.

For mange studenter er oppgaveskriving en krevende utfordring. Hvilke tema bør en velge? Hva vil være utfordrende å «forske» på?

Forfatterne er opptatt av at studentene må ha en klar påstand (hovedtese) som det senere i drøftingskapitlet skal argumenteres for eller imot. Dette kan være et for strengt krav på bachelornivå. Vanligvis velger studentene en problemstilling og deretter ved hjelp av ulike metodiske tilnærminger benytter de teori, kliniske eksempler og forskningsartikler som utgangspunkt for sine drøftinger. Å skulle verifisere eller falsifisere en hypotese vil være for vanskelig.

Bøkene er godt strukturert og med sin ordknappe form ledes studentene nærmest umerkelig gjennom skriveprosessen.

Ingeborg Støren gir konkrete eksempler på hvordan søke i databasene Ovid Medline og Ovid Nursing. Her burde hun i større grad vektlagt studentens behov for veiledning på jakten etter rette emneord samt advart mot for rigide søk.

Forfatterne viser eksempler og modeller på ulike trinn i skriveprosessen. Ikke alle er like vellykkede. Det er brukt to sider på å vise en "printet" utskrift med uleselige håndskrevne kommentarer, istedenfor å vise betydningen av elektronisk sporendring, merkelapper og fotnoter.

Et annet eksempel er et sammendrag fra en studentoppgave. Når tillatt ordmengde er begrenset vil unødvendige ord stjele plass fra vik-

belyses oppgavens problemstilling i drøftingsdelen.

Å anbefale bruk av kartotekkort for å få oversikt over litteratursøket blir noe gammeldags. Alle kilder må rett inn på PC-en med korrekte data.

Forfatterne bruker konsekvent eternavn når en forfatter blir nevnt, med unntak av Kari Martinsen og Inga Bostad. Det blir litt forvirrende når Kari Martinsen, Løgstrup og Skjervheim er nevnt i samme setning. Studentene sliter med korrekte kildehenvisninger, noe som det er viktig at de lærer med tanke på plagiat. I begge bøkene er det unøyaktigheter i litteraturlistene.

Sykepleierstudentene bruker ofte nordiske medisinske og sykeplei-

I begge bøkene er det unøyaktigheter i litteraturlistene.

tige funn. Formål: Hensikten med denne fordypningsoppgaven er å ... Studentene må isteden lære å skrive kort og konsist: Formålet er å ...

Støren anbefaler å sette utvalgte artikler opp i en lesematrise. Det er en god hjelp å systematisere artiklene etter sentrale stikkord både i forhold til innholdsanalyse og synliggjøring av funn som kan

efaglige tidsskrift som kilder, tidsskrift som alle benytter Vancouver referansesystem. Disse aktuelle bøkene burde derfor også hatt et eksempel på dette systemet.

Sykepleierstudenter har ofte en begrenset tid til oppgaveskriving. Disse to kortfattede bøkene bør være en kjærkommen hjelp både på bachelor- og masternivå.

Bare skriv!

Praktisk veiledning i oppgave- og fagskriving.

Av Jørn Stordalen og Ingeborg Støren
Cappelen Akademiske forlag, 2010
141 sider
ISBN 978-82-02318-97-0

Bare søk!

Praktisk veiledning i å systematisere kunnskap.

Av Ingeborg Støren
Cappelen Akademiske forlag, 2010
91 sider
ISBN 978-82-02327-81-1
Anmelder: Liv Wergeland Sørbye, sykepleier, PhD, Diakonhjemmet høgskole



Les flere anmeldelser på nett

- › Alle bokanmeldelser i Sykepleien legges også ut på nett.
- › Let og les i vårt bokarkiv på www.sykepleien.no
- › Anmeldelsene ligger under menyknappen «fagutvikling» øverst til venstre på siden.
- › Sykepleien anmelder mest fagbøker innenfor sykepleie, medisin og samfunnsfag, men også noe skjønnlitteratur.



Det levende buret

Av Per Løvhaug
91 sider
Commentum forlag, 2010
ISBN 978-82-8233-020-6
Anmelder: Liv Wergeland Sørbye, sykepleier, PhD – Diakonhjemmet høgskole

«Sykepleierne bandt de kjedelige dagene sammen»

ANMELDELSE: Tittelen «Det levende buret» signaliserer at her er det noen som er stengt inne. Buret er ikke en statisk størrelse, men noe som lever sammen med han som skriver. Han er fanget i sin egen kropp.

Per Løvhaug har erfart hvor kort avstand det er mellom et aktivt, meningsfylt liv og total avhengighet av andre. Som journalist behersker Løvhaug skrivekunsten både i forhold til å observere og beskrive. Han undrer seg, analyserer og stiller kritiske helsepolitiske spørsmål. Boken er en fin balanse mellom den personlige lidelsen og fortvilelsen han opplevde og en allmenn formidling av hva det vil si å bli rammet av et hjerneslag.

Den første tiden var Løvhaug nærmest komatøs, og da han gradvis våknet klarte han ikke uttrykke seg. Det tok seks uker før han fikk vite hvor han be-

fant seg, da kom språket tilbake.

Løvhaug var opptatt av betydningen av å ha et tverrfaglig team rundt seg hvor alle hadde sin funksjon. På sykehuset var det de hvitkledde sykepleierne som bandt dagene sammen. En psykiater burde vært selvskreven i teamet. Rehabilitering ble vanskelig når livsmotet sviktet. Antidepressiva er ingen gunstig løsning.

Sommeravviklingen ble et mareritt med ulike vikarer. Her var det pasientene som måtte fortelle om hvordan ulike prosedyrer fungerte. En av vikarene dro ham så hardt i armen at skuldra gikk ut av ledd. Han slet med ettervirkningene i ett år.

Løvhaug hadde hørt om individuell plan og brukerstyrt assistanse, men det kom ikke noe automatisk tilbud om dette fra kommunen. Å bo på et lite sted borger ikke for privatliv. Løvhaug følte

at halvparten av kommunens kvinner hadde sett han naken. Flere hadde bare en liten stillingsbrøk, så det ble mange pleiere ut og inn av hjemmet. Både for pasient og pårørende hadde det vært bedre om det hadde vært færre personer å lære opp.

Løvhaug beskriver at han ved Flekkefjord sykehus fikk hjelp til å klare sin nye tilværelse, og dette hjalp ham gradvis til å se at livet var verdt å leve.

Legen Peter F. Hjort påpeker i bokens forord at det er viktig med en god relasjon mellom pasient, pårørende og personale. «Alle må finne sin plass på en skala av følelser fra fortvilelse i den ene enden til håp i den andre», skriver han.

I dag er lokalsykehuset til Løvhaug nedlagt. Denne boka vil inspirere leseren til et helsepolitisk engasjement. Sykepleierne kan være et bindeledd mellom helsefag og politikk.

Man skal ej læse for at sluge, men for at se, hvad man kan bruge.

Henrik Ibsen



Etter selvmordet – veien videre

Av Kari Dyregrov, Einar Plyhn og Gudrun Dieserud
240 sider
Abstrakt forlag
ISBN 978-82-7935-274-7
Anmelder: Dag Willy Tallaksen, førstelektor, avdeling for helse, ernæring og ledelse, Høgskolen i Akershus

Klokskap til leg og lærd

ANMELDELSE: I forordet skriver forfatterne av denne boken at de håper både etterlatte, deres sosiale nettverk og profesjonelle hjelpere kan finne den nyttig. Boken har altså en svært bred målgruppe.

Kari Dyregrov og Gudrun Dieserud har i en årrekke forsket og formidlet sin kunnskap innenfor fagområdet. De har vært begge aktive innen selvmordsforebygging, og Dieserud har erfaring som terapeut. Einar Plyhn har brukererfaring som etterlatt. De representerer altså stor bredde- og dybdekunnskap.

Som fagbok til en slik målgruppe, og med dette tema, er boken enestående her til lands. Ved å utgi en slik bok er forlaget med på å løfte taushetsbelagte tema som selvmord og etterlatte ut av tabuiseringens og stigmatiseringens skygge. Åpenhet om

psykisk lidelse og selvmord ser ut til å øke. Det kan medvirke til at flere av oss vil oppleve å bli berørt, selv om hyppigheten av selvmord heldigvis ikke har økt de siste år.

Boken er delt inn i tolv kapitler som spenner fra epidemiologisk kunnskap, via sorg og krisereaksjoner, mestring, støtte fra sosialt nettverk til profesjonell hjelp. Et eget kapittel er viet omtalen av forhold når barn og unge blir etterlatte.

Hvert kapittel kan leses selvstendig, etter behov. Boken kan brukes som oppslagsverk for dem som trenger det. I noen kapitler finnes nærmest oppskrifter for hvordan man går fram i enkelte situasjoner, og det beskrives hva man kan forvente at for eksempel prest, politi, begravelsesbyrå og fagfolk kan bistå med. Her fremstår

den som en virkelig lærebok.

Språket er godt og fagteksten underbygges med hyppige sitater fra etterlatte. Det er lagt vekt på å unngå fremmedgjørende fagterminologi. Bruk av referanser er redusert til det som er absolutt nødvendig. Boken avsluttes med et appendiks som gir henvisninger til litteratur, film, nettsteder og hjelpeinstanser.

Jeg håper mange leser denne boken for de må. Boken formidler en grunnholdning av optimisme, åpenhet og alminneliggjøring som i seg selv er viktige elementer i selvmordsforebyggende arbeid. Den formidler uansett klokskap til både leg og lærd. For alle som er engasjert i arbeidet med etterlatte er den et «must».

Den kritikk som kan rettes mot boken er at den favner for vidt.

Quiz

Er du en kompetent sykepleier?

Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hva er tinnitus?

- A Tinningbenbetennelse
- B Tinnforgiftning
- C Øresus

2 Hva er epidemiologi?

- A Studie av den tidlige utviklingen av mikroorganismer
- B Studie av utbredelse av sykdomsprosesser
- C Studie av kroniske hudsykdommer

3 Hvor i Norge tilbys det legeutdanning?

- A Oslo, Stavanger, Bergen, Trondheim
- B Oslo, Bergen, Lillehammer og Tromsø
- C Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø

4 Hva heter tittelen «cand. med.» i USA?

- A Medical Scientist
- B Doctor of Medicine
- C PhD of Medical Science

5 Når ble Reitgjerdet lagt ned som psykiatrisk sykehus?

- A 1987
- B 1982
- C 1989

6 Hva er laparoskopi?

- A Kopi av pasientens fødselsattest
- B Kikkhullskirurgi
- C Åpen kirurgi

7 Hva heter in vitro-befruktning på norsk?

- A Befruktning gjennom utenlandsk donor
- B Prøverørsbefruktning
- C Anonym befruktning

8 Hva er krupp?


- A Økonomisk modell for resultatmåling
- B Infeksjon som fører til at luftveiene blir trange
- C Når deler av et organ poser ut i bukhulen


9 Hva er vulnus?


- A Brannskade etter vulkanutbrudd
- B Betennelse over skambeinet
- C Traumatisk påførte sår


10 Hva er ejaculatio praecox?

- A Behov for å onanere offentlig
- B For tidlig sædavgang
- C Kjedeorgasmer

 **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.)



SUSER? Har tinnitus noe med øret å gjøre? Foto: Colourbox

SVAR: 1C Øresus, 2B Studie av utbredelse av sykdomsprosesser, 3C Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø, 4B Doctor of Medicine, 5A 1987, 6B Kikkhullskirurgi, 7B Prøverørsbefruktning, 8B Infeksjon som fører til at luftveiene blir trange, 9C Traumatisk påførte sår, 10B For tidlig sædavgang

FAG NYHETER

Vask hender

Til tross for en rivende utvikling innenfor helsevesenet, er det fremdeles for mange som slurver med det mest basale: Håndhygiene.

Tekst **Nina Hernæs**



RENE HENDER: God håndhygiene gjelder fortsatt. Foto: Colourbox

Hvert år får flere hundre millioner pasienter sykehusinfeksjoner som kunne vært unngått med enkle tiltak.

5. mai markerte Verdens helseorganisasjon håndhygienens dag med slagordet: «Save lifes: Clean your hands.» I Norge fulgte blant andre Rikshospitalet opp med «Give me five», som henspiller på en løftet, åpen hånd (uten smykker) og fem punkter om når hendene bør rengjøres:

- › Før kontakt med pasienten
- › Før rene/aseptiske oppgaver
- › Etter risiko for kontakt med kroppsvæsker
- › Etter kontakt med pasienten
- › Etter kontakt med pasientens omgivelser

Verst i utviklingsland

Hver dag fører sykehusinfeksjoner

til ekstra lidelser for pasienter og økte kostnader for helsesystemene over hele verden. Eksakt hvor mange som rammes, er det ingen som vet på grunn av manglende data.

Bare 16 prosent av utviklingslandene har gode systemer for å overvåke sykehusinfeksjoner. Forekomsten er likevel mye høyere der enn i utviklede land. I utviklingsland er infeksjoner i operasjonssår vanligst. Det kan forekomme i opptil 25 av 100 kirurgiske inngrep. Til sammenlikning er tallet for utviklede land 2-3 av 100.

I Europa rammes flere enn fire millioner mennesker hvert år av sykehusinfeksjoner. Det medfører 16 millioner ekstra liggedøgn, 37 000 dødsfall og sju milliarder i ekstra utgifter. ■■■

Les mer: who.int

Nye kostråd til gravide

Gravide skal først og fremst få råd om et sunt og variert kosthold. Det er tanken bak revisjonen av kostrådene til gravide. Det gis også råd om hvilke matvarer som bør unngås.

På matportalen.no kan man finne de nye rådene sammen med en oversikt over vanlige spørsmål med svar.



Sette i gang fødsel en uke over tiden? side 78

Det nytter ikke satse på de unge. side 70

En alvorlig beskjed til pasienten må følges skikkelig opp. side 72

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 MICHAEL MORTENSEN

«En mannlig medstudent spurte: Hvorfor i all verden er du med i det hurpe-snurpe-forbundet?»

74

REFLEKS TRUDE AARNES

«Brystforstørring har unge jenter fått utført lenge. Nå blir det kjønnsleppene som skal under kniven. Hva blir det neste?»

80



NSF HAR ORDET

Forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no

Vi svikter psykisk syke

3. mai overleverte fylkesmann Ann-Kristin Olsen en NOU fra utvalget som har gjennomgått drap som er begått de siste fem år av personer med kjent psykisk lidelse, til helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen. NSF støtter helhjertet flere av forslagene til tiltak.

Utvalget som presenterer rapporten og som har vært ledet av fylkesmann Ann-Kristin Olsen, ble oppnevnt av regjeringen i april i fjor. Utvalget har gjennomgått alle drap i perioden 2004 – 2009 med gjerningspersoner med kjent psykisk lidelse. Utvalget har også foretatt en gjennomgang av relevant nasjonal og internasjonal litteratur og beskrevet kunnskapsstatus på de felter som er utredet.

Formålet med utvalgets arbeid er å oppnå læring, slik at det kan iverksettes tiltak med sikte på å unngå slike tragiske hendelser i fremtiden.

NSF fikk rett før utvalget la frem sin rapport, god pressedekning på vårt forslag om at psykiatrisk ambulansetjeneste etter modell fra Helse Bergen og Stavanger bør bli opprettet i samtlige helseforetak. Dette mener vi kan redde liv og hindre at politi og andre blir utsatt for alvorlig risiko.

Helsepersonell og politi må bli flinkere til å snakke sammen

Et akutteam med psykiatrisk fagkyndige i et godt samarbeid med politiet, vil føre til besparelser økonomisk og til bedre forhold for både politiet, helseforetaket og pasienten. Politiet verken har eller skal ha den nødvendige kompetansen til å håndtere pasienter med alvorlig psykisk lidelser, men de har en nødvendig rolle i samarbeid med helsepersonell. Det er helsepersonellens faglige ansvar å sikre at situasjonene blir korrekt håndtert og vurdert. Det er også helsevesenets ansvar å følge opp disse pasientene. For NSF er det i tillegg viktig at pasientene får et verdig og faglig godt tilbud uansett hvor de bor i landet.

Olsen-utvalget støtter vår tilnærming til problematikken. Det sier i sin rapport at helsepersonell og politi må bli flinkere til å snakke

sammen. Utvalget anbefaler at det innskjerpes at helsepersonell har hovedansvaret for å ivareta og vurdere psykisk ustabile personer, eventuelt også å hente dem.

Utvalget har innspill som bør ses i sammenheng med samhandlingsreformen. Blant annet mener utvalget at de distriktspsykiatriske sentrene og det kommunale hjelpeapparatet ikke er dimensjonert til å ivareta de farligste og mest syke pasientene med kombinasjonen alvorlig personlighetsforstyrrelse, rusmiddelmisbruk og gjentatte voldelige episoder.

Et nært og forpliktende samarbeid mellom politi, kriminalomsorg og helse- og sosialvesen kan bidra til å sikre bedre håndtering av utagerende atferd mener utvalget, og anbefaler videre en lav terskel for anmeldelse av alvorlige trusler og vold mot personell. NSF er enig i at det må sikres gode rutiner for rapportering av vold mot helse- og sosial- og annet tjenestepersonell.

NSF støtter også utvalget i ønsket om større satsing på oppsøkende team innen psykisk helsevern. Ambulant virksomhet vil kunne bidra til å fange opp dem som i korte eller lengre perioder faller ut av de ordinære polikliniske eller døgnbaserte tilbudene. For personer med kombinasjon av rus- og alvorlig psykisk lidelse, som faller utenfor det ordinære hjelpeapparatet, foreslår utvalget at det etableres og videreutvikles høyspesialiserte team som kan arbeide helhetlig og integrert med pasientens sammensatte problematikk.

Utvalget har kommet med en rekke forslag til tiltak som NSF slutter opp om:

- › Det viktigste voldsforebyggende tiltaket er å yte god behandling og omsorg.
- › Integrert behandlingsmodell synes å være den beste for å fremme samhandling, informasjonsflyt og langsiktighet i planene.
- › Det bør satses på aktivt oppsøkende team innen psykisk helsevern.
- › Et nært og forpliktende samarbeid mellom politi, kriminalomsorg og helse- og sosialve-



TRENGER OPPSØKENDE TEAM: Når samhandlingsreformen trer i kraft, vil man se at de distriktspsykiatriske sentrene og det kommunale hjelpeapparatet ikke vil klare å ta seg av de farligste og mest syke pasientene. Arkivfoto: Tarjei Ekenes Krogh

sen kan bidra til å sikre tryggere håndtering av utagerende atferd.

- › Det må sikres gode rutiner for rapportering av vold mot helse-, sosial- og annet tjenestepersonell.
- › Det bør vurderes om døgnenheter bør ha sterkere fokus på ettervern og på samarbeid med andre hjelpeinstanser etter utskrivning enn det som skjer i dag.
- › Politiet skal ikke brukes som ren transporttjeneste, men bør kunne bistå hvis situasjonen tilsier det, for eksempel ved voldsutøvelse.
- › Samarbeidet mellom politi og helsevesenet må styrkes og rollene må defineres tydeligere.

Eldreomsorg og livskvalitet

Mange eldre i dag opplever meningsfulle pensjonistår med god helse og venner og familie rundt seg. Helse, økonomi og frigitt tid gir mulighet for utfoldelse. De eldre er en del av sosiale sammenhenger der de gir omsorg og får omsorg selv. Aktivitet og sosial tilknytning opprettholder vitalitet og livsglede.

Allikevel gir aldring en sårbarhet. Det å bli eldre betyr også tap av status knyttet til arbeid, dårligere sosialt nettverk eller at de man er glad i dør. Selve tapet gjør at den eldre sitter igjen med færre ressurser og blir sårbare. For å klare seg videre må de bearbeide tapet og tilpasse seg en ny situasjon.

Aldring innebærer også at helse og førighet gradvis blir svekket. Dårligere helse og svekket førighet fører ofte med seg sosial isolasjon og passivitet. Faktorer som sykdom, uførhet, ensomhet og passivitet forsterker hverandre gjensidig.

En større undersøkelse viser at over 40 prosent av sykehjemsbeboere har depressive symptomer. Depresjon har særlig høy forekomst blant demente. Årsakene ligger noen ganger i fysisk sykdom og i selve aldersforandringene, men depresjon kan like gjerne skyldes tap av nære og kjære, helse, nettverk, status og selvfølelse. Depresjon forbindes ofte med å være lei seg, men er en lidelse som ytrer seg på ulikt vis. Den gamle kan vise

tegn på uro og engstelse eller forvirring, ha kroppslige plager eller ha nedsatt funksjon uten andre symptomer.

Gjennom å fremme livskvalitet og forebygge sykdom og funksjonstap er det mulig å opprettholde vitalitet og glede. Tiltak må gjøres langs en lang skala fra enkle tjenester som trykghetsalarm og dagsenter til langtidsopphold på sykehjem. Noen er godt hjulpet av enkle tjenester mens andre har store hjelpebehov og trenger fast sykehjemsopphold.

Hva kan man så gjøre for å fremme livskvalitet? Uansett hvor helsepersonell møter den gamle, må omsorgen være individuell. Hva ønsker egentlig den gamle? Hva har vært vesentlige opplevelser, verdier og aktiviteter tidligere i livet? Dette danner utgangspunkt for å kunne gi en tilpasset omsorg og må ligge til grunn for alle tiltak. Den gamle trenger å møtes med anerkjennelse, respekt og tillit for å styrke opplevelsen av integritet.

Sosialt fellesskap og stimulering er viktig for å gi en opplevelse av at «jeg er jeg og ikke bare en kropp som mottar hjelp». Når språket svikter kan sang og musikk brukes for å nå inn og styrke selvbildet eller hente fram minnet om gode opplevelser tidligere i livet. Kulturelle aktiviteter i vid forstand gir glede og styrke. Når den gamle deltar i aktiviteter eller kan

bety noe for andre, styrkes opplevelse av egenverd og mening.

Åtte av ti sykehjemsbeboere har demens i varierende grad. Demente trenger tilrettelagte tilbud, allikevel bor bare 20 prosent av de demente på tilrettelagte avdelinger.

Alderdom er en fase i livet hvor det er naturlig å se bakover for å finne mening og sammenheng i livet som er levd. Gjennom samtaler kan den gamle bli minnet om det gode en har opplevd, det en var på sitt beste eller det en har betydd for andre. Eller den gamle kan trenge hjelp til å akseptere og forsones seg med vanskelige livsopplevelser. Når håpløsheten og avmakten melder seg, kan den gamle få hjelp til å bearbeide vanskelig følelser og få hjelp til å etablere en ny mening i tilværelsen.

Velvære er også en forutsetning for å ha det bra. Ung og frisk tar vi det for gitt – et varmt bad, velstelt i klær og i sengetøy og vakre omgivelser. Fravær av vonde lukter og skarpe lyder. Passe varmt og passe lyst. Helsepersonell kan i dag gjøre mye for å lindre plagsomme symptomer med medikamenter og på annen måte. Den medikamentelle behandlingen må følges opp med jevnlig observasjon og justering. Feilmedisinering eller overdosering kan føre til nedsatt funksjon og mer lidelse.

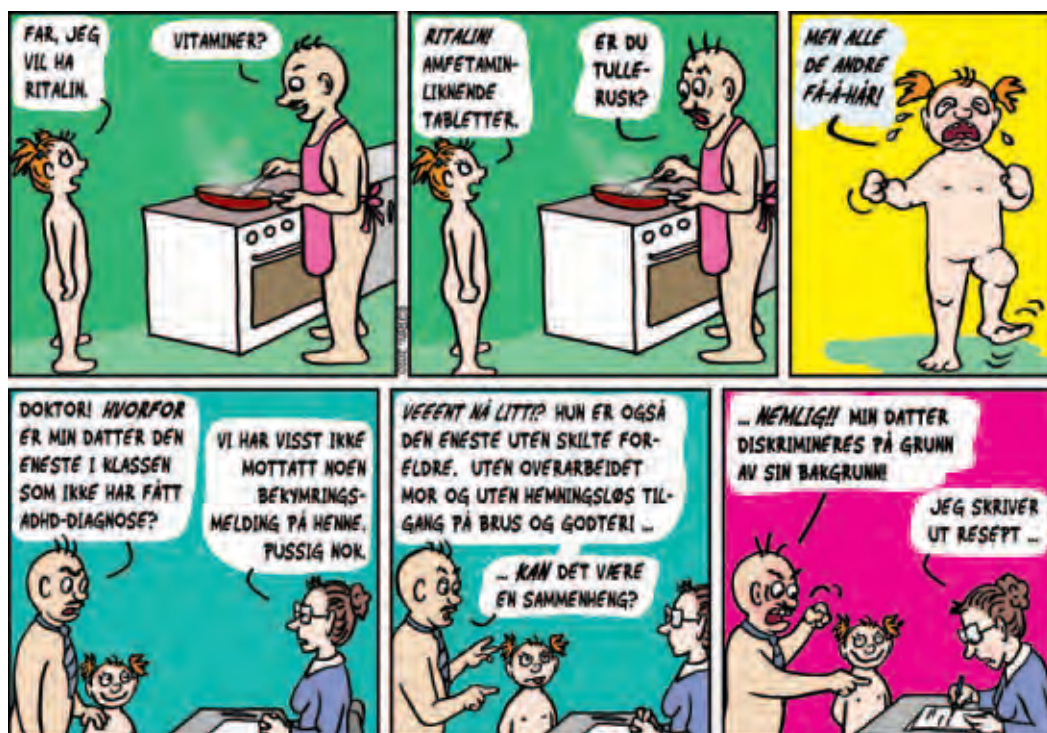
Eldreomsorg har over lang tid vært under press for å bli mer effektiv. Det iverksettes gode tiltak for bedre organisering og bedre ledelse, og moderne teknologi tas i bruk. Allikevel settes det ofte likhetstegn mellom effektivisering og nedskjæring. Den aller største andelen av kostnaden ved å drive sykehjem og hjemmesykepleie er personalkostnader, og det sier seg selv at nedskjæring innebærer færre personer til å delta i omsorg og behandling.

For å lykkes med å fremme livskvalitet og forebygge sykdom trengs det kontinuitet i bemanning og kompetanse. Vi kan ikke styrke integritet og selvbilde på hverdagene for så å krenke det i helgene. Vi kan ikke bare ha samtaler hver onsdag. Samtalene må finne sted når anledningen er der og situasjonen tilsier det. Arbeidspresset i hjemmetjeneste og på sykehjem, særlig på kvelder, i helger og i ferier, er stort. Konsekvensen blir ofte at bare de materielle behovene blir ivaretatt; mat, stell og medisiner.

Syke eldre er ofte prisgitt den hjelpen de får, ute av stand til å rope høyt eller gjøre krav på juridiske rettigheter. Vi må våge å snakke åpent om uverdighet og udekkede behov hos denne pasientgruppen. Folkevalgte i kommunene må i større grad enn i dag delta i veivalg og diskusjon knyttet til prioriteringer og verdier.

Håkon Johansen, styremedlem Norsk Sykepleierforbund Østfold

TERAPI av Bodil Revhaug





Norsk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning. Forsker NIFU STEP, Håkon Høst

Hvem skal pleie oss når eldrebølgen kommer?

Ungdommen vil ikke inn i en sektor der arbeidet med eldre blir dominerende. Den eneste måten å få nok arbeidskraft er å la de voksne med arbeids- og omsorgserfaring få mulighet til å utdanne seg.

Gjennom Kompetanseløftet 2015 skal pleie- og omsorgssektoren ta de første skritt for å forberede seg på den store eldrebølgen som kommer når de store etterkrigskullene blir gamle om 10-20 år. De sentrale grepene er økt rekruttering og heving av kompetansen. Sterkt forenklet kan man si at det siste skal oppnås særlig gjennom å erstatte de mange ufaglærte med faglærte, og da først og fremst med høyskoleutdannede pleiere som på sikt skal mangedobles i antall. Dette vil nok fortone seg som en fornuftig politikk for mange av dette bladets lesere. Jeg vil likevel tillate meg å reise noen motforestillinger i forhold til denne strategien. Min hovedtese, basert på historiske erfaringer, er at denne sektoren vil være helt avhengig av å opprettholde rekrutteringen av ufaglærte nedenfra, dvs. rekruttere like mye gjennom arbeidet, som ovenfra gjennom utdanningssystemet.

Modernisering gjennom utdanning

Strategien med å modernisere og heve kvaliteten på pleie- og omsorgsarbeidet gjennom utdanning har en lang historie. Før dette ble statens politikk, ble den drevet fram av frivillige organisasjoner og av sykepleierne selv. De første sykepleierutdannelsene ble etablert i samme periode som framveksten av sykehus, dvs. på siste halvdel av 1800-tallet.

Dette rekrutteringsgrunnlaget bør pleies med den største omhu.

Sykepleierne kjempet hardt mot forsøk på å etablere konkurrerende utdanninger, og fikk i 1948 støtte fra staten gjennom lovvedtaket om at offentlig godkjente sykepleiere skulle ha treårig sykepleierutdanning. Under helsevesenets og sykehusenes store ekspansjon etter andre verdenskrig ble det likevel tydelig at tilgangen på offentlig godkjente sykepleiere i overskuelig framtid ikke ville kunne dekke behovet for sykepleie i sykehus, og i enda mindre grad i den øvrige pleiesektoren.

Helsemyndighetene med helsedirektør Karl Evang i spissen anså utdanning av det tallrike underordnede og ufaglærte pleiepersonalet som helt nødvendig for å sikre en tilstrekkelig kvalitet på tjenestene. Løsningen ble, mot Sykepleierforbundets vilje, etableringen av den ettårige hjelpepleierutdanningen i 1963. Den rettet seg mot de mange ufaglærte kvinnene, men også mot kvinner med

omsorgserfaring som ønsket seg ut i arbeid, og mot unge jenter. Hjelpepleierutdanningen rekrutterte i stor grad kvinner fra sosiale lag hvor det å søke sykepleierutdanning var mindre realistisk.

Populær utdanning

Hjelpepleierutdanningen ga et avgjørende bidrag til konstruksjonen av en ny kategori i arbeidsfeltet, mellom sykepleierne og de ufaglærte, en kategori som til å begynne med var rettet mot sykehus, men som etter hvert skulle bli selve ryggraden innenfor de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Tilstømningen til den nye utdanningen skulle vise seg å bli voldsom. Så sent som på 1980-tallet var hjelpepleierutdanningen den mest populære yrkesutdanningen innenfor videregående opplæring i Norge. Inntakskriterier som tidligere arbeidspraksis som ufaglært i pleien og alder, kombinert med søkermonsteret, bidro til at den typiske hjelpepleier ble den voksne kvinnen med omsorgs- og pleieerfaring.

Måten hjelpepleierutdanningen ble etablert på som en egen utdanningsordning var på mange måter tidstypisk. Som de øvrige yrkesutdanninger på denne tiden var den organisert og forvaltet av sektormyndighetene, ikke utdanningsmyndighetene. Fra siste halvdel av 1960-tallet startet imidlertid moderniseringen av utdanningssystemet gjennom rasjonalisering og enhetliggjøring. Både sykepleier- og hjelpepleierutdanningen ble trukket inn i dette prosjektet, og plassert henholdsvis i det nye høyskolesystemet og i den videregående skolen. Det opprinnelige forslaget fra den offentlig nedsatte Bjørnson-komiteen om at utdanningene skulle utgjøre en felles, trinnsvis utdanningsordning rettet mot pleiearbeidet, ble etter hard motstand fra Sykepleierforbundet nedstemt i Stortinget. I stedet ble kravet for å komme inn på sykepleien artium, eller studiekompetanse, og dette ble den nye demarkasjonslinjen overfor hjelpepleierne.

Mislykket

Det har ikke lyktes, tross omfattende reformforsøk, å gjøre videregående opplæring til en hovedrekrutteringsvei til hjelpepleieryrket. Det første forsøket kom da man på begynnelsen av 1980-tallet flyttet hjelpepleierutdanningen inn i den videregående skolen. Det viste seg imidlertid at nissen fulgte med på lasset. De voksne med lang fartstid som ufaglærte pleiere fortsatte å dominere hjelpepleierutdanningen også innenfor den videregående skolen.

Det andre forsøket kom da man med langt sterkere tiltak gjennom Reform 94 forsøkte å gjøre den tradisjonelle hjelpepleier-

Ølgen slår inn?

utdanningen og den nye omsorgsarbeiderutdanningen til rene ungdomsutdanninger. Riktignok klarte man denne gangen å bli kvitt de voksne elevene, men uten at ungdommen viste særlig interesse for å overta utdanningsplassene.

Samtidig med reformen Kunnskapsløftet i videregående opplæring i 2006 kom det tredje forsøket. Gjennom den storstilte og offentlig finansierte Aksjon helsefagarbeider, ble en ny lærlingutdanning lansert til erstatning for hjelpepleier- og omsorgsarbeiderutdanningene. Resultatet til nå tyder ikke på at man har lykkes denne gangen heller; i stedet har ungdomsrekrutteringen blitt lavere enn hva den var med de tidligere utdanningene.

Fortsatt ufaglærte

Rekruttering av lærlinger i det nye helsearbeiderfaget utgjør i overkant av 1000 per år. Bare halvparten av disse igjen er 18-åringene. Det som bærer rekrutteringen til helsefagarbeiderkategorien er på samme måte som det var til hjelpepleierkategorien, rekrutteringen av ufaglærte. 80-90 prosent rekrutteres som voksne, og i all hovedsak blant ansatte med lang erfaring som ufaglærte. Fordi de er underlagt fagopplæringen, har de ikke lengre en egen voksenutdanning, men må gå opp som privatister, eller praksiskandidater.

Kompetanseløftets rekrutteringsmål om 10 000 nye faglærte årsverk i perioden 2005-2009 vil, ut fra foreliggende data, bli oppfylt, og det er jo betryggende. Målet var at en tredjedel av de nye årsverkene skulle være helsefagarbeidere (inkludert hjelpepleiere og omsorgsarbeidere), mens to tredjedeler skulle være sykepleiere og andre høyskoleutdannede.

Dette skulle være starten på en opptrappingsprosess hvor de høyskoleutdannede skal gå fra å utgjøre en fjerdedel av årsverkene i pleie og omsorg til etter hvert å utgjøre over halvparten. NIFU STEPs evaluering viser imidlertid at målet i stor grad takket være de tradisjonelle rekrutteringsmønstrene. Riktignok økte antall ufaglærte årsverk bare med 2000, men i tillegg økte antall nye hjelpepleiere/omsorgsarbeidere/helsefagarbeidere med 5500, og de fleste av disse er rekruttert fra gruppen ufaglærte ansatte. Antall sykepleierårsverk økte med 3300 og andre høyskoleutdannede med 1900. En viktig årsak til økningen i årsverk blant alle grupper, men mest for de med høyere utdanning, er økt arbeidstid blant de som var ansatt fra før.

Ulikt 1960-tallet

Selv om det på den ene siden kan sies å være kontinuitet i rekrutteringsmønstrene til hjelpepleier-/helsefagarbeidersjiktet, har det likevel skjedd endringer. På 1960-tallet var kvinnene på vei ut i arbeidslivet, og ikke minst pleie- og omsorgstjenesten kunne nyte godt av dette reservoaret av arbeidskraft. De voksne som i dag tar utdanning som hjelpepleiere og omsorgsarbeidere er ikke husmødre, men kvinner – og noen menn – med omfattende arbeidserfaring. I tillegg har de som befolkningen for øvrig, et høy-



ERFARING: Godt voksne kvinner med arbeidserfaring var et dominerende innslag på hjelpepleierutdanningen frem til 90-tallet. Arkivfoto: Lars-Erik Vollebæk.

ere utdanningsnivå sammenlignet med 1960-tallet. Flertallet av de voksne har således utdanning på videregående skoles nivå fra før. De som rekrutteres til hjelpepleier- og helsefagarbeiderkategorien vandrer altså horisontalt i utdanningssystemet.

Målet om at de høyskoleutdannede skal utgjøre 35 prosent av årsverkene i pleie og omsorg innen 2015, vil slik det nå ser ut, neppe nås. Etter at antall uteksaminerte med høyere helsefaglig utdanning hadde vært stabil siden 2005, ble det en nedgang i antall kandidater i 2009. Hvor realistiske er da de mer langsiktige prognoser og mål om at man skal øke tilførselen av høyskoleutdannede i enda større tempo enn sektoren trappes opp, slik at man oppnår en femdobling av antall høyskoleutdannede pleiere fram mot 2050? Dette nødvendiggjør økt utdanningskapasitet samtidig med at eldreomsorgen vil bli sykepleiernes viktigste arbeidsplass. Nettopp dette er trolig en hovedårsak til at man ikke lykkes i å rekruttere en veldig stor andel blant ungdom i videregående skole.

I stedet for å ha som mål å kutte tilførselen nedenifra gjennom å slutte å rekruttere voksne ufaglærte, bør dette rekrutteringsgrunnlaget pleies med den største omhu. Man bør legge til rette for at alle som vil arbeide i sektoren får tilbud om utdanning som helsefagarbeidere, eventuelt også som sykepleiere, kombinert med at de er i arbeid. Dette kan vise seg å bli helt nødvendig om man skal kunne møte den store eldrebølgen. ■■■



DILEMMA

Per Nortvedt om hvordan man skal oppnå gode beslutningsprosesser.

Navn: Per Nortvedt
Bakgrunn: Professor ved seksjon
for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo
E-post: p.nortvedt@medisin.uio.no

Dialog gjør det lettere

Alvorlig sykdom hos pasienter kan involvere spørsmål om hva som er nyttig behandling og akseptabel livskvalitet.

Jeg husker vi hadde en ung pasient med hjernetumor – Glioblastom grad III. I slike tilfeller er prognosen veldig dårlig, ofte ikke mer enn tre til seks måneder. Selv om dette er tre år siden, glemmer jeg aldri at vår etisk bevisste professor (og han var langt forut for sin tid den gangen) forela følgende valgsituasjon for pasienten: «Jeg kan operere deg nå, og du vil da kanskje leve noen måneder ekstra, men antakelig med betydelig

hele tatt. Men hva er nytte? Det som fra et medisinsk kost – nytte perspektiv kan være tvilsomt, kan for pasienten være viktig. For pasienten kan det være av enorm betydning å leve litt lenger for å oppleve en viktig begivenhet i familien.

Et annet eksempel: I prematuromsorgen står man noen ganger overfor utrolig vanskelige valg i forhold til å avslutte eller forlenge behandling for veldig for tidlig fødte barn. Det kan noen ganger være nesten umulig å vite om barnet vil overleve med store hjernesker. Foreldrene kan noen ganger ønske at aktiv behandling skal avsluttes og barnet få lov til å dø med god omsorg og lindrende behandling. Dette er også ofte veldig vanskelige medisinske og etiske avgjørelser, fordi prognosen kan være så usikker og det er vanskelig på forhånd å vite hvem som vil overleve med store hjernesker og hvem som vil kunne få en akseptabel livskvalitet. I Norge sier jussen at det er legen i samarbeid med relevant helsepersonell som skal håndheve hva som er faglig forsvarlig behandling på vegne av våre minste. Pårørende skal informeres og tas med på råd, men ikke ha ansvar for den endelige beslutningen. Men hvem bestemmer hva som er riktig for pasienten, hvordan tar man gode avgjørelser, og hva er sykepleierens ansvar og rolle i slike avgjørelser?

usikker, ønsker en særlig overfor barn, å forlenge behandling lengst mulig av hensyn til mulig overlevelse. Fare for død motiverer et betydelig behandlingsimperativ, og medisinenes suksess er på mange måter et resultat av at grenser for overlevelse er blitt tøyet og nye behandlingsmetoder er blitt forsøkt i terapeutisk hensikt.

En barnelege sa til meg under et debattmøte at medisinenes suksess har nettopp vært et resultat av at man har prøvd å behandle til alle muligheter er brukt opp. På den måten får en også ny og viktig kunnskap som kan komme framtidige pasienter til gode. Men er det riktig for denne pasienten, og hvem er best egnet til å avgjøre det?

Et viktig ideal

Situasjonene jeg har trukket fram er veldig komplekse medisinsk og sykepleiefaglig, og med hensyn til juss og etikk. De involverer spørsmål om hva som er nyttig behandling og akseptabel livskvalitet. De reiser spørsmålet om hvem som skal bestemme på vegne av barn og umyndige, og kanskje til syvende og sist hvordan man skal oppnå gode beslutningsprosesser og unngå konflikt mellom helsepersonell og mellom helsepersonell og pårørende.

I denne sammenheng vil jeg trekke fram et viktig prinsipp i medisinsk etikk, som kanskje et tradisjonelt paternalistisk norsk helsevesen ikke i stor nok grad er seg bevisst. Det er tanken om at beslutningsprosesser skal være gjensidige. De skal være demokratiske prosesser der det hersker respekt og gjensidighet, og der beslutningsansvaret skal brukes til pasientens beste. Det betyr at leger, sykepleiere og pårørende kontinuerlig og sammen må samtale om pasientens behandling og revidere planer for denne. Eventuelle beslutninger om å begrense behandling må

Hva er sykepleierens ansvar og rolle i slike avgjørelser?

dårligere livskvalitet. Sannsynligvis vil du få halvsidig lammelse, kanskje taleforstyrrelser, og du vil være avhengig av rullestol og diverse hjelpemidler for å mestre dagliglivet. Du har imidlertid et annet alternativ: Du kan velge å ikke la deg operere, leve bra en god periode med dine nærmeste, men du vil sannsynligvis dø tidligere».

Hva er nytte?

Jeg husker ikke hva pasienten bestemte seg for den gangen, men jeg vet at slike problemstillinger er enda mer aktuelle i dag. For over ti år siden var det medastorm i Norge fordi kvinner med ovarialcancer ble nektet en type cellegift som potensielt kunne forlenge levetiden for de aktuelle pasientene i 6 år.

I dag kan man få cellegiftbehandling som forlenger levetiden med tre til seks måneder, en behandling som i tillegg er veldig dyr, og som fra et kost – nytte perspektiv kanskje ikke er forsvarlig å gi i det

Andre faste bidragsytere



Professor i sykepleier ved Høgskolen i Bodø
Berit Støre Brinchmann



Leder Rådet for sykepleieetikk
Marie Aakre

kommuniseres i åpenhet med alle parter.

Dette er et ideal, men et viktig ideal. En kan sette seg ned, ta tid til informasjon og samtale og gjennom å belyse ulike sider av et medisinsk og etisk saksforhold, prøve å komme fram til en beslutning alle parter kan enes om og som er til det beste for pasienten. «Shared decisionmaking», som det benevnes, bidrar til gjensidig respekt og skaper tillit til behandlings- og omsorgsapparat.

Slike delte beslutninger betyr ikke å dumpe endelige beslutninger i fanget på pårørende eller sykepleiere. Vi snakker ikke om først å ha informasjonsprosesser med pårørende, for så å formidle endelige vedtak som ultimatum overfor de samme pårørende. Slike prosesser rokker ikke ved legenes juridiske vedtatte beslutningsansvar, men søker å forankre et slikt ansvar i en god dialog med de ulike partene.

En nøkkelrolle

Slike prosesser forutsetter gjensidig respekt mellom lege og sykepleiere, og mellom lege, sykepleiere og pårørende. Sykepleieren har et selvstendig ansvar for å forankre slike prosesser i fagmiljøet, særlig fordi sykepleieren er den personen som mange ganger er i en posisjon der hun formidler pårørendes behov til behandlingsteam og visa versa.

Sykepleieren er også den som oftest kjenner pasientens totale situasjon best med bakgrunn i tilstedeværelsen hos pasient og pårørende og kunnskapen om medisinske og andre helsefaglige saksforhold. Sykepleieren har dermed en nøkkelrolle i helsetjenestenes kliniske beslutningsprosesser, en rolle som aktivt må brukes til pasientens beste. Da må sykepleieren tale tydelig, være faglig oppdatert og etisk bevisst. ■■■



Foto: Colourbox



Til refleksjon

- › Hvordan kan sykepleieren bidra til slike gjensidige beslutningsprosesser?
- › Er gjensidighet forenlig med at en yrkesgruppe, legene har det juridiske beslutningsansvaret?
- › Hvordan kan sykepleieren bidra til å unngå eller løse konflikter om slike beslutninger?

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

Michael Mortensen

Hvem: Michael Mortensen


Alder: 31 år

Utdanning: Intensivsykepleier

Yrke: Mastergradsstudent

Hvorfor: Fordi han blogger for Sykepleien

«Å provosere
sykepleierne
er artig.»



Å skrive dagbok på nett er ikke gjort
i en håndvending. Michael Mortensen
er en av Sykepleiens nye bloggere.

Tekst og foto Marit Fonn

Bloggeren i Barcelona



Det er bare to dager siden han leverte sin siste blogg til sykepleien.no. «Min helt!» het den. Nå sitter han på Placa Reial i Barcelona og beskriver hvordan han går fram.

– Jeg skriver en setning. Og tenker. I hvert fall en uke. Kommer på ting. Skriver mer. Retter ti ganger.

Han liker å være kort. Det passer best på blogg, som er en forkortelse for «weblogg». Altså dagbok på nett.

For en som til daglig snakker spansk og fransk og øver på katalansk, er bloggingen en god måte å holde norsken ved like.

Det er snart hundre år siden Sykepleien kom på papir. I 1996 kom Sykepleien på nett. Fra 2009 kunne leserne selv kommentere på nettsidene. Nå – i 2010 – er Sykepleien også på Facebook. Ikke mange minutter etter en artikkel eller en blogg er lagt ut, strømmer ytringene til.

En gang skulle Mortensen stikke i smågriser på en øvelse i laboratoriet. Han gjennomførte så bra at en lege beundrende sa: «Du som er så dyktig skulle jo heller ha blitt lege.»

Dette ble det blogg av. Mortensens første. Kan man ikke være sykepleier og dyktig, undret han på nettet.

MICHAEL VOKSTE OPP på Straumøya utenfor Bodø, ved Saltstraumen, verdens sterkeste malstrøm. Mange ganger har han forklart franske hurtigruteturister hvordan tidevannet setter fart på vannmassene.

Uten spesiell grunn ville han som 17-åring ta siste året på vide-regående i Sør-Frankrike. Han hadde det i seg. Reiseviruset. Han klarte å overtale foreldrene til å skrive under.

«Vi unge digger å jobbe.»

I 2003 ble han sykepleier på Høgskolen i Oslo, der han var en aktiv studentpolitiker. Han kunne fransk, men hvor kunne han tjene bra? Det ble Sveits. I Genève fikk han livsvarig kontrakt og fikk betalt videreutdanningen i intensivsykepleie – uten bindingstid. Han traff spanske Hugo, som er professor i fysikk. De kommuniserer på fransk. Nå er de gift, og i vinter flyttet de til Hugos katalanske hjemby.

Mortensen var hjemme på ferie og tok ekstravakter for «å få inn grunker». Da ble han satt til å tørke støv. Dette ble det også blogg av. «Legg ned støvkluten», skrev han, og leserne var enige.

– Den bloggen har gitt flest tilbakemeldinger. Jeg fikk til og med kommentar fra en fra Litauen og en fra Sverige, sier han fornøyd.

Det kommer flere historier om Sveits, forteller han mens han studerer dagens meny. Egner den seg for en vegetarianer? Ja, fisk kan passere.

– Sykepleiere i Norge har det veldig, veldig godt, fastslår han.

I videreutdanningen oppdaget han Suzanne Gordon. Helten. Hennes mantra er å få sykepleiere til å snakke om det de driver med. Selv er hun journalist. Mortensen forteller at han kalte sykepleiere for nikkedukker lenge før han visste hvem amerikanske Gordon var.

– Mange tror jobben vår er å holde pasienten i hånden. Det der

er de verste bildene jeg ser i avisa. Det er jo bare en liten del av det vi gjør. Og vi skal ikke godta å tørke støv.

Han slår i bordet. Tar en bit brød og samler opp saus.

– Aldri ville sykepleiere i Sveits blitt satt til å tørke støv.

I ALPELANDET ER DELTID høyst uvanlig. Mortensen jobbet fra sju om morgenen til åtte om kvelden.

– For meg var det perfekt. Vi unge digger å jobbe. Og jeg elsker å reise.

Han kunne lett jobbe seg opp så han kunne få ti dager fri i strekk. Nå er 6,5 timer som halv dag for ham. Men han ser også svakhetene: Med svangerskapsperm på tre måneder og lange arbeidsdager, må mødre ha familie som kan passe barna, eller mann som kan forsørge dem.

Han var på nippet til å gi seg. På Riksen i Norge var han vant til å ha to pasienter på vakt. Så kom han til indremedisinsk avdeling i Sveits og fikk ansvar for sju pasienter på dagvakt, tolv om natten.

– Jeg orket nesten ikke. Pasientene var syke, det var mye geriatri. Jeg ble fabrikkarbeider: Sårskift, medisiner, matning – og over til neste pasient. Terminale måtte ofte dø alene. Men jeg prøvde litt til. Presset grensene.

Avdelingen hadde også private pasienter. De skulle ha mer oppfølging enn de andre.

– Vi skulle komme med en gang privatpasientene ringte. Det tok lang tid å venne seg til denne forskjellsbehandlingen. De fikk duk på bordet til frokosten. Og fersk avis.

Suzanne Gordon forstår mer hva sykepleie er enn mange sykepleiere gjør selv, fastslår han. Han tror det har med utdanningen å gjøre: For mye teori, for lite om markedsføring.

– Legene har alltid snakket for seg. Det er x antall tv-serier om dem, ingen om sykepleiere.

– Det er jo en for tiden?

– Nurse Jackie som propper seg med piller? Jeg har ikke sett den. Men det fins mange serier, for eksempel Doctor House, der sykepleierne er legenes tjenere.

– Er ikke sykepleierne ofte legenes assistenter?

– Nei. Ha-ha-ha.

Mortensen ler lyst og lett som om han har hørt en vits han liker.

– Langt ifra. De er samarbeidspartnerne. Jeg har mange venner som er leger. De unge skjønner at sykepleierne ikke er tjenere.

Han bestiller kaffe med is. Det er jo tross alt sol.

– Er sykepleierne pingler?

– De forholder seg til blod og gørr, så det kan de ikke være. Men de er nikkedukker. Det er nok fordi det er et kvinnedominert yrke.

Han ler avvæpnende igjen.

– Kanskje damer generelt er pingler? Jeg vet ikke. Det ville sikkert vært annerledes med flere menn i yrket.

Han husker i hvert fall replikken fra en mannlig uorganisert medstudent: «Hvorfor i all verden er du med i det hurpe-snurpe-forbundet?»

– Jeg vet ikke om antallet mannlige sykepleiere er stigende i Norge? spør han.

– Tror vi snakker om promiller.

– Såpass. Ha-ha-ha. Dessverre.

MORTENSEN DRAR IGJEN OPP Gordon-oppskriften: Markedsfør at sykepleie også er et yrke for menn.

«Aldri ville sykepleiere i Sveits bli satt til å tørke støv.»

– Det fins utrolig mange steder å jobbe: Oljeplattform, fengsler, cruiseskip.

– *Trengs ikke menn i sykehjem?*

– Jo, men vi får heller være glade når de kommer, selv om de ikke vil til sykehjem. Det må være fri vilje. Jeg ville aldri kunnet jobbe på sykehjem. Jeg trenger å jobbe fort. Det må skje noe. Fru Olga på rom åtte, som jeg ikke vet om jeg kan gjenopplive ...

Han føyer raskt til at han ser opp til dem som jobber på sykehjem og i hjemmesykepleien.

– *Kanskje tross alt morsommere å være lege?*

– Aldri i livet.

– Å?

– Jeg ble sykepleier fordi jeg ville kommunisere med pasienten. Legen ser en pasient fem minutter. Vi er der 24 timer i døgnet.

Han rører i kaffen med isbiter.

– Sykepleierne behandler pasienter. Legene behandler diagnoser. Jeg har hatt mange unge pasienter, for eksempel etter motorsykkelulykker. Jeg blir kjent med familiene og kan gi dem råd. Legen har jo ikke tid til å prate med dem.

Han konkluderer:

– Jeg liker å prate. Og så liker jeg tekniske duppedingser.

VI GÅR OPPOVER HOVEDGATEN LAS RAMBLAS. Over bloggerens skulder henger macen, som han alltid har med, oppi en resirkulert veske. Skulderremmen er et bilbelte. Rester av bildekk er blitt til et slitesterkt stoff.

Metroen går hvert tredje minutt. Etter et par minutter er vi ved Sagrada Familia, den berømte ufullendte kirken med åtte tårn, omkranset av like høye heisekraner. Vi går videre til Hospital De La Santa Creu I San Pau, som også restaureres. De mange moskéaktige bygningene i rød murstein er ikke lenger i bruk som sykehus. De er så kronglete innredet at en sykepleier aldri ville funnet på noe sånt. Men de ble nok ikke spurt, mener Mortensen. Bygningene står på Unescos liste over verdensarven. Kupler og tårn er kulisser til masterstudenten fra Norge, her har han sin undervisning. Innenfor er det søyler og gallerier. Golvet har det karakteristiske mønsteret med gjentakende kors.

I et rom prates og røykes det.

– Legestudenter, selvfølgelig!

Han himler med øynene.

Mastergraden i akuttmedisin er tverrfaglig. Studentene er sykepleiere og leger. Fint for framtidens samarbeid i klinikken, synes han. Som eneste skandinaver er han et eksotisk innslag på studiet.

Han sjekker e-posten på den bærbare, det er jo flere timer siden sist. 14 nye har kommet.

Dagen startet tidlig. Han dro til sykehuset et annet sted i byen. Der er han stadig innom for å kapre pasienter til sin masterforskning.

Oppgaven hans handler om underernæring blant intensivpasienter. Til dette trenger han rundt 200 pasienter. Han godsnakker med sykepleierne på sykehuset, for de må hjelpe ham med å samle data. Hypotesen er at en spesiell laboratorieprøve kan peke ut risikopasientene.

– Vi får se om hypotesen holder, flirer han

Gjør den det, kan han gå videre med den i en doktorgradsoppgave. Det vil han gjerne.

INGEN FORELESNING I DAG. På tide å finne en kafé igjen. Han bestiller en clara – øl med sitronbrus.

– *Bør sykepleierne ta doktorgrad?*

– Ja. For å bli anerkjent. I stedet for å si at «sånn har vi alltid gjort det». Sykepleieforskningen er jo ikke gammel. Den er stor i USA. Her i Spania har de akkurat begynt.

Selv anbefaler han heller bøker av Suzanne Gordon som pensum enn sykepleieteori. Da han ble utdannet, var det så mye «flytandes». «Ka de meine?» tenkte han om teoretikerne.

– *Hva tror du nå?*

– De mener det godt. Kanskje flere teorier gjør oss mer handlekraftig. Hun der Nightingale sa at pasientene trenger lys. Det er jo selvfølgelig i dag, da.

Han hever øyebrynene megetsigende og likner James Dean.

– Det blir litt for tørt for meg.

På kurset må de sertifisere seg i hjerte- og lungeredning. Og de må intubere.

– *Du får ikke angst?*

– Ha-ha-ha. Angst kan man ikke ha.

Han tar på seg en genser og folder armene. Tapp-tapp. Fingrene tripper på ermet.

Mens han gjesper og vugger på stolen lurer han på når han leste en blogg for første gang. Han husker ikke.

– *Har du fått et nytt liv etter bloggingen?*

– Det var artig å bli spurt. Og jeg setter pris på tilbakemeldingene. Å provosere sykepleierne er artig. Håper på å skape debatt. Det virket jo som støvtørkingen slo an.

Fingertuppene løper stadig hurtigere.

– Men det spørs jo om de tar den videre. Og sier til arbeidsgiverne at nå må det bli slutt på støvtørkingen.

Han hiver bilvesken over skulderen og går for å rekke kurset i katalansk. Også der er han eksotisk. Og den som snakker mest. ■■■





Tilbud om induksjon før man går inn i uke 42 er et kunnskapsbasert tilbud som er praktisk gjennomførbart.

Frederik Frøen, avdelingsdirektør i Folkehelseinstituttet.

Uenige om

Frederik Frøens uttalelser om at barnedødsfall i mors liv kan unngås ved å forløse barnet i uke 41 har skapt en mediestorm. Det er opprettet en facebookgruppe «Ikke la gravide gå mer enn 7 dager over termin» som i skrivende stund har 31 987 medlemmer.

Hvorfor er det ulik praksis i helse Norge?

Eva Sommerseth: – Det finnes to ulike skoler med forskjellige perspektiver og tilnærming til dette temaet. Vi betrakter svangerskapet som en normal fysiologisk prosess som skal avsluttes mest mulig normalt. I Norge støtter vi oss til den nordiske praksis. Den tilsier at kvinner kan føde sitt barn selv. Vi ønsker å understøtte de normale fødselsprosesser. Kroppen igangsetter fødselen når kroppen og barnet er modent. Det handler om å betrakte kvinnekroppen i en totalsituasjon, og det gjør praksis ulik. Vi kan ikke ha absolutte retningslinjer fordi det handler om et faglig skjønn hvor også forskningsbasert kunnskap spiller inn. Synet på svangerskap og fødsel er svært forskjellig i Norge og Norden, til sammenlikning med for eksempel USA og England.

Frederik Frøen: – I motsetning til svangerskapsomsorgen ellers har vi ikke nasjonale ret-

ningslinjer fra Helsedirektoratet som definerer tilbud og rettigheter for kvinner. Veilederen fra Norsk gynekologisk forening er kun en veiledning, og selv hovedforfatteren har gått bort fra den i praksis. Men bak de store forskjellene er det også svært ulike oppfatninger i fagmiljøene om hva god praksis er, basert på forskning, verdivalg og praktisk organisering. Nå har Helsedirektoratet ifølge NRK varslet at det vurderer saken, og at det mest sannsynlig vil lande på en modell som ligner St. Olavs tilbud. Vi får håpe det vil utvikle seg et mer rettferdig tilbud til alle.

Hvorfor blir ikke forskningen tatt på alvor?

Eva Sommerseth: – Det handler om ulike forskningssyn. Vi har ingen oversikt over komplikasjonene vi kan få ved å indusere så mange kvinner som vi må, ved å indusere i uke 41. Det handler om langvarige fødselsforløp. Signalerer ikke kroppen av den vil føde, produserer man en annen type komplikasjoner ved å bryte inn i fødselsprosessen. Vi vil også få større utfordringer med ulike infeksjoner hos kvinner som er innlagt på sykehus over flere dager.

– Vi jordmødre vet godt at vi allerede i dag induserer for mange fødsler. Vi har mye praksis, men vi må forskningsbasere vår kliniske praksis enda mer. Vi må ikke skremme gravide til å tro

Signaliserer ikke kroppen at den vil føde, får man en annen type komplikasjoner ved å bryte inn i fødselsprosessen.

Eva Sommerseth, leder i jordmorforeningen i Norsk Sykepleierforbund.

overtid

at det å gå ut et normalt svangerskap er til skade for mor og barn.

Frederik Frøen: – Jeg tror alle tar forskningen på alvor. Men forskningsresultater må «oversettes» til klinisk praksis. Da gjøres valg i verdier og praktiske løsninger. Sentrale helsemyndigheter og fagmiljøer i en rekke land har konkludert som St. Olav og Sykehuset Innlandet, med at tilbud om induksjon før man går inn i uke 42 er et kunnskapsbasert tilbud som er praktisk gjennomførbart. De har gjort et verdivalg; Kvinnen får anledning til å velge dette som alternativ til å gå overtid. Sykehus som følger annen praksis tar nok forskningen like alvorlig, men verdivalget kan være like viktig for ulik praksis.

Hva er den største utfordringen med å la kvinner bestemme selv?

Eva Sommerseth: – Jeg mener at kvinnen så langt mulig skal være med på å ta valg, men ikke hvis valgene vil medføre komplikasjoner som kan være uheldige for mor og barn. Når det er ulikt syn på hva det beste vil være, vil helsepersonell i kraft av sin kunnskap gi en faglig anbefaling. Vi vet at det er mer komplikasjoner med keisersnitt både for mor og barn. Dette snakkes det alt for lite om. Kvinnen bør få et

valg, så langt mulig, ut fra den informasjon hun mottar fra leger og jordmødre. Vi ønsker trygge gravide som opplever mest mulig kontroll over egen svangerskap og fødsel, på bakgrunn av at det er en normal fysiologisk prosess.

Frederik Frøen: – Trusselen, mot den verdien vi legger i at svangerskapets naturlige prosesser skal gå sin gang, er reell. Men som helsepersonell må vi alltid spørre oss selv om vi har de samme verdier og den samme risikovillighet som den gravide har. Om det skulle vise seg å være ulikt, må vi ha ydmykhet for de grunnleggende verdiene i medbestemmelse på kvinnens premisser. Kvalitetsforbedringsforskning viser at motstand mot endring er en stor utfordring i seg selv, og «endringsfrykten» har kun ett svar; god planlegging og ledelse. Induksjoner er problematisk, det er det ingen tvil om fra dagens praksis. Men vår erfaring kommer fra svangerskap med en komplikasjon eller klar risiko som indikasjon, og det er naturlig at disse blir mer komplisert. I dette tilfellet er det en ny måte å tenke på. Jeg tror det er viktig å ta erfaring fra de som allerede har gjennomført denne praksisen, ved å indusere for eventuelle komplikasjoner oppstår. Forskning viser at man da snarere får færre keisersnitt. ■■■

Tekst **Laila Berg** Foto **Stig Weston**





REFLEKS

Gjesteskribent Trude Aarnes

Navn: Trude Aarnes

Yrke: Jordmor og privatpraktiserende sexolog

E-post: trudeaarnes@hotmail.com

Kjønnslepper til besvær

Av og til møter jeg unge jenter som synes at de har for store kjønnslepper.

De kan føle at de er unormale, litt skitne, og har ofte et svært negativt syn på sine kjønnsorganer. Som med utseende generelt i samfunnet er det mye fokus på idealene, og mange sammenlikner seg selv med dette.

Som jordmor har jeg sett flere tusen kvinner mellom bena. Det har mange ganger slått meg at det normale spekter av kjønnslepper er bredt. Det er ytterst sjelden at form eller størrelse har noen praktisk innvirkning på seksualiteten. De ytre kjønnsleppene kan være fyldige eller tynne. De kan stå ut som stolte kronblader rundt de indre kjønnsleppene, eller de kan dekke de indre leppene helt eller delvis. Det er ikke her de største ulikhetene er.

Det er derimot hos de indre. De kan være lange eller korte, tykke eller tynne, tykke i bakkant og tynnere fremover mot klitoris eller omvendt. Det er ofte sideulikheter, den ene kan gjerne være en til to centimeter lenger enn den andre, noe som ofte blir tydelig når man står oppreist. Da er det normalt at de indre kjønnsleppene henger

«Hvorfor kan de ikke være litt strammere, da,» sa en 17 åring til meg.

nedenfor de ytre. De indre kjønnsleppene er ofte skrukkete, «løse i fisken» med litt «flagrete» utseende.

«Hvorfor kan de ikke være litt strammere, da,» sa en 17 åring til meg. «Slik som leppene i ansiktet?»

De kvinnelige kjønnsorganer har nemlig en funksjon utover den seksuelle funksjonen. De må også fungere som fødselsåpning.

Når barnehodet kroner majestetisk ut av skjedeinngangen, må kjønnsleppene være fleksible og løse nok til å utvide seg for å gjøre plass til barnets hode når det presser seg ut. Derfor har kjønnsleppene det utseende de har. Mange glemmer dette.

Hvis man ser pornofilm eller pornoblader, har kvinnene søte små kjønnslepper som ofte er sidelike. Mange unge jenter fremhever dette for å fortelle hvor annerledes de selv er.

Det de ikke vet er at alle kvinner som ønsker å være med i pornofilm og -blader er på audition for å vise frem sine kjønnsorganer, bryster og kropp generelt.

Da jeg var ung, var det ingen som barberte kjønnsårene. Dermed var det heller ingen unge jenter som så de andre jentenes kjønnslepper i dusjen etter gymtimer eller trening. Alle hadde etter hvert en stor skog av hår som skjulte alt.

I dag begynner jenter å frisere kjønnet sitt så fort de små hårstråene begynner å vokse ut. Det er mange ulike frisyre som kan friseres, og mange pynter kjønnet sitt med piercing her eller der eller både her og der.

Jeg ser en positiv bieffekt med dette nye fokuset på de ytre kjønnsorganene, for da blir jenter visuelt kjent med kjønnet sitt. De må bruke speil og berøre huden ved barbering og rensing av piercing. De får dermed muligheten til å bli bedre kjent med dette viktige organet.

Store studier viser en positiv sammenheng mellom å ha et godt forhold til sine kjønnsorganer og oppleve at man har et godt sexliv. Det overrasker ikke meg.

Ulempene ved barbering er, slik jeg ser det, bortsett fra litt kviser og rifter etter barberkniven, at jentenes ytre kjønnsorganer bokstavelig talt blir avkledd og dermed lettere å se for de andre. Da oppdager enkelte at ingen av de andre jentene har så hengtete eller tykke kjønnslepper som dem. Og da kan dette være starten på en negativ spiral for dem. Jeg har møtt flere som siden 13-årsalderen har følt seg annerledes, og de har ikke turt å gå i badetøy om sommeren, fordi da kan andre se oppfylningen av deres store kjønnslepper innenfor trusa. De har ventet i det lengste med å vise seg naken for noen i seksuell sammenheng. Plastisk kirurgi er det de ønsker. Ingen annen løsning er god nok. Og hvis de får avslag på et kommunalt sykehus, så vil de betale for inngrepet selv.

Jeg tror at denne problemstillingen vil øke i fremtiden. Brystforstørrelse har unge jenter fått utført lenge, nå blir det kjønnsleppene som skal under kniven. Hva blir det neste?

Øvrige gjesteskribenter 2010:



Anders Folkestad
Leder i Unio



Cathrine Sandnes
er redaktør av tidsskriftet
Samtiden



Martine Aurdal
Leder av samfunns-
avdelingen i Dagbladet



Jon Hustad
Journalist i Dag og Tid

En sommer full av:

eventyr og dyr, sol og blading, store byer, gamle byer og kiling i magen...



1 Kristiansand



2 Sandefjord



3 Oslo



4 Fredrikstad



5 Göteborg



6 Med Rica Hotels fordelskort får du hver 6. natt gratis.

...og så: enda mer moro!

Fra kr
395,-
per person per natt
i dobbeltrom.

I sommer lønner det seg å bo hos Rica Hotels

Hos Rica Hotels er det i sommer reduserte priser på overnatting på 80 hoteller i Norge og Sverige - helt ned i 395 kr per person per natt i dobbeltrom i perioden 25. juni - 22. august! Og det lønner seg å bruke Rica Hotels fordelskort - som medlem får du nemlig doble poeng per natt fra første overnatting i sommerperioden! Det betyr at hver 6. natt er gratis hvis du bor 5 netter hos oss. Er du ikke medlem? Registrer deg gratis på rica.no, her finner du også alltid de beste overnattingsprisene - bestill på rica.no. Vi sees!

Rica Hotels er stolt signaturpartner til UNICEF.


Kristiansand: Rica Dyreparken Hotel • Hotel Norge Sandefjord: Rica Park Hotel Sandefjord Oslo: Grand Hotel • Holmenkollen Park Hotel Rica • Rica Hetsfyr Hotel • Rica Hotel Bygdøy Allé • Rica Oslo Hotel • Rica Hotel G20 • Rica Hotel Gärdstermoen • Rica Travel Hotel • Rica Holberg Hotel • Rica Victoria Hotel Fredrikstad: Rica City Hotel Göteborg: Rica Hotel Göteborg Tilbudet gjelder fra 25. juni til 22. august.



Rica Hotels
Det Gode Vertskapet



Praktisk håndhygiene når vasken er et stykke unna

 Med en boks Antibac våtservietter til hånddesinfeksjon på nattbordet kan pasienten og de pårørende selv ta ansvar for egen håndhygiene. Boksen kan også plasseres ved kaffebordet, på gangen eller ved buffetservering.

Uansett hva du velger,- Antibac virker hurtig og effektivt mot bakterier, sopp og ulike virus. Serviettene er store og myke og de fuktighetsbevarende egenskapene gjør at huden bevarer sin naturlige fuktighetsbalanse, også etter gjentatte behandlinger. Du får også Antibac våtserviett som enkeltpakkede servietter. Alle Antibac hånddesinfeksjonsprodukter tilfredsstillende EN 1500.

VI TAR RENHET PÅ ALVOR

Kemetyl Norge AS
Tlf.: 64 98 08 00
www.antibac.no

